



Universidades Lusíada

Almeida, Andreia Filipa Teixeira, 1990-

Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto de clínica privada

<http://hdl.handle.net/11067/1785>

Metadados

Data de Publicação	2015-12-22
Resumo	Apresentação do conceito de psicologia clínica e do papel do psicólogo clínico, que recai sobre o modelo teórico psicodinâmico que tem por base a teoria psicanalítica, sendo dada maior atenção à apresentação dos conceitos base e a alguns dos principais autores, assim como às estruturas de personalidade e mecanismos de defesa característicos e adaptados por este modelo teórico. O estudo de caso conta com a participação de duas pessoas, ambas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 37...
Palavras Chave	Psicoterapia psicodinâmica, Psicologia clínica - Prática profissional, Dialógicos - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:37:08Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Diagnóstico e intervenção psicológica em
contexto de clínica privada**

Realizado por:

Andreia Filipa Teixeira Almeida

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Mestre Patrícia Conceição Roseiro

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Relatório aprovado em:

18 de Dezembro de 2015

Lisboa

2015



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto
de clínica privada**

Andreia Filipa Teixeira Almeida

Lisboa

Outubro 2015



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto
de clínica privada**

Andreia Filipa Teixeira Almeida

Lisboa

Outubro 2015

Andreia Filipa Teixeira Almeida

Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto de clínica privada

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Mestre Patrícia Conceição Roseiro

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Andreia Filipa Teixeira Almeida
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Mestre Patrícia Conceição Roseiro
Título	Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto de clínica privada
Local	Lisboa
000Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ALMEIDA, Andreia Filipa Teixeira, 1990-

Diagnóstico e intervenção psicológica em contexto de clínica privada / Andreia Filipa Teixeira Almeida ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Patrícia Conceição Roseiro. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

II - ROSEIRO, Patrícia Conceição, 1976-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicoterapia psicodinâmica
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Dialógicos - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Psychodynamic psychotherapy

2. Clinical psychology - Practice

3. Dialógicos - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC489.P72 A46 2015

Dedico este trabalho,

À minha avó Maria pelos valores que me passou,

pelo seu carinho, amor e dedicação .

Aos meus pais, pelo seu apoio e dedicação.

Agradecimentos

À Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação, pela concessão de um Estágio Académico.

À orientadora de estágio, Mestre Patrícia Roseiro, pelo apoio e orientação.

À coordenadora de mestrado, a Prof.^a Doutora Tânia Gaspar, pela dedicada coordenação do Mestrado Académico.

À orientadora de estágio, a Prof.^a Doutora Túlia Cabrita, pelas palavras de incentivo e de força e pelo apoio prestado ao longo deste percurso que foi o estágio académico e o relatório de estágio.

À minha mãe, pelo apoio e carinho durante este período difícil e por ouvir os meus desabafos e não me deixar desistir.

Ao meu pai, pelo apoio que me deu ao longo deste percurso.

À minha amiga Bruna Fernandes, pela sua amizade e apoio, pelas suas palavras de incentivo e força, e por não me ter deixado desistir nas alturas mais difíceis.

Ao meu amigo Nuno Duarte, pelo apoio e incentivo e pela sua atitude sempre positiva que me deram força para continuar.

À minha amiga Elisabete Monteiro, que passou comigo esta experiência que é o estágio e me deu sempre força e apoio ao longo deste.

Aos meus amigos e colegas de licenciatura e mestrado pela partilha ao longo destes anos.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo o mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

Resumo

Apresentação do conceito de psicologia clínica e do papel do psicólogo clínico, que recai sobre o modelo teórico psicodinâmico que tem por base a teoria psicanalítica, sendo dada maior atenção à apresentação dos conceitos base e a alguns dos principais autores, assim como às estruturas de personalidade e mecanismos de defesa característicos e adaptados por este modelo teórico. O estudo de caso conta com a participação de duas pessoas, ambas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 37 e os 64 anos. Foi realizada uma recolha de dados qualitativa, através de técnicas de entrevista, sendo também realizada uma recolha de dados quantitativa através das provas projetivas Rorschach e TAT, que fornecem informações acerca do seu funcionamento interno e respetivos conflitos e formas de pensar, sentir e processar as informações que advém do exterior. Os resultados obtidos forneceram dados relativos às principais características associadas ao tipo de personalidade de cada uma das pacientes, assim como permitiram aceder aos principais mecanismos de defesa utilizados por estas, que foram posteriormente utilizados como base de suporte para a realização de um diagnóstico e de objetivos terapêuticos pretendidos e adaptados para cada caso, por forma a auxiliar no processo de intervenção terapêutica de apoio de orientação psicodinâmica. Conclui-se que se registaram progressos no decorrer do processo terapêutico, assim como modificações relativas à forma de pensar e agir perante situações geradores de conflitos internos e externos.

Palavras-Chave: psicologia clínica, modelo psicodinâmico, intervenção psicoterapêutica, estágio académico

Abstract

Presentation of the concept of clinical psychology and the role of the clinical psychologist, which falls on the psychodynamic theoretical model which is based on psychoanalytic theory, being given more attention to the presentation of basic concepts and some of the main authors, as well as the personality structures and the defense mechanisms characterized and adopted by this theoretical model. The case study includes the participation of two persons, both female and aged between 37 and 64 years. Was performed a qualitative data collection through interview techniques, as well as it was also performed a quantitative data collection by using the projective test Rorschach and TAT, which provide information about their internal functioning and their conflicts, as well as their ways of thinking, feeling and process the information that comes from abroad. The results provided information on the major characteristics associated with the personality type of each patient as well as allow access to the main defense mechanisms used by these, which were subsequently used as a support base for performing a diagnosis and therapeutic goals required and adapted for each case in order to assist in therapeutic intervention process of psychodynamic support orientation. It concludes that progress has been made in the course of the therapeutic process, as well as changes related to the way of thinking and acting towards situations that was generating internal and external conflicts.

Keywords: clinical psychology, psychodynamic model, psychotherapeutic intervention, academic stage

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Participantes

Tabela 2 – Projeto de Intervenção Colégio A

Tabela 3 – Projeto de Intervenção Colégio B

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AMI – Assistência Médica Internacional

APA – Associação Psicológica Americana

BAR-ILAN – Teste de Figuras para Crianças: Entrevista Semi-Projetiva

CAT-A – Teste de Aperceção Infantil – Figuras de Animais

CCD – Autoridade tributária e Aduaneira

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DSM-IV-TR e DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PDM – Manual de Diagnóstico Psicanalítico

PMP – Preocupação Materna Primária

TAT – Teste de Aperceção Temática

WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

EPIPA – Especialização em Psicodiagnóstico e Intervenção Psicoterapêutica de Apoio

Índice

Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Caracterização da População.....	7
Enquadramento Teórico.....	9
Psicologia clínica.....	9
O psicólogo clínico e a sua intervenção.....	11
Psicólogo clínico.....	11
Psicólogo clínico em contexto de clínica privada.....	13
Intervenção clínica.....	14
Psicoterapia de apoio.....	14
Aconselhamento.....	16
Avaliação psicológica.....	16
Entrevista clínica.....	18
Modelo de psicoterapia de apoio de orientação analítica.....	19
Técnicas terapêuticas.....	22
Principais conceitos da psicanálise.....	31
O desenvolvimento da sexualidade e os estádios psicosexuais.....	31
As relações de objeto.....	36
O espaço transicional.....	38
Fases de organização do pensamento.....	40
Estruturas de personalidade e mecanismos de defesa.....	42
Noção de estrutura.....	42
Estrutura psicótica.....	45

Estrutura neurótica.....	50
Organização <i>borderline</i>	54
Estruturas de carácter.....	57
Carácter paranoide.....	58
Carácter narcisista.....	59
Ética e Deontologia Profissional.....	64
Objetivos Propostos.....	68
Método.....	69
Participantes.....	69
Procedimentos.....	72
Instrumentos.....	74
Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional.....	75
TAT – Teste de Aperceção Temática para Adultos.....	79
PDM – Manual de Diagnóstico Psicodinâmico.....	82
Apresentação dos Casos.....	83
Caso C.....	84
História.....	84
Avaliação.....	89
Psicodiagnóstico.....	92
Diagnóstico diferencial.....	93
Metas de aconselhamento psicológico.....	94
Intervenção e progressão terapêutica.....	95
Discussão do caso.....	107
Conclusão do caso.....	111

Caso G.....	112
História.....	112
Avaliação.....	115
Psicodiagnóstico.....	118
Diagnóstico diferencial.....	120
Metas de aconselhamento psicológico.....	122
Intervenção e progressão terapêutica.....	122
Discussão do caso.....	129
Conclusão.....	132
Conclusão.....	134
Reflexão Final.....	136
Referências Bibliográficas.....	138
Lista de Anexos.....	144

Introdução

O objetivo principal do presente relatório de estágio visa apresentar o trabalho realizado no decorrente ano letivo na clínica Dialógicos - Centro de Psicologia e Formação, quer ao nível da aquisição de conhecimentos práticos através do acompanhamento de pacientes e da intervenção psicoterapêutica que recai sobre o modelo psicodinâmico, como de conhecimentos teóricos baseados neste modelo e adquiridos no decorrer do estágio.

Desta forma, a primeira parte deste relatório irá focar-se nos principais conceitos teóricos que sustentam o modelo psicodinâmico, tendo por base a teoria psicanalítica, assim como será também dada atenção às teorias de alguns dos seus principais autores, nomeadamente Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott e Wilfred Bion, que contribuíram com os seus conhecimentos e ideias para o desenvolvimento das bases que sustentam este modelo psicodinâmico. Passando de seguida para a descrição das estruturas de personalidade neurótica, psicótica e organização *borderline*, que juntamente com as teorias formulada pelos autores acima descritos, nos dão uma perspetiva dinâmica e mais completa dos traços que caracterizam a personalidade das pessoas que se inserem em cada uma destas estruturas. Assim como, dos mecanismos de defesa aos quais recorrem no seu dia-a-dia como forma de se defenderem, reagirem e lidar com os conflitos com os quais se deparam. Esta primeira parte abarca ainda algumas das técnicas de entrevista utilizadas para que se consiga criar uma boa relação terapêutica e empática com os pacientes e que serve de auxílio para uma melhor intervenção psicológica, com vista a que o progresso terapêutico seja satisfatório e atenda às necessidades solicitadas pelos pacientes.

A segunda parte deste relatório irá dar um maior destaque ao trabalho psicoterapêutico realizado com os dois casos clínicos acompanhados e apoio ao longo do estágio académico na clínica Dialógicos. Desta forma os dois casos que foram seguidos em psicoterapia de apoio

irão ser apresentados de forma descritiva, começando pela análise e interpretação avaliação psicológica realizada, que juntamente com a análise do PDM sustentaram o psicodiagnóstico em relação à caracterização do carácter referente a cada uma das pacientes. Seguiu-se a elaboração de metas terapêuticas estipuladas para cada uma das pacientes com os objetivos e meta a atingir durante o processo terapêutico. Foi também elaborado um resumo das sessões onde através das técnicas terapêuticas utilizadas foi permitido aceder mecanismos internos e externos de cada uma das pacientes, de modo a proceder-se à modificação de alguns dos seus comportamentos desajustados, que advém dos esquemas internos aprendidos e que estariam a causar mal-estar interno a nível psicológico, físico e ao nível das relações com os outros. Por fim foi realizada uma breve discussão e conclusão de ambos os casos com os progressos terapêuticos que foram conseguidos e alcançados.

Dentro ainda desta segunda parte, irá ser explorado de forma breve um projeto de intervenção que visava a expressão emocional e afetiva de crianças em idade pré-escolar pertencentes a dois colégios locais. Este projeto visava ajudar as crianças de uma forma lúdica e através do brincar a diferenciar quatro emoções base, nomeadamente o feliz, triste, zangado e com medo, e a exprimi-las emocionalmente, através dos recursos a situações em que se tivessem sentido assim e explorando o que aconteceu, por forma a uma melhor compreensão das mesmas.

Caracterização da Instituição

A Dialógicos é um centro de psicologia e formação, que se situa em Mem Martins, pertencendo ao concelho de Sintra. Nasceu há treze anos da ideia de um grupo de psicólogos que tinha em vista responder às necessidades cada vez mais crescentes relativas à exploração das diversas áreas da psicologia, quer a nível da oferta de serviços, quer da formação profissional de profissionais da área (Dialógicos, 2014).

A Dialógicos tem-se debruçado sobre a implementação a nível concelhio de diversos projetos de intervenção, assim como em fazer chegar a todos os seus serviços de psicologia. Relativamente à oferta de serviços, a Dialógicos tem ao dispor consultas e avaliações psicológicas em diversas áreas (Dialógicos, 2014).

A Dialógicos tem como quadro de referência em termos de intervenção clínica a psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica (Dialógicos, 2014). Uma das áreas disponíveis neste centro clínico e que apresenta a maior densidade de pedidos é ao nível da psicologia clínica, que tem vindo a revelar-se uma área de extrema importância no despiste e intervenção precoce de diversas problemáticas que, muitas vezes, dificultam e prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Dialógicos, 2014). A intervenção clínica visa, essencialmente, a redução do sofrimento psíquico e o reforço dos aspetos positivos do indivíduo, para o desenvolvimento de mecanismos adaptativos ao meio (Pardinielli, 1999).

Oferece também serviços ao nível da psicologia do desporto e atividade física, onde a intervenção visa contribuir para a obtenção do rendimento máximo dos atletas de forma homogénea e constante (Dialógicos, 2014), sendo que o psicólogo intervêm na preparação mental e psicológica dos atletas para os treinos e competições desportivas, algo que é fundamental para se atingir os resultados esperados (Tenenbaum & Ecklund, 2007). Desta forma, a intervenção do psicólogo vai incidir em trabalhar a psique, no sentido de promover a

capacidade do atleta para obter o máximo rendimento, mantendo-o homogêneo e constante, através do desenvolvimento dos recursos intrapessoais (Gouveia, 2001).

A nível dos serviços em psicologia educacional, o principal objetivo é promover o sucesso escolar de crianças e jovens, através da aquisição e desenvolvimento das suas competências académicas e sociais (Santrock, 2009). Esta intervenção é realizada em situações de apoio pedagógico, aconselhamento a pais e professores e nos métodos e hábitos de estudo (Dialógicos, 2014).

A Dialógicos abrange também os seus serviços à terapia familiar e de casal, onde é realizada uma análise não apenas do indivíduo que apresenta uma queixa específica, mas também do seu contexto familiar e social, sendo o foco da análise a relação que existe entre todos, para que a partir desta análise se consiga descobrir e solucionar a origem dos seus problemas (Sampaio & Gameiro, 2002). Relativamente à terapia de casal especificamente, esta é uma técnica específica da terapia familiar, onde o casal é a unidade de análise (Bateman, Brown & Pedder, 2003). Aqui a intervenção centra-se em ajudar o casal que apresenta problemas de comunicação ou dificuldades na intimidade emocional e/ou sexual, assim como, discutir questões e dúvidas que surgem quando um casal opta pela separação ou divórcio (Prata, 2008).

A consulta de alcoologia e toxicodependência incide no apoio psicológico através de informações e esclarecimentos sobre o uso/abuso e dependência de álcool e drogas, orientação para o tratamento, apoio pós-tratamento, orientação para a prevenção da recaída, acompanhamento e apoio psicológico individual e também à família (Dialógicos, 2014), isto porque a toxicodependência é vista como um fenómeno complexo que envolve não só o indivíduo dependente, mas também a sua família, o seu meio social e profissional (Fleming, 1996).

Relativamente à área da sexologia, a intervenção foca-se nas problemáticas sexuais tanto do indivíduo, como do casal (Dialógicos, 2014) que quando comprometidas, podem provocar problemas de ordem relacional, emocional e ao nível do bem-estar pessoal, visto ser considerada uma das áreas com maior importância na vida do casal (Nunes, Albuquerque & Gomes, 1987).

A Dialógicos tem também programas específicos que remetem para o treino de competências sociais, que permite aos jovens identificarem os problemas e definirem as respostas mais eficazes para estes; e o atelier das emoções, que se trata de um programa de intervenção com crianças, no âmbito da expressão emocional e afetiva. Oferece ainda serviços de tutoria académica, onde se insere o ensino universitário, o ensino secundário e supervisão de investigação em ciências sociais (Dialógicos, 2014).

Tem ainda ao dispor consultas de outras especialidades, nomeadamente psicopedagogia, psicomotricidade e terapia da fala (Dialógicos, 2014).

A principal área de intervenção é a consulta psicológica, sendo no entanto vastos os serviços ao nível da formação. Assim, nas Formações em Psicologia, inclui: Supervisão em Avaliação Psicológica, Supervisão em Psicologia Clínica, Orientação Vocacional Escolar e Profissional, Especialização em Psicodiagnóstico e Intervenção Psicoterapêutica de Apoio (modelo psicodinâmico), Avaliação da personalidade da criança – testes projetivos, TAT – Teste de Aperceção Temática, Rorschach – Sistema Compreensivo de Exner, entre outras; Cursos em outras áreas profissionais, como Curso técnico de auxiliar de ação educativa e de Massagem para bebés, Formação Pedagógica Inicial de Formadores; *Workshops*, como por exemplo de Comunicação em público - programa individual de desenvolvimento pessoal, de Interação social - Ferramentas psicológicas para a afirmação pessoal em contextos

profissionais e sociais, Quando é o corpo que chora - Sintomatologia psicossomática nas crianças e nos adultos, entre outros (Dialógicos, 2014).

A Dialógicos oferece também estágios académicos, tendo um protocolo com a Universidade Lusíada de Lisboa e com o ISPA – Instituto Universitário; e estágios profissionais, ao abrigo do estágio profissional previsto no regulamento de Estágios da Ordem dos Psicólogos Portuguesa. No *site* da clínica há a possibilidade de aceder a artigos científicos e de opinião enviados pelos colaboradores que abrangem diversas áreas (Dialógicos, 2014).

De modo a fazer chegar os serviços de psicologia a diversas populações, a Dialógicos estabelece protocolos de redução dos valores em tabela e parcerias em relação à prestação de serviços com diversas entidades, entre as quais: AMI – Assistência Médica Internacional, Centro Cultural e Desportivo da Câmara Municipal de Sintra, diversas escolas e colégios do Concelho, Escoteiros de Portugal – Grupo 82, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, CCD - Autoridade Tributária e Aduaneira, entre outros (Dialógicos, 2014).

Caracterização da População

A Dialógicos é um centro de psicologia e formação, que oferece os seus serviços a toda a população que possa procurar e necessitar dos serviços nos diferentes ramos da psicologia, desde o nascimento até à velhice (Dialógicos, 2014).

A nível dos serviços em psicologia clínica, os pedidos de ajuda mais recorrentes são relativos a depressão, sintomas físicos associados a mal-estar psicológico, como fortes e constantes dores de cabeça, suores ou dificuldades respiratórias em situações de *stress*, pensamento repetitivo e constante focalizado num determinado assunto, distúrbios alimentares, comportamentos aditivos com drogas e álcool, problemáticas ao nível sexual do próprio ou do casal, atrasos no desenvolvimento em geral, insucesso escolar, comportamentos agressivos, entre outros (Dialógicos, 2014).

Relativamente às outras áreas de prestação de serviços e à população que estas abrangem, na psicologia do desporto e atividade física destaca-se a intervenção feita com os atletas. Em psicologia educacional, a intervenção é feita ao nível de crianças e jovens, sendo que presta também serviços de aconselhamento técnico e pedagógico a pais e professores e oferece também programas individuais ou em grupos organizados destinado a promover o desenvolvimento de competências de estudo e organização das tarefas escolares. Em terapia familiar a intervenção é realizada com o sistema familiar e na terapia de casal com ambos os elementos que constituem o casal. Nas consultas de alcoologia e toxicodependência a intervenção é feita não apenas com pessoas com problemas de dependência de consumos, mas também com pessoas que apesar de não se encontrarem dependentes apresentam comportamentos de risco que podem levar à dependência e ainda com os familiares destes, que acabam por ser de forma indireta afetados (Dialógicos, 2014).

No que se concerne à área da sexologia, aqui a intervenção faz-se a qualquer indivíduo com disfunções sexuais, como a disfunção erétil, ejaculação prematura, falta ou diminuição do desejo sexual, anorgasmia, dor no ato sexual, entre outras. As consultas de neuropsicologia são destinadas a pessoas com dificuldades neurocognitivas funcionais e com problemas comportamentais crónicos ou decorrentes de lesões cerebrais adquiridas. Em relação às consultas de saúde mental na gravidez e primeira infância, estas são destinadas a casais e mulheres grávidas (de todas as idades) (Dialógicos, 2014).

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica

A psicologia clínica surgiu num contexto científico em que a noção de clínica já era entendida e ligada às práticas médicas (Pardinielli, 1999), visando diferenciar o trabalho desenvolvido em laboratório, da função prática do psicólogo e o seu empenho a nível social (Leal, 1999). Surgiu da prática com doentes em sofrimento (Brito, 2008) e crianças com debilidades mentais e físicas (Leal, 1999), tendo sido defendido que a sua prática deveria ser realizada no domicílio do paciente (Leal, 2008). Apesar desta componente prática, a psicologia clínica surgiu também através de um conjunto de teorias e métodos, resultantes de uma especialização numa determinada corrente teórica e seus métodos, que visam um processo de intervenção, sendo essencial que o psicólogo se vá reatualizando em relação a novas premissas científicas e técnicas que vão surgindo para se manter sempre atualizado (Pardinielli, 1999).

A psicologia clínica diferencia-se da psiquiatria, pelo seu método de escuta ativa e compreensão (Marques, 1999). Sendo por isso vista como uma subdisciplina da psicologia que estuda, avalia, diagnostica, e intervém no sofrimento psíquico, independentemente da sua causa (Brito, 2008) e interessa-se pelos problemas de ajustamento e modificação da personalidade (Garfield, 1965). Ao mesmo tempo, a psicologia clínica é também uma ciência que estuda o comportamento humano (Pierón, 1968) e a conceção das perturbações mentais, assim como das suas causas (Marques, 1999), baseando-se na observação e análise aprofundada de cada caso (Pierón, 1968), assim como a partir de meios de diagnóstico e de avaliação (Marques, 1999), quer os casos apresentados sejam normais ou tenham alguma patologia (Pierón, 1968).

Segundo a Associação de Psicologia Americana (1935), a psicologia clínica tem como finalidade definir as capacidades e características comportamentais de cada indivíduo através de métodos de mediação, análise e observação. Os resultados obtidos através destes métodos devem ser integrados juntamente com os resultados dos exames físicos e da história pessoal e social de cada indivíduo, por forma a fornecer informações acerca do ajustamento deste (MacKay, 1975, p. 75 citado por Leal, 1999).

Uma das principais características da psicologia clínica é a compreensão do indivíduo como ser único e psicológico (Brito, 2008). Desta forma, o comportamento humano e a emoção encontram-se na base do estudo de cada indivíduo, procurando compreender, prever e aliviar aspetos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do funcionamento humano (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000), com o objetivo de intervir ao nível de comportamentos e emoções que se encontrem desajustados (Ribeiro & Leal, 1996).

Para uma prática clínica de sucesso, eficaz e satisfatória são fundamentais alguns pressupostos, como o estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade entre o psicólogo e o paciente, que se constrói de forma dinâmica e interativa, através da observação, entrevista, avaliação e métodos experimentais baseados num quadro teórico específico (Ribeiro & Leal, 1996).

Também Freud deu o seu contributo para o conceito de psicologia clínica, denominando esta como uma fusão do conhecimento da psicologia conjugada com a experiência clínica (Pedinielli, 1999), inserindo este conceito numa nova abordagem que introduz na vertente psicológica (Aguiar, 2001).

O psicólogo clínico e a sua intervenção

Psicólogo clínico

É essencial que psicólogo clínico tenha conhecimentos científicos, académicos e experienciais numa abordagem teórica e métodos específica, para que consiga traçar um plano de intervenção (Marques, 1994) que promova o diálogo com o paciente, por forma a cumprir com rigor as funções que lhe são inerentes e lhe auxiliem na transmissão do ponto de vista psicológico a outros técnicos de saúde. As bases teóricas de qualquer psicólogo visam procurar compreender qual a razão psicológica da queixa do indivíduo (Brito, 2008), sendo que devem assentar nas diretrizes do código ético e deontológico (Marques, 1994). É também através do modelo teórico e método clínico, que o psicólogo consegue chegar à realidade fenomenológica do paciente (Davidoff, 2001).

O papel do psicólogo clínico prende-se por auxiliar o paciente, mantendo e incentivando os seus próprios recursos, apelando às suas competências e autonomia na tomada de decisões, sendo crucial que o psicólogo mantenha sempre uma postura de neutralidade, para que não se deixe influenciar pelos seus próprios valores e crenças (Pedieli, 1999).

O psicólogo clínico é também visto como instrumento de observação, análise e avaliação. Desta forma, a mente do psicólogo e o seu psiquismo precisa de ser treinada como peça fundamental de leitura do real. A sua capacidade de metabolizar as projeções de que é alvo e a sua sensibilidade para detetá-las na sua própria vida psíquica é determinante para abarcar o sujeito psicológico complexo que é o outro (Almeida, 2004).

A conduta do psicólogo deve ter intrínseca a preocupação ética e deontológica, que implica o respeito para com a dignidade, individualidade e identidade de um paciente, não devendo desta forma fazer juízos de valor ou tecer críticas. Deve ter sempre uma atitude empática, compreendendo o mundo interior do paciente, porém é crucial que tenha um

domínio pessoal das suas emoções por forma a conseguir manter algum distanciamento com a problemática que lhe é apresentada. Deve também manter o sigilo profissional em todos os casos, excetuando em alguns casos específicos de avaliação psicológica, que devem ser realizadas com protocolos válidos e responder às necessidades objetivas de recolha de informação, protegendo a privacidade do paciente. Nesta situação, caso o psicólogo tenha que providenciar algum tipo de informação sobre a avaliação feita, deve apenas passar a informação que seja estritamente necessária (Bénony & Chahraoui, 2002).

A psicologia clínica está em constante evolução pelo que os psicólogos devem de acompanhar esta evolução, por forma a responderem com eficácia às necessidades que lhes vão sendo apresentadas (Brito, 2008), devido ao facto de terem que intervir em diversos contextos, nomeadamente hospitalar, clínica privada, estabelecimentos prisionais, escolas, empresas, desporto, instituições sociais (Brito, 2007; Aguilar, Oliva & Marzani, 2003), serviços de saúde e em contextos de crise (Leal, 2005). Contudo, independentemente do contexto em que o psicólogo está inserido há três dimensões que englobam todas elas, são estas a avaliação e o diagnóstico, a prática das terapias ou das reeducações, o aconselhamento e a intervenção institucional (Pedinelli, 1999).

O objetivo do trabalho do psicólogo independentemente do seu modelo ou orientação teórica é centrado no indivíduo (Pedinelli, 1999). Tendo como principais objetivos, o alívio dos sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos (Cordioli, 2008). Desta forma, existem métodos e técnicas que são transversais às diversas abordagens teóricas de modo a ser possível recolher toda a informação necessária para a análise psicológica do indivíduo, destacando-se a entrevista clínica, observação, avaliação e técnicas de entrevista (Leal, 2010).

O psicólogo clínico tem ainda a responsabilidade de desempenhar determinadas tarefas no âmbito da profissão como, a participação em programas específicos de educação para a saúde, intervenção psicológica e psicoterapia, integração em equipas multidisciplinares de serviços de urgência, responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia e participação em programas de investigação (Leal, 2010).

Psicólogo clínico em contexto de clínica privada

A clínica privada corresponde ao exercício liberal da profissão. Nesta prática clínica as questões relacionadas com os pedidos de consulta são mais fáceis que noutros contextos (Leal, 1999), pois a iniciativa de procurar ajuda foi geralmente assumida pelo próprio e/ou pelos seus familiares (Leal, 2006), sendo que tem a vantagem do desenvolvimento da relação terapêutica ser mais fácil por questões de *setting* terapêutico, e da entrevista ir diretamente de encontro às necessidades do paciente, sendo que o processo é conduzido de acordo com as capacidades deste, por ser um contexto em que há uma maior organização em relação aos horários e disponibilidade do psicólogo, que pode assim dar mais atenção ao paciente. Contudo, podem ocorrer situações em que os pedidos de consulta são efetuados por terceiros e não pelo próprio. Desta forma, na prática da clínica privada, o psicólogo clínico tem a liberdade de reger a sua prática clínica e de intervenção no seu próprio modelo teórico e técnicas terapêuticas correspondentes a este, o que o diferencia dos outros contextos de intervenção, não ocorrendo constrangimentos relativos a tempo, objetivos ou metodologias (Leal, 1999).

Intervenção clínica

Psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio é uma das formas mais comuns de psicoterapia (Bloch, 1979; Cordioli, 1998 citado por Leal, 2005). Que pode ser definida como uma forma de tratamento psicológico realizada num longo período de tempo, por vezes até anos, por forma a manter o paciente psicologicamente estável, uma vez que este se encontra incapaz de gerir a sua vida adequadamente sem esta ajuda a longo prazo (Bloch, 1999). Gilbert e Ugelstad (1994) acentuam que esta psicoterapia visa apoiar e fortalecer o potencial funcionamento do ego tanto em tarefas de adaptação como de desenvolvimento (Bloch, 1999).

Esta terapia baseia-se num modelo eclético de psicoterapia ou pode apenas recorrer a um modelo teórico. Sendo que, este tipo de terapia é também recomendada para casos em que se apresentem psicopatologias mais graves (Cordioli, 2008), nomeadamente psicoses, que incluem esquizofrenia, perturbação delirante e esquizoafectiva, perturbações afetivas de qualquer tipo, perturbações graves da personalidade, perturbações neuróticas e somatizações de longa data. Como utiliza técnicas de diferentes correntes teóricas é utilizada por terapeutas de diferentes escolas e formações. Desta forma, pretende ser uma terapia pragmática que se centra no que é referido como queixa, sintoma ou sofrimento (Leal, 2005).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) destaca como característica das psicoterapias de apoio a relação de apoio entre o paciente incapacitado e o terapeuta, que assume uma posição de autoridade, proporciona orientação, apoio e realiza o teste da realidade (Hellerstein et al., 1994 citado por Cordioli, 2008).

Segundo Rosenthal e colaboradores (1999) esta psicoterapia conduz a melhorias no funcionamento interpessoal e adaptativo, nivelando a mudança estrutural. Esta mudança é descrita como uma modificação nas configurações intrapsíquicas, nomeadamente, nos

modelos de defesa, organização do pensamento e do afeto e tolerância à ansiedade. (Cordioli, 2008).

Os objetivos vão de encontro com as características do paciente, nomeadamente idade, diagnóstico, prognóstico, circunstâncias sociais, recursos pessoais, entre outros. Contudo apresentam também objetivos comuns, sendo estes: promover a adaptação psicológica e social, através da restauração e reforço das suas capacidades de enfrentar as vicissitudes e os desafios da vida; aumentar a autoestima e a autoconfiança, realçando as qualidades e realizações alcançadas; tornar o paciente consciente da realidade e da sua situação relativamente ao que pode ou não ser atingido; prevenir uma recaída, evitando assim a sua deterioração e re-hospitalização; evitar que o paciente crie dependência da terapia acima da necessária; transferir a fonte de apoio que é o terapeuta para os familiares e amigos desde que estes sejam dotados da capacidade psicológica e material necessário para assumir o papel de prestadores de cuidados. (Bloch, 1999)

A psicoterapia de apoio tem ainda como objetivos a eliminação de sintomas ou comportamentos desadaptativos, tanto em indivíduos que estejam a passar por uma crise aguda, como em indivíduos que tenham uma perturbação ou *deficit* crónico (Cordioli, 2008), através do reforço dos mecanismos de defesa adaptativos (Leal, 2005) e de aspetos saudáveis, do afastamento de pressões ambientais demasiado intensas e da adoção de medidas que visam o alívio de sintomas e o controlo de condutas desadaptativas. A psicoterapia de apoio procura também proporcionar apoio para ultrapassar etapas evolutivas, assim como promover o crescimento psicológico através da aquisição de maturidade emocional, autonomia, consolidação da identidade, estabelecimento de uma autoimagem estável e integrada do *self*, e melhorar a capacidade de julgamento da realidade (Cordioli, 2008). Esta terapia deve também ser empregada de forma isolada enquanto abordagem terapêutica e deve ser a

escolha de eleição em situações que os pacientes se encontrem demasiado frágeis ou pouco motivados (Leal, 2005).

Aconselhamento

O termo aconselhamento psicodinâmico é normalmente utilizado no mesmo sentido que o termo psicoterapia breve psicodinâmica destinando-se a pessoas com uma clara e forte motivação para a mudança, e em quem se pode identificar um conflito focal ou central, apesar de compreenderem inúmeras abordagens. Privilegia-se assim, ajudar o paciente a obter uma maior compreensão da relação consigo próprio, com os outros e com o mundo, tendo em conta a sua história de vida e as suas circunstâncias (Dias, 2006), facilitar a sua adaptação à situação atual em que se encontra, por forma a torna-la mais satisfatória e aperfeiçoando os seus recursos pessoais (Trindade & Teixeira, 2000). Sendo para isso fundamental um certo tipo de relação terapeuta-paciente, que acaba por ser o veículo e a fonte dessa compreensão (Dias, 2006).

O aconselhamento deve-se focalizar sempre que possível nas dificuldades atuais presentes na resolução das tarefas desenvolvimentais, estabelecendo as ligações possíveis e continuidade existentes relativamente à história de vida e às relações no passado, o que permite uma melhor compreensão do funcionamento psíquico e interno do paciente (Dias, 2006). Assim, o aconselhamento visa promover a qualidade de vida do paciente (Trindade & Teixeira, 2000).

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica foi fundamentalmente influenciada, durante o século XX, pelas principais correntes de pensamento que salientaram a primazia do comportamento, do afeto e

da cognição, na organização e funcionamento do psiquismo humano. Atualmente, o psicólogo utiliza estratégias de avaliação psicológica, com objetivos bem definidos, para encontrar respostas a questões propostas com vista à resolução de problemas (Cunha, 2000).

Os cuidados a ter com a metodologia são nomeadamente ao nível dos instrumentos a utilizar na avaliação psicológica que têm que ser coerentes com a vertente teórica de base fortemente sustentada (Duque, 2004).

Numa consulta de psicologia clínica em que são utilizadas provas psicológicas para avaliação (testes objetivos de avaliação psicológica, provas projetivas, ou programas de desenvolvimento instrumental), a atenção do terapeuta centra-se em tarefas definidas e controladas. Ao contrário do que acontece na entrevista dinâmica em que se promove a abertura à associação emocional, livre ou semilivre (Leal, 2006).

Numa avaliação com propósitos clínicos, é possível utilizar métodos mais individualizados, qualitativos ou psicométricos. A estes métodos podemos acrescentar a entrevista clínica e a observação sistemática de comportamentos. O psicólogo tende a utilizar teste qualitativos e quantitativos, por forma a testar a consistência e a fidelidade dos resultados obtidos, para chegarem a inferências com um grau razoável de certezas. Com a importância de definir os níveis de psicopatologia, observa-se um crescente interesse por um modelo dimensional, relacionado com instrumentos psicométricos. Estas estratégias de avaliação incluem instrumentos de autorrelato que podem ser considerados como medidas de sintomas ou de síndromes, sendo estes escalas, inventários e *check-lists*. A avaliação que é feita comumente é chamada de psicodiagnóstico, porque procura avaliar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não de psicopatologia (Cunha, 2000).

Entrevista clínica

A entrevista clínica é o modelo que caracteriza o trabalho do psicólogo clínico, sendo ao mesmo tempo um método que engloba a observação e que suporta também a avaliação instrumental através da aplicação de testes e escalas (Bénony & Chahraoui, 2002). Constitui também um método de recolha de dados que visa obter factos ou representações situacionais em função da subjetividade intrínseca do ser humano (Ketele & Roegiers, 1993).

A entrevista clínica visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de cada pessoa, centrando-se sobre a sua vivência e acentuando a relação. Faz parte do método clínico e das técnicas de inquérito em ciências sociais. Permite obter informações sobre o sofrimento da pessoa, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como esta gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos e os seus fantasmas (Leal, 2010). Desta forma, pretende-se assim a compreender o funcionamento psicológico da pessoa em contexto familiar e relacional, os elementos da sua personalidade e a interação com o ambiente (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003). Assim, a entrevista clínica é parte de um processo, que deve ser concebido como um processo de avaliação, que pode ocorrer apenas numa sessão e ser dirigido a fazer um encaminhamento, ou a definir os objetivos de um processo psicoterapêutico (Cunha, 2000).

Na orientação psicodinâmica, o psicólogo permite que os pacientes falem livremente sobre suas preocupações e tenham a liberdade para discutir quaisquer questões ou preocupações pessoais que lhes causem angústia. Neste sentido, é considerada como sendo uma entrevista não-diretiva, pois coloca a ênfase nas técnicas de escuta ativa. O psicólogo clínico não orienta o discurso do paciente, pois é este que controla e conduz a entrevista. A sua participação é de questionar ou abordar um tema e de seguida remeter-se a um papel passivo respeitando os silêncios, pausas e associações do paciente (Bénony & Chahraoui, 2002).

Modelo de psicoterapia de apoio de orientação analítica

Existem várias definições que caracterizam a psicanálise e todas elas remetem para a sua origem com Freud, sendo que a definição dada pelo próprio caracteriza que a psicanálise está relacionada com a divisão da mente nos seus elementos integrantes e processos dinâmicos (Cordioli, 1998) englobando três áreas distintas, sendo estas um método de investigação (Leal, 2005) que estuda o desenvolvimento da mente e a influência das experiências precoces, bem como a natureza e o papel dos fenómenos mentais inconscientes (Bateman & Holmes, 1998) que de outra forma estariam quase inacessíveis (Leal, 2005) e que exercem influência na estruturação da personalidade e do carácter (Cordioli, 1998); um método terapêutico baseado na investigação de pacientes com transtornos neuróticos (Leal, 2005), sendo que o primeiro ensaio sobre a abordagem psicanalítica foi no tratamento da histeria, de Breuer e Freud (1983) (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008), cuja importância central para o tratamento se baseava na transferência e na resistência (Bateman & Holmes, 1998) e que visava modificar o carácter pela aquisição de *insight* mediante a análise sistemática das defesas na neurose de transferência (Cordioli, 1998); e ao mesmo tempo a psicanálise era também vista como uma disciplina científica que abrange o estudo destas conceções psicológicas (Leal, 2005).

No que se concerne à psicanálise vários foram os autores que a definiram, desta forma, para Laplanche e Potalis (1967) a psicanálise consiste na evidência do significado inconsciente das palavras, ações e produções imaginárias, que se baseia na associação livre por forma a garantir a validade das interpretações. Para Roudinesco e Plon trata-se de um método terapêutico que utiliza a técnica psicanalítica, um sistema de pensamento e ainda uma modalidade de transmissão do saber que se baseia na transferência (Leal, 2005). Segundo Hartmann e Krisilowenstein (1975) a psicanálise é uma técnica terapêutica que denominam

de psicoterapia psicanalítica, assim como um método de observação a que dão o nome de entrevista psicanalítica, e um conjunto de hipóteses (Leal, 1999). Mais recentemente, a Associação Psicanalítica Internacional define esta como uma teoria da estrutura e do funcionamento da personalidade, cuja teoria abrange outros domínios do conhecimento que se baseiam nas descobertas psicológicas de Freud, e que apresenta uma técnica terapêutica específica (Leal, 2005).

A psicanálise é ainda uma experiência intersubjetiva, sendo que tanto o terapeuta como o paciente entram juntos numa viagem ao interior e às experiências passadas do paciente, proporcionando desta forma uma vivência partilhada no aqui e agora, e que produz o autoconhecimento e a mudança em ambos (Malpique & Fleming, 2010).

Contudo, foram aparecendo novas terapias psicanalíticas que derivam da psicanálise assemelhando-se a esta na sua teoria de base, mas que apresentam algumas diferenças, nomeadamente estas últimas terem sido desenvolvidas com o propósito de tratar indivíduos para quem a psicanálise não seria indicada. Assim, a diferença entre ambas prende-se no que acontece no decorrer do processo terapêutico uma vez que a psicanálise clínica visa compreender os principais pensamentos, desejos, medos, conflitos, defesas e identificações inconscientes, por forma a trabalhar um programa de crescimento pessoal ou desenvolver um entendimento profundo dos problemas universais com que cada indivíduo se debate, incidindo mais em resolver problemas inseridos na personalidade. Para que isto possa acontecer é necessário que os pacientes fiquem confortáveis ao ponto de se permitirem regredir, ou seja, sentir emoções que derivam da infância (McWilliams, 2006). Ao passo que as psicoterapias de inspiração psicanalítica possuem métodos mais simples e orientados para necessidades de eficácia mais imediata (Leal, 2005) apresentando metas terapêuticas mais objetivas, tais como o alívio de perturbações específicas, a diminuição do sofrimento e a

edificação de uma estrutura psíquica mais forte (McWilliams, 2006), através do controlo e limitação da transferência, centrando-se assim nas trocas referentes ao material psíquico mais significativo. E também limitando as regressões em indivíduos cujo ego é mais frágil ou mais rígido (Leal, 2005).

Posteriormente desenvolveram-se as psicoterapias breves de orientação dinâmica (Bloch, 1999) que se refere a tratamentos menos intensivos, mas que derivam das ideias de Freud (McWilliams, 2006) e onde se destaca a influência dos processos psicológicos internos, principalmente aqueles em relação aos quais não se está consciente, dando também importância à relação entre o paciente e o terapeuta (Bloch, 1999).

Estas psicoterapias utilizam de forma integrada, conceitos teóricos de diferentes teorias, para além dos conceitos psicanalíticos de conflito psíquico inconsciente (Cordioli, 1998), e visam promover uma exploração reflexiva e uma procura de significado na experiência, promovendo a autoconsciência, a compreensão e o controlo pessoal (Bloch, 1999), por via da eliminação das defesas consideradas patológicas através do *insight* (Cordioli, 1998) em vez da resolução dos sintomas, embora estes diminuam com a resolução de conflitos internos e interpessoais e o crescimento do *insight*, para que se dê uma mudança progressiva na personalidade (Bloch, 1999).

Estas psicoterapias implicam também a exploração da origem das dificuldades do paciente, sendo importante para a mudança que a atenção esteja centrada nas suas origens dinâmicas atuais, que são evidenciadas pela forma de sentir, pensar, comunicar e de se relacionar em terapia, permitindo assim que haja por parte do paciente uma experiência emocional corretiva, que lhe permite examinar aspetos pessoais desconfortáveis num lugar relativamente seguro, não condenatório e de aceitação, e que o coloca em contacto com sentimentos e memórias poderosas referentes a experiências infantis não resolvidas, que

devem depois ser examinadas pelo paciente para que este se consiga afastar e examinar as origens e o impacto da experiência recapitulada, libertando as suas capacidades adaptativas e o seu potencial de desenvolvimento (Bloch, 1999).

Técnicas terapêuticas

A terapia analítica exige que uma pessoa fale livremente e a outra a escute com recetividade. Apesar da diversidade de técnicas terapêuticas, é importante que esteja sempre implícito em todas elas o trabalho conjunto do terapeuta e do paciente para uma melhor compreensão dos temas e significados daquilo que é falado. A qualidade da presença do terapeuta, assim como a demonstração da parte deste em como se importa e preocupa com o paciente, é uma das premissas mais importantes para que comece a haver mudanças. Desta forma, a psicoterapia trata-se de uma conversa, em modo de colaboração, onde a escuta e a fala são pontos essenciais para que se dê esta parceria terapêutica (McWilliams, 2006).

O escutar enquanto técnica deve ser disciplinada, mediativa e emocionalmente recetiva, sendo que o terapeuta deve estar aberto ao paciente e às suas necessidades psicológicas, pois o facto de o terapeuta se mostrar recetivo possibilita ao paciente um relaxamento mais profundo e uma maior capacidade de concentração. O escutar é uma forma de encorajar o paciente a falar de algo que lhe é difícil, a descobrir por si soluções para os seus problemas e a encontrar o seu sentido de livre-arbítrio na presença de alguém (o terapeuta) que o acolhe com uma confiança e competência cada vez maior. Assim, podemos dizer que em psicoterapia a escuta é mais importante que a fala, pois grande parte das diversas formas de falar têm por objetivo mostrar ao paciente que está a ser escutado (McWilliams, 2006).

Enquanto Bion (1970, p.57) diz que o terapeuta deve limpar a sua mente e receber os sentimentos e pensamentos do paciente sem ideias pré-estabelecidas (McWilliams, 2006),

ouvindo e também traduzindo e devolvendo a mensagem (Leal, 2006), desempenhando assim o papel de contendor de imagens e pensamentos que o paciente não consegue tolerar (McWilliams, 2006) e sustentando a experiência do outro (Leal, 2006). O terapeuta contribui assim, para o emergir de significados e símbolos, na medida em que se ajustam e conferem os respetivos entendimentos. Winnicott (1955) fala na importância do *holding* por parte do terapeuta, e assim como Odgen (1985, 1986) reforçam a importância de se criar um espaço, denominado de espaço potencial, no qual seja possível ao paciente dizer a verdade sobre a sua experiência. Isto torna-se difícil para o terapeuta, pois tem que conter dentro de si o que sente sem que o paciente se aperceba disso (McWilliams, 2006).

O objetivo principal de um terapeuta psicodinâmico é encorajar a expressão livre, permitindo aos pacientes experienciarem uma relação de honestidade. O que se pretende é que haja por parte do paciente um aumento da capacidade para comunicar, explorar estados do *self* que sejam dolorosos, e de alargar o acesso a experiências emocionais mais intensas e mais distintas, ou seja, elaborar o *self* (McWilliams, 2006).

É importante que através da comunicação o terapeuta mostre que aceita o paciente, pois é desta forma que consegue dissolver a vergonha sentida por este, ao mostrar que não percebe o motivo de ficar tão perturbado com aquilo que está a contar. Desta forma, o falar é também uma técnica importante, que segundo Spence (1982) e Schafer (1983) deve representar um esforço para promover o desenvolvimento daquilo que é, e foi a experiência do paciente. Desta forma, as primeiras palavras do terapeuta devem transmitir ao paciente segurança, transparecendo o seu interesse por compreender o paciente, explicar os aspetos relevantes do processo terapêutico, esclarecer o enquadramento e identificar possíveis problemas que possam vir a afetar a disposição do paciente em colaborar ou a capacidade de ajuda por parte do terapeuta (McWilliams, 2006).

Outra técnica utilizada é a análise psicológica centrada na associação emocional, que se constitui em si mesma como tratamento, no sentido de produzir mudanças estruturais na organização da personalidade, entendida como entidade psico-socio-cognitiva, e sendo sempre precedida de consultas feitas numa perspetiva dinâmica. Estas consultas servem para a recolha de uma cuidada avaliação do funcionamento das estruturas do aujeito na sua vida socio-emocional e cognitiva, dando-nos a conhecer a forma como este lida com a experiência crítica e crise interna ou externa da qual resultou o encaminhamento para a consulta (Leal, 2006).

Após o estabelecimento deste primeiro contacto, o terapeuta deve procurar recolher a história de vida do paciente para que esta seja o mais completa possível, por forma a ter dados suficientes que lhe permitam criar ou descobrir uma forma de partilhar uma formulação dinâmica provisória sobre os problemas apresentados. Esta recolha de dados tem em vista que posteriormente o terapeuta possa investir num aumento da capacidade do paciente para falar livremente e com uma maior carga emocional associada, encorajando-o a falar de forma não defensiva e na primeira pessoa, quando se refere à sua experiência emocional. Assim, o aspeto mais importante de qualquer intervenção é a comunicação do que o terapeuta escuta por parte do paciente (McWilliams, 2006).

Seja qual for a entrevista realizada, há várias técnicas que auxiliam na obtenção e recolha de informações (Leal, 1999). As técnicas sugeridas por Cordioli, Wagner e Cechin (1993) visam reforçar determinadas funções do ego, baseando-se na sugestão, que engloba as seguintes técnicas: sugestão, controlo ativo, securização, aconselhamento e catarse. E no aumento do autoconhecimento através da educação, clarificação e confrontação (Leal, 2005).

Também Craig (1989) deu o seu contributo acerca das técnicas mais comumente utilizadas (Leal, 1999), sendo estas: a sugestão, que tem como objetivo induzir uma ideia ou

sentimento, com a finalidade de produzir modificações na vontade expressa pelo paciente. Recorre-se a esta técnica quando o paciente não consegue perspetivar outras alternativas realistas, sendo as alternativas sugeridas pelo terapeuta consoante a capacidade de avaliação da realidade por parte do paciente. Contudo esta técnica tem riscos, nomeadamente, ser vista como sendo uma indicação, como uma desresponsabilização por parte do paciente em procurar alternativas para os seus problemas, podendo levar a um aumento da dependência face à situação psicoterapêutica. Por forma a minimizar estes riscos o terapeuta deve sugerir varias hipóteses ao paciente discutindo com este as vantagens e desvantagens das mesmas, deixando que seja o paciente a tomar a responsabilidade de decidir qual delas a melhor para si (Leal, 1999).

O controlo ativo, pode ser visto como uma intervenção do terapeuta em tomadas de decisão que competem ao paciente mas que devido a alguma impossibilidade este não pode tomar, nomeadamente, a entrada do paciente num centro terapêutico para alguma problemática específica, como por exemplo, toxicodependência; falar com um professor para determinarem uma estratégia de aprendizagem adequada ao caso; reunir com uma assistente social para alertar sobre alguma situação relativa a recursos sociais (Leal, 1999).

A securização, sendo esta uma técnica na qual o terapeuta ao mesmo tempo tranquiliza e reforça a autoestima do paciente ao mostrar confiança com alguma ideia, pensamento, atitude ou decisão por ele tomada. Pode ser feita através de elogios (Winston, 1968 citado por Leal, 1999).

O aconselhamento que consiste na explicitação, sugestão ou recomendação relativamente a atitudes e decisões do paciente, que visam reforçar os aspetos funcionais da sua personalidade, reduzindo os sintomas ou evitando situações de crise. O aconselhamento deve incidir nos recursos internos relativos a ações e iniciativas do paciente (Leal, 1999).

A catarse tem por objetivo que o paciente seja capaz de exprimir emoções ou sentimentos. Quando usada em demasia o contexto terapêutico pode ser visto como um local de despejo, não fomentando a capacidade de transformação ou elaboração dos conflitos. Contudo tem uma grande importância na aliança terapêutica (Leal, 1999).

A educação refere-se a intervenções de cariz pedagógico e informativo sobre assuntos ou situações relevantes para o paciente como por exemplo ensinar técnicas de relaxamento ou de controlo respiratório, englobando todo o tipo de informação referente a qualquer área ou assunto que seja do interesse do paciente (Leal, 1999).

A clarificação visa reforçar as defesas do ego pelo alívio de sintomas através de uma melhor e mais eficaz capacidade de controlo (Leal, 2005). Desta forma, a clarificação consiste numa reafirmação daquilo que o paciente disse ou de uma pergunta fechada acerca do que foi dito (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003), por forma a uma melhor compreensão dos seus sintomas, afetos, atitudes e aspetos da realidade, bem como, a relação entre estes, aumentando a compreensão geral das estruturas cognitivas e permitindo a integração dos processos mentais para que o paciente tenha um maior controlo e haja uma redução da ansiedade (Leal, 1999).

A confrontação tem como objetivo ajudar os pacientes a adquirirem uma perceção de si mesmos e do mundo à sua volta mais realista (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003), visando aumentar a capacidade de discriminação entre as realidades externa e interna e a promoção do autoconhecimento e juízo da realidade, baseando-se na comparação de diferentes conteúdos sobre o mesmo tema ou conteúdos verbais discrepantes em relação aos conteúdos não-verbais (Leal, 1999), derivados das distorções que fazem em relação a si próprios, aos outros e ao mundo (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003). Do ponto de vista psicanalítico esta técnica é vista como uma chamada de atenção ao paciente e como

parte integrante do processo interpretativo. Pode também ser vista como uma chamada de atenção para as semelhanças e diferenças do que foi dito com vista a promover a compreensão em relação aos processos mentais dissociados (Leal, 2005).

O questionamento é essencialmente fazer perguntas. Em situação de entrevista esta técnica é usada com o propósito de recolher informações sobre o paciente por forma a conhecê-lo melhor e ter acesso às várias dimensões da sua vida. Contudo, para que isto aconteça as perguntas devem ser feitas de forma indireta mas com uma formulação aberta permitindo ao paciente escolher qual a direção que quer dar à conversa, e ao terapeuta a perceção sobre quais os assuntos com os quais o paciente se sente mais seguro, evita, valoriza, escamoteia e permitindo também retomar o assunto (Leal, 1999).

A reflexão tem como principal objetivo que os pacientes saibam que estão a ser ouvidos e compreendidos pelo terapeuta (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003), pela forma compreensiva como este devolve aquilo que foi dito, o que implica a capacidade para reproduzir material cognitivo ou emocional, o que requer alguma experiência (Leal, 1999). A reflexão permite também que os pacientes experienciem que há alguém que os compreende e percebe, o que pode facilitar ainda mais o discurso e a associação livre. Uma outra forma de reflexão inclui devolver ao paciente aquilo que foi dito por este juntamente com o sentimento que lhe está associado para que este sinta que estão ambos, paciente e terapeuta, em sintonia em relação ao seu estado emocional. Este tipo de reflexão incentiva ainda a uma maior expressão emocional por parte do paciente (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

A reformulação consiste em dizer de outra forma aquilo que o paciente acabou de expressar. Tem como objetivo esclarecer e facilitar a compreensão do terapeuta face ao que foi dito pelo paciente (Leal, 1999). Esta reformulação deve ser centrada no paciente e não no seu problema, permitindo reenviar para este a síntese, ou uma parte relevante, do seu discurso

e dos sentimentos que o acompanham, clarificar este discurso, elucidar o conteúdo nele implícito, confrontar o paciente com paradoxos presentes naquilo que verbaliza e o sentimento que exprime, estabelecer ligações, e ainda fazer interpretações a quente. Nestas interpretações o terapeuta chama a atenção para relações ainda não reconhecidas (acontecimentos, características da personalidade, sintomas), padrões de sentimentos, pensamentos, ações, dando sentido ao aparentemente incompreensível. Isto é feito com base no material já veiculado pelo paciente e é sempre transmitido como uma hipótese de compreensão (Dias, 2006).

A autorrevelação enquanto técnica implica que o terapeuta fale sobre si, de forma a facilitar a exposição do paciente. Estas autorrevelações devem ser expressas num registo afetivo e abstrato (Leal, 1999).

O silêncio apela à sensibilidade do terapeuta, sendo que, é necessário que haja alguma experiência da parte deste. A principal função do silêncio é incentivar o paciente a falar livremente. Porém o silêncio permitir também que a pessoa possa recuperar ou refletir sobre o que acabou de dizer. Além disso, o silêncio permite que o terapeuta tenha algum tempo para considerar e intencionalmente selecionar uma resposta, em vez de apressar-se a dar uma (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003). Existem vários tipos de silêncio, os que transmitem inibição do paciente, devido a características da personalidade, motivos situacionais, ou até mesmo ambos, que resultam numa circunstância inibitória que faz com que este se sinta avaliado, sendo que, o terapeuta deve criar um clima relacional que permita ao paciente ultrapassar esta circunstância. O silêncio que indica passividade ou regressão, sendo que, a passividade pode ser inerente ao próprio por ser uma atitude ou comportamento habitual. O silêncio regressivo está diretamente relacionado com as perguntas diretas, ao conferir-lhes um registo infantilizado em que sente que só deve responder ao que lhe

perguntam para não causar má impressão ou desagradar. Existem os silêncios defensivos que revelam sinais de resistência em relação ao processo terapêutico. Os silêncios que são apenas pausas que ocorrem na passagem de um tema para outro. Os silêncios reflexivos que servem apenas para pensar no que se vai dizer, nos sentimentos, entre outros assuntos, não devendo ser interrompidos (Leal, 1999). Depois existem aqueles silêncios que fazem com que os pacientes se sintam compreendidos sem haver a necessidade de se dizer nada, por forma a que o paciente se sinta respeitado pelo facto do terapeuta não o pressionar (McWilliams, 2006). Podemos dizer que o silêncio é uma importante ferramenta utilizada por psicoterapeutas psicanalíticos que facilita a associação livre (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

A exploração tem por objetivo investigar áreas da vida, do pensamento e dos sentimentos do paciente, que são relevantes e devem por isso ser aprofundados consoante os objetivos traçados (Leal, 1999). A exploração do discurso, tanto do ponto de vista lógico como afetivo, visa a apresentação de hipóteses que correspondem à inversão ou a uma mudança de visão daquilo que este comunica, solicitando-o a aprofundar um dado tema (Dias, 2006).

A interpretação tem como objetivo aumentar o *insight* do paciente e dar-lhe uma perceção mais apurada da realidade (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003), remetendo os conteúdos do que aconteceu para significados implícitos da experiência (Leal, 2006), visando assim dar sentido ao que foi dito. É essencial que o entrevistador saiba qual o quadro interpretativo que usa, uma vez que este deve ser adequado às características do paciente (Leal, 1999).

O humor destina-se a retirar a carga emocional a uma narrativa sobrecarregada de emoções, e não banalizá-la, assim como, criar um distanciamento em relação ao problema e tornar menos ansiogénico um determinado assunto (Leal, 1999).

A generalização é utilizada através da enunciação de diferentes assuntos formulados pelo paciente, com o objetivo de fazer ver a este que tem tendência a avaliar situações ou pessoas da mesma forma, ou como retrata a diferentes níveis o mesmo tipo de situações, problemas ou sentimentos (Leal, 1999), para que isto seja possível é necessário que haja um afastamento das emoções diretamente vividas (Leal, 2006).

A focagem trata-se de particularizar as informações mais relevantes (Leal, 1999), levando a um estreitamento do foco de atenção, em direção àquilo que é suposto ter maior relevância para a compreensão dinâmica do paciente (Leal, 2006). Pode ser algo a que o paciente faça uma vaga alusão, por o deixar perturbado, preocupar ou não se sentir à vontade para o fazer (Leal, 1999). Pretende-se uma aproximação das emoções no seu aspeto vivencial (Leal, 2006).

A sumarização consiste na demonstra por parte do terapeuta que ouviu com atenção aquilo que foi dito pelo paciente, auxilia na recolha de temas importantes que foram falados, ajuda os pacientes a concentrarem-se em questões importantes e a perceber melhor o significado por trás daquilo que é dito (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

O ecoar visa mostrar o reconhecimento emocional, a sintonia e atenção do terapeuta pelo entrevistado (Leal, 1999), através do enquadramento da sensibilidade emocional (Leal, 2006). Esta técnica pretende estabelecer um vínculo relacional (Leal, 1999). É também utilizada quando as palavras proferidas pelo paciente se encontram cheias de sentimento não expresso, desta forma, o terapeuta irá, ecoa-las num tom mais lento e suave, com o objetivo de suscitar o afeto que está por detrás das suas palavras (McWilliams, 2006). Ao ecoar o que foi dito pelo paciente o terapeuta está a utilizar outra técnica denominada de re-exprimir o que foi dito por este através do reconhecimento da reação emocional integrando-a no discurso, assim

como a ressonância que se trata do espelhamento psicológico múltiplo da reação emocional própria e do outro (Leal, 2006).

A validação dos sentimentos ocorre quando o terapeuta reconhece e aprova os sentimentos expressos pelo paciente. A finalidade desta validação é ajudar os pacientes a aceitar os seus sentimentos como uma parte natural e normal de si próprio. Esta validação influencia positivamente o ego, pois o paciente sente-se apoiado (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

A reflexão interpretativa do sentir é outra técnica utilizada, cujo objetivo é revelar as emoções inconscientes no paciente, por forma a promover *insight* neste (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

É através destas técnicas que se tem também acesso e analisa, os aspetos transferenciais da relação, as defesas e as resistências ao processo terapêutico (Dias, 2006). Sendo que, estas defesas e resistências são observadas como indicadores do tipo de ansiedade que emerge na situação de consulta (Leal, 2006).

Principais conceitos da psicanálise

O desenvolvimento da sexualidade e os estádios psicosexuais

A psicanálise e a visão de Freud partem do conceito de pulsão que se trata de uma dimensão dinâmica que indica uma zona do corpo onde tem origem a excitação e a energia psíquica, qualitativa e quantitativamente investida. Esta zona pulsional é também o local onde se dá o alívio da tensão, ou seja a satisfação pulsional. À energia psíquica utilizada, dá-se o nome de líbido (Golse, 2005) estando na base das mudanças da pulsão sexual quanto ao objeto, ao alvo e à fonte de excitação sexual (Laplanche & Pontalis, 1985).

O aparelho psíquico está organizado em três pontos de vista: tópico, dinâmico e económico, que visam a conceção de um modelo necessário para a compreensão do funcionamento mental. No ponto de vista dinâmico está presente o conflito intrapsíquico entre as forças das diferentes instâncias (consciente, pré-consciente e inconsciente), e cujo objetivo é descrever qualitativamente estas forças (Golse, 2005). Desta forma, o consciente que recebe informações que provêm do mundo exterior e do mundo interior do indivíduo. Apresentando também um papel importante na dinâmica do conflito e no seu tratamento, sendo que regula o princípio do prazer operando de acordo com a realidade (Laplanche & Pontalis, 1985). No pré-consciente encontram-se as operações e conteúdos psíquicos que são inconscientes (Harr, 1979), mas que permanecem acessíveis à consciência (Laplanche & Pontalis, 1985). O inconsciente é o conjunto dos fenómenos psíquicos (Harr, 1979) representados por pulsões, que se encontram recalcados (Laplanche & Pontalis, 1985) por forma a se manterem inacessíveis à consciência (Harr, 1979). O ponto de vista económico releva uma abordagem quantitativa destas forças, uma vez que a resolução dos conflitos depende das suas características. No ponto de vista tópico insere-se o modelo das diferentes instâncias intrapsíquicas (id, ego e superego) (Golse, 2005).

O id é representado pelo polo pulsional, regido pelo princípio do prazer (Golse, 2005) em que os seus conteúdos e a expressão psíquica das pulsões são inconscientes (Laplanche & Pontalis, 1985). Segundo Freud, está na origem de tudo, sendo que o ego desenvolve-se a partir do id através de influências do mundo exterior. O ego representa o polo defensivo (Golse, 2005) e que é visto como um aparelho adaptativo por estar em contacto com a realidade exterior (Laplanche & Pontalis, 1985), sendo regido pelo princípio da realidade. O superego retira a sua energia do id, mas desenvolve-se no ego (Golse, 2005) a partir do

complexo de Édipo e através da interiorização de imagens, repressão de desejos e exigências parentais (Laplanche & Pontalis, 1985).

Toda a atividade do inconsciente tem tendência a adquirir tudo o que lhe dê prazer, evitando tudo o que seja desagradável e lhe cause desprazer, regendo-se desta forma pelo princípio do prazer. Contudo, devido ao recalçamento do inconsciente, o princípio do prazer deve ser utilizado e direcionado pelo princípio da realidade que para obter gratificação investe no tempo, através de experiências mentais que visam meios mais adequados (Harr, 1979).

A evolução das instâncias psíquicas e dos conflitos ocorre em função dos níveis de desenvolvimento e maturação adquiridos pela criança, e articula-se com o conceito de fase. Cada uma destas fases (oral, anal, fálica, latência e genital) faz referência ao desenvolvimento psicosssexual e caracterizam-se por diferentes zonas erógenas e pela consequente satisfação da pulsão correspondente, assim como pela relação de objeto implícita e pela identificação do conflito (McWilliams, 2005).

A fase oral decorre desde o nascimento até ao um/dois anos de vida do bebé, sendo a zona erógena ou fonte da pulsão a zona bucal, cuja principal função é a incorporação de elementos do exterior para dentro de si. O objeto da pulsão é o seio materno ou o seu substituto cuja principal função encontra-se na relação simbiótica mãe-filho, através do prazer oral que este recebe pela alimentação. O alvo da pulsão passa pelo prazer autoerótico através da estimulação da zona bucal e pelo desejo da incorporação do objeto, pois ao fazê-lo a criança sente-se unida a este, o que leva a posteriores identificações e introjeções. Nesta fase ter o objeto dentro de si é o mesmo que ser o objeto. O estágio oral divide-se em dois sub-estádios, sendo estes, o estágio de absorção-passiva em que o objeto da pulsão, o seio, ainda não é percecionado como gratificante ou frustrante. E o estágio oral-sádico em que aparecem os

primeiros dentes e a atividade de sucção é então acompanhada por mordidelas desenvolvendo-se uma ambivalência em relação ao objeto, pelo desejo e destruição deste (Golse, 2005).

A fase anal ocorre durante os dois/três anos de vida da criança e é caracterizada pelo controlo ou domínio esfínteriano (pulsão de dominação). A zona erógena é a mucosa anal que tanto conserva os objetos que estão no seu interior como os expulsa quando são destruídos. O objeto de pulsão é o produto fecal que ele manipula e controla. A pulsão tem um duplo alvo: o prazer autoerótico e a procura de pressão relacional, começando a fazer a distinção entre o dentro e o fora. Esta é uma fase de ambivalência, sendo que o objeto fecal tanto pode ser conservado como expulso, passando a ser visto como o objeto bom ou o objeto mau (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

A fase fálica está inserida na fase pré-genital, decorre durante os três/quatro anos de vida da criança, é caracterizada pela manifestação da curiosidade sexual infantil e trata-se de um período de autoafirmação que precede o conflito edipiano. A zona erógena é a uretra que compreende uma dimensão autoerótica e de dimensão objetal (Golse, 2005). É nesta fase que aparece o complexo de Édipo que ocorre entre os quatro e os seis anos e possibilita a emergência de um objeto global total, tendo também um papel fundamental para o desenvolvimento do superego e do ideal de ego. Aparece a angústia de castração em que o menino tem medo de perder o pénis, e a menina o desejo de ter um (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). A mãe é o objeto de pulsão sexual do rapaz, sendo que este deseja conquistá-la para obter toda a sua atenção. Desta forma, o pai é visto de forma ambivalente, sendo que por um lado representa uma ameaça e por outro o objeto modelo. Nas raparigas, devido à frustração de não terem um pénis afastam-se da mãe, por quem desenvolvem sentimentos de

ódio com culpa, devido ao facto de esta ser ainda importante na satisfação das pulsões pré-genitais, conseqüentemente mudam de objeto para o pai (Zimerman, 2004).

O período de latência situa-se entre os sete e os doze anos, e é caracterizado pelo esquecimento ou amnésia infantil em relação a todos os acontecimentos psíquicos da infância, devido ao recalçamento (Harr, 1979) que permitir à criança resolver os conflitos sexuais do período anterior (Golse, 2005) e encontrar objetos de satisfação e de gratificação substitutos, como a sociabilização e a intelectualização (Harr, 1979).

A puberdade conduz a vida sexual infantil à sua forma definitiva, com a descoberta do objeto sexual (Golse, 2005). A fase genital que ocorre entre os dez e os doze anos caracteriza-se pelo investimento da energia libidinal nos órgãos sexuais. Nesta fase de desenvolvimento, tanto os rapazes como as raparigas devem estar conscientes das suas identidades sexuais. Sendo que, a procura de satisfação é no sentido das suas necessidades sexuais e em relação com alguém do sexo oposto (Harr, 1979).

O esperado destas fases de desenvolvimento é sejam evolutivas, sendo que a fixação e/ou regressão em alguma destas fases derivam de uma descontinuação. A fixação ocorre entre a pulsão e o objeto, e indica que a criança não avançou para a fase seguinte não havendo por isso uma mudança de objeto (Freud, 1905/1987), mantendo-se organizada segundo as características dessa fase evolutiva (Laplanche & Pontalis, 1985), ou seja, deu-se uma interrupção no desenvolvimento e na maturação (Freud, 1905/1987). Por outro lado, a fixação pode também estar relacionada com a regressão (Laplanche & Pontalis, 1985). Desta forma, a regressão relaciona-se com a fixação, na medida em que no seu desenvolvimento a criança regressa temporalmente a objetos de satisfação pulsional encontrados nas fases anteriores (Freud, 1905/1987) que já teria atingido e ultrapassado, sendo que a regressão pode ser observada por uma mudança a nível do pensamento, das relações de objeto e da estrutura do

comportamento (Laplanche & Pontalis, 1985). Estes conceitos operam a nível do desenvolvimento e maturação do indivíduo, e explicam assim, as dissonâncias e condutas sintomáticas (Freud, 1905/1987).

As relações de objeto

Para Klein aquando do nascimento do bebé já existe um ego primitivo e imaturo, no qual não existe coesão e por isso está exposto à angústia gerada pelo conflito entre a pulsão de vida e a pulsão de morte (Golse, 2005). Na maturação o dualismo pulsional é indispensável e prévio a qualquer experiência de vida. Sendo por isso que o ego e superego precoces são responsáveis pelos conflitos gerados e pela organização interna do bebé desde o nascimento (Klein, 1933/1996). Também Michael Balint e Ronald Fairbairn sustentam que temos relações de objeto desde o início da existência (Holmes, 2002).

As relações com os cuidadores no início de vida estão na base das teorias elaboradas por Klein, surgindo a ideia de que a mente é dotada (Cordioli, 2008) de representações internas das relações com os outros, os pais, os irmãos (objetos), consigo mesmo (*self*) e as suas partes do corpo (objetos-parciais) (Bloch 1999), que são constituídos desde o nascimento e reconstituídos ao longo da vida, a partir de projeções e introjeções (Cordioli, 2008). Desta forma, o *self* é o termo utilizado, do ponto de vista organizacional que serve de referência para experiências interiores (Spiegel, 1955, citado por Gedo & Pollock, 1984), e que provém do sentido imediato das experiências corporais, atividades e interações emocionais com outras pessoas (Gedo & Pollock, 1984). Kohut utilizou o termo *self-object* ou auto-objeto para descrever a qualidade especial das relações íntimas em que o outro não é nem inteiramente parte de si-próprio, nem inteiramente separado dele. Assim, os pais de uma criança pequena são auto-objetos, na medida em que são vividos como extensões pela criança, que pode até certo ponto controlá-los. Esta relação de auto-objeto pode ser vista

como simplesmente ilusória e defensiva, sendo uma maneira de evitar a tomada de consciência traumática do estado indefeso e da vulnerabilidade da infância (Holmes, 2002).

No decorrer dos primeiros meses de vida do bebê, há dois tipos de angústias que se vão manifestar, sendo a primeira a de perseguição paranoide que está relacionada com o aniquilamento do ego e corresponde à posição esquizoparanóide e a segunda a angústia depressiva, relacionada com a perda de objeto e que corresponde à posição depressiva. Estas permanecem ao longo da vida, reaparecendo em casos de regressão. Assim, a forma como o ego lida com a angústia é que vai ditar a sua capacidade de manter o equilíbrio entre as forças em presença (Golse, 2005).

A posição esquizoparanóide ocorre durante os quatro primeiros meses de vida do bebê, sendo que pode contudo manifestar-se na infância ou na idade adulta em estados paranoicos e esquizofrénicos (Laplanche & Pontalis, 1985). Nesta fase o amor e o ódio estão dissociados, (Cordioli, 2008) e o ego é ainda primitivo como forma de se defender do conflito entre pulsões (Golse, 2005), sendo estas pulsões agressivas e pulsões libidinais (Laplanche & Pontalis, 1985). Estão também operantes dois mecanismos mentais importantes, a introjeção e a projeção (Marcelli, 1998). O ego prende-se ao objeto parcial, que é o seio materno (Golse, 2005) e é clivado em dois, o bom e o mau objeto (Laplanche & Pontalis, 1985), sendo que através da introjeção vai fazer do objeto ideal (Golse, 2005), que são as boas experiências de satisfação e gratificação ligadas à pulsão libidinal (Marcelli, 1998) uma parte de si, identificando-se com este. Contudo, este objeto tem também uma parte destrutiva que vai ser vivida como persecutória (Golse, 2005), que está associada às más experiências de frustração e desprazer ligadas à pulsão de morte, sendo percebidas como perigosas (Marcelli, 1998) e que são por isso projetadas para objetos exteriores, que são sentidos como tal, e podem ser induzidos a comportar-se de acordo com o que foi projetado (Bloch, 1999). Por este motivo,

o bebé deve proteger-se desses objetos externos, o que constitui a pré-forma do superego arcaico. Para que esta diferenciação se dê é necessário que o bebé seja capaz de tolerar as frustrações da realidade (Marcelli, 1998). Se esta fase for ultrapassada com sucesso, passando à fase seguinte o ego do bebé vai unificar-se e de forma progressiva começa a perceber o exterior como diferente dele (Golse, 2005).

Segue-se a posição depressiva que ocorre entre os doze e os dezoito meses (Marcelli, 1998) e vai sendo progressivamente superada no decorrer do primeiro ano de vida do bebé, sendo que pode ser reativada quer na infância, quer na idade adulta em situações de luto ou estados depressivos (Laplanche & Pontalis, 1985). Nesta fase, o bebé começa a aperceber-se que o mesmo objeto (ou *self*) contém aspetos positivos e negativos (Cordioli, 2008), devido a experiências com a mãe, que o fazem sentir uma angústia depressiva (Marcelli, 1998) e sentimentos primitivos de culpa (Bloch, 1999) devido ao ódio e ao amor que sente pelo mesmo objeto (Marcelli, 1998). Encontra-se aqui evidenciada a angústia de perda de objeto, que advém de fantasmas destrutivos da criança, em que esta acredita ter danificado e destruído o objeto total o que faz com que se sinta culpada, sendo esta a primeira manifestação do superego (Golse, 2005).

O espaço transicional

As hipóteses de Winnicott partem do pressuposto de que o bebé vive através da mãe e que precisa dos cuidados desta para subsistir (Marcelli, 1998). Estes cuidados maternos estão relacionados com a identificação da mãe com o bebé, ou seja, a sua capacidade empática para identificar as necessidades deste (identificação projetiva) (Golse, 2005), desenvolvendo assim, aquilo que Winnicott denomina de preocupação materna primária (PMP), que lhe confere a capacidade de se colocar no lugar do bebé, para que este não sinta nenhuma ameaça

de aniquilamento e possa assim investir no *self* (Marcelli, 1998). O ego da criança é ao mesmo tempo forte e fraco, e a PMP condiciona o começo da estruturação deste, isto porque a mãe desempenha o papel de espelho para a criança, que cumpre a função de suporte em que o ego da mãe assegura o ego da criança (Golse, 2005). Porém, esta preocupação vai-se dissipando progressivamente, tornando-se uma mãe suficientemente boa (Marcelli, 1998).

Uma mãe que não apresente esta preocupação maternal primária será incapaz de providenciar as necessidades do bebé invadindo o seu espaço, e tornando-se assim uma mãe angustiada e culpada, o que faz com que o cuidado prestado ao seu bebé seja apenas ao nível funcional, não permitindo que este explore o espaço à sua volta. Desta forma, o que deve acontecer é a mãe proporcionar um ambiente facilitador e uma continuidade existencial que não intervenha no crescimento da criança, reforçando as suas capacidades inatas de desenvolvimento e maturação psíquicas (Winnicott, 1965/1994).

Para que se dê a maturação do ego da criança (Golse, 2005) há três papéis que são cruciais: o *holding*, que corresponde ao amparo e à subsistência tanto física como psíquica da criança uma vez que se encontra dependente da mãe. O *handling*, que se trata da manipulação corporal, nomeadamente a nível do vestuário, carícias. E o *object presenting* que caracteriza a capacidade da mãe de pôr à disposição do seu bebé o objeto quando este sente essa necessidade, o que lhe confere a ilusão de controlo sobre o objeto. A apresentação demasiado precoce retira a possibilidade da criança sentir a necessidade e o desejo. Pelo que, se a apresentação for demasiado tardia, este suprime o seu desejo para não ser aniquilado (Marcelli, 1998).

Quando a mãe é suficientemente boa, a criança desenvolve um sentimento de onipotência, tendo a ilusão ativa de criar um mundo em torno de si. Esta atividade mental serve de base a um *self* autêntico. Contudo, ao ser confrontada com as pequenas deficiências

da mãe a criança cria uma área intermediária, que é a área da criatividade primária, denominada de espaço transicional (Marcelli, 1998), uma zona intermediária e sobreposta entre o inconsciente do bebê e o da mãe, na qual o desenvolvimento emocional, o jogo e a criatividade ocorrem (Bloch, 1999) e cujo representante é o objeto transicional que não é interno, nem externo, pertence à realidade e tal como o espaço transicional é onde se dá a projeção da ilusão, da onipotência e da vida fantasmática da criança (Marcelli, 1998), permitindo a esta efetuar a transição entre a primeira relação oral com a mãe e a verdadeira relação de objeto (Laplanche & Pontalis, 1985).

Fases de organização do pensamento

As teorias de Bion têm por base a organização do pensamento, e incidem em adultos profundamente regressivos (Marcelli, 1998). O que o levou a elaborar uma teoria psicanalítica sobre a gênese do pensamento (Golse, 2005), denominada de aparelho de pensar os pensamentos, cujo objetivo é descarregar do psiquismo o excesso de estímulos que o sobrecarregam, sendo estes os maus objetos dos quais o bebê se deve libertar (Marcelli, 1998).

O pensamento tem a sua origem no estabelecimento da correspondência entre uma preconceção e uma frustração. A tolerância à frustração é fundamental para determinar a capacidade de formar pensamentos, e onde o bebê aplica mecanismos que modificam as experiências que levam à produção de elementos α (alfa) (Marcelli, 1998). Os elementos α são formados pelas impressões derivadas dos sentidos e pelas vivências emocionais que são transformadas em elementos mnésicos (Golse, 2005), que servem para formular os pensamentos oníricos, o pensar inconsciente, os sonhos e as lembranças (Marcelli, 1998), e permitem à criança aprender a armazenar estas experiências (Golse, 2005). Na ausência de

tolerância à frustração, os sentimentos de angústia e sofrimento, que são os elementos β (beta), são vistos como sendo parte de si, mas que o bebê não consegue descodificar (Cordioli, 2008) e por isso devem ser expulsos de forma projetiva (Marcelli, 1998). Desta forma o que se pretende é que o bebê tenha a capacidade de conter e descodificar estes elementos β em algo que possa ser pensado e compreendido, que são os elementos α (Cordioli, 2008).

Em relação ao aparelho de pensar os pensamentos, este encontra-se organizado em torno de dois conceitos que se encontram em relação, a noção de conteúdo-contidente (Marcelli, 1998) que Bion descreve como uma forma de identificação projetiva, sendo que a mãe funciona como um continente para sentimentos projetados pelo bebê, como a dor, o medo da morte, a inveja e o ódio, que vão depois ser descodificados por esta e devolvidos como forma de substituição dos sentimentos maus em sentimentos bons de ser cuidado e compreendido (Batemen & Holmes, 1998), para isso é também necessário que a mãe tenha a capacidade de *rêverie*, ou seja a mãe deve conseguir intuitivamente compreender o seu bebê (Bion, 1962/1991). E a dinâmica entre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva de Klein, em que o bebê é exposto à realidade externa e à angústia provocada pelo seu instinto de morte, utilizando diferentes mecanismos de defesa que vão fazer com que haja uma dissociação entre os objetos idealizados e os objetos persecutores, levando em casos extremos à fragmentação e dispersão do ego e dos objetos (posição esquizoparanóide). Na posição depressiva dá-se o processo de reintegração desta dissociação (Golse, 2005).

Estruturas de personalidade e mecanismos de defesa

Noção de estrutura

Para que se possa definir um quadro clínico claro e preciso (Bergeret, 1998) deve-se ter em conta e avaliar o conjunto dos elementos tópicos, dinâmicos, económicos e relacionais para determinar o estado e o sentido da elaboração estrutural do indivíduo, o seu grau de solidez ou a extensão das ameaças de psicotização (Bergeret, 1991), para que desta forma possamos ter uma ideia bem formada, sobre como aquela pessoa está organizada e como devemos entendê-la e adequar o seu tratamento (Bergeret, 1998).

O carácter consiste assim numa mudança crónica do ego que se pode descrever como um endurecimento. Este endurecimento é a base atual para que o modo de reação característico se torne crónico, sendo a sua finalidade proteger o ego dos perigos internos e externos (Reich, 1979).

Quando ainda não há certezas face ao diagnóstico, devemos referir-nos aos sintomas apresentados como sendo de aspeto neurótico ou de aspeto psicótico, uma vez que ambos os sintomas podem aparecer independentemente da estrutura em que a pessoa se encontra organizada. Assim como, o mesmo deve acontecer quando se refere aos mecanismos de defesa, devendo ser referidas de defesas de modo neurótico ou de modo psicótico, uma vez que as defesas e os sintomas de tipo neurótico podem aparecer em estruturas psicóticas como forma de proteção contra as ameaças de rebentamento, e as defesas e sintomas de tipo psicótico podem ocorrer como uma camuflagem de origem edipiana. Também em casos de regressão, a uma fase anterior já ultrapassada, podem aparecer defesas e sintomas que não são os correspondentes à estrutura da pessoa, ainda que sejam de forma temporária (Bergeret, 1998).

Desta forma, uma estrutura psíquica começa a formar-se numa primeira fase desde o nascimento, sendo que alguns autores em suas teorias referirem poder até começar a formar-se quando ainda estão no ventre da mãe (Bergeret, 1998). Nesta primeira fase os estados iniciais do ego da criança pequena, após a sua distinção do não-ego, permanecem ainda mais ou menos indiferenciados, sem estrutura estável (Bergeret, 1991). Numa segunda fase, as estruturas de personalidade autênticas começam a formar-se sob influência da hereditariedade em relação a determinados fatores, como e principalmente em detrimento do modo de funcionamento relacional com os pais desde os primeiros momentos de vida, englobando as frustrações, os traumas e os conflitos que surgiram no decorrer do seu desenvolvimento (Bergeret, 1998). Este conflito dá-se entre o instinto e a frustração, e a forma como isto acontece, dependendo também da fase na qual o impulso é frustrado, da frequência e intensidade da frustração, dos impulsos contra os quais a frustração é diretamente dirigida, da correlação neutra entre indulgência e frustração, do sexo da pessoa responsável pela frustração e das condições das próprias frustrações. Sendo que, todas estas condições são determinadas tendo em conta a educação, moralidade e satisfação das necessidades (Reich, 1979).

Também as defesas organizadas pelo ego como forma de resistir às pressões internas e externas e das pulsões do id e da realidade, operam em conjunto para que (Bergeret, 1998) segundo Freud, o psiquismo individual atingisse um grau de organização equivalente à cristalização, sendo esta a terceira fase deste processo (Bergeret, 1991), com linhas de clivagem (Bergeret, 1998) de força ou de fraqueza, interiores, originais e definitivas (Bergeret, 1991), que não poderiam posteriormente ser alteradas. Sendo desta forma, que se alcança uma verdadeira estrutura estável relativa aos dois modelos específicos representados pela estrutura neurótica e psicótica, sendo que depois do ego estar organizado numa destas

estruturas torna-se impossível de se passar de uma para a outra (Bergeret, 1998). Para um desenvolvimento psíquico saudável é também necessário manter uma flexibilidade instrumental, com uma análise da realidade, sentido integrado de si e dos outros e organização de esquemas defensivos (Kernberg, 1996).

Relativamente a estas duas estruturas, a personalidade encontra-se organizada de modo estável e irreversível, com mecanismos de defesa pouco variáveis, um modo seletivo de relação de objeto, um grau definido de evolução libidinal e egóica, uma atitude fixada de modo repetitivo perante a realidade e com jogo recíproco bastante invariado dos processos primário e secundário (Bergeret, 1991).

Contudo, existe ainda outra organização descrita como posição intermédia ou organização *borderline*, que se situa entre as estruturas psicótica e neurótica estáveis, e que visa uma vasta categoria dos estados-limite. Esta posição *borderline* trata-se de uma organização mais frágil, em relação às duas estruturas, sendo por isso uma organização mais ou menos confortável e não verdadeiramente estruturada, sendo que pode vir a cristalizar-se de forma permanente e definitiva numa das estruturas (Bergeret, 1998).

Relativamente aos mecanismos de defesa, estes são estratégias mentais utilizadas pelo ego contra os conflitos e as exigências pulsionais quando em perigo. Desta forma, o ego procura defender-se das ameaças que considera ainda existirem, devido a situações semelhantes às anteriormente vividas e que puseram em causa a estrutura do ego. Os mecanismos de defesa são também uma forma do ego justificar os esquemas regulares e frequentes que utiliza perante os impulsos (Sá, 2003). Desta forma, a sua função é impedir que os impulsos primários inconscientes invadam os processos conscientes, levando a uma redução da ansiedade associada a estes impulsos (Couch, 1995).

Estrutura psicótica

Sem ser de uma forma clara e evidente, a psicose constitui um universo psíquico estranho, invulgar e desconhecido (Bergeret, 1998). Assim, a linhagem da estrutura psicótica parte do nível das frustrações maternas, tendo a sua origem essencialmente no polo materno, no que se concerne às frustrações primitivas (Bergeret, 1991). Caracterizando-se por apresentarem uma difusão da personalidade, devido ao facto de existir uma lacuna na integração do conceito do *self* (Kernberg, 2006) e por uma fixação e uma consequente não superação do registo pré-objetal (Bergeret, 1998), que segundo Freud, fez com que a libido permanecesse fixada num estágio autoerótico, perdendo a sua mobilidade e consequentemente não encontra o caminho para os objetos. O ego sofre sérias fixações e permanece bloqueado, ou então regressa a este nível de pré-organização numa primeira etapa, organizando-se numa linha estrutural psicótica (Bergeret, 1991).

A estrutura psicótica corresponde a uma falha da organização narcísica primária nos primeiros instantes de vida do bebé. O que faz com que se torne impossível para a criança ser considerada como um objeto distinto da mãe-sujeito, pois a sua personalidade encontra-se incompleta e por isso não consegue conceber separar-se desta, por ser indispensável ao seu próprio ego (Bergeret, 1991), ou seja fica fixada num nível fusional de pré-separação onde não conseguem diferenciar entre o que vem de dentro dela e o que vem do exterior (McWilliams, 2005). Isto faz com que o bebé crie uma relação de fusão e identificação a uma totalidade fusional com o objeto materno, sendo esta relação de tipo narcísico integral pois está inserida no narcisismo da mãe ou do seu representante, em que não existe ainda separação entre este e o meio que o rodeia e onde as trocas não são ainda percecionadas como uma aquisição (do registo do ter) mas como uma simples expansão do seu ser (Bergeret, 1998). Esta relação mais ou menos fusional depende das variedades da psicose em que a

pessoa se insere, sendo que esta relação passa também para o plano interpessoal (Bergeret, 1991).

Este processo ocorre durante a fase oral (Bergeret, 1991), devido a uma predominância dos mecanismos de absorção e de difuso próprios deste período (Bergeret, 1998), ou mais tardar, durante a primeira parte da fase anal, que Abraham determinou como sendo a fase anal de rejeição (Bergeret, 1991). Aqui não estão implícitos só os mecanismos mas sobretudo o nível de estruturação dos pensamentos. Estes mecanismos fazem intervir manifestações de tipo oral (qualquer que seja a via de introdução, boca, olhos, nariz, ânus, pele, etc.). Antecedem geneticamente a possibilidade de distinguir um dentro e um fora, com os limites que isso implica, e naturalmente o espaço que circundam, onde se encontra a base do futuro ego. Contudo, às pessoas de estrutura psicótica apenas falta a progressão maturadora das estruturações sucessivas e o seu acabamento na primazia do genital, sendo que as experiências sentidas da vivência anal e genital estão presentes, uma vez que tiveram durante a sua vida experiências da série anal ou genital, só que estas encontram-se mal definidas (Bergeret, 1998).

A nível da estruturação egóica, o superego não atingiu o papel organizador ou conflitual de base que era esperado. Ou seja, ego não está completo, estando fragmentado, sendo que esta fragmentação pode ser visível ou os fragmentos do ego podem permanecer apenas colados entre si. Esta fragmentação deve-se ao facto de ter havido uma rutura entre o ego e a realidade, que fez com que o ego caísse no domínio do id, reconstruindo para si uma nova realidade conforme os desejos do id, sendo por isso a estrutura psicótica dominada pelo id (Bergeret, 1991).

A angústia centra-se na fragmentação, na destruição e na morte por estilhaçamento (Bergeret, 1991), sendo uma angústia sinistra, de desespero, de retraimento e de morte

(Bergeret, 1998). O conflito subjacente é causado pela realidade, face às necessidades pulsionais elementares, que leva à negação das partes da realidade que se tenham tornado demasiado embaraçosas, o que faz com que seja indispensável para a manutenção da vida a reconstrução de uma neo-realidade vantajosa (Bergeret, 1991), pois estão demasiado preocupados em perder por completo o seu sentido de ser consciente ou não, que remete para o medo de enlouquecer (McWilliams, 2005).

Posto isto, a natureza do conflito primário é literalmente existencial: vida versus morte, existência versus destruição, segurança versus terror. Sendo o tema recorrente o de ser ou não ser. Aquando crianças, a família destas pessoas apresentava padrões de comunicação emocional em que transmitia a estas que elas não eram uma pessoa individual mas sim uma extensão das figuras cuidadoras principais, sendo juntos um só. É então por este motivo que estas quando adultas apresentam dificuldades em se perceberem enquanto pessoa individual e não uma extensão de outrem, não tendo por isso a sensação de existirem sem estarem ligadas a alguém (McWilliams, 2005).

Os modos de funcionamento destas pessoas estão ligados à entrada ou à saída, que são presididas pelo fenómeno de dupla polaridade da introjeção (meter para dentro) ou de projeção (meter para fora), sem que haja nesta fase unipolaridade, a constituição de um verdadeiro distanciamento objetal e a diferenciação entre a realidade interior e o meio circundante. A repetição sucessiva dos períodos de ausência, seguidos do regresso da mãe ou do cuidador, vai implicar a intervenção sucessiva de períodos alucinatórios de desejos (com a insuficiência das satisfações que acarreta) e a sua diferenciação da satisfação verdadeira pela presença real do objeto exterior de que a criança necessita. (Bergeret, 1998).

Há uma predominância dos processos defensivos primitivos, como a clivagem, identificação projetiva, negação, idealização primária, onipotência, controlo onipotente e

desvalorização (Kernberg, 2006), sendo que, dentro destes os principais mecanismos utilizados são a projeção, a clivagem do ego e a negação da realidade. Apesar de que todos estes mecanismos confluem para o aparecimento de fenómenos de despersonalização, desdobramento da personalidade e desrealização (Bergeret, 1991).

Estas pessoas recorrem à projeção devido às moções pulsionais, que não conseguem constituir um sistema pulsão-defesa por carência de imagens e de identificações. O que faz com que as moções pulsionais sejam confrontadas por um superego arcaico aterrador em que nenhum sistema interiorizado pode ser constituído (Bergeret, 1998), ou seja, o que ocorre é que o que vem de dentro é incorretamente julgado como vindo do exterior (McWilliams, 2005). Assim, a solução possível passa pela evacuação para o exterior e em ordem dispersa de todos esses elementos. Contudo, esta projeção é logo de início fragmentada em elementos dispersos: pulsões, superego sádico, vestígios de identificações, sendo uma necessidade vital pois não há um sistema que permita capitalizar a energia pulsional sem que esta se torne demasiado persecutória (Bergeret, 1998). A projeção pode ser vista de duas formas, de uma forma benigna em que a pessoa tem a capacidade de usar a sua própria experiência para compreender o mundo subjetivo de outra pessoa. E de forma maligna, que ocorre quando as atitudes projetadas no objeto o distorcem, ou quando aquilo que é projetado consiste em partes negativas e renegadas do *self* (McWilliams, 2005).

Um outro mecanismo de defesa utilizado é a clivagem, que permite preservar os bons objetos da contaminação dos perseguidores. A clivagem fundamental consiste também em rejeitar para o exterior os maus objetos e conservar apenas os bons objetos (Bergeret, 1998). Outra característica deste mecanismo é o de tentar proteger onde se perdem as fronteiras do ego (Kernberg, 2006). Este mecanismo pode ser muito eficaz na redução da ansiedade e da manutenção da autoestima (McWilliams, 2005).

A negação é outro mecanismo de defesa que se insere na estrutura psicótica, e que é algo que todos fazemos de forma automática numa primeira reação a uma catástrofe. Esta reação advém de um processo arcaico com base no egocentrismo infantil, onde existe uma convicção pré-lógica em que a pessoa acredita que se não reconhecer o que está a acontecer, isso pode não estar a acontecer (McWilliams, 2005).

É de salientar a importância do teste de realidade que visa promover a capacidade de distinguir o *self* do não *self*, os estímulos exteriores dos intrapsíquicos e a capacidade de manter a empatia necessária ao desempenho de papéis funcionais na sociedade (Kernberg, 2006), pois permite à pessoa situar-se face à experiência dinâmica de ser compelido por impulsos e fantasias e restringido pelas imposições da realidade (Leal, 2006).

Em termos de modelos linguísticos a estrutura psicótica apresenta algumas diferenças relativamente à estrutura neurótica (Bergeret, 1991). Sendo que, a inaptidão primária em existir de maneira diferencial (e subsequentemente em dialogar) faz com que a linguagem do psicótico seja uma linguagem não-verbal (Bergeret, 1998). Desta forma, P. Dubor (1971) identificou alguns elementos característicos, nomeadamente, que a realidade não é plenamente investida; existe um relativo grau de inadequação do desejo em relação ao objeto; o afeto está mais ou menos dissociado da representação; as palavras são consideradas a um certo nível como estranhas, estrangeiras e/ou vazias; mobilizam um vazio que o psicótico não situa tanto entre ele e o outro quanto dentro da sua própria pessoa. Para estas pessoas o continente chega a contar mais que o conteúdo, pois a falta incide tanto sobre o ser quanto sobre o ter (Bergeret, 1991).

Estrutura neurótica

A neurose é o resultado do conflito entre as exigências instintivas reprimidas, nas quais nunca faltam as exigências sexuais da primeira infância, e as forças do ego que as repelem, sendo o resultado da impossibilidade de resolver este conflito que constitui o sintoma neurótico ou o traço de carácter neurótico (Reich, 1979). A sua evolução ocorre sem grandes alterações (Bergeret, 1998), sofrendo apenas fixações pré-genitais modestas até ao conflito edipiano. Desta forma, o segundo sub-estádio anal e o estágio fálico foram superados sem grandes dificuldades, enquanto o Édipo começa a pré-organizar a estrutura sob a economia genital, sendo esta a primeira etapa denominada de pré-estruturação (Bergeret, 1991).

Da mesma forma, também Erikson descreve as pessoas de estrutura neurótica como apresentando um sentido integrado da sua identidade, e comportamentos com alguma consistência, pois a sua experiência interior é de continuidade do *self* através do tempo (McWilliams, 2005). Contudo, a base fundamental do carácter neurótico significa que ele foi demasiado longe permitindo ao ego tornar-se rígido (Reich, 1979).

É no decorrer do conflito edipiano e das suas contingências (Bergeret, 1998), uma vez que o jovem pré-neurótico tem acesso à triangulação genital sem frustrações precoces demasiado pesadas, nem fixações pré-genitais anteriores demasiado severas (Bergeret, 1991), que vão ocorrer as fixações e regressões que permitem ao ego pré organizar-se num sistema relacional e defensivo de modo neurótico (Bergeret, 1998). Sendo que, uma vez chegando à adolescência com um ego neuroticamente pré-organizado, este irá permanecer na linha de estruturação neurótica de forma definitiva. Desta forma, as pessoas de estrutura neurótica alcançaram os níveis referentes à separação e individuação, mas apresentam conflitos relacionados com aquilo que desejam, que remete para questões edipianas (McWilliams,

2005). A estrutura neurótica engloba dois modos neuróticos autênticos, a neurose obsessiva e histérica (Bergeret, 1991).

O elemento que permanece imutável trata-se do ego (Bergeret, 1998), que ocupa uma posição intermediária entre o id e a realidade (Bergeret, 1991), e cuja organização da personalidade permanece envolta do conflito sexual ao nível genital do Édipo (Bergeret, 1998). Este ego está completo, mas pode permanecer distorcido nos seus diferentes níveis de funcionamento, quer devido a dificuldades ocorridas por ocasião do Édipo, quer em virtude de fixações pré-genitais que vêm perturbar a elaboração genital mais tardia, porém nunca está clivado. Desta forma, o conflito neurótico situa-se entre o superego e as pulsões e desenrola-se no interior do ego (Bergeret, 1991). O conteúdo dos valores e ideias edipianamente internalizados do superego e o modo específico da estrutura básica do ego, controladora de impulsos e edipianamente internalizada, é influenciado por valores e ideais específicos (Kohut, 1971) que se formam a partir das imagens de identificações paternas e maternas (Bergeret, 1998) e pelos métodos de controlo dos impulsos utilizados por estes (Kohut, 1971), surgindo de forma afetiva após o Édipo (Bergeret, 1991).

Encontra-se assim, enfatizada a relação entre os investimentos libidinais e os investimentos das pulsões do ego, entre a libido objetal e a libido narcísica, em que o recalçamento das representações pulsionais domina as outras defesas, a libido objetal está em causa e o processo secundário conserva um papel eficaz respeitando a noção de realidade. O ego obedece assim às exigências da realidade e do superego, recalçando as pulsões (Bergeret, 1991). Levando a que a projeção passe a ser operada ao nível do sistema pulsão-defesa, ou seja, da imagem preformada e constituída pelo trabalho de interioridade psíquica (Bergeret, 1998).

A angústia presente na estrutura neurótica é a ameaça de castração (Bergeret, 1991), caracterizada por sentimentos de culpa que ocorrem no presente, mas que se encontram centrados num passado muito erotizado (Bergeret, 1998). Desta forma, a regressão neurótica opera ao nível da libido e não do ego, mas nunca atinge o nível das regressões pré-genitais das estruturas psicóticas (Bergeret, 1991).

Relativamente à relação de objeto da estrutura neurótica, encontra-se sob um modo plenamente genital e objetal (Bergeret, 1991), que supõe a triangulação ao nível do conflito edipiano e requer um potencial genital suficiente (Bergeret, 1998). A relação com os pais foi elaborada sobre uma base triangular e sexual fundamental, sendo que, o objeto sustém uma posição proximal, existindo enquanto tal e sendo também procurado nesse sentido (Bergeret, 1991).

As pessoas de estrutura neurótica recorrem sobretudo às defesas mais maduras ou de segunda ordem. Embora também utilizem defesas primitivas, não sendo estas predominantes, em situações de *stress* invulgar (McWilliams, 2005). Desta forma, o mecanismo de defesa básico é o recalçamento (Bergeret, 1991), que utilizam para soluções relacionadas com o conflito, uma vez que a essência do recalçamento, segundo Freud, é a de afastar algo e mante-lo à distância do inconsciente. Esta defesa opera quando há evidências de que uma ideia, emoção ou perceção se tornaram conscientemente inacessíveis devido ao seu poder perturbador. Deste modo, o recalçamento visa manter estas ideias perturbadoras fora da consciência para que a pessoa se possa ocupar da realidade (McWilliams, 2005). Uma vez que as exigências do princípio do prazer ficam sempre mais ou menos submetidas ao controlo do princípio da realidade, a negação não opera nesta estrutura, contrariamente ao que acontece na estrutura psicótica (Bergeret, 1991). O recalçamento, assim como os outros

mecanismos de defesa tratam-se do resultado e não da causa da ansiedade, uma vez que o medo irracional preexistente cria a necessidade de esquecer (McWilliams, 2005).

Assim, por forma a resolver este conflito inconsciente, há que torna-lo consciente, porém, o pré-consciente criou bloqueios que impedem que estes sentimentos reprimidos e inconscientes se tornem conscientes, bloqueando os pensamentos e desejos que advém destas emoções. Sendo por isso, importante no tratamento destes bloqueios dispensar a racionalização lógica, permitindo a livre corrente do pensamento sem associações críticas. Para isso, é importante que a pessoa compreenda primeiro que está a fazer resistência, quais os meios que utiliza e contra o que está a resistir, por forma a conseguir quebrar estas (Reich, 1979).

Segundo P. Dubor (1971), esta estrutura apresenta uma linguagem que é simbolizada pelo desejo, assim como pela manifestação da relação objetal, no sentido de si mesma, separando o objeto correspondente ao sentido e ao símbolo. A coesão é mantida entre continente e conteúdo (Bergeret, 1991).

As pessoas de estrutura neurótica encontram-se geralmente em contacto com a realidade, sendo que não experienciam, na sua maioria acontecimentos alucinatórios ou delirantes, não apresentando uma grande necessidade de deturpar as coisas para as assimilar. Tal como diz Sterba, são pessoas que apresentam a capacidade de aceitação de que o que se passa com elas advém de um problema interno, que vem de dentro delas e que está dentro da sua cabeça. Desta forma, são pessoas que em terapia procuram resolver conflitos entre o que querem e os obstáculos para o alcançarem, que pensam ser criados por si próprios (McWilliams, 2005).

Em suma, são pessoas que apresentam uma identidade de ego normal e a capacidade para estabelecer relações de objeto mais profundas. A força do ego confere-lhes a capacidade de tolerância à ansiedade, o controlo dos impulsos, a presença da função simbólica, eficácia e

criatividade no trabalho e a capacidade de atingir um amor sexual e emocional, que apenas é destabilizado por sentimentos de culpa inconscientes (Kernberg, 2006).

Desta forma, pode-se dizer que o modo como os conflitos sexuais da infância e o complexo de Édipo são tratados, são determinados pela natureza do conflito familiar (intensidade do medo do castigo, extensão da satisfação do instinto, carácter dos pais, etc.), até ao desenvolvimento do ego da criança pequena, incluindo a fase de Édipo, que determina se uma pessoa se torna neurótica ou alcança uma economia sexual ajustada como base fundamental da potência sexual e social (Reich, 1979).

Organização borderline

O estado-limite é visto como uma doença do narcisismo (Bergeret, 1998), sendo que as tensões narcísicas ocorrem no ego, quando este se esforça por viver de acordo com o seu ideal. O ideal de ego é aquele aspeto do superego que corresponde à introjeção maciça e específica de fase, das qualidades idealizadoras do objeto. O facto de o progenitor idealizado ser portador da perfeição e onnipotência originalmente narcísicas explica a onnipotência, omnisciência e perfeição do superego, sendo devido a estas circunstâncias que os valores e padrões do superego são experimentados como absolutos. O ideal de ego encontra-se assim predominantemente relacionado com o controlo das pulsões (Kohut, 1988).

A organização *borderline* situa-se simultaneamente entre a estrutura neurótica e a estrutura psicótica mas apenas ao nível da primeira e da segunda fase da organização do ego, antes que haja a constituição de uma verdadeira estrutura (Bergeret, 1998). Sendo por isso que não pode ser considerado como uma verdadeira estrutura, pois apenas consegue ficar em situação ordenada e não fixada. Trata-se assim, de uma organização de estatuto provisório,

ainda que este se possa prolongar por bastante tempo sem muitas modificações (Bergeret, 1991).

O ego superou sem frustrações, nem fixações demasiado acentuadas as relações iniciais e precoces com a mãe (Bergeret, 1991), ultrapassando o perigo da fragmentação, o que fez com que não ficasse fixado na estrutura psicótica, contudo, durante a evolução edipiana normal sofreu um traumatismo psíquico importante no sentido afetivo (Bergeret, 1998), no que se concerne às formas arcaicas de narcisismo, nomeadamente o *self* grandioso e o imago parental idealizado, devido à repressão ou rejeição (Kohut, 1977) enaltecendo o risco de perda do objeto, que corresponde a uma emoção pulsional que ocorreu num estado em que o ego ainda está mal organizado, e é ainda demasiado imaturo relativamente ao seu equipamento, adaptações e defesas (Bergeret, 1991), o que faz com que arrume essa percepção juntamente com as frustrações e ameaças à integridade narcísica. O superego ainda não está completamente constituído (Bergeret, 1998).

Desta forma, as pessoas com uma organização de estado-limite mantêm-se numa situação somente organizada mas não estruturalmente fixada (Bergeret, 1998), devido ao facto de a criança ter entrado de forma demasiado precoce numa situação edipiana para a qual não estava preparada, não lhe sendo por isso possível ajustar uma relação triangular e genital com os seus objetos (Bergeret, 1991). Esta situação obriga a um esforço relativamente instável e dispendioso por parte do ego, para que consiga permanecer fora das duas estruturas verdadeiras, onde a linha psicótica foi ultrapassada, e a linha neurótica não pode ser alcançada relativamente à evolução pulsional e maturativa do ego, não lhe sendo possível aceder ao nível dos conflitos neuróticos entre o id e o superego. Sendo por isso que a relação de objeto permaneceu centrada numa dependência anaclítica ao outro (Bergeret, 1998),

lutando contra o risco de depressão. Contudo, este objeto é sentido como ambivalente, ou seja, como proibidor e protetor ao mesmo tempo (Bergeret, 1991).

Esta relação de objeto permanece numa relação a dois, contudo, esta difere da díade primitiva encontrada nas psicoses. Esta relação tem por base o ser amado pelo outro, que é caracterizado como forte, sem no entanto deixar de estar ao mesmo tempo separado dele como objeto distinto, e simultaneamente apoiando-se contra ele (Bergeret, 1998).

Os *borderline* estavam fixados em lutas diádicas entre o total emaranhamento que receavam que suprimisse a sua identidade e o total isolamento que a pessoa faz equivaler ao abandono traumático (McWilliams, 2005). Isto leva a que, a angústia seja a de perda do objeto e de depressão que corresponde a uma vivência passada infeliz no plano narcísico mais do que no plano erótico, mas que permanece centrada num futuro melhor, tingido de esperança, de salvamento, e investida na relação de dependência com o outro (Bergeret, 1998).

O estado-limite é descrito por alguns autores como estando dividido em dois sectores distintos (Bergeret, 1998) e operacionais do ego, sendo que, um deles conserva uma avaliação distinta da realidade relativamente ao plano relacional (Bergeret, 1991), e o outro funciona de um modo menos realista, mais idealista e mais utilitário ao mesmo tempo (Bergeret, 1998), estando fixado essencialmente nas necessidades narcísicas internas, referentes ao plano genital (Bergeret, 1991). Segundo Freud (1924), para não se fragmentar o ego deforma-se sem no entanto rebentar e vai funcionar com o mundo exterior, distinguindo nele dois sectores, um adaptativo e o outro anaclítico (Bergeret, 1998).

Devido à experiência do *self* destas pessoas estar repleta de inconsistências e descontinuidade, há uma falha na integração da identidade (McWilliams, 2005) que manifestam uma imensa necessidade de afeto, compreensão, respeito, afeição e apoio.

Contudo, devido à difusão da identidade apresentam graves dificuldades no relacionamento interpessoal, especialmente nas relações mais íntimas, não sendo capazes de se comprometer de forma consistente, quer nas relações com os outros, quer no trabalho, o seu pensamento é dominado pela incerteza e pela ausência de direção em muitas áreas das suas vidas (Kernberg, 2006). Resistem mal às frustrações atuais que despertam antigas frustrações infantis significativas (Bergeret, 1991). E apresentam também, manifestações não específicas de fraqueza do ego, ou seja, ausência de tolerância à ansiedade, incapacidade em controlar os impulsos, reduzida função sublimatória/simbólica, incapacidade para ter consistência, persistência e criatividade no trabalho (Kernberg, 2006).

A organização *borderline* é caracterizada pelo predomínio de mecanismos de defesa primitivas como a negação, identificação projetiva e clivagem (McWilliams, 2005), distinguindo-se das organizações psicóticas por uma boa resposta ao teste de realidade, que reflete uma diferenciação entre as representações do *self* e do objeto (Kernberg, 2006). A negação passa por evitar o encontro com a representação, mesmo quando esta se encontra isolada ou deslocada (Bergeret, 1991). A identificação projetiva trata-se da forma como o paciente projeta no terapeuta a sua relação com o objeto passado, levando este a comportar-se de forma igual (McWilliams, 2005). A clivagem ocorre relativamente às relações objetais de um simples desdobramento dos imagos, destinado a lutar contra a angústia de perda do objeto, em que o ego se deforma para não ter que se desdobrar (Bergeret, 1991).

Estruturas de Carácter

Este capítulo destina-se à compreensão e descrição da estrutura de carácter paranoide e narcisista, que se inserem no psicodiagnóstico referente aos dois casos clínicos posteriormente apresentados.

Carácter Paranoide

Segundo o PDM (2006), as pessoas de organização de carácter paranoide apresentam muitas dificuldades em confiar no outro, por esse motivo têm que estar em grande sofrimento para procurarem ajuda. São caracterizadas por recorrerem à projeção como mecanismo de defesa em que atribuem sentimentos, impulsos e ideias que repudiam aos outros (PDM Task Force, 2006), por considerarem que o seu sofrimento tem origem em fontes externas, o faz com que sejam mais perigosos para os outros do que para si mesmas. Através da projeção estas pessoas procuram ver-se livres destes sentimentos, mas existe uma necessidade de reassegurar o *self* de que os mesmos são realistas (McWilliams, 2005). Os sentimentos projetados incluem: hostilidade devido à convicção de estarem a ser perseguidos por outros que são hostis, dependência de forma deliberada e humilhante em relação aos outros, e atração. Outros dos afetos sentidos por estas pessoas são ódio, inveja, vergonha, desprezo, aversão e medo que podem ser projetados nos outros e não vistos pela pessoa como sendo dela própria (PDM Task Force, 2006). Esta combinação de medo e vergonha sentidos advém do terror que sentem de poderem vir a ser prejudicados por outros. Desta forma, usam a negação e a projeção de forma tão forte que não fica acessível qualquer sentido de vergonha dentro do *self*, sendo estas energias empregues para derrotar os esforços daqueles que consideram estar determinados a envergonhá-las e humilha-las. Também a culpa é um dos sentimentos que mais caracteriza estas pessoas, contudo não é assumido por estas, por ser inconsciente e é por isso projetada nos outros, transformando essa culpa em ameaças que vêm do exterior, pelo medo que sentem de serem rejeitados ou punidos (McWilliams, 2005).

As características ameaçadoras e coléricas que apresentam, levam a especulações em que um dos aspetos que contribui para estas, passa por um nível de agressividade ou irritabilidade inata, que poderia ser devida a que quando crianças tivessem expostas a níveis elevados de

energia agressiva, sendo por isso difícil de gerir e integrar estas experiências num *self* positivamente valorizado, devido às respostas negativas dos cuidadores que reforçariam a sensação dos outros serem persecutórios (McWilliams, 2005). Devido à expectativa que têm de serem maltratados pelos outros, apresentam uma maior desconfiança e hipervigilância, e têm atitudes que evocam respostas de humilhação que tanto temem. A personalidade destas pessoas está defensivamente organizada em torno do poder, quer a nível persecutório como megalómano (PDM Task Force, 2006).

Podem apresentar dificuldades em conceber os pensamentos como sendo diferentes das ações, por terem sido criticados ou humilhados por atitudes e não por comportamentos (PDM Task Force, 2006). Os paranoides de espectro psicótico e *borderline* tendem a provir de lares severos, nos quais a crítica e a ridicularização dominaram as relações familiares, sendo o alvo dos atributos odiados e projetados nos membros da família (McWilliams, 2005). Apresentam um conflito entre o medo que sentem quando estão sozinhos, por sentirem medo que os façam sofrer ou que as suas fantasias destrutivas estraguem ou danifiquem os outros, e a ansiedade que sentem na relação, com medo de serem usados e destruídos pelos outros (PDM Task Force, 2006). Esta tendência que apresentam para atacar, e não tolerar a ansiedade (“Eu vou atacar-te antes que tu me ataques”) deve-se também a experiências parentais anteriores adversas, como pais demasiado críticos e explosivos. Contudo, parece ter havido suficiente disponibilidade e consistência nos primeiros anos de vida para que pudessem preservar uma sensação de amor e cuidado (McWilliams, 2005).

Carácter Narcisista

Freud considerou o narcisismo primário uma fase do desenvolvimento normal, que vai da infância mais precoce ao período em que se instauram as relações de objeto, e em que a

criança pensa apenas, e cheia de felicidade, em si própria. É uma fase precursora das relações de objeto e da capacidade de estabelecer relações com os outros, ou seja de investir a libido nos outros (Holmes, 2002).

Segundo Kohut, à medida que o desenvolvimento prossegue, o narcisismo não é substituído pelo amor de objeto mas, antes, temperado por uma desilusão gradual, continuando assim na maturidade a alicerçar a autoestima positiva e a busca de objetivos realistas. O narcisismo secundário é assim a incapacidade de adotar a via de um amor-próprio moderado que resulta de feridas narcísicas, que são causadas muitas vezes pela negligência ou pelo abuso parentais. Desta forma, à falta de validação pelo exterior do seu narcisismo os indivíduos refugiam-se no amor-próprio, para que pelo menos desse modo um pouco de esperança e motivação possam sobreviver. Para Freud, o narcisismo secundário instaura uma perturbação que faz com que regressivamente o indivíduo volte a ser, em vez de outrem, o seu próprio primeiro objeto de amor (Holmes, 2002).

Segundo o PDM (2006) as pessoas de organização de carácter narcisista apresentam uma boa adaptação social, são bem-sucedidas e charmosas, porém apresentam défices no que toca à sua intimidade. Estão razoavelmente bem adaptadas no seu contexto familiar, laboral e interesses, isto quando se encontram no espectro mais neurótico (PDM Task Force, 2006). Também para Kohut, o narcisismo saudável é uma pré-condição de uma vida bem-sucedida, até sob o ponto de vista das relações de objeto (Holmes, 2002).

A nível patológico, o que acontece é que quer sejam ou não bem-sucedidos, sofrem uma difusão de identidade, défice a nível da consciência moral, podendo também comportar-se de forma destrutiva (PDM Task Force, 2006). Desta forma, os aspetos patológicos do narcisismo incluem ainda uma abordagem dos outros como meios em vista dos próprios fins, egocentrismo implacável e ausência de empatia, sendo que, estas manifestações têm por base

a inveja que sente, na negação da importância do objeto. Também Kernberg fala nos aspetos patológicos do narcisismo, no qual postula a intervenção de um si-próprio como sendo perfeito e integrando uma fusão do si-próprio real, do si-próprio ideal e do objeto ideal, tendo como resultado uma autossuficiência idealizada, que torna o sujeito incapaz de relações de intimidade. (Holmes, 2002).

Assim, as pessoas em risco de desenvolverem um carácter narcísico podem ser constitucionalmente mais sensíveis do que outras a mensagens emocionais não-verbais. Tendo sido em crianças tratadas como extensões narcísicas, pelo fato dos pais terem implementado nestas a ideia de que se é valorizado devido a um papel específico que se desempenha, e não por aquilo que verdadeiramente se é, o que fez com que tenham sentido que se forem descobertos os seus verdadeiros sentimentos, principalmente os hostis e egoístas, irão ser rejeitados e humilhados, o que leva ao desenvolvimento de um falso *self* com a representação daquilo que aprenderam ser o aceitável, havendo por isso uma maior propensão para se tornarem também eles adultos narcísicos (McWilliams, 2005).

As suas personalidades organizam-se em função da manutenção da autoestima pela aprovação do exterior, despendendo demasiada energia na avaliação do seu estatuto em comparação com os outros (McWilliams, 2005). Segundo Kohut, um dos processos fundamentais do desenvolvimento do *self*, consiste na internalização da admiração de outros significativos da infância, bem como, na internalização da perfeição e dos ideais vistos nestes outros, de modo a que a autoestima do indivíduo não varie ao sabor da aprovação do exterior, nem os seus ideais e objetivos estejam dependentes de figuras de autoridade (Dias, 2006). A falta de autoestima, pode estar associada e ser explicada pelas pulsões e conflitos inconscientes, mas também a algo em falta na sua vida interior (McWilliams, 2005). Sendo que, a principal característica de experiência subjetiva é de um vazio interior e

insignificância, que requer frequentes confirmações exteriores da sua importância e valor. É então por isso que recorrem a mecanismos de defesa de idealização e desvalorização dos outros, por forma a aumentarem a sua autoestima (PDM Task Force, 2006).

As representações clássicas destas personalidades são características do narcisismo patológico. Quando a pessoa narcisista consegue esta confirmação que tanto procura de ser reconhecido em relação ao seu estatuto, ser admirado, riqueza e sucesso, sentem uma relação interna comportando-se de forma grandiosa, e tratando os outros principalmente aqueles que consideram ser de um estatuto inferior ao deles com desprezo. Quando estes objetivos não são atingidos sentem-se deprimidos, envergonhados e invejam aqueles que o conseguiram (PDM Task Force, 2006).

Os principais afetos associados a este tipo de personalidade são a vergonha, o desprezo e a inveja (PDM Task Force, 2006). Os sentimentos de vergonha e medo de serem humilhados fazem parte da vivência subjetiva destas pessoas. Muitas vezes, estes sentimentos podem ser confundidos com culpa, contudo, a culpa é a convicção de que se cometeu erros, conduzindo a uma sensação de um ativo potencial de mal. A vergonha é a sensação de se ser considerado mau ou errado, tendo conotações de desamparo, fealdade e impotência, e o seu foco encontra-se fora do *self*. A vulnerabilidade face à inveja trata-se de um fenómeno relacionado. Sendo que, uma vez que estas pessoas têm a convicção interna que lhes falta algo, e que estas inadequações estão em constante risco de serem descobertas, têm inveja face aqueles que parecem satisfeitos ou possuem trunfos que compensariam aquilo que lhes falta. Esta inveja pode também ser observada como uma característica crítica em relação a si e aos outros. (McWilliams, 2005).

Relativamente aos mecanismos de defesa utilizados, as pessoas de estrutura narcísica podem fazer uso de todo o tipo de defesas, contudo recorrem com uma maior frequência à

idealização e à desvalorização. Sendo estas defesas complementares no sentido em que quando o próprio *self* é idealizado os outros são desvalorizados, e vice-versa. Esta idealização do *self*, caracteriza-se pela superioridade e enaltecimento de si, sendo que esta grandiosidade sentida internamente pode ser vivenciada ou projetada. Desta forma, muitas vezes podem usar os filhos como extensões narcísicas daquilo que não conseguiram ser ou alcançar, e consoante aquilo que consideram que lhe vai trazer um maior prestígio ou reconhecimento (McWilliams, 2005). Esta projeção que fazem das características do si-próprio no objeto da busca de contacto, leva estas pessoas narcísicas a atribuir ao outro as suas próprias qualidades (Holmes, 2002). Desta forma, são conhecidas por serem pessoas perfeccionistas. Contudo, a procura de soluções perfeccionistas utilizadas para colmatar os dilemas narcísicos são inerentemente autodestrutivas, pois criam ideias exageradas para compensar as falhas do *self* que são vivenciadas como desprezíveis, e contra as quais apenas a perfeição poderá compensar. Uma das características associadas ao perfeccionismo é o evitamento de sentimentos e ações que expressam a consciência, quer da falibilidade pessoal, quer da real dependência do outro. Uma vez que são pessoas que procuram construir um sentido de *self* valorizado positivamente, com base na ilusão de não terem falhas, nem necessidades, temem que o reconhecimento da culpa ou da dependência exponha algo vergonhoso que não é possível de aceitar, levando ao empobrecimento do seu relacionamento com os outros (McWilliams, 2005).

O medo que apresentam da fragmentação do *self* interior é deslocada para preocupações com a saúde física, nomeadamente (McWilliams, 2005) preocupações psicossomáticas e hipocondríacas, tendo tendência para a somatização. São caracterizados por não investirem nas emoções e afetos em relação aos outros, acabando por dar mais atenção e preocuparem-se em demasia com a sua integridade física (com o seu corpo) (PDM Task Force, 2006).

Em terapia, podem apresentar a expectativa egossintónica de que o objetivo do tratamento é de aperfeiçoamento do *self*, e não de compreensão deste, por forma a encontrarem formas mais eficazes para lidarem com as suas necessidades (McWilliams, 2005).

Ética e Deontologia Profissional

É de extrema importância que aquando da prestação de serviços, ter sempre presente os princípios éticos. A gestão que é feita entre a ética, e a relação que se tem com os pacientes, é uma competência específica que deve ser valorizada e dominada por todos os profissionais clínicos (Kleinke, 2002).

Os princípios éticos da Associação Americana de Psicologia (APA, 1992) requerem que os psicólogos mantenham um elevado rigor ao nível da competência, sendo que devem ser capazes de reconhecer as suas limitações quer ao nível da sua competência, como do uso das técnicas, aplicando aos seus pacientes apenas aquelas para as quais têm a qualificação requerida. Overholser e Fine (1990) descreveram cinco aspetos que consideram cruciais para este princípio ético, sendo estes, o conhecimento (Kleinke, 2002), ou seja formação teórica e prática de alto nível que deve ser sempre reatualizado (Leal, 1999); competências clínicas, que estão relacionadas com a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica produtiva, e de transmitir aos pacientes uma sensação de autenticidade, aceitação e competência, bem como a capacidade de trabalhar com diferentes culturas e grupos étnicos; competências técnicas, devendo possuir conhecimentos técnicos acerca dos diferentes tipos de avaliação que existem, bem como das diversas técnicas terapêuticas (Kleinke, 2002) que adquiriram através da sua formação e experiência específica (Leal, 1999); ter um bom nível de discernimento, em situações de crise, e procurar a opinião de outros profissionais quando estão a braços com situações mais complexas; e por fim a eficácia profissional, uma vez que

os psicólogos devem ter consciência das suas características e valores pessoais, não deixando que estas interfiram com a sua forma de estar com o paciente (Kleinke, 2002).

Outro princípio ético importante é o consentimento informado, em que o psicólogo deve explicar o processo terapêutico ao paciente para que este esteja devidamente informado acerca do que vai ser feito, e trabalhado no decorrer das consultas, e para que este dê o seu consentimento em como aceita iniciar o processo terapêutico. É também de extrema importância que a relação terapêutica não se estenda para fora das sessões de terapia, como forma de se protegerem a si, mas também aos seus pacientes. Desta forma, não é eticamente correto que um psicólogo e paciente tenham uma relação social, de serviços económicos, de amigos ou com familiares, ou de relações de cariz sexual (Kleinke, 2002).

Segundo a Associação Americana de Psicologia, os psicólogos devem manter a confidencialidade sobre a personalidade dos seus pacientes (Kleinke, 2002), e respeitar o segredo profissional, e a preservação da vida privada, mesmo quando têm que fornecer dados (Leal, 1999), pois o contexto terapêutico é um local no qual os pacientes se devem sentir seguros e que podem falar abertamente sobre si sem restrições, mas para que isso aconteça o psicólogo deve respeitar aquilo que é dito, e nunca revelar as informações que são proferidas no decorrer da consulta. Contudo, existem situações específicas em que a confidencialidade pode ser quebrada, sendo estas, caso exista a possibilidade de perigo ou risco de vida para o próprio, para o paciente ou para os outros. Também em casos de peritagem e avaliações psicológicas em contexto criminal esta confidencialidade pode ser quebrada, pois o pedido é efetuado pelo tribunal, contudo o indivíduo em questão deve ser informado desta diretiva (Kleinke, 2002).

Em contexto profissional, os psicólogos devem salvaguardar o bem-estar e os direitos das pessoas com quem eles interagem. Para que, quando ocorrem conflitos entre as obrigações e

as preocupações, consigam resolver esses conflitos de forma responsável, de maneira que evite ou minimize os danos. Os psicólogos devem estabelecer relações de confiança com as pessoas com quem trabalham, e devem estar conscientes das suas responsabilidades profissionais, e científicas para com a sociedade, e para com as comunidades específicas nas quais trabalham (APA, 2010). Assumindo a responsabilidade das suas escolhas, das consequências, dos métodos e das técnicas que utiliza, e dos pareceres profissionais que emite (Leal, 1999). Devem também cooperar com outros profissionais e instituições, por forma a servir os melhores interesses daqueles com quem trabalham (APA, 2010).

Todas as pessoas têm direito a beneficiar das contribuições da psicologia, e de igual qualidade nos processos, procedimentos e serviços, sendo que os psicólogos devem reconhecer a igualdade de direitos, e justiça para todos de igual forma. Assim, a dignidade e o valor das pessoas deve sempre ser respeitado, assim como o seu direito à privacidade, confidencialidade e autodeterminação. Os psicólogos devem eliminar os riscos de preconceito na sua prática profissional face a indivíduos de outras culturas, etnias, religiões, orientação sexual, entre outros, não devendo também colaborar, nem ser condescendentes, com outros profissionais que apresentem este tipo de preconceitos (APA, 2010).

Relativamente às normas éticas e deontológicas segundo o código da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), este é constituído por três partes – o preâmbulo, os princípios gerais e os princípios específicos. No preâmbulo pretende-se esclarecer os objetivos e a aplicabilidade do código, assim como a sua organização e ligação com a legislação em vigor. Relativamente aos princípios gerais estruturais, têm como objetivo orientar os profissionais para uma atuação centrada nos ideais da intervenção psicológica, combinando a prática e teoria. De uma maneira mais particular, os princípios gerais do vigente código são: princípio A - respeito pela dignidade e direitos da pessoa; princípio B - competência; princípio C -

responsabilidade; princípio D - integridade; e princípio E - beneficência e não maleficência (OPP, 2011).

No que concerne aos princípios específicos do presente código, são delimitadas regras de conduta ética dos psicólogos, os diversos contextos onde os psicólogos exercem a suas funções profissionais, e também incluem os conflitos éticos que estes poderão encontrar. Têm ainda como objetivo a promoção de qualidade de vida e proteção do público-alvo com quem intervêm, tal como a orientação e formação dos membros da OPP. Os princípios específicos são: 1 - consentimento informado; 2 - privacidade e confidencialidade; 3 - relações profissionais; 4 - avaliação psicológica; 5 - prática e intervenção psicológica; 6 - ensino, formação e supervisão psicológica; 7 - investigação; e 8 - declarações públicas (OPP, 2011).

Objetivos Propostos

Os objetivos propostos para este estágio acadêmico com a realização de 450 horas, que decorreu na Dialógicos centro de psicologia e formação, foram a frequência em diversas atividades, nomeadamente: avaliação psicológica e acompanhamento psicoterapêutico de apoio, sob o modelo psicodinâmico de dois a seis casos clínicos; o acompanhamento dos casos clínicos deve ser realizado na sede da Dialógicos ou em qualquer um dos seus associados; treino aprofundado ao nível da avaliação psicológica cognitiva, da personalidade e do psicodiagnóstico; presença nas ações de formação a decorrer na clínica Dialógicos; frequência de supervisão semana no mínimo de três horas; desenvolvimento de projetos de intervenção junto dos associados, nomeadamente participação no projeto denominado Atelier da Emoções, que ocorreu em duas escolas com crianças de idade pré-escolar entre os quatro e cinco anos de idade.

Método

Participantes

Durante o estágio, foram realizadas avaliações psicológicas, e intervenções em psicoterapia de apoio a duas pacientes. Assim como, a participação num projeto de intervenção denominado de Atelier das Emoções com crianças de idade pré-escolar, em dois colégios locais.

Tabela 1 - Participantes

Nome	Idade	Sexo	Motivo da Consulta	Instrumentos de Avaliação	Nº de Sessões	Observações
Paciente C	37	F	Dificuldades em lidar com a solidão após divórcio	Rorschach e TAT	13	Acompanhamento Psicoterapêutico Paranoide
Paciente G	64	F	Dificuldades relacionais com a neta adolescente	Rorschach e TAT	6	Acompanhamento Psicoterapêutico Narcisista

Tabela 2 – Projeto de Intervenção Colégio A

Nome	Idade	Sexo	Instrumentos		Nº de Sessões	Outras Atividades
			Utilizados			
G	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
C	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
R	5	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
L	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
L	4	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
T	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
D	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
D	4	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
M	5	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas
R	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoches, músicas

Tabela 3 – Projeto de Intervenção Colégio B

Nome	Idade	Sexo	Instrumentos		Nº de Sessões	Outras Atividades
			Utilizados			
MI	5	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
L	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
D	5	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
C	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
M	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
M	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
D	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
S	5	M	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas
B	4	F	Mala	das	10	Desenhos, histórias, fantoques, músicas

Procedimentos

O estágio académico iniciou em 2 de Outubro de 2014 e finalizou no dia 30 de Junho de 2015. Precedeu-se ao início do estágio uma reunião com a supervisora do mesmo, onde foram abordados os seguintes temas: objetivos do estágio, procedimentos, o papel do psicólogo clínico em contexto de clínica privada, indicações e acerto dos horários da supervisão semanal, modelo de intervenção utilizado no acompanhamento de casos em psicoterapia pela clínica e bibliografia recomendada. A supervisão semanal foi de presença obrigatória e realizou-se às sextas-feiras das 10.15h às 13 horas, onde foram discutidas as sessões de psicoterapia dos casos em acompanhamento, assim como de outros assuntos que remetem para o tema relacionado com as diferentes organizações de carácter e o psicodiagnóstico como forma de aquisição de conhecimentos sobre estes, como outros casos clínicos e diversos casos da atualidade que suscitavam interesse do ponto de vista psicológico. Foram também sugeridos livros e filmes com o objetivo de auxiliar na compreensão das diferentes organizações de carácter, assim como na aquisição de competências sobre o modelo teórico psicodinâmico.

Foram concluídas e ultrapassadas as 450 horas de estágio previstas, que envolveu as horas decorrentes do horário fixo instituído na clínica, assim como as horas de trabalho complementar em casa e noutros locais.

As atividades desenvolvidas iniciaram-se com a familiarização com o modelo psicodinâmico, sendo que para que isto fosse possível foi necessário fazer algum trabalho teórico, que remeteu para o resumo de alguns livros que descreviam algumas das teorias dinâmicas, as suas bases, as estruturas de personalidade e respetivos caracteres, assim como os mecanismos de defesa associados a cada um destes. Dentro da bibliografia recomendada, foram feitos os resumos, dos seguintes livros: Diagnóstico Psicanalítico de Nancy

McWilliams e Psicanálise e Mudança Psíquica: Cartografias para uma viagem de Celeste Malpique e Manuela Fleming. A estes resumos, seguiram-se os resumos de algumas das provas psicológicas utilizadas na clínica, sendo estas: WISC-III, BAR-ILAN, Desenho da Família, CAT-A, As Aventuras de Pata Negra, Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional – Sistema Compreensivo de Exner e o T.A.T – Teste de Aperceção Temática, assim como o treino de aplicação destas.

Foi também realizada a análise de três WISC-III e seu posterior relatório para treino da mesma. Procedeu-se ainda à divulgação através da página de *facebook* da clínica Dialógicos, a formação da EIPA – Especialização em Psicodiagnóstico e Intervenção Psicoterapêutica de Apoio no modelo psicodinâmico).

Foi ainda realizado um projeto de intervenção denominado Atelier das Emoções que visa a expressão emocional e afetiva, compreendendo dez sessões, com a duração de uma hora cada e de frequência semanal, que visava trabalhar quatro emoções base, nomeadamente feliz, triste, zangado e com medo. Para isso foi utilizado como material de apoio a mala das emoções, que continha, histórias, máscaras, fantoches de dedo, desenhos para colorir e músicas que representavam cada uma destas quatro emoções. Assim como, se recorreu também ao desenho e a músicas infantis para que as crianças pudessem exprimir através do desenho o seu entendimento sobre as diferentes emoções, e para que conseguissem através das músicas diferenciar e identificar as diferentes emoções. Os fantoches e as máscaras foram utilizados numa perspetiva mais teatral, em que as crianças deveriam de criar uma história e interpretar cada uma das emoções por forma a interiorizarem estas e posteriormente conseguirem distingui-las, ao mesmo tempo que contavam histórias e as representavam com base nas suas próprias experiências. A população alvo deste projeto foram crianças da pré-escola, com idades compreendidas entre os quatro e os cinco anos, tendo sido as sessões

realizadas em dois colégios locais, sendo que no colégio A participaram dez crianças e no colégio B participaram nove crianças.

Procedeu-se posteriormente ao início do processo terapêutico, através do acompanhamento e avaliação psicológica, com posterior elaboração de relatórios das mesmas, no contexto de consulta psicológica de dois casos clínicos com frequência semanal.

Instrumentos

Os métodos projetivos, desempenham um papel auxiliar importante no processo de atribuir um sentido à lógica interna que sustenta as condutas de um indivíduo. Estes instrumentos são importantes, pois ao serem usados de forma complementar entre si, permitem uma melhor revelação-expressão da natureza da ligação à realidade interna e externa, bem como a natureza da relação, transformação e ligação entre uma e outra (Marques & Aleixo, 1994 citado por Marques, 1994). Através do processo e da expressão das respostas do Rorschach e do contar histórias do T.A.T., consegue-se perceber o percurso que cada sujeito trilha na constituição e construção de sentido, percurso este que tem por base a projeção. Este percurso opera inicialmente, a partir das potencialidades e possibilidades de um indivíduo em se ligar e investir no objeto externo, o que conduz ao reconhecimento e à identificação dos seus elementos integrantes, que se devem às características dos elementos que advém da realidade interna. Este processo conduz através das verbalizações produzidas pelo indivíduo a marca de dois mundos separados e ligados (interno e externo), que leva à produção de um novo objeto, ou seja, um objeto recriado com características dos dois mundos, sem que haja confusão entre um e outro ou que um domine sobre o outro. Uma vez que o Rorschach possibilita o acesso às dimensões estruturais do funcionamento mental, e o

T.A.T. possibilita o acesso às dimensões relacionais desse mesmo funcionamento, estes dois instrumentos complementam-se um ao outro (Marques, 1994).

– **Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional**

Quando Hermann Rorschach apresentou o seu trabalho à sociedade de psicanálise da Suíça, este não considerava o Rorschach como um teste, mas sim um método utilizado para que fosse possível fazer um diagnóstico da personalidade. O Rorschach trata-se de um instrumento projetivo que permite avaliar a personalidade, considerando as variáveis quantitativas e qualitativas, assim como a qualidade perceptiva do mundo interno e externo da pessoa. Desta forma, permite avaliar os traços de personalidade, o funcionamento das condições intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão, as condições afetivas e emocionais. Fornece condições que permitem averiguar o controlo geral da pessoa, quanto à sua capacidade de suportar frustrações e conflitos, quanto à adaptação ao trabalho e ao ajustamento e integração humanos. E permite retirar informações relativamente aos impulsos, instintos, reações emocionais e níveis de aspiração (Vaz, 1986).

O seu sistema integrativo conceptualiza-o também como uma tarefa preceptivo-cognitiva, em que se manifestam processos de tomada de decisão e de resolução de problemas, reveladores das estratégias de confronto (*coping*) e da organização psicológica. A resposta que é dada por cada pessoa ao Rorschach é sempre uma escolha que esta faz, e é desta escolha que a projeção pode surgir. Desta forma, o Rorschach trata-se de certa forma de uma amostra do comportamento, que pode conter dados projetivos, que representa a forma como cada pessoa reage em situações de ambiguidade, de como toma as suas decisões e resolve os problemas. Sendo que, as dez pranchas representam uma situação na qual a pessoa tem que resolver um problema e tomar uma decisão. A forma como cada pessoa reage é uma amostra

de como ele reagirá no seu dia-a-dia. Porém, o Rorschach é também um estímulo para a fantasia, e a este nível é importante saber o porquê de a pessoa se comportar de determinada forma, sendo que as suas respostas devem ser analisadas como produções da sua dinâmica interna (Gonçalves, 1994).

Aplicação

Para o sistema compreensivo de Exner a aplicação deve ser realizada lado a lado, e nunca face a face, para evitar a interferência do examinador face às suas expressões não-verbais (Cunha, 2000). Segundo Exner um protocolo de Rorschach para ser válido deve ter um mínimo de quatorze respostas (Gonçalves, 1994), pois um número de respostas abaixo deste, não é favorável para a análise e apresenta uma baixa correlação em caso de reteste (Cunha, 2000), não tendo representatividade (Gonçalves, 1994). Caso não se consiga obter as quatorze respostas, deve-se passar novamente todas as pranchas. Exner diz também que se deve interromper a associação nas duas primeiras pranchas, após cinco respostas (Cunha, 2000).

Material

Antes de se iniciar a prova, devem de estar ao dispor os seguintes materiais: dez cartões com manchas de tinta bilateralmente simétricas, onde cinco são monocromáticos, duas são bicolors e três são policromáticos, servindo de estímulo na avaliação estrutural da personalidade, com base na estrutura cognitiva e conteúdos associativo-perceptivos do mundo interno (Exner & Sendin, 1995), o protocolo que consiste numa folha com a localização das respostas onde serão assinaladas as áreas onde a pessoa situou as respostas dadas, folhas brancas e canetas (Vaz, 1986).

Instruções

O examinador deve dar uma instrução que consiste em explicar o que lhe é pedido que faça com o teste, nomeadamente dizer o que as imagens lhe fazem parecer e explicar que não existem respostas certas nem erradas, e que cada pessoa vê coisas diferentes. O examinador deve também explicar que este é um teste que avalia as condições da personalidade. Esta prova é composta por quatro fases, sendo as duas primeiras obrigatórias e as duas últimas facultativas (Vaz, 1986).

A primeira fase é feita em associação livre por parte do paciente, sendo que o psicólogo deve registar todas as respostas dadas por este (Exner, 2003). Também o comportamento durante a prova deve ser registado, anotando tudo o que é dito e feito por este, nomeadamente, as respostas, os comentários, as críticas, a rotação das pranchas, as posições em que são dadas as respostas, as pausas prolongadas entre uma palavra e outra na mesma frase ou na mesma resposta, assim como, o tempo de reação e duração da prova. Na fase de inquérito, o examinador procura compreender melhor tudo o que foi dito na fase de verbalização. Vai procurar situar as respostas na prancha, distinguir bem os conteúdos verbalizados e diferenciar bem quais os determinantes que levaram o paciente a dar aquelas respostas. Nesta fase podem-se fazer perguntas, conversar e esclarecer alguns dados. Sendo por isso necessário, que o examinador apresente um bom conhecimento teórico dos determinantes, e a sua importância para a interpretação (Vaz, 1986).

A informação recolhida através das respostas dadas possibilita uma amplitude psicológica que é necessária avaliar, por forma a obter a dinâmica psicológica do paciente (Exner, 1994).

Classificação das respostas

Os elementos convencionais de classificação das respostas são: localização, determinantes, conteúdos e respostas populares. A estes códigos juntam-se códigos para a

qualidade evolutiva, que complementa a localização, pois diferencia a qualidade dos processos preceptivos envolvidos na formação das respostas e visa discriminar respostas vagas, simples e sintetizadas. E ainda, códigos de qualidade formal, respostas de pares e os códigos especiais (Cunha, 2000).

Sumário Estrutural

O sumário estrutural é onde se preparam os dados para a sua posterior interpretação. Este está dividido em duas partes: na primeira, que se trata da secção superior, anota-se a frequência de cada um dos códigos. Na segunda, que é a secção inferior, registam-se as proporções, razões, percentagens ou desvios, ou seja, é nesta parte que se efetuam os cálculos das percentagens de códigos isolados ou dos índices. Nesta secção inferior os dados são organizados por secções, onde todos os elementos são relativos à interpretação de uma área da personalidade. Sendo, desta forma constituídos por sete secções: secção principal, que diz respeito ao tipo de vivências, e que traduz informações a respeito da capacidade de controlo e tolerância ao *stress*; secção da ideação, que é relativa à área do pensamento; secção da mediação, que fornece diretrizes para se conhecer como se dá a tradução das informações a respeito de si mesmo e da realidade; secção do processamento, que nos dá informações sobre a forma como a pessoa apreende e incorpora a realidade; secção do afeto, que agrupa os elementos relativos às emoções; secção interpessoal onde temos o índice relativo à maneira como a pessoa percebe o outro, e estabelece as suas relações; e a secção da auto-percepção, que reúne elementos sobre o modo como a pessoa se descreve, e os conceitos e atitudes que elabora sobre si mesma (Cunha, 2000).

Para além da organização dos dados por agrupamentos, está também na parte inferior as constelações, que são conjuntos de índices relacionados a patologias ou desajustes, que compreendem a estrutura da personalidade e estilos ou traços dominantes do sujeito, sendo

estes: constelação de suicídio, índice de esquizofrenia, índice de depressão, índice de *deficit* relacional, índice de hipervigilância e índice de estilo obsessivo (Cunha, 2000).

– **TAT – Teste de Aperceção Temática para Adultos**

Murray partiu da pressuposição de que pessoas diferentes, perante a mesma situação, vão experienciá-la cada uma da sua maneira, consoante as suas perspetivas pessoais. Esta forma de elaborar uma experiência revela a atitude, e a estrutura do indivíduo perante a realidade experienciada. O que se pretende é expor a pessoa a uma série de situações sociais específicas, possibilitando assim a manifestação de sentimentos, imagens, ideias e lembranças vividas, em cada uma dessas confrontações, tendo-se assim acesso à personalidade subjacente. Considera-se o indivíduo naquilo que tem de mais próprio na sua relação consigo e com o mundo. O TAT tem sido utilizado no psicodiagnóstico prévio à psicoterapia breve, sendo que revela a ocorrência de *insight* em psicoterapia, integrando-se como um importante instrumento para avaliar a eficácia do tratamento em situações de maior *stress* (Cunha, 2000).

Administração do TAT

O TAT compreende trinta cartões com gravuras e uma em branco. Destes, onze são universais, sendo aplicáveis a todos os indivíduos, havendo depois cartões específicos que devem ser aplicados a homens, mulheres, jovens do sexo masculino e jovens do sexo feminino. Assim, a administração desta prova demora cerca de vinte minutos, e inclui os onze cartões universais e mais nove específicos, segundo a idade e o sexo da pessoa (Cunha, 2000).

No que se concerne às instruções da prova, deve ser dado ênfase à criatividade da pessoa, que é solicitada a inventar uma história com base nas imagens apresentadas nos cartões,

devem ainda dizer o que pensam e sentem as personagens e como a história termina (Cunha, 2000), ou seja, esta narrativa serve para forjar uma fantasia a partir de uma certa realidade (Shentoub, 1999).

Desta forma, o que se pretende é expor o indivíduo a uma variedade de representações de situações sociais (Cunha, 2000), que reportam para situações que representam conflitos universais (Shentoub, 1999), de modo a se proceder à exploração da sua estrutura de personalidade subjacente, levando-o a falar de imagens, sentimentos, ideias e lembranças vividas perante cada uma dessas situações (Cunha, 2000). Independentemente do cartão, existe uma referência permanente que especifica a condição humana, que é o manejo da libido e da agressividade, quer no registo da problemática edipiana, que compromete a diferença de sexos e a diferença de gerações, quer no registo de uma problemática mais arcaica, levando a pessoa a moldar as suas representações, os seus afetos, as suas defesas e a elaborar o relato em ressonância com o nível da problemática sugerida. Desta forma, o que representa um maior interesse nesta prova é o modo de funcionamento de cada indivíduo, quando confrontado com uma situação geradora de conflito (Shentoub, 1999).

A análise do TAT consiste em destacar as modalidades do discurso que precedem à construção das diversas narrativas. A forma como as histórias são construídas e comunicadas, possibilita o acesso aos mecanismos de defesa do ego (Cunha, 2000). Isto porque, construir uma história no TAT é um ato de organização e não apenas um ato de imaginação, numa situação que solicita a desorganização (regressão) e a reorganização (Shentoub, 1999). Estas narrativas revelam elementos significativos da personalidade do sujeito, que surgem através de um processo mental onde se combinam elementos da realidade e da fantasia, face aos elementos manifestos e latentes dos cartões (Brelet -Fouillard & Chabert, 2005). O que

implica testar a autonomia do ego, a comunicação entre as estruturas inconscientes e as atividades adaptativas (Shentoub, 1999).

Segundo Lanyon e Goodstein (1982) existem duas pressuposições orientadoras no trabalho de Murray sobre o TAT, sendo estas o papel do herói ou do personagem principal na história, que representa as tendências da própria personalidade do indivíduo, e ainda as características do ambiente em que o herói ou personagem principal se inserem, que representam aspetos significativos do próprio ambiente do indivíduo. Assim, a pressuposição básica é para que o indivíduo se identifique com o herói, por forma a contar na história a sua própria experiência, que inclui aspetos percetivos, mnésicos, imaginativos e emocionais, uma vez que tudo provém da memória de experiências passadas, sendo que os personagens reais ou imaginários, já tiveram algum papel importante na vida daquele indivíduo, quer tenha sido há algum tempo ou recentemente (Cunha, 2000).

Diagnóstico

O TAT é indicado para a compreensão dinâmica da personalidade, dando um quadro interno do mundo global do indivíduo. Desta forma, é necessário compreender cada indivíduo em função das suas principais áreas vitais, sendo estas, as relações familiares, a sua vida afetiva, sexual e matrimonial, e ainda as relações sociais e/ou antissociais e com o trabalho (Shentoub, 1999).

Material

O material do TAT apresenta a particularidade de ser ao mesmo tempo figurativo e ambíguo. Neste sentido, ele presta-se a uma análise objetiva de tipo percetivo, que conduz à descrição do material manifesto, e a uma interpretação subjetiva, que induz a associações projetivas, traduzindo-se em significados latentes atribuídos ao estímulo. Ao longo da prova, o indivíduo é confrontado com uma modificação do estímulo, uma vez que os cartões vão de

situações mais estruturadas para situações menos estruturadas, sendo que os dez primeiros cartões, que são mais figurativos representam personagens sexuadas, enquanto os cartões onze, dezanove e dezasseis não reenviam para objetos concretos bem definidos. A ordem de aplicação dos cartões, deve ser respeitada e o cartão dezasseis que corresponde ao cartão em branco deve ser o último. A aplicação de ser feita numa única sessão (Shentoub, 1999).

Aplicação da prova

Deve-se medir o tempo de latência, ou seja, o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o momento em que o sujeito começa a falar, medindo-se também o tempo total por cartão. Estas características temporais, devem ser interpretadas como uma referência clínica que mostra uma maior ou menor reatividade do indivíduo, ou a sua tendência para a inibição. A necessidade que tem de refletir antes de se comprometer, ou de se precipitar no relato, ou ainda os efeitos específicos de cada cartão, podendo um ou outro cartão provocar uma longa latência, ou ao contrário uma rapidez inabitual motivada pelo efeito particularmente intenso do material. É necessário anotar integralmente o discurso do indivíduo, respeitando todas as suas características, sendo essencial transcrever o discurso o mais fielmente possível, para que se possa proceder à análise do protocolo (Shentoub, 1999).

– **PDM – Manual de Diagnóstico Psicodinâmico**

O PDM é um sistema de diagnóstico, que utiliza uma abordagem multidimensional e holística do funcionamento mental, em várias etapas de desenvolvimento, tendo em conta o funcionamento emocional, cognitivo, social e padrões de sintomas, por forma a facilitar a sistematização e o planeamento das intervenções. Tem como objetivo construir uma base mais sólida para o diagnóstico e tratamento das perturbações mentais. Apesar de se basear na teoria psicodinâmica pode ser utilizado em conjunto com o DSM-V ou com o CID-10, pois

apresenta uma linguagem acessível a todas as correntes da psicologia (PDM Task Force, 2006).

Na sua conceção, trabalharam em conjunto cinco organizações psicanalíticas, sendo estas: Associação Psicanalítica Americana; Associação Psicanalítica Internacional - Psicanálise (Divisão 39); Academia Americana de Psicanálise e Psiquiatria Dinâmica; Comité Nacional de Psicanálise Clínica em Serviço Social (PDM Task Force, 2006).

O PDM divide-se em três partes, a primeira parte classifica as perturbações de saúde mental no adulto, a segunda parte classifica as perturbações de saúde mental na criança e adolescente, nomeadamente as perturbações na primeira e segunda infância, e a terceira parte apresenta a literatura concetual e de investigação psicodinâmica. Cada classificação apresenta três eixos: o eixo P, que corresponde aos padrões e transtornos de personalidade, o eixo M, que se refere ao funcionamento mental ligado ao processo de informação, formação e manutenção das relações, autorregulação, organização das experiências e níveis de expressão dos afetos e emoções, defesas e observação do próprio e dos outros, e o eixo S, que agrupa uma correspondência entre os sintomas e preocupações tendo por base o DSM-IV-TR, e tendo em conta a experiência do paciente, os estados afetivos, os processos cognitivos, as experiências somáticas e padrões relacionais deste (PDM Task Force, 2006).

Apresentação dos Casos

O objetivo da formulação psicodinâmica de um caso, é aumentar a probabilidade da psicoterapia de apoio ajudar as pessoas que procuram ajuda, auxiliando para isso na descoberta da melhor intervenção terapêutica, que se adequa para cada caso em específico. É através da compreensão idiossincrática de como cada pessoa organiza os seus conhecimentos, emoções, sensações e comportamentos, que o terapeuta se mune de estratégias que vão