



Universidades Lusíada

Sousa, Nélia de Jesus da Silva, 1976-

Psicodiagnóstico e intervenção psicológica em clínica privada

<http://hdl.handle.net/11067/3627>

Metadados

Data de Publicação	2015
Resumo	O presente relatório tem como objetivo descrever os nove meses de estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Dialógicos e que incidiu, entre outras atividades na avaliação, psicodiagnóstico e análise de dois estudos de caso. A intervenção psicológica teve por base a psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica. Os dados foram recolhidos através de observação, entrevistas não diretivas e aplicação de instrumentos, designadamente: a WISC-III, o Desenho da família, o CAT...
Palavras Chave	Dialógicos - Ensino e estudo (Estágio), Psicoterapia psicodinâmica, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:34:12Z 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

**Psicodiagnóstico e intervenção psicológica
em clínica privada**

Realizado por:

Nélia de Jesus da Silva Sousa

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

Psicodiagnóstico e intervenção psicológica em clínica privada

Nélia de Jesus da Silva Sousa

Lisboa

Setembro 2015



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Psicodiagnóstico e intervenção psicológica em
clínica privada**

Nélia de Jesus da Silva Sousa

Lisboa

Setembro 2015

Nélia de Jesus da Silva Sousa

Psicodiagnóstico e intervenção psicológica em 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

Setembro 2015

Ficha Técnica

Autora	Nélia de Jesus da Silva Sousa
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
Título	Psicodiagnóstico e intervenção psicológica em clínica privada
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SOUSA, Nélia de Jesus da Silva, 1976-

Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico / Nélia de Jesus da Silva Sousa ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia 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, Túlia 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 S68 2015

*Não somos apenas o que pensamos ser.
Somos mais: somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos;
somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos,
os impulsos a que cedemos 'sem querer'.*

Sigmund Freud

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional... e por de alguma forma, me terem inculcido o quão importante é ser feliz todos os dias, não o dia inteiro todos os dias... mas diariamente em algum momento... e seguir sempre pelo caminho que o coração me pedir...

A mim, por me orgulhar de quem sou e por ver esse mesmo orgulho refletido nos olhos daqueles que amo... por nunca desistir de tentar ser melhor a cada dia...

À minha orientadora de estágio, a Professora Doutora Túlia Cabrita pela sua grande ajuda na elaboração deste relatório, dedicação e amizade, disponibilidade e incentivo constante.

À minha supervisora, a Mestre Patrícia Roseiro, pelo apoio e disponibilidade, orientação, simpatia e partilha de conhecimentos.

Às minhas pacientes pelos momentos que partilhamos e com os quais muito aprendi.

À coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica, Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo profissionalismo, dedicação e simpatia ao longo da licenciatura e mestrado.

À Professora Doutora Teresa Leite agradeço a partilha de conhecimentos que muito contribuiu para mais esta etapa da minha formação académica, e que foi desde o início uma fonte de inspiração.

Aos Professores Doutores José António Carochinho, Manuel Domingos e António Rebelo pelo profissionalismo, dedicação e bom humor em todos os momentos partilhados.

Ao meu filhote, Francisco Maria, por colorir o meu mundo todos os dias. O teu sorriso é a minha alegria e o teu abraço a minha fonte de energia.

A ti, minha querida amiga que sem o teu apoio não teria sido possível aqui chegar... Sempre grata pelo teu colo e pelas tuas críticas também. És o único oposto que me atrai... és a exceção à regra e mereces sê-lo.

A todos os amigos que me acompanharam e incentivaram durante este longo percurso, jamais esquecerei as vossas palavras, conselhos, elogios, críticas, e principalmente o calor do vosso abraço quando me sentia no limiar da loucura e nessa altura havia sempre alguém que me lembrava o caminho já percorrido, os motivos pelos quais ali estava e os obstáculos que já faziam parte do passado... Grata pela vossa sincera amizade.

Por último, mas não menos importante, a ti, meu querido J. que, longe ou perto, tens feito parte da minha vida, apoiado (e escutado), nos momentos em que me sinto perdida... tens-me ajudado a ser mais exigente e perfeita... obrigada por continuares a estar...

Resumo

O presente relatório tem como objetivo descrever os nove meses de estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Dialógicos e que incidu, entre outras atividades na avaliação, psicodiagnóstico e análise de dois estudos de caso.

A intervenção psicológica teve por base a psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica. Os dados foram recolhidos através de observação, entrevistas não diretivas e aplicação de instrumentos, designadamente: a WISC-III, o Desenho da família, o CAT-A, o TAT e o Teste de Rorschach: sistema compreensivo de Exner. Os resultados obtidos foram analisados e classificados de acordo com o PDM.

Palavras-chave: Estágio, Psicologia clínica, Modelo psicodinâmico, Criança, Adolescente.

Abstract

This report aims to describe the nine months of academic internship of the Masters in Clinical Psychology held in Dialógicos that were focused among other activities in the evaluation, psychological assessment and analysis of two case studies.

The psychological intervention was based on supportive psychotherapy and psychodynamic psychotherapy orientation. Data was collected through observation, non-directive interviews and instruments, namely: the WISC-III, the family drawing, the CAT-A, the TAT and the Rorschach test: comprehensive system of Exner. The results obtained were analyzed and classified according to the PDM.

Keywords: Internship, Clinical psychology, Psychodynamic model, Child, Teenager.

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- CAT-A - Teste de Aperceção Infantil
- DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- PDM - Psycodynamic Diagnostic Manual
- TAT - Teste de Aperceção Temática
- WISC-III - Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition

Índice

Índice de tabelas	xiv
Introdução	15
Caracterização da instituição	18
Caracterização da população alvo	23
Enquadramento teórico	24
Psicologia em clínica privada	24
Papel do psicólogo em clínica privada	25
Modelo de intervenção psicodinâmico	29
Psicoterapia de apoio de orientação analítica	30
Teoria psicosexual	32
Teoria da relação do objeto	38
Teoria do espaço transacional	48
Teoria da organização do pensamento	55
Níveis de organização da personalidade e mecanismos de defesa	60
Psicopatologia da criança e adolescente	68
Desenvolvimento da autoestima na infância e adolescência	70
Síntese	72
Objetivos propostos	75
Método	76
Participantes	77
Procedimentos	79
Atividades desenvolvidas	80

Instrumentos	81
Entrevista clínica	82
WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças	83
Desenho da família	84
CAT-A: Teste de Aperceção Temática para Crianças	85
TAT: Teste de Aperceção Temática	86
Teste de Rorschach: sistema compreensivo de Exner	88
PDM: Psychodynamic Diagnostic Manual	89
Estudo de casos	92
Apresentação do caso Martina	92
Resultados e interpretação da avaliação psicológica	93
Psicodiagnóstico e discussão do caso	95
Metas de aconselhamento psicológico	96
Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica	97
Apresentação do caso Bárbara	99
Resultados e interpretação da avaliação psicológica	100
Psicodiagnóstico e discussão do caso	104
Metas de aconselhamento psicológico	106
Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica	106
Conclusão	109
Reflexão final	112
Referências	113
Anexos	124
Anexo A – Diagnóstico psicanalítico / Nancy Williams (Capítulos 3 e 4)	125

Anexo B – Psicanálise e mudança psíquica: cartografias para uma viagem	133
Anexo C – Instrumentos de avaliação psicológica	144
Anexo D – Poster do Congresso	184
Anexo E – Resultados de avaliação psicológica do caso Martina	186
Anexo F – Resultados de avaliação psicológica do caso Bárbara	192

Índice de tabelas

Tabela 1. Pacientes	67
Tabela 2. Atelier das Emoções – Projeto de intervenção em colégio privado	67

Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa. É o produto final de nove meses de experiência de aproximação à prática profissional na Dialógicos – Centro de Psicologia e Formação que incidiu na consulta psicológica da criança e do adolescente.

A prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais em crianças e adolescentes tem sido investigada ao longo do tempo e estima-se que 10 a 20% desta população sofra de um ou mais problemas de saúde mental, mas apenas 1/5 recebe tratamento adequado (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

A infância é uma etapa muito importante no desenvolvimento de uma pessoa, pois é uma fase em que ocorrem grandes aprendizagens e se adquirem várias competências a nível pessoal e relacional, pelo que os acontecimentos traumáticos, as perdas significativas, as carências afetivas, as grandes mudanças e os problemas de saúde, são situações que podem comprometer o desenvolvimento saudável da criança (Santos, 2007).

Neste contexto, é importante estar atento aos sinais de alerta (*e.g.*, a criança recusa-se a comer, não brinca, não quer ir para a escola, tem dificuldade em dormir ou tem terrores noturnos, isola-se das outras crianças, chora, grita, faz birras) porque muitas vezes, as crianças têm dificuldade em manifestar ao adulto aquilo que sentem. Quando alguma destas situações está presente, normalmente, a criança está a tentar comunicar algo, pelo que é necessário perceber o seu pedido de ajuda, antes que o problema se agrave e persista na adolescência e idade adulta (Marcelli, 2005).

A adolescência é uma fase de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, pois é um período de transição para a vida adulta. É nesta fase que a identidade

se começa a consolidar e surgem novos desafios, nomeadamente: a autonomia em relação aos pais, as alterações no desenvolvimento sexual, o relacionamento com o grupo de pares e com o sexo oposto e a preparação para uma profissão. Esta etapa é caracterizada por grandes escolhas e grandes dúvidas, o que gera muitos conflitos pessoais e interpessoais que irão influenciar a formação da personalidade do indivíduo (Santos, 2007).

As exigências que este período comporta podem desencadear diversas perturbações ao nível do comportamento alimentar, comportamentos disruptivos e/ou delinquentes, abuso de substâncias e depressão. Deste modo, é muito importante agir de forma preventiva e promover o acompanhamento psicológico de forma a ajudar o adolescente a lidar com os seus conflitos internos e com as dificuldades que vão surgindo ao longo deste período (Marcelli & Braconnier, 2005).

Segundo Kelleher e Stevens (2009) grande número das perturbações mentais na idade adulta têm início na infância ou adolescência, pelo que se torna necessário encontrar formas de melhorar o reconhecimento e tratamento destas perturbações o mais atempadamente possível.

Assim, a primeira parte do relatório é dedicada à caracterização da instituição e à sua população alvo, referindo os diferentes âmbitos de intervenção e as problemáticas ou pedidos mais frequentes dos pacientes que procuram a clínica.

No enquadramento teórico, serão abordados os conceitos de psicologia clínica e a função do psicólogo clínico, em particular a sua intervenção em clínica privada. Aborda-se, também, à autoestima por ser a sintomatologia comum aos dois casos apresentados. É, ainda, feita uma revisão de literatura centrada no modelo de intervenção psicodinâmico, onde se descrevem algumas das teorias mais relevantes do

funcionamento humano, nomeadamente: a teoria pulsional de Freud, a teoria das relações objetais de Klein, a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e a organização do pensamento de Bion.

Seguidamente são descritos os objetivos de estágio propostos e a metodologia utilizada onde constam os procedimentos de estágio e a descrição dos instrumentos que nortearam a recolha de dados, nomeadamente: WISC-III, Desenho da família, CAT-A e TAT.

A terceira parte é dedicada à exposição de dois casos clínicos, onde são referidos os resultados e interpretação da avaliação psicológica, o psicodiagnóstico e a discussão dos mesmos.

Na conclusão é feito um balanço entre os objetivos gerais e específicos, os resultados alcançados e as metas conquistadas.

Por último, refletimos de forma crítica, sobre o trabalho desenvolvido ao longo dos nove meses de estágio, em particular sobre a experiência pessoal e profissional adquiridas e as relações interpessoais desenvolvidas.

Caracterização da instituição

A Dialógicos - Centro de Psicologia e Formação foi criada em 2001, a partir da ideia de um grupo de psicólogos que se uniram, para implementar e desenvolver projetos de intervenção comunitária, que fossem ao encontro das necessidades dos moradores do concelho de Sintra, apesar de atualmente abranger uma população muito mais vasta. Neste âmbito, inclui duas vertentes: uma dedicada às várias áreas da psicologia e outra à formação. No que à psicologia diz respeito abrange a área clínica, educacional, desporto e atividade física, terapia familiar e de casal, sexologia, alcoologia e toxicodependência. Conta, ainda, como outras especialidades, nomeadamente: psicopedagogia, psicomotricidade e terapia da fala. Paralelamente apresenta programas específicos de treino de competências sociais, tutoria académica tanto para o ensino secundário como universitário, supervisão e investigação em ciências sociais (Dialógicos, 2014).

Na área da psicologia clínica, a Dialógicos dispõe de uma equipa de profissionais dispostos a diagnosticar e intervir em todas as faixas etárias, tendo por base o modelo psicodinâmico. Entre as queixas mais frequentes encontram-se as depressões, sintomas físicos associados a mal-estar psicológico (*e.g.*, dores de cabeça, suores, dificuldades respiratórias), pensamento repetitivo e constante focalizado em assuntos específicos e distúrbios alimentares (Pedinielli, 1999).

Do ponto de vista educacional a intervenção psicopedagógica é realizada através da estimulação e desenvolvimento de competências académicas e sociais, cujo principal objetivo é incentivar o sucesso escolar de crianças e jovens (Santrock, 2009). Nos casos em que as dificuldades de aprendizagem e/ou comportamentos disruptivos são mais acentuados, a intervenção é feita individualmente. A clínica possui, ainda, consultas de

aconselhamento técnico e pedagógico a pais e professores e programas individuais ou em grupo (organizados de acordo com o nível de escolaridade), que se destinam a organizar e desenvolver métodos e hábitos de estudo a crianças e jovens em idade escolar. Neste âmbito, são estabelecidas parcerias e acordos com colégios, centros de ocupação de tempos livres e infantários particulares (*e.g.*, Centro Eça de Queiroz, Colégio S. Pedro, Jardim de Infância O Pirilampo) (Dialógicos, 2014).

No que respeita à psicologia do desporto e atividade física, a intervenção visa a preparação dos atletas tanto a nível mental como psicológico, tanto para os treinos como para as competições, para que os mesmos alcancem o rendimento máximo e o consigam manter de forma homogénea e constante. Deste modo, treinadores e/ou atletas são apoiados no sentido de ultrapassar as suas dificuldades em áreas como: controlo de stress e ansiedade, atenção/concentração, motivação, confiança, problemas de liderança e comunicação, recuperação psicológica de lesões desportivas e outras dificuldades específicas que possam surgir. Outra das vertentes nesta área prende-se com a avaliação do perfil psicológico dos atletas, para que posteriormente os treinadores possam adequar melhor os seus programas/treinos aos mesmos (Dosil, 2004).

A terapia familiar tem por base uma visão holística e incide principalmente na comunicação entre os vários membros da família, sendo o seu principal objetivo compreender os padrões relacionais que a destabilizam. Neste contexto, visa ajustar algumas dificuldades que possam surgir em diferentes fases da vida, nomeadamente: formação do casal, nascimento dos filhos, entrada dos filhos na escola, adolescência, saída dos filhos de casa, questões de luto e perda no final da vida. Para além da intervenção nestas transições de vida, é também muito útil em quadros clínicos que

envolvam comportamentos suicidários, perturbações do comportamento alimentar, toxicodependência e psicoses (Minuchin & Fishman, 2003).

A terapia de casal é uma vertente específica da terapia familiar e tem como objetivo ajudar casais com problemas de comunicação ou dificuldades na intimidade emocional e sexual. Constitui um apoio importante para casais em risco de rutura, a viver situações de infidelidade ou para discutir questões e dúvidas que surgem numa situação de separação ou divórcio (Prata, 2008).

A especialidade de sexologia pretende ajudar a melhorar ou a resolver problemas relacionados com a sexualidade do indivíduo que, quando comprometida, poderá provocar problemas de ordem relacional, emocional e de bem-estar, pois é considerada uma das áreas mais importantes da sua vida. De facto, a sexualidade é a forma mais íntima de comunicação entre o casal, e quando se começa a deteriorar, a relação é afetada de forma generalizada, podendo conduzir ao divórcio (Nunes, Albuquerque & Gomes, 1987).

A atividade sexual pode ser afetada por um variado conjunto de fatores, entre os quais: disfunção erétil, ejaculação prematura, falta ou diminuição do desejo sexual, dor no ato sexual, stress, ansiedade, insegurança, baixa autoestima e comportamentos/atividades sexuais e/ou fantasias que provocam mal-estar. Apesar de muitos destes problemas poderem ser melhorados e/ou resolvidos, ainda existe algum tabu em procurar ajuda especializada nesta área (Dialógicos, 2014).

A consulta de alcoologia e toxicodependência tem como objetivo ajudar e dar apoio psicológico aos indivíduos que apresentem comportamentos aditivos (*e.g.*, drogas, álcool) e também aos que apresentam comportamentos de risco. Esta consulta visa, ainda, ajudar, esclarecer e orientar todos aqueles que apesar de não serem dependentes

de substâncias, sofrem com os seus efeitos, como é o caso dos familiares e amigos mais próximos. A intervenção nesta área engloba o esclarecimento e informação sobre uso/abuso e dependência de álcool e drogas, orientação para tratamento, apoio pós-tratamento, orientação para a prevenção da recaída, acompanhamento e apoio psicológico tanto a nível individual como familiar (Angel & Angel, 2005).

Na área formativa dispõe de vários cursos no âmbito da psicologia, entre os quais: ludoterapia, orientação vocacional e profissional, *workshops*, formação para formadores, consultoria, gestão da formação e redação e publicação na imprensa de artigos científicos e de opinião. Tendo por base o constante aperfeiçoamento de conhecimentos e estratégias, a área da formação contempla, ainda, a supervisão em psicologia clínica, individual ou em grupo (Dialógicos, 2014).

O acompanhamento tutorial académico (individual e/ou em grupo) é feito por profissionais especializados que apoiam os alunos do ensino secundário e universitário na área da psicologia. Ao nível do ensino superior destaca-se, ainda, o tratamento e análise de dados com os programas IBM-SPSS e Winsteps e apoio em teses/dissertações de licenciatura, pós-graduação e mestrado (Dialógicos, 2014).

Importa, ainda, referir que desde 2010 que a Dialógicos, recebe estagiários académicos, através de protocolos estabelecidos com a Universidade Lusíada de Lisboa, com o ISPA – Instituto Universitário e com a Sociedade Luso-Espanhola de Psicologia *Gestalt* e mais recentemente estágios profissionais previstos pela Ordem dos Psicólogos Portuguesa. É através do contato com a realidade, da experiência vivida com os pacientes e com o supervisor, que os estudantes desenvolvem a necessária e difícil habilidade de integrar a teoria e a prática. Neste particular, a instituição desempenha um

papel de extrema relevância para o processo de ensino-aprendizagem (Dialógicos, 2014).

A média mensal de consultas é de 350 na área da psicologia clínica, 20 de psicologia educacional e 25 consultas de terapia familiar e de casal, sendo as consultas de alcoologia e toxicodependência, sexologia e desporto e atividade física as menos procuradas (Dialógicos, 2014).

A Dialógicos tem um horário bastante alargado: de segunda a sexta-feira, das 10h às 23h (sendo o período pós-laboral reservado à supervisão de grupo e áreas de formação); e sábado das 10h às 13h para consultas e das 14:00h às 18:00h para formações e *workshops* (Dialógicos, 2014).

Caracterização da população alvo

A população alvo da Dialógicos é muito diversificada, abrangendo crianças, jovens, adultos e terceira idade, residentes no concelho de Sintra. Nos adultos, a maior parte dos pacientes são do sexo feminino (Dialógicos, 2014).

Os principais pedidos de ajuda por parte dos adultos são as depressões, apatia, desmotivação, problemas de foro obsessivo tais como pensamentos repetitivos e centrados em determinados assuntos, sintomas físicos de origem somática como cefaleias, suores e dificuldades respiratórias em situações de stress, distúrbios alimentares, comportamentos agressivos, dependência de álcool e drogas e problemáticas do foro sexual (Dialógicos, 2014).

No que respeita às crianças e adolescentes verifica-se que os motivos mais frequentes são os comportamentos agressivos, ansiedade, insucesso escolar e atrasos no desenvolvimento. Neste contexto, a intervenção consiste em promover o sucesso escolar e impulsionar o desenvolvimento de capacidades e competências académicas e sociais. No caso específico dos adolescentes, para além das problemáticas referidas destacam-se as avaliações de orientação escolar e vocacional (Dialógicos, 2014).

O primeiro passo para tornar a intervenção mais eficiente é conhecer as características da população a quem se destinam os serviços de atendimento, pois é a partir da identificação das suas necessidades que se pode determinar como intervir junto da mesma. Apesar de ser uma instituição privada, a Dialógicos tem um importante papel social, pois possibilita à comunidade, em geral, o acesso a um atendimento psicológico de baixo custo. As consultas são efetuadas por psicólogos clínicos estagiários, mas sempre sob a supervisão de profissionais qualificados, garantindo assim a qualidade dos serviços prestados (Dialógicos, 2014).

Enquadramento teórico

Psicologia em clínica privada

A psicologia clínica visa o estudo, avaliação, diagnóstico e tratamento do sofrimento psicológico, qualquer que seja a causa implícita (Brito, 2008).

Na contemporaneidade, a psicologia clínica é o ramo mais sólido e mais conhecido da psicologia, pois engloba a ciência, a teoria e a prática para compreender, avaliar e prever o funcionamento do ser humano. É a área da psicologia que estuda os processos psíquicos ligados ao sofrimento psicológico e à psicopatologia. O propósito da psicologia clínica é o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico qualquer que seja a sua origem (Gatchel & Oordt, 2003).

Ao nível do objeto, a psicologia clínica interessa-se pelo indivíduo enquanto tal. É neste sentido que se dedica de forma completa e sistemática aos casos individuais. É ainda nesta perspetiva que o psicólogo clínico se interessará pelos indivíduos que precisam de ajuda (Moita, 1993).

O psicólogo tem como principal função tratar das representações que o indivíduo tem de doença (em geral) e da sua doença (em particular) ocupando-se de toda simbologia cultural, social e individual ligada à doença daquela pessoa (Gioia-Martins & Rocha Júnior, 2001).

A prática de consulta clínica em consultório privado assenta numa metodologia que reflete a dinâmica própria desse tipo de instituições. O *setting* é a estrutura que serve de base à terapia, é o ambiente físico no qual decorre a entrevista. Numa sala insonorizada, com mobiliário confortável, cores neutras, não muito personalizado e onde são abordados questões que não devem ser do conhecimento de mais ninguém (Goldstein, 2001).

Este tipo de consultas caracteriza-se por: ocorrer face-a-face; os clientes sentam-se em sofás ou cadeiras cómodas; a duração da consulta é variável consoante se trate ou não da primeira sessão; a periodicidade deverá ser semanal, mas em contextos especiais pode ser alterada; não deveram existir distrações e escapes da sessão (*e.g.*, telemóvel, comida, tabaco) (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003).

Alguns fatores terapêuticos importantes baseiam-se na consistência do lugar, o horário, pontualidade e duração; os pagamentos (nem todas as pessoas têm acesso a este tipo de consulta por razões monetárias, dado que as mesmas efetivamente tem um custo elevado), e formalidades; marcações e cancelamentos; faltas, atrasos e contactos extra sessão (Leal, 2010; Pais-Ribeiro, 1998).

A prática privada denuncia uma menor urgência, não que os casos e/ou pacientes não necessitem de intervenção mas são no caso, intervenções feitas ao longo do tempo. Tratando-se muitas vezes de psicopatologias que se podem arrastar por muitos anos (Pedinielli, 1999).

Papel do psicólogo em clínica privada

Os psicólogos podem e devem prestar vários serviços e desempenham vários papéis, e serão tanto melhor sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto onde estão a trabalhar. Em certos casos, isso significa desenvolver conhecimento aprofundado sobre uma doença ou uma população, enquanto noutros casos é necessário um conhecimento genérico sobre uma ampla variedade de problemas médicos, que podem ocorrer em diferentes fases do ciclo da vida (Trindade, 1999).

O psicólogo pode designar-se como, alguém que desempenha o papel de facilitador da adaptação do sujeito à situação em que se encontra, no sentido de torná-la

mais ajustada; ajuda o indivíduo a aperfeiçoar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia. Independentemente da sua orientação teórica, aquando na prática terapêutica o psicólogo intervém no alívio dos sintomas, permitindo restaurar o equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos (Teixeira, 2004).

O psicólogo clínico pode intervir a vários níveis. Ao nível da prevenção primária ajuda a identificar os mecanismos psicológicos envolvidos na situação para a poder prevenir, extinguindo as circunstâncias nocivas antes que tenham oportunidade de se acomodar. Na prevenção secundária – que se refere à intervenção precoce destinada às pessoas que estão em risco de desenvolver a patologia – ajuda a reduzir a taxa de prevalência de uma determinada problemática, a prevenir novas situações e a reduzir o impacto ou duração das situações detetadas. A prevenção terciária visa a reabilitação, isto é, a redução dos impactos de uma problemática e das suas consequências em termos da sua desadequação ou incapacidade (Trindade & Teixeira, 2000).

O psicólogo clínico pode desempenhar as suas funções em vários *settings*, nomeadamente em hospitais, centros de saúde e centros de saúde mental, clínicas privadas, consultórios, instituições de solidariedade social, residências comunitárias, ensino especial, centros de atendimento especializado (*e.g.*, apoio à vítima, toxicod dependência). A atividade do psicólogo clínico inclui, ainda, a psicologia de ligação, a reabilitação psicossocial, a intervenção e reinserção social, o trabalho institucional, a formação e a investigação (Brito, 2008).

De acordo com Pedinielli (1999) o trabalho do psicólogo clínico pode variar bastante, consoante seja o seu local de trabalho e o tipo de pacientes. No entanto, as suas atividades resumem-se a três grandes grupos: a avaliação; o diagnóstico e a prática

de terapias ou das reeducações; e por fim o aconselhamento e a intervenção institucional. O seu papel pode ir desde a observação participante à própria intervenção e quando existem emissões de opinião sobre alterações de funcionamento interno ou criações de novas estruturas, estas só poderão ser fornecidas tendo como base estudos em que estejam presentes a observação e investigação referentes às problemáticas da psicologia clínica.

Algumas características de bons terapeutas são: o interesse genuíno no outro como pessoa, o modo agradável de estar, a contenção de reações, a credibilidade e autoconfiança, a paciência, a persistência e tolerância à frustração, sensibilidade, profissionalismo, poder de observação e algum sentido de humor (Gomes, 2005).

O psicólogo deve ter uma postura neutra e pouco reveladora de si. Deste modo, não lhe é permitido propor temas, mas sim analisar o que está embutido no que a pessoa diz e na relação que estabelece com o paciente. A sua intervenção centra-se em assuntos relacionados com a personalidade, os afetos, as vivências e as relações afetivas dos sujeitos, no sentido de procurar o que está subjacente à ida do paciente à consulta (Feldman, 2007).

O principal papel do psicólogo é captar a ação humana e os processos mentais, tendo por objetivo último melhorar a qualidade de vida de quem o procura. Deste modo, o seu trabalho passa por avaliar e analisar o desenvolvimento do indivíduo, dos grupos e das instituições (Pardinielli, 1999).

Quando nos referirmos ao papel do psicólogo clínico, torna-se fundamental, referir os aspetos concernentes aos princípios éticos e deontológicos consagrados para a prática profissional da psicologia. Independentemente de qualquer legislação, alegadamente implementada, estes princípios devem fazer parte integrante do psicólogo

no exercício da sua profissão. Contudo, o código de ética só poderá ser respeitado e posto em prática se o psicólogo possuir intrinsecamente valores morais e humanos (Alonso, 2006; Reimão, 2008).

A conduta de um psicólogo deve, ainda, implicar um profundo respeito para com a dignidade, individualidade e identidade de um paciente, com neutralidade, e ausência de juízos e críticas. A avaliação psicológica realiza-se através do recurso a protocolos válidos e deve responder às necessidades objetivas de recolha de informação, protegendo o respeito pela privacidade do paciente (Bénony & Chahraoui, 2002; Francis, 2004).

No modelo psicodinâmico – no qual se centra este trabalho – o psicólogo faz um trabalho a nível do inconsciente, no sentido de tornar consciente os processos inconscientes que criam a patologia. Para aceder ao inconsciente, o psicólogo recolhe dados manifestos e latentes e faz uma análise fenomenológica, avaliando as crises na base de vivência do sujeito. O processo de entrevista centra-se na compreensão do sujeito através da narração e da consciência emergente dos sentimentos e pensamentos adquiridos ao longo da vida a propósito das relações interpessoais (Ribeiro & Leal, 1996).

O papel do psicólogo, independentemente do *setting* terapêutico em que atua, é inseparável da sua abordagem teórica. Todavia, tem como principal objetivo 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, 2009; Leal, 2005).

São várias as perturbações com que o psicólogo clínico lida ao longo da sua prática profissional, desvios ao funcionamento psicológico dito normal, que causam um

mal-estar significativo e um declínio no funcionamento psicossocial (Gleitman, Fridlund, & Reisber, 2007). Apesar da grande diversidade de perturbações, debruçar-nos-emos sobre a autoestima por ser a sintomatologia presente em ambos os casos que iremos apresentar.

Modelo de intervenção psicodinâmico

O modelo psicodinâmico herdou as bases da psicanálise e tem como objetivo máximo satisfazer as necessidades, ou seja, a psique vai buscar alvos que satisfaçam as suas necessidades, os denominados: objetos de amor (Appelbaum, 2012).

O primeiro objeto de amor é a mãe e a forma como lidamos com os outros depende do modo como encaramos a satisfação das nossas necessidades; a nossa personalidade resulta dos padrões de busca de satisfação e dos mecanismos de defesa que usamos quando não as conseguimos satisfazer (Daniel, 1994; Fernandes, 2002).

Aquilo que somos é determinado por uma dinâmica psíquica que ocorre entre o próprio e entre o próprio e os demais (os cuidadores). Esta dinâmica funciona à margem do nosso controlo consciente e desenvolve-se em várias fases, sendo a infância e a adolescência determinantes na forma de funcionar do adulto, pois há qualquer coisa que se estrutura nas primeiras fases do desenvolvimento e que permanece ao longo da nossa vida. Quando se fala de dinâmica intrapsíquica vão-se organizando várias instâncias sendo elas o *id*, o ego e o superego (Freud, 1996).

Nesta perspetiva, a patologia gera-se quando as necessidades básicas psíquicas não são satisfeitas. A patologia desfaz-se quando essas dinâmicas inconscientes se tornam conscientes para a pessoa (Leal, 2005).

Psicoterapia de apoio de orientação analítica

Todas as psicoterapias têm como objetivo último a diminuição do sofrimento humano, mas as teorias, metodologias e técnicas que usam para lá chegar são bastante diferentes (Cordioli, 2009).

A psicoterapia de apoio de orientação analítica tem como principais objetivos: restabelecer rapidamente o equilíbrio psicológico do indivíduo, obter a máxima melhoria sintomática, reforçar as defesas, melhorar a adaptação ao meio, promover uma relação paciente-terapeuta positiva e de apoio, reforçar aspetos sólidos do paciente de forma a permitir-lhe o uso de habilidades e capacidades suficientes para usar os recursos externos disponíveis, reduzir o desconforto subjetivo e o comportamento disfuncional, promover o maior grau possível de autonomia tendo em conta as limitações do indivíduo.

Cordioli, Wagner e Cechin (2009) por seu turno, consideram que os objetivos da psicoterapia de apoio são essencialmente os de manter ou restabelecer o nível de funcionamento prévio do indivíduo, mediante o reforço de mecanismos de defesa adaptativos, o afastamento de pressões ambientais demasiado intensas e a adoção de medidas que visam o alívio dos sintomas. Os autores consideram, ainda, que além destes objetivos consensuais, as psicoterapias de apoio devem fomentar a aquisição e crescimento de maturidade emocional, mediante a promoção da autonomia, a consolidação de uma identidade própria, o estabelecimento de uma autoimagem estável e integrada do self e a melhoria da capacidade de julgamento da realidade.

A psicoterapia de apoio de orientação analítica pode implicar a exploração das origens históricas das dificuldades do paciente, mas mais importante para a mudança, a atenção está centrada nas suas origens dinâmicas atuais tal como são evidenciadas pela

forma de sentir, pensar, comunicar e de se relacionar na terapia. Este trabalho analítico é a base do encontro no qual os problemas são investigados “in vivo” dentro da relação terapêutica. É também a base de uma experiência emocional corretiva, uma vez que é permitido ao paciente examinar aspetos pessoais desconfortáveis numa atmosfera relativamente segura, não condenatória e aceitante. O elevado nível de atividade do terapeuta, foco e curta duração da psicoterapia breve de orientação dinâmica são usados pelo terapeuta para combater o desenvolvimento de uma neurose de transferência com os problemas de regressão e passagem ao ato implicados (Leal, 2005).

O principal objetivo do terapeuta na psicoterapia de apoio de orientação analítica é o de empenhar o paciente na exploração ativa das suas dificuldades, especialmente à medida que estas se revelam na relação terapêutica, libertando assim as suas capacidades adaptativas e o potencial de desenvolvimento.

A psicoterapia de apoio de orientação analítica é em grande medida influenciada pelas características do paciente – idade, diagnóstico, prognóstico, circunstâncias sociais, recursos pessoais –, mas visa acima de tudo: promover a melhor adaptação psicológica e social possível, restaurando e reforçando as suas capacidades de enfrentar as vicissitudes e os desafios da vida; inflacionar a sua autoestima e autoconfiança tanto quanto possível, realçando as qualidades e as realizações alcançadas; torná-lo consciente da realidade da sua situação de vida acerca do que pode ou não ser atingido, nomeadamente das suas próprias limitações e das do tratamento; prevenir uma recaída da sua condição clínica e assim tentar evitar a deterioração ou a re-hospitalização; permitir que o paciente necessite apenas daquele grau de apoio profissional que resulta na melhor adaptação possível e evitar assim uma dependência desnecessária; e transferir a fonte de apoio dos profissionais para os parentes ou amigos, desde que estes existam e

estejam em posição psicológica e material de assumir o papel de prestadores de cuidados (Cordioli, 2008).

Em regra, este tipo de terapia é indicado para pessoas que têm relações interpessoais difíceis, instáveis ou limitadas; para aqueles que não são introspetivos ou curiosos acerca de si próprios e do seu funcionamento psicológico; para quem o interesse assenta, predominantemente, na mudança sintomática e cuja capacidade de iniciar comportamentos é limitada (Bloch, 1999).

Seguidamente, serão apresentados os contributos mais relevantes dos autores que se dedicaram ao estudo da estruturação da personalidade, com base nas vivências infantis.

Teoria psicosexual

A visão de Freud sobre a condição humana está incorporada fundamentalmente no modelo da estrutura/pulsão. Segundo o autor, pulsão é um conceito que se encontra na fronteira entre o psíquico e o somático. Assim, a sua teoria opõe as pulsões sexuais às pulsões de autoconservação, sendo que as primeiras asseguram a sobrevivência da espécie pela procriação e as de autoconservação a sobrevivência do indivíduo pelos sistemas de autoproteção (Greenberg & Mitchell, 2003).

A sua teoria é desenvolvida através de fases inter-relacionadas que influenciam a formação da personalidade da criança tanto psíquica como emocionalmente. Assim, o interesse manifestado pela criança numa figura humana, especificamente a mãe (agente da sua satisfação), decorre das necessidades fisiológicas básicas que devem ser satisfeitas (*e.g.*, alimento, conforto) (Freud, 1996).

Estas fases estão ligadas a questões de sobrevivência básica e são vivenciadas essencialmente de uma forma sensual, através da alimentação e outras atividades

desenvolvidas pela mãe. Posteriormente, a criança fantasia sobre o nascimento, a morte e a ligação sexual dos pais (McWilliams, 2005).

Freud propôs que as forças psicológicas inconscientes afetam tremendamente o pensamento e o comportamento humanos. Estas forças têm origem nas emoções da infância e a sua influência persiste ao longo da vida. Assim, postulou três níveis de consciência (primeira tópica): (i) a mente consciente age de acordo com a realidade e com a qual nos identificamos; (ii) a mente pré-consciente diz respeito ao material que apesar de não estar consciente num determinado momento, pode ser facilmente deslocado para a consciência; (iii) a mente inconsciente contém material que não emerge de imediato na consciência, pois tornar esse mesmo material consciente produziria demasiada angústia (*e.g.*, lembranças traumáticas esquecidas, desejos não satisfeitos) (Golse, 2005).

De acordo com Freud, o funcionamento mental é regulado pelo princípio do prazer, ou seja, a atividade psíquica que no seu conjunto tem como propósito evitar o desprazer e proporcionar o prazer. Assim sendo, salientou as condições em que o prazer é experienciado no decurso do desenvolvimento de cada indivíduo. Deste modo, e de acordo com a tipologia proposta na segunda tópica, o aparelho psíquico é constituído por três instâncias: o *id*, ego e superego (Jones, 1989).

O *id* é um domínio totalmente inconsciente, constituído por pulsões e desejos reprimidos que se regem pelo princípio do prazer, no sentido de procurar gratificações imediatas. Por sua vez, o ego é constituído por conteúdos conscientes e inconscientes, sendo a instância que regula e gere as relações entre as pulsões do *id* e as exigências do superego, comandado pelo princípio da realidade que resulta da transformação do princípio do prazer em função de constrangimentos e oportunidades de ordem

sociocultural. Por fim, o superego é estabelecido por normas, regras, valores e condutas de ordem social, cultural e moral, componentes estas interiorizadas pelo indivíduo. O superego é na sua essência uma censura em relação ao *id* e forma-se após a resolução do complexo de Édipo (Freud, 1996).

O *id*, o ego e o superego não coexistem pacificamente, pois o *id* exige satisfação imediata das pulsões, enquanto o superego fomenta sentimentos de culpa quando se tenta satisfazer algum impulso imoral. Tendo isto em conta, existe um conflito intrapsíquico e a angústia gerada pelo mesmo é um sinal de que o ego está a falhar na sua tarefa de adaptação à realidade e de manter a personalidade integrada (McWilliams, 2006).

A fonte física dos impulsos do *id* (libido) são as zonas erógenas. Freud defende que a progressão no desenvolvimento psicosexual se ordena segundo orientações corporais específicas de cada fase e associadas a uma determinada idade cronológica, em que existe um conflito e consequências. Dá início nas fases pré-genitais, sendo as que antecedem a organização do complexo de Édipo e se situam antes da reunificação das diversas pulsões parciais sob o primado da zona genital. São regidas pelo princípio do prazer e estão associadas a zonas específicas do corpo, de acordo com cinco fases de desenvolvimento psicosexual: oral, anal, fálica, latência e genital (Golse, 2005).

No primeiro ano de vida, ocorre a fase oral, altura em que há uma preferência pela zona bucal, onde os lábios, a boca e a língua, que são usados para a alimentação, são os principais órgãos de satisfação e prazer, é o erotismo oral. Esta fase é dividida em dois níveis: (i) o pré-ambivalente que se relaciona unicamente com a sucção e no qual não existe distinção entre o objeto exterior e o próprio corpo; (ii) e o aparecimento dos primeiros dentes em que a atividade de sucção é complementada pelo morder,

instaurando-se uma fase oral-sádica, com sentimentos contraditórios face ao objeto. O conflito tem início no desmame e as consequências são o otimismo ou o pessimismo (Summers, 2006).

A fase anal tem início através da maturação fisiológica, pois a criança vai descobrindo novas formas e zonas até então desconhecidas, permitindo uma descoberta do seu próprio corpo. Esta fase que decorre entre o primeiro e o terceiro ano de vida caracteriza-se pelo erotismo anal e sádico. Nesta fase a criança é confrontada com sentimentos ambivalentes, já que, por um lado o mesmo objeto fecal pode ser retido ou expulso e por outro, conforme o local e o momento da retenção ou expulsão pode assumir o valor de bom. Caracteriza-se pelo conflito dos hábitos higiénicos, tendo como consequência a teimosia e avareza (Freud, 1996).

Decorrida entre os três e os cinco anos, a fase fálica, anuncia e precede a problemática edipiana, instaurando uma relativa unificação das pulsões parciais sob o primado dos órgãos genitais (Golse, 2005). Nesta fase, a curiosidade sexual infantil, manifesta-se e a criança toma consciência da diferença anatómica entre os sexos, sendo o complexo de Édipo o ponto nodal que estrutura o grupo familiar e toda a sociedade humana. É o momento fundador da vida psíquica que assegura o primado da genitalidade, a superação do autoerotismo primitivo e a orientação para os objetos exteriores. Os conflitos presentes (angústia de castração) colocam em jogo o narcisismo e o ideal do ego (Greenberg & Mitchell, 2003).

Dos seis anos até à adolescência, surge a fase de latência, que vai dar continuidade aos conflitos das fases anteriores, mas que se revelam menos fortes em virtude da modificação estrutural das pulsões sexuais. O ponto essencial consiste numa relativa obsessão da personalidade, de que a educação e o ensino sabem tirar proveito,

para exigir à criança a aceitação de ritmos regulares e de uma disciplina mais rigorosa (submissão à norma). Estas tendências obsessivas assentam na organização de formações reativas (*e.g.*, nojo, pudor) que irão permitir à criança livrar-se pouco a pouco dos conflitos sexuais do período anterior (Jones, 1989). Surgem os sentimentos de ternura, devoção e respeito para com as imagens parentais, que contrariam a agressividade relativamente ao progenitor do mesmo sexo e remetem para um processo de sublimação quando se trata do progenitor do sexo oposto (Summers, 2006)

A fase genital, que se desenvolve na adolescência e vai até à idade adulta é caracterizada pela organização das pulsões parciais sob o primado das zonas genitais. É no fim da adolescência que se vai fixar definitivamente a escolha do objeto sexual. Deste modo, seja qual for a sua origem e as suas modalidades, a angústia é experimentada ao nível do ego que vai pôr em campo uma série de mecanismos de defesa a que o sujeito recorre, normalmente, de maneira maleável e adaptada. Estes mecanismos (*e.g.*, recalçamento, condensação, deslocamento, isolamento, formações reativas, anulação retroativa, introjeção, projeção, clivagem) são eficazes quando permitem um controlo favorável da angústia (Golse, 2005).

Ao abordar o mecanismo de defesa como promotor de recalçamento, Freud analisou com mais atenção o conteúdo contra o qual ele é acionado e percebeu que o mesmo se associa à experiência sexual passiva (de carácter traumático) (Bocca, 2011). Ao admitir o insuficiente desenvolvimento sexual da infância, reconheceu que não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas sim o reviver da lembrança, após o ingresso do sujeito na maturidade sexual, que constitui a pré-condição da histeria. Desta forma, completou a formulação da etiologia e do processo de instalação do sintoma histérico tendo por base a sexualidade infantil (Bursztyn, 2008).

Acrescentou, ainda, que a solução da histeria está na descoberta de uma nova fonte a partir da qual surge um novo elemento da produção inconsciente, nomeadamente as fantasias históricas que, habitualmente, remontam a coisas ouvidas pelas crianças em tenra idade e compreendidas apenas mais tarde (Scotti, 2002).

Através da supervalorização do objeto sexual que se estende do corpo ao campo do psiquismo, introduz o conceito de masoquismo moral como um dos componentes da pulsão sexual. Segundo Freud (1969) as fontes de excitação pulsionais são compostas pelas zonas erógenas que caracterizam o corpo fragmentado. Neste contexto, a pulsão situa-se entre o significante e o real, ou seja, entre o psíquico e o somático, pelo que a satisfação masoquista é o excedente desse encontro (Winograd & Mendes, 2009).

As tendências masoquistas surgem do sentimento de culpa ligado à masturbação e do temor da castração, bem como do resultado da troca do objeto sexual. O masoquismo moral acentua a necessidade de sofrimento, pelo que a relação ego-superego impõe uma satisfação através do castigo e da dor (Carlin & Capps, 2011).

O masoquismo moral, consequência da violência implacável do superego em direção ao ego, seria exatamente uma dessas tentativas, das quais seria uma das consequências patológicas mais temíveis. Aqui, a destruição do corpo causaria prazer, além de poupar ao indivíduo a culpa resultante do masoquismo moral (Silva, 2010).

Freud persiste que o masoquismo moral implica uma agressividade incorporada de pulsões eróticas, admitindo que existe uma tendência do homem para a crueldade e destrutividade que se incorpora na pulsão da vida (Andrade, 2011). Com efeito, na metodologia psicopatológica presente nas construções teóricas freudianas, o normal e o patológico teriam entre si relações de continuidade, pois seriam expressões de um mesmo princípio de organização (Frank, 2008).

Teoria da relação do objeto

Melanie Klein viveu em Budapeste e foi devido ao seu fascínio pelos artigos de Freud que procurou Ferenczi para iniciar o seu tratamento psicanalítico. Sob sua sugestão, começa a aplicar os princípios e técnicas psicanalíticas ao tratamento de crianças. Tendo sido apadrinhada pelos três mais influentes colaboradores de Freud: Ferenczi, Abraham e Jones, teve uma linhagem intelectual e política na comunidade psicanalítica considerada pura, não obstante ter acabado por dividir a comunidade psicanalítica britânica e a comunidade psicanalítica internacional (Greenberg & Mitchell, 2003).

Klein inicia as suas investigações com crianças de forma a testar o que pareciam ser extrapolações maciças, efetuadas a partir das memórias e fantasias dos adultos. Apesar de Freud ter realizado algum trabalho inicial de carácter educativo com crianças em idade de latência, não existiu, até Melanie Klein, nenhum psicanalista que tivesse tentado aplicar as técnicas da psicanálise a crianças com vista à melhoria das suas dificuldades de vida. As contribuições fundamentais da autora centram-se nas reformulações, muitas vezes, subtis mas indispensáveis quando se fala da natureza das próprias pulsões e origem dos objetos (Cintra & Figueiredo, 2003).

Toda a contribuição de Klein para a teoria psicanalítica, tem por base a sua atividade quer com adultos quer com crianças e provém, fundamentalmente, da técnica através do brinquedo, desenvolvida com crianças muito pequenas, em estádios antecedentes ao período de latência. O tratamento psicanalítico de crianças sofria de dificuldades do foro técnico nomeadamente quanto à associação livre, pois para analisar alguém é necessário recorrer às suas vivências e fantasias e as crianças verbalizam menos do que os adultos (Klein, 1980).

Melanie Klein ainda tentou uma primeira abordagem com crianças através da fala, chegando à conclusão de que essa aproximação era claramente limitada. Assim, verificou que era imprescindível uma abordagem mais profunda, que remetesse à vida interior e às fantasias da criança. O seu método de intervenção inicia-se em casa da criança com os seus próprios brinquedos (caso Fritz 5 anos de idade). Ao interpretar as palavras e as atividades da criança com os seus brinquedos verifica que as mesmas se expressam da mesma forma que os adultos, sendo que estes últimos o fazem através de palavras (Figueiredo, 2006).

Para além da técnica do brinquedo, Klein guiou-se por dois princípios fundamentais: o de que a investigação do inconsciente é a principal tarefa do método psicanalítico e o princípio de que a análise de transferência é o meio para se alcançar esse objetivo (Segal, 1973).

A situação de transferência – a espinha dorsal do processo psicanalítico – apenas se pode estabelecer e manter se o paciente for capaz de sentir que o consultório ou a sala de brinquedo, na verdade toda a análise, é algo separado de sua vida doméstica corrente. Pois só nestas condições pode superar as suas resistências para experimentar e expressar pensamentos, sentimentos e desejos, que são incompatíveis com a convenção e, no caso das crianças, sentidas em contraste com muito do que se lhes ensinou (Spillius, 1990).

No início, a mala de ludo, era constituída por um pequeno número de brinquedos, tanto em quantidade como em variedade, o que dava liberdade à criança para expressar uma ampla grande diversidade de experiências e fantasias. Os brinquedos não podiam ser mecânicos e as figuras humanas apenas variavam ao nível da cor e dimensão, não podendo indicar qualquer ocupação particular, de forma a permitir à criança o uso de forma versátil do material do jogo. Inicialmente, estes brinquedos

foram pequenos homens e mulheres de madeira de dois tamanhos diferentes, carrinhos de mão, carros, baloiços, comboios, aviões, animais, árvores, blocos de construção, casas, cercas, papel, tesouras, canivetes, lápis, giz ou tintas, colas, bolas e plasticina (Greenberg & Mitchell, 2003).

A autora refere que a técnica psicanalítica através do brinquedo não tem que depender tecnicamente da sua seleção particular de brinquedos que, de um modo geral, devem ser simples, pequenos e não mecânicos. Defendia que os brinquedos trazidos espontaneamente pelas crianças e a brincadeira daí decorrente deveriam entrar com naturalidade no trabalho analítico. Segundo Klein, os brinquedos não devem ser considerados o único requisito para a análise, pois a criança ao brincar mostrar o que sente em relação ao modo como os pais ou outros adultos se comportam ou deveriam comportar-se em relação a ela, bem como o desejo de inversão dos mesmos, assumindo, a criança o papel do adulto (Klein, 1994).

A criança atribui papéis tanto a si própria como ao analista (*e.g.*, mãe/filho, médico/doente). A criança ao brincar expressa a sua agressividade e ressentimento quando encarna o papel de pai ou de mãe e mostra-se sádica relativamente à criança, representada então pelo analista. Para a autora, o princípio da interpretação é o mesmo quer se trate de fantasias através do brinquedo ou da dramatização. Independentemente da matéria que se usa o que importa são os princípios analíticos básicos da técnica (Figueiredo, 2006).

A criança, ao brincar, pode expressar direta ou indiretamente a sua agressividade, nomeadamente através da destruição dos brinquedos ou atacando objetos com a tesoura. Para compreender porque é que naquele momento específico (na situação da transferência), aparecem os impulsos destrutivos bem como as

consequências destes na mente da criança é fundamental, permitir que a criança expresse a sua agressividade. É, também, muito importante analisar os sentimentos de culpa, muitas vezes, decorrentes dos atos agressivos das crianças (Klahr, 2005).

Klein implementou a regra da não tolerância de ataques físicos contra o terapeuta, o que constitui uma importância fulcral que se prende com a expressão da agressividade das crianças em terapia. Estes ataques foram contornados pela autora, ao possibilitar que a criança expresse as suas fantasias agressivas de outras formas, incluindo a permissão de ataques verbais à sua pessoa. Esta conduta, serve duas funções essenciais: (i) conter a agressividade de uma criança dentro dos limites; (ii) e proteger o psicanalista de investidas agressivas. Quando a criança não consegue conter a agressividade, dentro dos limites estabelecidos, surgem sentimentos de culpa e ansiedade persecutória excessivas, sendo estas nocivas ao tratamento (Klein, 1996)

Outro elemento importante do *setting* terapêutico com crianças, implementado por Klein, diz respeito aos aspetos a ter em conta na sala dos brinquedos que deve estar equipada de forma simples e conter apenas o necessário à psicanálise. Os brinquedos devem estar guardados de forma específica para que a criança sinta que os mesmos são seus e que são unicamente conhecidos por si e pelo seu analista, tal como acontece às associações nos adultos, O chão deve ser lavável e deve haver água corrente, pois esta é uma das brincadeiras preferidas da criança. Deverá, ainda, existir uma mesa, algumas cadeiras e almofadas, um pequeno sofá e uma cómoda (Greenberg & Mitchell, 2003).

A caixa que, inicialmente, transportou os brinquedos da sua paciente, a menina de 7 anos com dificuldades neuróticas, tornou-se “*no protótipo da gaveta individual, que é parte da relação particular e íntima entre o analista e o paciente, característica da situação de transferência psicanalítica*” (Klein, 1980, p. 31).

O procedimento de Klein tem como objetivo final compreender a mente do paciente bem como comunicar-lhe o que se passa lá dentro tecnicamente, pelo que o trabalho da autora não contempla o exercício de influência moral ou educativa, primando única e exclusivamente pela técnica psicanalítica. Este trabalho interpretativo deve ter em conta os polos amor e ódio bem como as suas flutuações: por um lado a felicidade e a satisfação; e por outro a ansiedade persecutória e a depressão. Apesar de não se dever demonstrar desaprovação, encorajar a criança a ser agressiva, ou sugerir-lhe que o brinquedo possa ser reparado deve permitir-se que a criança expresse as suas fantasias e emoções tal e qual se apresentam (Klahr, 2005).

A teoria de Melanie Klein divide-se em quatro fases. A primeira fase confere primazia aos aspetos libidinais e psicosexuais, aos quais se juntam os aspetos motivacionais, pelo que a criança vê sexualidade genital e Edípica em todos os recantos do seu mundo. Nesta fase, o desenvolvimento libidinal da criança está intimamente relacionado com a pulsão para conhecer. Deste modo, desenvolve as suas fantasias relativamente ao corpo da mãe e o mundo exterior funciona como se fosse o seu prolongamento. Assim, a criança torna-se um explorador intenso e impaciente do mundo exterior. A pulsão para conhecer surge antes da aquisição das competências linguísticas mínimas e quando frustrada resulta em intensa raiva e ansiedade. Desta ideia decorre que a explicação da inibição resulta de medos de castração e antecipação de punições pela procura de conhecimento e de satisfação sexual. A autora defende que toda a psicopatologia decorre de recalcamientos derivados de aspetos da sexualidade infantil (Figueiredo, 2006).

Enquanto Freud afirma que o complexo de Édipo é o culminar da sexualidade infantil e o superego emerge com a sua resolução no final da infância; Klein defende

que o despertar dos interesses e das fantasias edípicas é muito mais precoce, tendo lugar durante o primeiro ano de vida, por altura do desmame. Considera que a rutura com a mãe faz a menina virar-se para o pai sob a forma de fantasias genitais e faz o menino virar-se para a mãe, não a nível oral, mas a nível genital fazendo com que as figuras do superego emergam com as primeiras fantasias edípicas (Greenberg & Mitchell, 2003).

Regista-se uma alteração dos aspetos libidinais para os aspetos agressivos na segunda fase da teoria psicanalítica de Klein. Enquanto Freud via a agressividade como um aspeto da libido por um lado e por outro como aspeto das pulsões de autoconservação, Klein encara a agressividade como uma fonte de energia independente e por direito próprio, uma tendência de autodestruição biológica ou pulsão de morte. Nesta segunda fase, os aspetos libidinais passam para segundo plano e começam a surgir como uma reação aos aspetos agressivos. O interesse da criança pelo corpo da mãe deixa de ser motivado pelo conhecimento e passa a sê-lo pela posse, pelo controlo e pela destruição (Klein, 1975).

A criança deseja apoderar-se do conteúdo do corpo da mãe e tem vontade de a destruir através do sadismo, começando a sua vida emocional a girar em torno da ansiedade paranoide. Devido às fantasias agressivas que acompanham as suas pulsões libidinais e não devido ao desejo de prazer sensual, a criança sente culpa e ansiedade, o que se traduz no medo de retaliação. A destrutividade primitiva inerente substitui a procura de prazer e de conhecimento como eixo central do conflito psíquico. Deste modo, registam-se dois conceitos essenciais da teoria de Freud, que serão desenvolvidos por Klein: o conceito de fantasia inconsciente e o conceito de objetos internos. A autora fala de uma fantasia inconsciente elaborada em separado de qualquer compensação consciente específica do desejo frustrado (Klein, 1996).

Enquanto para Freud a fantasia surgia como um processo mental específico decorrente de uma frustração, Klein defende um reservatório de imagens e conhecimento inconsciente para servir a fantasia que deixa de ser um substituto e passa a ser um acessório de gratificação atual (McWilliams, 2004).

O segundo conceito da teoria de Freud, que Melanie Klein desenvolveu e ampliou é o conceito de objetos internos. Enquanto para Freud durante a resolução do complexo de Édipo limitado ao superego se entende por objetos internos, as vozes, imagens e valores internos dos pais; para Melanie Klein os objetos internos encontram-se relacionados com o seu conceito de fantasia inconsciente. A vida mental da criança encontra-se repleta de fantasias inconscientes, na sua maioria sádicas, em relação aos seus pais. A criança *“imagina e destrói, na sua fantasia inconsciente, a relação sexual frequente dos pais e concebe-a como uma troca de substâncias que nutrem e são preciosas e que não lhe estão acessíveis”* (Grenberg & Mitchell, 2003, p. 157).

A criança imagina-se com um interior semelhante que incorpora bons e maus objetos (*e.g.*, leite bom, fezes boas, pénis bom) e tem a preocupação de se apoderar dos bons objetos e com a ajuda dos mesmos neutralizar a ação dos maus objetos que se encontram dentro de si. Assim, começa a desenvolver reservas que a ajudem a ser capaz de resistir aos ataques que lhe são feitos pelos objetos externos. Segundo a autora, a relação de objetos interiorizada pelo sujeito é normalmente complexa e em conjunto com as fantasias inconscientes e as ansiedades dos sujeitos sobre o estado do mundo dos seus objetos internos irão lançar as bases do comportamento do próprio sujeito, do seu humor e sentido do Eu (Klahr, 2005).

Na terceira fase do seu trabalho, Klein volta a centrar a atenção nos temas libidinais, mas sem se focar nas pulsões. O foco passa a ser nas emoções,

nomeadamente no amor e no desejo de reparação. No segundo trimestre existe uma mudança profunda na vida psíquica da criança, que passa a conseguir integrar as anteriores perceções clivadas da mãe. A criança percebe que a mãe é detentora de boas e más características e que só existe uma mãe sendo esta o alvo da sua raiva. É esta mãe que a criança destrói durante os períodos de frustração e ansiedade (Cintra & Figueiredo, 2003).

A criança passa, então, de uma posição paranóide em que vê os objetos como clivados – os bons e os maus objetos – e procura afastar os perigos dos maus objetos mantendo as imagens separadas e isoladas do Eu. A partir dos bons objetos surge uma posição de ansiedade depressiva em que a criança experiencia medo em relação ao destino do objeto total que imagina ter destruído (Grenberg & Mitchell, 2003).

Devido à destruição fantasiada que se cria de forma inconsciente pela agressividade da criança do medo da destruição passa-se do Eu a partir do exterior (patente na ansiedade paranóide) para o receio do destino dos outros. A criança sente-se vazia por dentro, só e com o seu mundo despovoado, fruto da raiva que sente, decorrente da frustração oral por que a fizeram passar. A criança vai então tentar acalmar essa ansiedade depressiva e a culpa que sente através da reparação da mãe. As fantasias inconscientes e os comportamentos reparadores são uma demonstração de amor e pesar genuínos que se desenvolveram a par com uma profunda gratidão pela bondade que a criança recebeu da mãe (Klein, 1996).

Na terceira fase assistimos à passagem do modelo da estrutura *versus* pulsão para o modelo relacional *versus* estrutura. A ansiedade acerca do destino do objeto e os esforços para o restaurar através do amor tornam-se a força condutora da personalidade. O objeto transforma-se noutra objeto e deixa de ser única e exclusivamente um veículo

de gratificação pulsional com o qual a criança tem relações pessoais intensas. Os esforços para salvar o objeto de amor, para o reparar e restaurar são associados a desespero, uma vez que o Ego duvida da sua capacidade para realizar tal restauro. Estes fatores são determinantes para todas as sublimações e a totalidade do desenvolvimento do Ego (Figueiredo, 2006).

A quarta e última fase incide sobre a depressão e a reparação e focaliza-se nos processos paranóides. A clivagem aparece com um novo contorno, constituindo-se como uma característica do Ego, isto é, a clivagem dos objetos precipita e corresponde a clivagens no interior do Ego. Inicialmente, Klein referia clivagens e dispersões de objetos bons e maus, internos e externos e depois acrescenta o termo esquizóide à sua descrição dos processos paranoides, o que resulta na posição esquizoparanóide que descreve a organização da experiência efetuada pela ansiedade persecutória (Daniel, 1994).

A identificação projetiva foi usada para descrever extensões da clivagem em que partes do Ego são separadas do resto do Eu e projetadas para dentro de objetos. Na identificação projetiva encontram-se presentes segmentos do Eu, passando este a ser um conceito muito mais interativo do que os conceitos de projeção e identificação desenvolvidos por Freud. Começa a existir uma relação muito maior com o objeto que agora representa o aspeto do Eu que foi projetado, enquanto na projeção, concebida por Freud e utilizada por Klein, os impulsos descontínuos são atribuídos a objetos (Klein, 1975).

O conceito de inveja é de suma importância na última fase da obra de Klein, pois representa uma forma maligna e desastrosa de ódio da agressividade inata. Enquanto todos os outros tipos de ódio são dirigidos contra os maus objetos, a inveja é um tipo de

ódio dirigido aos bons objetos, em que o bebé quer destruir o seio não porque este seja mau, mas porque é bom. A destruição é assim a consequência da inveja (Klahr, 2005).

A criança sente-se insuficiente ao experienciar a bondade e os cuidados da mãe. No ódio invejoso a criança destrói os bons objetos, não há clivagem e verifica-se um aumento da ansiedade e dos terrores persecutórios; no ódio não invejoso destroem-se os maus objetos e os bons são protegidos pela clivagem, pelo que a criança sente-se segura e protegida (Klein, 1994).

A inveja destrói qualquer possibilidade de esperança, pois tem a sua origem na agressividade constitucional. Segundo Klein (1980) a inveja pode derivar de outros fatores, nomeadamente: da frustração da carência intensa e invejosa da criança que excede em muito qualquer possibilidade de completa satisfação; e da presença frequente de ansiedade intensa bem como de inconsistências das figuras maternas.

A autora afirma que a inveja se encontra, frequentemente, patente nos pacientes que desenvolvem o que Freud denominou de relação terapêutica negativa, em que a resistência na análise pode ter como objetivo a destruição do poder do analista, bem como da sua capacidade para ajudar. Esta resistência, geralmente, manifesta-se na transformação das interpretações do terapeuta em inutilidades e coisas prejudiciais. O paciente destrói, através da inveja, toda a possibilidade de esperança devido à dolorosa e intolerável perceção dessa possibilidade e só através da interpretação do funcionamento dessa inveja é que o paciente se poderá libertar do boicote à terapia e à sua vida relacional em geral (Klein, 1996).

Segundo Câmara (2005) ao longo das suas vidas, os seres humanos vão sempre alternando entre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva porque estas são, segundo a psicanálise kleiniana, as únicas formas de se viver a angustiante e terrível

vida humana. Uma vez que é necessário encarar a ansiedade depressiva e a culpa, torna-se extremamente difícil manter o objeto unido nos bons e maus aspetos, uma vez que é imprescindível reconhecer os limites do próprio amor e a realidade da ambivalência.

Na sua perspetiva final quanto à condição humana, o homem luta pela integração de si mesmo e da experiência que tem dos outros, independentemente do sofrimento que isso lhe possa causar, contra a atração natural para a fragmentação criada pela sua própria destrutividade e inveja (Klahr, 2005).

Teoria do espaço transacional

Donald Winnicott estudou medicina e devido ao seu fascínio pela infância, torna-se pediatra. Fica deslumbrado pela psicanálise, depois de ler um livro de Freud e acaba por mergulhar na sua análise pessoal, primeiro com Strachey, em 1923 e depois com Joan Riviere. Esteve em supervisão com Klein, entre 1936 e 1940, período em que trabalhou com diversas crianças que “*pareciam nunca ter alcançado uma fase edípica diferenciada e estável*” (Greenberg & Mitchell, 2003, p. 230).

Começa por estudar a relação mãe-filho analisando igualmente a consequência das mesmas no desenvolvimento do bebé desde os primeiros tempos de vida. A dupla vertente, pediátrica e psicoterapêutica conferiu-lhe uma forma diversificada, plena de originalidade, no contacto com os doentes, adultos ou não. Procurou fazer com que o próprio meio familiar desempenhasse o seu próprio papel terapêutico, sempre preocupado em tornar cada uma das intervenções plenas de significado, tentando focar-se nas necessidades da criança (Funck-Brentano, 2005).

É unânime, entre os autores (*e.g.*, Hansen & Drovdaahl, 2006; Hollway, 2012; Newman, 2003) referir Winnicott como um autor cuja obra é dotada de grande riqueza e originalidade no que concerne à compreensão do desenvolvimento da criança em

interação com o meio que o rodeia. O autor contribuiu de forma extremamente inovadora e influente para o progresso da teoria e prática da psicanálise e descreve o desenvolvimento do Eu a partir de uma matriz relacional complexa, subtil e muitas vezes poética. A sua fama em todos os países com influência psicanalítica explica-se pela riqueza e originalidade da sua compreensão do desenvolvimento da criança, em interação com o seu meio envolvente (Neto, 2008).

Penn (2009) considera Winnicott um precursor e um exemplo de uma nova abordagem da psiquiatria infantil e por isso um dificilmente imitável; um génio que se situa no cruzamento das teorias contemporâneas e que, para além disso, conseguiu a unanimidade entre os seus pares.

Tal como Klein, Balint, Bion, Fairbain e Meltzer, Winnicott contribuiu com trabalhos relevantes dentro do denominado Modelo das Relações de Objeto. Este modelo defende que mais importante que qualquer realidade é o fantasma e a construção que os seres humanos vão fazendo, desde sempre, com os seus objetos internos, externos, parciais. Tem como fio condutor deixar de pensar a evolução do sujeito de acordo com reorganizações sucessivas da relação pulsional e sexual procurando mostrar como se organiza estruturalmente a atividade fantasmática precoce, conforme o tipo de relações objetais totais (Leal, 2005).

Os autores que se preocupam com as relações de objeto não têm interesse no relacionamento entre o sujeito e o objeto uma vez que isso significaria a preocupação com as relações interpessoais. O seu interesse incide sobre a forma específica pela qual o sujeito apreende os seus relacionamentos com os seus objetos (Câmara, 2005).

Winnicott tinha o cuidado de adaptar a mensagem que transmitia consoante o público-alvo com que lidava, fazendo apresentações e conferências que tratavam do

mesmo tema de forma diferente consoante se dirigiam a especialistas ou à comunicação social. O seu discurso moldava-se sempre ao público que tinha à frente, tornando assim as suas ideias e teorias de fácil acesso (Funck-Brentano, 2005).

É através deste exemplo, da sua forma de ser, que podemos confirmar que Winnicott coloca a tónica no jogo da relação. O autor entende o jogo como uma experiência de vida ou uma expressão livre de si. A esse respeito, refere que “*é jogando e possivelmente apenas quando se joga que a criança ou o adulto é livre de se mostrar criativo*” (Winnicott, 1975).

A delicada e complexa dialética entre contacto e diferenciação, a luta permanente, contínua e arriscada do Eu pela obtenção de uma individualidade que possa simultaneamente permitir o contacto íntimo com os outros constitui a temática central da obra de Winnicott. O Eu saudável tem a capacidade de sentir que pela separação nada se perde, contrariamente, algo é ganho e preservado. A separação constitui, desta forma, uma união para Winnicott e é desta premissa que parte para a investigação. Neste contexto várias questões surgiram, entre as quais: o modo como uma criança pequena se diferencia e ao mesmo tempo mantém os recursos maternos; a forma como consegue comunicar sem se ser esvaziado e visto como inapropriado; como é possível ser tocado sem que seja explorado e como se pode preservar a individualidade sem se ficar isolado. O autor afirma que tanto a falta de contacto com os outros como a total acessibilidade a outros acarretam perigos para a sobrevivência do Eu (Greenberg & Mitchell, 2003).

Uma palavra-chave que se encontra diretamente relacionada com as características da saúde mental é palavra dependência e apesar da criança apresentar desde cedo tendências inatas para a integração e o crescimento, estas, não são iguais para todos e variam de indivíduo para indivíduo. Assim sendo, para Winnicott são os

cuidados maternos que vão prevenir as distorções precoces do bebê, adquirindo o ambiente circundante um papel determinante no desenvolvimento psíquico posterior da criança (Winnicott, 1965).

Inicialmente é o Ego da mãe que suporta o Ego em formação do bebê, ou seja, que lhe fornece um ambiente favorável. No entanto, só os cuidados maternos suficientemente bons conseguem fornecer o ambiente favorável ao bebê e esses cuidados são considerados uma necessidade absoluta para este (Winnicott, 1995).

A preocupação materna primária é promotora do ambiente favorável ao bebê. Começa precocemente durante o período de gestação e evoluindo lentamente e segundo Winnicott pressupõe uma identificação da mãe com as necessidades do seu bebê. Esta preocupação funciona como uma identificação projetiva que se caracteriza pela convicção do paciente sobre como o terapeuta realmente se sente, junto com os esforços implacáveis do paciente para induzir justamente esses sentimentos (McWilliams, 2005).

Winnicott transpõe a explicação de Nancy McWilliams para a díade mãe-bebê desta forma: na preocupação materna primária, a mãe deseja e tem capacidade para renunciar e desligar-se de alguns dos seus interesses e necessidades pessoais em detrimento das necessidades que acredita e sente como sendo do recém-nascido, através da sua sensibilidade e capacidade empática. Só assim o bebê poderá sentir prazer em viver, prazer com as sensações e prazer de autoerotismo (Barnieri, Jacquemin, & Alves, 2005).

Existe no bebê, uma tendência inata para o prazer, tendência essa que depende de bebê para bebê e sem a mãe suficientemente boa, a tendência para o prazer não pode prevalecer sobre as outras tendências. Esta noção encerra a noção de Narcisismo Primário de Freud (Funck-Brentano, 2005).

A este respeito, Magalhães (2004) refere o narcisismo primário de Freud como um primeiro estado de vida, anterior até à constituição de um ego, isto é, um estado indiferenciado, sem clivagem entre o sujeito e o mundo externo. Explica, ainda, que in-utero a criança não tem existência própria, existindo somente dentro de quem a concebe ou imagina, isto porque se refere ao útero em termos simbólicos podendo existir em qualquer ser humano, mesmo num homem que psiquicamente conceba um filho.

O conceito de espelho é um outro conceito importante em Winnicott, pois tem uma função de suporte do ego da mãe junto do ego da criança, denominada pelo autor de relação ao ego ou relação que o ego mantém consigo mesmo. Este é um estágio de identificação primária em que o bebé se vê como reflexo no rosto materno quando está ao peito. O ato deixará de ter um carácter ou dimensão simbólica para começar a adquirir a sensação de realidade através da continuidade, ou seja, das vezes que vai ao peito. Quando o reflexo da mãe é imperfeito, não espelha as necessidades do bebé e condiciona a capacidade da criança no que diz respeito à auto-experienciação e à integração o que interfere com o processo de personalização. Se por parte da mãe existir uma falha na perceção dos sinais e necessidades da criança isso destrói a ilusão e alucinação da criança e abala a confiança da mesma relativamente à sua criatividade fazendo emergir um obstáculo entre a evolução da psique e as suas bases protetoras somáticas (Barbieri et al., 2005).

Winnicott (2010) definiu a existência de três perspetivas nas quais o ambiente tem necessariamente que intervir para que possa ocorrer a maturação do Ego da criança, são elas: *o holding* ou forma como a criança é pegada; *o handling* ou forma como a criança é tratada, cuidada, manipulada e, por ultimo, *o object-presenting* ou modo de apresentação dos objetos.

O *holding* determina o que se lhe segue, defendendo que este desempenha um papel de proteção contra as experiências angustiantes que as crianças, frequentemente, sentem desde que nascem; abarca, ainda, as rotinas quotidianas de cuidados a ter com as crianças com vista a uma progressiva evolução e adaptação. Esses cuidados deverão ser gradualmente dispensados à medida que a criança cresce. Desde que o *holding* seja suficiente e regular preserva o sentimento continuado de existir da criança e o processo de maturação será assegurado (Winnicott, 1994).

Dentro do processo de maturação, Winnicott (2007) definiu três esquemas: o primeiro denomina-se processo de integração e conduz a criança à unidade, traduzindo-se na constituição do ego e do *self* em consequência do *holding*; o segundo chama-se esquema da personalização ou inter-relação psicossomática, no qual se dá a instalação da psique no soma e o desenvolvimento do funcionamento mental como consequência do *handling*; o terceiro diz respeito à edificação das primeiras relações de objeto, que permitem a capacidade da utilização do objeto e determina a forma como o ambiente apresenta a realidade exterior à criança. Os três processos encontram-se inter-relacionados e conduzem à construção do ego permitindo à criança atingir a capacidade de estar só.

Relativamente à capacidade de estar só, Greenberg e Mitchell (2003) referem que para além da mãe desempenhar um papel fundamental na sua capacidade de moldar o mundo de acordo com as capacidades do bebé, torna-se fundamental e indispensável que a mãe respeite a criança nos períodos de letargia, contribuindo assim para uma experiência de ausência, de forma em que a solidão será tida como confortável para a criança. Winnicott defende que apenas quando está só, a criança tem a possibilidade de descobrir a sua própria vida. A capacidade de estar só é considerada um sinal de

maturação, bem como de maturidade afetiva e vai desde a fase de identificação primária, com a capacidade de estar só na presença de alguém, ao estar efetivamente só sem o recurso à mãe e ao símbolo materno, a partir dos seis meses (Winnicott, 2000).

A relação da díade mãe-bebé evolui em três fases distintas: a primeira é denominada de fase da dependência absoluta dos cuidados maternos ou fase fusional e dura até aos 5 primeiros meses; a segunda fase ou fase da dependência relativa tem lugar entre o sexto e o vigésimo terceiro mês, altura em que a criança se começa a diferenciar da mãe e já é capaz de estabelecer uma relação de objeto, sendo ela própria a fazer sinal para chamar a mãe sem esperar uma compreensão total e absoluta da sua parte. O tempo que decorre entre o sinal da criança para chamar a mãe e a chegada desta, deve ser de curto, pois só assim as carências de adaptação serão positivas. É esta experiência que vai permitir à criança ter a consciência da dependência ou necessidade da mãe. Quando este abandono não é promovido da forma acima referida, a criança incorrerá no risco de seguir dois caminhos nefastos: (i) não conseguir ter controlo sob o que se passa à sua volta, ficando num estado de regressão permanente e de fusão com a mãe; (ii) ou passar a rejeitar a mãe. A diferenciação relativa ao mundo exterior não vai ser possível de processar para a criança em ambos os casos, quer em termos de elaboração do pensamento quer em termos de desenvolvimento mental, uma vez que estes ficam comprometidos (Newman, 2003).

A terceira fase do desenvolvimento da relação diádica tem início ao segundo ano de vida da criança, em que se inicia a evolução gradual para a independência, o enfrentar o mundo, a identificação com a sociedade e o consequente desenvolvimento da socialização e aquisição do sentido social (Neto, 2008).

A emergência da pessoa tendo em conta o papel preponderante do meio que rodeia a criança, envolve também um processo de formação de objetos transitivos com um papel decisivo na natureza da relação com esses mesmos objetos e não com os próprios objetos em si. Este percurso na emergência da pessoa ou ao longo do percurso de desenvolvimento da criança, encontra-se situado entre a onipotência alucinatória e o reconhecimento da realidade objetiva, segundo a qual a criança se torna consciente da sua existência independente, aceitando os limites dos seus poderes (Winnicott, 1983).

Winnicott tal como Melanie Klein refere que a pessoa oscila permanentemente entre a posição esquizo-paranóide e a posição depressiva (Greenberg & Mitchell, 2003).

Teoria da organização do pensamento

Bion dedicou-se ao estudo da personalidade psicótica e debruça-se sobre a relação entre o pensamento e a linguagem na psicose, formulando uma teoria que até hoje tem grande valor para a maioria dos psicanalistas que utilizam o referencial kleiniano (Zimmerman, 2004).

Apesar de original, a sua teoria psicanalítica inspira-se no conceito de identificação projetiva de Klein e nos princípios de prazer/realidade de Freud aos quais o autor introduz o conceito de vínculo que descreve uma experiência emocional onde duas pessoas estão relacionadas uma com a outra segundo o autor. Bion considera que existem emoções básicas (L/H/K) que relacionam o contentor e o conteúdo com características de amor (*Love*), ódio (*Hate*) e conhecimento (*Knowledge*). No seu entender estas emoções são intrínsecas ao vínculo entre dois objetos, já que uma experiência emocional não pode ser concebida isoladamente de uma relação. Representando o indivíduo que procura uma atitude introspetiva, isto é, conhecer a

verdade acerca de si próprio, o vínculo K é de importância suprema para o desenvolvimento da mente e da personalidade (Bion, 1973).

O desenvolvimento cognitivo terá mais sucesso se o modelo da mãe real utilizar o seu próprio conhecimento e pensamento para conter as angústias do filho, agregado à capacidade da criança em relação à formação de símbolos que depende do ingresso na posição depressiva, juntamente com seu desejo de conhecer os conteúdos mentais. Assim, não é suficiente a mãe amar o seu bebê, ela precisa de querer compreendê-lo (Buschinelli, 2007).

É importante salientar que a função K não se refere apenas à posse de um conhecimento ou saber, mas também ao processo de enfrentar o “não saber”. O saber será o resultado da tarefa da descoberta e da aprendizagem com as experiências da vida: as boas e as más. A função do conhecimento está intimamente ligada à da formação de símbolos, sendo esses que permitem uma evolução da criança à condição de poder conceituar, generalizar e abstrair, expandindo o seu pensar e o seu conhecer (Bion, 1991).

Para Bion (1962), uma teoria é um produto de um processo de pensar e, simultaneamente, uma preconcepção que espera realizações que se aproximem dela. A preconcepção é análoga ao pensamento vazio kantiano. A concepção é a junção de uma preconcepção com uma realização e o pensamento surge da união de uma preconcepção com uma frustração. Os conceitos têm nome, são concepções ou pensamentos firmados.

O autor enfatizou a ideia das relações entre um espaço contendor e um conteúdo perante a descrição da forma como a criança integra o seu próprio mundo. Como contendor para as angústias e emoções da criança temos a mãe, ajudando-a a estruturar o seu próprio processo de identificação (Daniel, 1994).

Bion (1966) acrescentou uma perspectiva – que mesmo simples foi considerada profundamente inovadora – à concepção sobre as relações de objetos totais e/ou parciais elaboradas por Klein. Utilizando o termo ligação, ele proporciona uma redefinição de questões relacionais, onde a problemática a abordar passa a ser também a da descoberta da representação da ligação em si, e principalmente a relação do sujeito com a função dessa ligação, e não apenas com o objeto que proporciona essa função relacional.

Nos seus estudos, Bion (1994) refere um ponto muito importante e que apelida de parte psicótica e não psicótica da personalidade. Essa parte psicótica não equivale a um diagnóstico psiquiátrico, mas sim a um modo de funcionamento mental, coexistente a outros tantos. A parte psicótica da personalidade designa comportamentos mais regressivos, com núcleos primitivos estagnados na personalidade de qualquer indivíduo. Da mesma forma que todos os pacientes psicóticos têm uma parte neurótica na sua personalidade, também os neuróticos têm uma parte psicótica subjacente e oculta. E pode-se afirmar, com absoluta convicção, que uma análise que não tenha tratado dessa parte psicótica é inconclusiva e corre o risco de ter produzido resultados analíticos superficiais. Entre a parte psicótica de um paciente neurótico até a franca esquizofrenia clínica, existe o fator quantitativo que pesa consideravelmente, determinando o grau de sanidade de uma pessoa. A clínica comprova que quanto mais o paciente entra em contato com esses núcleos psicóticos, mais aliviado fica e mais o seu *self* se vai estruturando e integrando. Um dos objetivos do tratamento psicanalítico é propiciar que essas partes da personalidade dialoguem entre si (Zimmerman, 2004).

A parte psicótica da personalidade é composta por dez características básicas: (1) fortes pulsões destrutivas, com predomínio da inveja e da voracidade; (2) baixa tolerância às frustrações, em vez de proceder à sua modificação; (3) as relações

interpessoais mais íntimas são caracterizadas pelo vínculo sadomasoquista; (4) uso excessivo de dissociações e identificações projetivas patológicas; (5) uso excessivo de projeções, sentimentos e pensamentos persecutórios; (6) grande ódio à realidade interna e externa, com preferência pelo mundo das ilusões; (7) ataque aos vínculos de percepção e aos de juízo crítico que resultam num prejuízo do pensamento verbal, da formação de símbolos e do uso da linguagem; (8) a onipotência, a onisciência e a imitação substituem o processo de aprender com a experiência, o orgulho dá lugar à arrogância, o desconhecimento leva à estupidez e a curiosidade se transforma em intrusividade; (9) a pouca capacidade de discriminação leva a uma confusão entre o verdadeiro e o falso, tanto do próprio *self* como do que está fora; (10) fuga à verdade, prevalecendo a negação através de distorções, camuflagens, omissões ou mentiras deliberadas (Bion, 1975).

Em relação ao vínculo primário mãe/bebé, Bion enfatiza a importância da função “*rêverie*” materna. É a função de continente da mãe (ou analista) que colhe e contém as necessidades e angústias que os filhos colocam dentro dela. O analista deve ter essa capacidade bem desenvolvida para, além de conter o conteúdo projetado, saber decodificar o seu significado, dar sentido e devolver ao paciente nomeado e desintoxicado (Oliveira, 2000).

Bion (1991) denomina de “terror sem nome” a angústia que sente o bebé que fica sem ser nomeada e não é decodificada pela mãe. Essas cargas emocionais levam a uma evitação da dor depressiva e é um fator de inibição do crescimento mental. O paciente, muitas vezes, não consegue verbalizar o que está a sentir, ou seja, não consegue traduzir em palavras. Isso não é resistência, mas sim uma angústia muito antiga que nunca adquiriu uma representação-palavra.

A personalidade psicótica utiliza excessivamente os mecanismos projetivos e dissociativos dos seus objetos internos de tal maneira que o psicótico sente-se rodeado de fragmentos expulsos que o ameaçam e o cercam por todos os lados. Devido à sua imprevisibilidade, Bion apelidou esses objetos de bizarros, pois escapam ao controle do sujeito e ficando alojados em objetos materiais do mundo exterior, de forma a emprestar-lhes características da natureza humana (Buschinelli, 2007).

Bion (1975) defende que a memória é sempre enganadora, pois é distorcida pela influência de forças inconscientes e os desejos interferem na operação do julgar, pela ausência de mente no momento em que a observação é essencial. Os desejos distorcem o julgamento por selecionarem e anularem o material a ser julgado.

Relativamente ao *setting* analítico, o autor refere que o mesmo não diz respeito apenas aos horários, espaço físico e honorários, mas a um “campo analítico”, onde o analista e o paciente vão interagir profundamente, influenciando e sendo influenciados um pelo outro. É um espaço emocional onde o paciente vai experimentar e re-experimentar fortes experiências emocionais, que foram mal resolvidas no passado, e para as quais pode agora encontrar novas soluções (Bion, 1962).

Bion atribui grande importância à dor psíquica, no sentido de que mais que senti-la é necessário sofrer-la, para que se possa crescer com a experiência. No livro *Atenção e Interpretação* (1973), encontramos a ideia de que o tratamento psicanalítico não “tira” a dor do paciente, mas aumenta sua capacidade para suportá-la. Toda a mudança do indivíduo, num processo de análise, é acompanhada de sofrimento. O paciente pode fugir da dor ou enfrentá-la, sendo esse último o caminho da transformação, a procura do socialismo em vez do narcisismo. O seu critério de “cura”, diferente do modelo médico, é o de crescimento mental, com progressivas mudanças

significativas. Um paciente está em condições de terminar a sua análise quando adquire uma função psicanalítica, ou seja, mesmo quando está fisicamente longe do seu terapeuta consegue dialogar com as suas diversas “partes” (Zimmerman, 2004).

Níveis de organização da personalidade e mecanismos de defesa

A compreensão da estrutura do carácter de qualquer ser humano deve ter em consideração duas dimensões distintas que se influenciam reciprocamente: o nível desenvolvimentista de organização da personalidade e estilo defensivo utilizado no âmbito desse nível (Douglas, 2009).

A primeira dimensão diz respeito à extensão da individuação ou nível de patologia – psicótico, borderline, neurótico – e a segunda identifica o tipo de carácter que a pessoa apresenta – psicopático, narcísico, esquizóide, paranóide, depressivo, masoquista, obsessivo-compulsivo, histérico-histriónico, dissociativo (McWilliams, 2005). Neste particular, Kernberg (1996) introduziu o termo organização da personalidade para rotular a extensão da perturbação, que vai desde o razoavelmente saudável ao gravemente doente, ou seja, a dimensão da personalidade é identificada segundo a gravidade da doença mental. Segundo o autor, as personalidades bem organizadas atuam razoavelmente bem e apresentam um funcionamento psíquico saudável, enquanto personalidades severamente desorganizadas funcionam mal e apresentam patologias graves. Assim, avalia o nível de organização da personalidade de acordo com três fatores: (i) o teste de realidade que faz a distinção entre o que é real e o que não é; (ii) o sentido integrado de si e dos outros, isto é, a capacidade de fazer a distinção entre si e os outros; (iii) e o nível de maturidade dos mecanismos de defesa primários e secundários.

De acordo com a teoria psicodinâmica, os mecanismos de defesa descrevem as estratégias que as pessoas utilizam para gerir os conflitos internos que decorrem dos impulsos, anseios e sentimentos, ou seja, o modo como se adaptam às situações de stress mental e emocional (Blaya, Dorneles, Blaya, Kipper, Heldt & Isolan, 2006).

Os mecanismos de defesa secundários ou de nível superior (*e.g.*, recalçamento, regressão, sublimação, isolamento, intelectualização) tendem a ser mais sofisticados, adaptáveis e flexíveis e visam a criação de condições favoráveis para viver em sociedade. Por outro lado, os mecanismos de defesa primários ou primitivos (*e.g.*, negação, dissociação, clivagem do ego, projeção, introjeção) tendem a ser mais simples e rígidos, pelo que podem interferir largamente com a capacidade de funcionamento das pessoas e conseqüentemente a sua integração na sociedade (McWilliams, 2005).

De acordo com McWilliams (2006) as inquietudes psicológicas do presente refletem as interações dos primeiros anos de vida e modelam a forma como, mais tarde, a experiência é assimilada e, inconscientemente, se torna compreensível, pelo que a identificação do nível de desenvolvimento de uma pessoa é parte decisiva da compreensão da mesma.

A teoria psicanalítica do desenvolvimento psicológico infantil reflete o carácter e as diferenças individuais, pelo que alguns teóricos (*e.g.*, Stern, 1985; Tyson & Tyson, 1990) ao debaterem as fases psicosexuais de Freud, enfatizaram a pulsão e a defesa, no desenvolvimento do ego e nas imagens do self. Por sua vez, McWilliams (2004) afirma que não existem evidências empíricas de que as pessoas com características orais tivessem graus de psicopatologia mais graves do que as pessoas com características anais ou edipianas. E isso acontece apesar de Freud ter designado as três primeiras fases de desenvolvimento através de conceitos pulsionais, que atrativamente se correlacionam

de algum modo com o tipo de personalidade (*e.g.*, pessoas depressivas com qualquer nível de saúde ou patologia tendem a manifestar oralidade; pessoas compulsivas são notoriamente anais nas suas preocupações, quer a sua compulsividade lhes traga ou não problemas graves) (Golse, 2005). No entanto, estudos desenvolvidos por Silverman, Lachmann e Milich (1982; cit. por McWilliams, 2005) defendem, por um lado, a existência de uma correlação entre o nível de desenvolvimento do ego e a diferenciação do self-outro; e por outro a saúde ou patologia da organização da personalidade. Todavia, esta correlação torna-se redundante, pois avaliar durante a entrevista níveis primitivos de desenvolvimento do ego e de relações objetais é como afirmar que o sujeito está doente, enquanto considerar alguém como obsessivo ou esquizóide não é necessariamente o mesmo que atribuir uma patologia. Esta conceptualização da robustez psicológica versus a perturbação psicológica tem profundas implicações clínicas nos diferentes tipos de carácter.

Ao longo do tempo, muitos estudos foram desenvolvidos, no sentido de organizar as várias dimensões/estruturas de personalidade, nomeadamente os trabalhos de Kraepelin. Através da observação de pessoas que sofriam de perturbações mentais e emocionais com características comuns, o autor, desenvolveu teorias sobre a respetiva etiologia, de modo a considerar as suas origens como exógenas e tratáveis ou endógenas e incuráveis (McWilliams, 2005).

Freud, por sua vez, diferenciava apenas níveis de patologia neurótica e psicótica, em que a primeira se caracterizava por uma apreciação geral da realidade e a segunda por uma perda de contacto com a mesma (Jones, 1989). Quando o autor desenvolveu o modelo estrutural da mente considerou que as pessoas neuróticas sofriam porque as defesas do ego eram excessivamente automáticas e inflexíveis, e por isso isolavam as

energias do *id* que podiam ser utilizadas criativamente. As pessoas psicóticas, por sua vez, sofriam porque as suas defesas do ego eram excessivamente frágeis, o que as deixava desamparadas e dominadas por material primitivo proveniente do *id*. Neste sentido, a terapia de uma pessoa neurótica deveria envolver o enfraquecimento das defesas e o acesso ao *id*, de forma a libertar as energias para atividades mais construtivas. A terapia com uma pessoa psicótica deveria ter como objetivo o fortalecimento das defesas, no sentido de recobrir as preocupações primitivas e influenciar as situações indutoras de stress, de forma a que fossem menos perturbadoras, encorajando o teste da realidade e fazendo recuar para o inconsciente o *id* em ebulição (Freud, 1996).

Posteriormente, na comunidade psicanalítica, além da distinção entre neurose e psicose, começaram gradualmente a aparecer diferenciações na extensão da inadaptação dentro da categoria neurótica. A primeira e mais relevante clinicamente foi a distinção entre neuroses de sintoma e neuroses de carácter. A pertinência desta distinção reside nas suas implicações no que se refere ao tratamento e prognóstico. Sendo uma neurose de sintoma, assumia-se que algo na vida presente teria ativado um conflito infantil inconsciente e que estavam a ser usados mecanismos desajustados para lidar com a situação. Se o paciente apresentasse um problema de personalidade ou de carácter, era necessário para a eventual recuperação e resistência a dificuldades futuras a reconstrução da personalidade, pelo que o terapeuta tinha um papel educativo e muito mais decisivo para o resultado da relação terapêutica (McWilliams, 2005).

Na última parte do século XIX e meados do século XX surgem novas ideias sobre a organização da personalidade, que sugerem a existência de um meio-termo entre a neurose e a psicose. Com o objetivo de captar as características dessas pessoas, os

terapeutas começam a propor novas designações de diagnóstico, surgindo, assim, o conceito de organização *borderline* de personalidade. Esta nova conceção foi largamente aceite pela comunidade psicanalítica, tendo-se alcançado um consenso surpreendentemente consistente em relação às manifestações clínicas dos problemas deste espectro (Vidal & Lowenkron, 2010).

Atualmente, os terapeutas de orientação dinâmica tendem a efetuar uma avaliação global, sobre se a estrutura de carácter da pessoa é essencialmente neurótica, *borderline* ou psicótica. As pessoas com tendências psicóticas podem ser compreendidas como fixadas psicologicamente nas problemáticas da fase simbiótica inicial; as pessoas com uma organização *borderline* são entendidas em termos da sua preocupação com temas de separação-individação; e as pessoas que têm uma estrutura neurótica podem ser percebidas em termos edipianos (Freud, 1996). Deste modo, consoante as estruturas de organização da personalidade, assim serão as defesas selecionadas, o nível de integração da identidade, a adequação ao teste da realidade, a capacidade de adequar a sua própria patologia, a natureza do seu conflito primário e o potencial de transferência e contratransferência (Appelbaum, 2012).

Atualmente, a estrutura neurótica é atribuída a pessoas emocionalmente saudáveis, que apesar de terem algum sofrimento emocional têm elevada capacidade de funcionamento, e utilizam o recalcamento como defesa básica, em vez de soluções mais indiscriminadas para o conflito, tais como a negação, a clivagem e a identificação projetiva. O seu comportamento demonstra alguma consistência, a sua experiência interior é de continuidade do *self* e têm um contacto firme com a realidade. São pessoas cientes dos seus pontos fortes e fracos e sabem quais são os seus valores, pois têm um sentido bastante consistente do propósito, direção e objetivos de vida (Douglas, 2009).

Na outra extremidade encontra-se a estrutura psicótica que caracteriza as pessoas que se encontram desesperadas e desorganizadas internamente e que apresentam alucinações, delírios, ideias de referência e pensamentos ilógicos. As defesas utilizadas por estas pessoas incluem: a negação, a retirada, o controlo onnipotente, a idealização e as formas primitivas de projeção e de introjeção, a clivagem e a dissociação. Estas defesas são pré-verbais e pré-rationais e protegem a pessoa contra um medo opressivo, que mesmo perante as distorções assustadoras que as próprias defesas criam, é considerado um mal menor. Estes pacientes têm graves problemas de identidade e o seu teste da realidade encontra-se, seriamente, comprometido. Os modelos da psicologia do ego realçam a ausência de diferenciação interna entre id, ego e superego, pelo que a natureza do conflito primário é literalmente existencial: vida versus morte, existência versus obliteração, segurança versus terror (Golse, 2005).

As pessoas com uma organização *borderline* de personalidade recorrem, frequentemente, a defesas primitivas, tais como: a negação, a identificação projetiva e a clivagem, pelo que pode ser difícil distingui-los dos pacientes psicóticos em regressão. Estes pacientes assemelham-se e diferenciam-se das pessoas psicóticas na dimensão da integração da identidade, pois a sua experiência do *self* está repleta de inconsistência e descontinuidade. No entanto, no que diz respeito ao teste da realidade, os dois grupos diferem radicalmente. Nos pacientes *borderline* as transferências são fortes, não ambivalentes e resistentes às formas comuns de interpretação e as relações transferenciais tendem a ser fortes e perturbadoras (Vidal & Lowenkron, 2010).

Perante o exposto, verificamos que existe um conjunto de patologias que vai desde as áreas psicóticas até às neuróticas-saudáveis. No entanto, as pessoas não estão uniformemente distribuídas ao longo de todos os pontos de cada *continuum*, podendo

enquadrar-se em diferentes dimensões tipológicas (*e.g.*, psicopático, narcísico, esquizoide, depressivo, histérico). Assim, as categorias que habitualmente recorrem a defesas primárias estarão mais direcionadas para o polo psicótico; as pessoas paranóides que por norma dependem das defesas projetivas, situar-se-ão mais no nível psicótico do que no nível neurótico; as categorias tipológicas que se apoiam em defesas de nível superior tenderão mais para o polo neurótico (McWilliams, 2005).

Segundo Freud (1914/1980), os pacientes narcisistas são prisioneiros de um passado insatisfatório e de um presente sempre incompleto. McWilliams (2005) refere que revelam prazer nos comportamentos exibicionistas e sobrevalorizam as suas capacidades, vivendo, constantemente, num clima avaliativo de enaltecimento e de aprovação, que lhes alimenta a autoestima e se exterioriza numa elevada alteridade.

Um paciente narcisista despende uma elevada energia na avaliação e a desvalorização domina as relações de objeto, na tentativa de sentir-se superior (PDM Task Force, 2006). Estes pacientes atacam os outros no sentido de se promoverem. Inveja e ódio estão presentes, que consubstanciando a tentativa ativa de destruir o outro, no sentido de apenas o si próprio existir (Feldman, 2007).

Segundo Kernberg (1970), estes pacientes consideram-se superiores, pelo que quando as suas expectativas são frustradas sentem-se enganados e não amados. O paciente narcisista acredita que é perfeito. Esta constante procura da perfeição expressa-se através da crítica permanente àqueles que os enfrentam, o que resulta na incapacidade de encontrar alegria nas ambiguidades da existência humana.

De acordo com Feldman (2007), é uma patologia do sentimento de si e, representa uma defesa rígida que evidencia falhas do objeto primário. A ausência do reconhecimento do outro durante o desenvolvimento resultou no investimento do eu,

que em adulto procura continuamente o reconhecimento que esteve ausente ou foi conflituante em estados mais precoces. Estes pacientes necessitam dos outros, mas o seu amor por eles é superficial. O carácter narcísico é uma organização psíquica que pretende a adaptação relacional (Bergeret, 2004).

Kernberg (1975), acrescenta que, um sentido de vazio e incompletude estão presentes nestes pacientes, que sentem um medo intenso de descompensar e de irrefletidamente perderem a autoestima e o controlo da vida. O paciente narcísico exhibe uma falta de tolerância e de controlo e os níveis elevados de ansiedade são propícios à agressividade.

Por sua vez, Vaz (2006) refere que quando a realidade externa provoca sofrimento, o investimento em si próprios é a forma de diminuir as suas deceções e frustrações. Existe uma ausência de competências face às contrariedades e situações que diminuem o seu domínio, manifestando-se em perda de controlo e agressividade.

McWilliams (2005) menciona que estes pacientes aumentam o seu orgulho com a aceitação, pois na infância sentiram uma necessidade intuitiva de manter uma elevada autoestima e crescem confusos em relação ao seu equilíbrio. Winnicott (1965/1994) reforça que uma criança não investida afetivamente apresentará dificuldades em estabelecer relações em adulta, onde se voltará para si própria com a ilusão de completude em si mesma, e desvalorizando os outros.

A organização narcísica deve ser diferenciada das reações narcísicas, da psicopatia, da personalidade depressiva (melancólica), da estrutura obsessiva e compulsiva e da histeria, pois resulta da tensão entre fatores externos e internos, que redundam de carências não suprimidas ao nível da identificação, autorreconhecimento e autoestima (Vaz, 2006).

Psicopatologia da criança e adolescente

Seja qual for a época, contexto social e/ou cultural é uma realidade que sempre existiram e existem alguns indivíduos que num momento ou outro das suas existências, apresentam perturbações do funcionamento psicológico, seja de forma transitória ou permanente. Estas perturbações podem afetar qualquer um e são sentidas como indesejáveis e vividas com sofrimento (Teixeira, 2005).

São sentidas como indesejáveis porque limitam a liberdade, a autonomia individual e a autorrealização, podem alterar a consciência do próprio e a perceção da realidade e acima de tudo perturbam a forma de estar-no-mundo, de vivenciar, de comportar-se e de relacionar-se com os outros (Sims, 2003).

Das perturbações mentais podem resultar alterações do equilíbrio psicológico e integração das forças psíquicas (conflito interno), do estilo relacional (capacidade de relacionar-se com os outros), das competências para realizações concretas (profissionais e sociais) e, ainda, da capacidade para promover o seu próprio enriquecimento existencial (afirmar-se como pessoa) (Abreu, 1997).

É neste contexto que surge a psicopatologia, *“a ciência geral que estuda as perturbações do funcionamento psicológico em todas as dimensões (afetiva, cognitiva, comportamental e relacional), incluindo as suas causas e consequências, procurando delimitar conceitos dotados de validade universal”* (Teixeira, 2005, p. 14).

A perspetiva psicológica da psicopatologia foca-se no indivíduo e não na perturbação, isto é, implica o que é experimentado (vivências), o que faz (comportamento) e como está com os outros (relação). O seu objeto de estudo é a conduta perturbada enquanto ato observável tanto ao nível do comportamento como da ação mental. Deste modo, a psicopatologia pode ser entendida de diferentes maneiras:

comportamental (perturbação dos processos de aprendizagem), cognitivista (perturbação do processamento da informação), psicanalítica (expressão de um conflito interno inconsciente), comunicacional (perturbação da comunicação interpessoal num determinado grupo: família, amigos), neurofisiológica (perturbação do funcionamento cerebral), fenomenológica (forma alterada de estar no mundo) e existencial (expressão de uma escolha não autêntica) (Sims, 2003).

A psicopatologia tem como objetivos principais: conhecer o que se passa, quando o que se passa é mentalmente perturbado ou provoca sofrimento psicológico (observação); saber o porquê das coisas se passarem assim (explicação); entender como se passam (compreensão); e sistematizar os conhecimentos em teoria geral (teorização). Para atingir estes objetivos, a psicopatologia confronta-se com 3 dificuldades, nomeadamente: que critérios usar para diferenciar o normal do patológico, que métodos de investigação utilizar para conhecer o outro, como ordenar e sistematizar os conhecimentos obtidos, ou seja, quais as teorias psicopatológicas mais adequadas. Neste contexto, constrói um discurso sobre o indivíduo perturbado mentalmente que comporta 4 níveis diferentes: (1) observacional que diz respeito a tudo o que é acessível à observação a partir dos dados obtidos na entrevista clínica (o que é que aconteceu?); (2) processual que se refere às inferências que podem ser feitas sobre as condutas perturbadas para as interpretar como processos psicológicos internos (o que quer dizer, isto que aconteceu?); (3) teórico que se refere às hipóteses explicativas e compreensivas acerca do maior número de observações possível e dos processos contidos nas mesmas (porquê? como?); (4) e meta teórico que reflete criticamente sobre a lógica dos métodos e das teorias que são apresentadas sobre as observações e os processos de natureza psicopatológica (será mesmo assim?) (Teixeira, 2005).

A análise psicopatológica de casos individuais comporta, assim, duas dimensões fundamentais: a descritiva e a compreensiva. A psicopatologia descritiva tem como objetivo mostrar qual é a forma de vivenciar e qual é o comportamento perturbado. Trata de observar, identificar, descrever e caracterizar as perturbações mentais em termos de comportamento patológico ao nível da consciência, memória e pensamento. A psicopatologia compreensiva tem como objetivo mostrar qual é a experiência e qual o seu significado através da compreensão das relações de sentido. Deste modo, estuda os processos envolvidos na perturbação e o seu significado em termos de indivíduo em situação (Sims, 2003).

Desenvolvimento da autoestima na infância e adolescência

Apesar de ser um conceito com vários anos de investigação, a autoestima, ainda se encontra fortemente ligada ao senso comum e às nossas vivências diárias (Plunkett, Henry, Robinson, Behnke & Falcon, 2007).

A autoestima remete para uma atitude global do sujeito em relação a si próprio e reflete a relação entre aquilo que o sujeito percebe como sucessos e as suas aspirações em relação àquilo que deseja ser e alcançar (Bizarro, 1999). Esta avaliação do próprio é influenciada pela imagem que os outros criam de si e lhe transmitem. Deste modo, verifica-se que a qualidade do *feedback* recebido afeta o funcionamento do sujeito e a sua percepção em relação a esse funcionamento (Wilburn & Smith, 2005).

Rosenberg (1979) aponta quatro princípios explicativos do desenvolvimento da autoestima: (1) a forma como a pessoa avalia as suas ações (autoatribuição); (2) as apreciações que a pessoa pensa que os outros fazem sobre ela; (3) as comparações que acontecem nas interações sociais, em que o indivíduo pode ser favorecido ou

depreciado; (4) e a importância e o valor relativos das várias dimensões do autoconceito.

Na infância e adolescência, a aceitação pelo grupo de pares, o desempenho escolar, a competência atlética e o comportamento geral, constituem os domínios com maior importância na construção da autoestima. Todavia, é no espaço familiar que se forma o sentido inicial de intimidade e valor próprio, pelo que os reforços parentais são extremamente importantes durante a maioria dos estádios de desenvolvimento (Bizarro, 1999).

Segundo Milevsky, Schlechter, Netter e Keehn (2007) existe uma forte associação entre a autoestima e as transações familiares. Ang (2006) acrescenta que as crianças e adolescentes que têm relações mais próximas com os pais têm uma probabilidade maior de apresentarem níveis mais elevados de autoestima.

Na mesma linha, Plunkett e colaboradores (2007) afirmam que quando o papel de suporte fornecido pelos pais é positivamente percebido, os adolescentes acreditam mais nas suas competências, capacidade de funcionamento e consecução dos seus objetivos.

Por sua vez, Peixoto (2004) refere que os adolescentes desenvolvam um sentido de si e de autoeficácia baseado nas qualidades próprias que percebem no seio da interação com os outros significativos, nomeadamente com os pais.

Os comportamentos parentais (*e.g.*, suporte, interesse, envolvimento, autonomia) atuam como reforços positivos e, por conseguinte, influenciam favoravelmente a autoestima da criança/adolescente (Williams & Currie, 2000).

De acordo com Ang (2006) as crianças e adolescentes com um nível baixo de autoestima global tendem a perceber-se como incompetentes, indignos e incapazes,

sendo mais provável que respondam a acontecimentos de vida stressantes com sentimentos de desesperança e incapacidade. Kling, Hyde, Showers e Buswell (1999) referem, ainda, que as crianças do sexo feminino apresentam níveis de autoestima ligeiramente inferiores às do sexo masculino e esta diferença tende a acentuar-se com a entrada na adolescência.

Síntese

De forma a permitir uma melhor compreensão da organização e formação da personalidade, bem como a explicar e fundamentar a intervenção psicológica foram, sucintamente, apresentadas as contribuições dos principais autores psicanalíticos e psicodinâmicos. Assim, começamos por verificar que a base do modelo freudiano é tornar consciente o que está inconsciente. Freud (1905) acreditava que através da interpretação dos sonhos era possível aceder ao que estava reprimido, à satisfação dissimulada dos desejos. O sonho corresponderia à verdadeira história do paciente (conteúdo manifesto), isto é, a simbolização que expressa o verdadeiro significado do que estava recalcado e que através da interpretação explícita o funcionamento psíquico do paciente, evidenciando o seu conteúdo latente (fantasias e desejos inconscientes). O autor propõe uma construção-reconstrução narrativa que tem como objetivo preencher lacunas e distorções mnésicas. Através da interpretação e da transferência positiva os acontecimentos do passado dão lugar à repetição e vão permitir a elaboração de uma narrativa da história do paciente. Ao longo do processo analítico os mecanismos de defesa vão diminuindo e tornam o superego menos rígido o que permite tornar consciente o inconsciente (Malpique, 2010).

Melanie Klein aborda a psicanálise das crianças tendo como referência a teoria freudiana, mas rapidamente afirma a sua originalidade e constrói o seu próprio sistema,

que faz dela a criadora da técnica do jogo e a teorizadora dos arcaísmos precoces (Klahr, 2005). A autora enfatiza a análise da transferência, uma pré-condição para analisar as camadas mais profundas da mente. É uma externalização de relações objetais internalizadas, ou seja, o mundo de objetos que vão sendo internalizados pelo indivíduo desde o nascimento por meio dos processos de projeção e introjeção. Contudo, acrescenta que a transferência não se refere apenas às relações passadas e presentes, mas também, à relação que existe entre o mundo interno e externo do indivíduo em termos de emoções, defesas e relações de objeto. Neste contexto, o desenvolvimento do ego depende do resultado de processos de introjeção, que valorizam a relação de objeto na construção do *self*, que se estruturam sobre dois conceitos: o da posição esquizoparanóide e o da posição depressiva. O modelo kleiniano resume de forma clara e simples o diagnóstico das relações de objeto, que se caracteriza por uma fixação numa estrutura de desenvolvimento que procura maturidade pela reparação (Klahr, 2005).

Winnicott, por sua vez, procura compreender o desenvolvimento da criança em interação com o seu meio envolvente. Ambiente este que deverá ser suficientemente bom e disponível para possibilitar à criança um espaço relacional para a autoexploração e desenvolvimento da sua autonomia. De acordo com a teoria do desenvolvimento de Winnicott o bebê não existe sozinho, mas essencialmente como parte de uma relação, dando assim, origem à expressão mãe-ambiente que favorece a necessidade constitutiva do *self*. Segundo o autor é através do brincar que se mobilizam todos os recursos disponíveis para o desenvolvimento da personalidade, pois é durante este processo que a criança e o adulto experimentam liberdade suficiente para criar e se criarem (Funck-Brentano, 2005).

Por último, foi apresentada a teoria psicanalítica de Bion. O seu trabalho, apesar de original, inspira-se nos princípios de prazer/realidade de Freud e no conceito de identificação projetiva de Klein, aos quais o autor introduz o conceito de vínculo. Bion enfatizou a ideia das relações entre um espaço contentor e um conteúdo perante a descrição da forma como a criança integra o seu próprio mundo. A mãe atua como contentor para as angústias e emoções da criança, ajudando-a a estruturar o seu próprio processo de identificação. À conceção sobre as relações de objetos totais e/ou parciais elaboradas por Klein e pela escola das relações objetais, o autor, acrescentou uma perspetiva, que embora simples, foi considerada profundamente inovadora. Utilizando o termo ligação, ele proporciona uma redefinição de questões relacionais, onde a problemática a abordar passa a ser também a da descoberta da representação da ligação em si, e principalmente a relação do sujeito com a função dessa ligação, e não somente com o objeto que proporciona essa função relacional (Zimmerman, 2004).

Perante o exposto, podemos constatar que a realidade psíquica se constrói sob a qualidade psicológica da presença ou ausência das figuras parentais e de fazer corresponder as experiências às necessidades de cada criança ao mundo, de modo a promover um crescimento físico, intelectual e emocionalmente saudável (Brazeltone & Greenspan, 2002).

Objetivos propostos

O estágio académico é parte integrante do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e tem como objetivo proporcionar ao futuro psicólogo clínico o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, através da aprendizagem prática e supervisão de um profissional.

Deste modo, o estágio na Dialógicos decorreu entre setembro de 2014 a junho de 2015 e teve uma duração de 450 horas, em que se pretendeu alcançar os seguintes objetivos: acompanhamento psicoterapêutico de apoio, enquadrado no modelo psicodinâmico de dois a seis casos clínicos; análise, reflexão, investigação e execução de práticas clínicas diversas; treino aprofundado ao nível da avaliação psicológica cognitiva e da personalidade e do psicodiagnóstico em função dos parâmetros de classificação do PDM; supervisão semanal mínima de 3 horas e desenvolvimento de projetos de intervenção junto dos associados e presença em eventos em representação do centro.

Método

Em 6 de setembro de 2014, iniciou-se o estágio acadêmico, onde foram estipulados os objetivos do mesmo, as normas internas da clínica e acordado o horário (dias da semana e horário para consultas, investigação/pesquisa e supervisão). Além do anteriormente citado foi, ainda, proposto participar em equipa com outras estagiárias académicas no projeto de intervenção ao nível das Emoções, num colégio privado, sendo que este seria realizado em 10 semanas, uma sessão de aproximadamente 60 minutos por semana, com crianças dos 3 aos 5 anos.

No início de janeiro de 2015, surgiram os dois casos para avaliação e acompanhamento psicoterapêutico de apoio. A duração das sessões é de 45 minutos com uma periodicidade semanal. Sempre que possível no mesmo dia e à mesma hora, pois do ponto de vista psíquico é organizador.

Segundo os procedimentos da clinica na primeira consulta é realizada uma entrevista inicial onde se compreende o motivo e se retiram alguns dados significativos para esclarecer ao pedido do paciente. Na segunda consulta é efetuada a avaliação psicológica onde os testes aplicados são ajustados ao paciente em causa e de acordo com a sua faixa etária e queixa. As provas psicológicas aplicadas ao primeiro caso (Caso Martina) foram: WISC III, CAT-A, Desenho da família real e imaginária. Ao segundo caso (Caso Bárbara) foram aplicados: WISC III, Teste de Rorschach – Exame de personalidade e funcionamento emocional, sistema compreensivo de Exner; TAT e a elaboração dos objetivos terapêuticos com base no PDM (PDM Task Force, 2006) em correlação com a progressão terapêutica.

A terceira consulta é dedicada à devolução dos resultados dos testes e possível estabelecimento do contrato para iniciar o processo psicoterapêutico de apoio.

Após estas consultas dá-se início ao processo psicoterapêutico de apoio com a primeira sessão do mesmo.

A supervisão foi realizada às sextas-feiras, das 10h às 13.30h, entre setembro de 2014 e junho de 2015 e teve os seguintes objetivos: rever os procedimentos nas sessões, partilha de experiências clínicas entre supervisora e estagiárias dos diversos pacientes em acompanhamento psicoterapêutico de apoio e a exploração das dificuldades sentidas ao nível da relação terapêutica e a procura de desenvolvimento de um sentido clínico crítico, através da discussão de diversos temas da atualidade e filmes.

A partir das experiências em *setting* terapêutico relatadas é promovido o desenvolvimento de competências para que a intervenção seja cada vez mais adequada, responsável e eficaz. As sessões terapêuticas foram transcritas e apresentadas semanalmente para ajuste das técnicas em sessão e verificação da evolução.

Participantes

Durante o estágio foram realizadas avaliações psicológicas e intervenções em psicoterapia de apoio a duas pacientes. Em ambos os casos foram alterados os nomes dos pacientes de modo a preservar a identidade dos pacientes face à exposição dos dados clínicos.

Tabela 1. Pacientes

Nome	Sexo	Idade	Motivo da consulta	Instrumentos de avaliação	Nº sessões	Observações
Martina	F	10 anos	Ansiedade elevada	WISC III, Desenho da família e CAT-A	8	Narcisista
Bárbara	F	14 anos	Indisciplina	WISC III e Rorschach	15	Borderline limite

Foram, também, realizadas as 10 sessões previstas para o projeto “Atelier das Emoções” num colégio privado. Em todos os casos foram alterados os nomes dos pacientes de modo a preservar a identidade dos pacientes.

Tabela 2. Atelier das Emoções – Projeto de intervenção num colégio privado

Nome	Sexo	Idade	Nº sessões	Instrumentos de avaliação	Atividades
Rita	F	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Carlota	F	4 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Gabriel	M	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Laura	F	4 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Rui	M	4 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Jorge	M	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Manuel	M	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Leonor	F	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
João	M	5 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias
Tiago	M	4 anos	10	Mala das emoções	Desenho, música, fantoches, histórias

Caso 1 – Martina

- Nome: Martina
- Idade: 10 anos
- Marcação de avaliação psicológica: requerida pela mãe
- Motivo da consulta: ansiedade elevada, baixa autoestima, humor depressivo, sentimentos de angústia, aumento de peso, medo de se expor socialmente no seu verdadeiro *self* (medo de dizer que não), tristeza crescente (após divórcio dos

pais), insegurança em relação a si própria, isolamento/dificuldade em expressar sentimentos.

- Instrumentos de avaliação: WISC III, Desenho da família e CAT-A
- Número de sessões: 8 à data do relatório
- Observações: 1ª consulta em 3 de janeiro de 2015, avaliação em 8 de janeiro de 2015, devolução dos resultados a 17 de janeiro de 2015, em evidência de progressão terapêutica mantendo-se com frequência semanal/quinzenal.

Caso 2 – Bárbara

- Nome: Bárbara
- Idade: 14 anos
- Marcação de avaliação psicológica: requerida pela avó paterna
- Motivo da consulta: revolta em casa com os avós paternos, indisciplina, insucesso escolar, afastamento dos progenitores
- Instrumentos de avaliação: WISC III e Rorschach
- Número de sessões: 15 à data do relatório
- Observações: 1ª consulta em 5 de janeiro de 2015, avaliação em 16 de janeiro de 2015, devolução dos resultados a 26 de janeiro de 2015, em evidência de progressão terapêutica mantendo-se com frequência semanal.

Procedimentos

O estágio académico teve início em 6 de setembro de 2014 e terminou em 30 de junho de 2014. Foram estabelecidos 3 dias por semana para as diversas atividades a realizar na clínica (segundas, sextas e sábados). Pontualmente quartas ou quintas.

A supervisão era fixa e obrigatória e ocorria às sextas-feiras, das 10h às 13.30h.

Ambas as pacientes foram informadas que seriam atendidas por psicólogos clínicos estagiários.

Atividades desenvolvidas

Foram concluídas as 450 horas estabelecidas para a conclusão do estágio. Nestas horas estão incluídas todas as tarefas/atividades propostas e em horário fixo presencial na clínica, assim como tempo complementar no domicílio, num colégio privado e/ou noutros locais.

As atividades desenvolvidas foram:

- Avaliação psicológica e acompanhamento psicoterapêutico de apoio a duas pacientes (atendidas na clínica);
- Preparação para a aplicação de testes/provas psicológicas utilizadas nos pacientes e consequente interpretação e avaliação dos resultados;
- Supervisão semanal e em grupo das práticas clínicas de aproximadamente 3 horas por semana;
- Trabalhos de pesquisa e resumos de diversos livros (Anexo A) do modelo de intervenção/orientação psicodinâmica e teorias em que a mesma se baseia, sobretudo as estruturas de personalidade (psicose-borderline-neurose), mecanismos de defesa e a síntese do livro “*Psicanálise e mudança psíquica: cartografias para uma viagem*” (Anexo B);
- Estudo aprofundado sobre os modelos de avaliação utilizados na clínica (aplicação, cotação e interpretação dos resultados) das seguintes provas:
 - 1) WISC III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças
 - 2) WAIS III - Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos

- 3) Growing Skills – Escala de avaliação de competências e desenvolvimento infantil para rastreio das áreas de desenvolvimento da criança
- 4) Bar-Ilan – Teste de figuras para crianças – Entrevista semi-projetiva – avaliação do estado afetivo da criança e estruturação da personalidade
- 5) CAT-A – Prova projetiva para crianças – avaliação de diversos aspetos da personalidade
- 6) TAT – Prova projetiva para adultos – avaliação de diversos aspetos da personalidade em situações
- 7) Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional – Sistema Compreensivo de Exner
- 8) Estudo do PDM - Psychodynamic Diagnostic Manual

Foi também realizado um projeto de intervenção, com a duração 10 semanas, com periodicidade semanal. Este projeto – “Atelier das Emoções” - decorreu num colégio privado, com crianças do ensino pré escolar, com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos. Foram trabalhadas, com o grupo de crianças ao longo das 10 sessões as quatro emoções base: contente, triste, zangado e assustado, com recurso a leitura de histórias, desenhos e dramatização.

Instrumentos

A avaliação psicológica foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos: entrevista clínica, WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, Desenho da família, CAT-A: Teste de Aperceção Temática para Crianças, TAT: Teste de Aperceção Temática e o Teste de Rorschach: sistema compreensivo de Exner. Os instrumentos encontram-se descritos a seguir.

Entrevista clínica

A entrevista clínica tem como principal objetivo a apreensão e compreensão do funcionamento psicológico do ser humano, centrando-se sobre as suas vivências e enfatizando a relação. Por ser um dos melhores meios para aceder às representações subjetivas é uma das técnicas mais utilizadas em psicologia, pois permite obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos e os seus fantasmas (Leal, 2010). Neste sentido, é considerada como um instrumento insubstituível e único quando se quer compreender o sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades (Pardinielli, 1999).

Segundo Leal (2010), a entrevista é um instrumento preliminar de relação social que tem por objetivo conhecer melhor uma pessoa, um tema ou um assunto, constituindo assim o paradigma do trabalho do psicólogo clínico.

A entrevista em psicologia clínica, geralmente, situa-se num contexto de ajuda ou cuidados psicológicos, de diagnóstico ou avaliação psicológica ou de investigação clínica. A condução da entrevista apoia-se em regras técnicas e numa certa atitude clínica adotada pelo psicólogo (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista utilizada nas intervenções, durante o período de estágio, foi não diretiva. Deste modo, é centrada na pessoa, que fala livremente de si própria, controlando e conduzindo o seu discurso como entender. O clínico dá uma instrução ou aborda um tema e de seguida dá espaço ao sujeito para falar. Neste tipo de entrevista a atitude clínica é feita de respeito e de escuta benevolente (Pardinielli, 1999).

WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

A WISC-III é uma escala de inteligência que avalia o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, de acordo com condições standardizadas, em administração individual. É composta por treze sub-testes, organizados em dois grupos: verbal [Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de dígitos (opcional)] e de realização (Completamento de Figuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Labirintos (opcional)] (Wechsler, 2003).

Em Portugal existem duas escalas de inteligência de Wechsler que permitem aos utilizadores avaliar sujeitos com idades compreendidas entre os 3 anos e os 16 anos e 11 meses (Simões et al., 2006).

Para a administração dos dez sub-testes obrigatórios são necessários, aproximadamente, 60 a 90 minutos. Caso opte por aplicar os três sub-testes opcionais, o tempo adicional será de 10 a 15 minutos (Wechsler, 2003).

Idealmente o teste deve ser aplicado numa única sessão. Contudo, se tal não for possível, devido à falta de motivação do sujeito ou à fadiga do mesmo, a avaliação deverá ser interrompida e combinada uma nova data para a finalização da mesma. O intervalo entre as duas sessões não deve ser superior a uma semana (Simões et al., 2006).

Esta escala poderá ser administrada num consultório, numa escola ou num local calmo e afastado de distrações exteriores, que seja adequado à situação de avaliação (Wechsler, 2003).

Desenho da família

O Desenho da família é uma prova projetiva, frequentemente, usada na avaliação psicológica de crianças a partir dos 5/6 anos de idade. Regra geral, é muito bem aceite e realizada com prazer, o que facilita a relação da criança com o examinador.

O teste desenrola-se em duas partes: a do desenho de uma família imaginária e a do desenho da família real e tem como objetivo aceder aos conflitos e desejos inconscientes, estado afetivo, estruturação da personalidade e representação do contexto familiar, nomeadamente das problemáticas ao nível do complexo de Édipo, do narcisismo e da rivalidade fraterna (Corman, 1982).

Na primeira fase do teste é dada a seguinte instrução: Sabes que há famílias de muitas coisas, animais, objetos... quero que desenes uma família imaginária, uma família imaginada, inventada por ti. Por ser uma instrução relativamente vaga, vai permitir que a criança se exprima mais livremente, facilitando a sua projeção.

A segunda parte do teste está condensada na seguinte instrução: Agora quero que desenes a tua família real.

O examinador deve ir anotando em que local da folha foi começado o desenho, qual a primeira personagem e a ordem pela qual os diversos membros da família são desenhados, podendo perguntar-se à criança quem são os personagens. Deve, ainda, ser dada especial atenção aos detalhes, paragens, observações e reações afetivas da criança. Todos estes dados podem ser significativos na medida em que refletem a relação da criança com a personagem ou a cena que está a desenhar. É também conveniente conhecer a composição da verdadeira família.

Ambos os desenhos são complementados por um questionário, no sentido de estimular a criança a falar sobre o que desenhou: Agora vamos falar sobre o desenho que fizeste. Vamos saber quem são!

Para cada figura desenhada, o examinador deve perguntar qual é o seu papel na família, nome e idade (Corman, 1982).

CAT-A: Teste de Aperceção para Crianças

O Teste de Aperceção para Crianças (CAT-A) é um teste projetivo e perceptivo que tem por base o Teste de Aperceção Temática (TAT) de Henry Murray. No entanto, as figuras humanas foram substituídas por animais para uma melhor adesão, identificação e projeção das crianças ao teste (Bellak & Bellak, 1961).

O CAT-A tem como objetivo enquadrar a personalidade da criança e analisar o significado dinâmico das suas respostas aos estímulos apresentados. Visa, ainda, aceder às dinâmicas das relações interpessoais, aos impulsos e à natureza das defesas. Pode ser aplicado a crianças entre os 3 e os 8 anos. Contudo, é importante ter em conta a maturidade e a facilidade com que a criança se expressa. Uma criança de 3/4 anos poderá ter alguma dificuldade em expressar-se fluentemente de modo a contar uma história, mas quando o conseguem fazer é um prognóstico de bom desenvolvimento psicológico. Depois dos 6 anos, o CAT-A permite analisar as formas de instalação da latência pulsional, bem como os mecanismos defensivos utilizados pela criança para estruturar o seu psiquismo, na presença ou ausência do eixo edipiano (Boekholt, 2000).

É constituído por dez cartões com imagens a preto e branco onde estão representados animais domésticos e selvagens em diversas situações (*e.g.*, alimentação, linguagem, rivalidades, medos) o que permite avaliar diversos aspetos da personalidade

(*e.g.*, impulsos, emoções, sentimentos, conflitos) em situações clínicas e em situações normais (Bellak & Bellak, 1961).

A aplicação é feita individualmente e tem uma duração variável. Os cartões devem ser apresentados pela ordem indicada e apenas deve estar visível aquele que a criança está a observar.

Como em qualquer teste de avaliação psicológica, deve tentar-se descontrair a criança, esclarecendo que neste jogo não existem respostas certas ou erradas e que as mesmas não serão pontuadas.

No início da aplicação deverá ser dada a seguinte instrução: Vamos contar uma história sobre estas imagens, e deves dizer o que vai acontecendo, o que os animais estão a fazer.

O psicólogo deverá interrogar a criança acerca do que aconteceu e do que irá acontecerá depois. Se necessário, pode fazer intervenções durante a aplicação, do tipo: E então?, E depois?, Sim, conta!, O que é que acontece?

Todos os comentários e comportamentos manifestados pela criança durante a aplicação do teste deverão ser anotados (Bellak & Bellak, 1961).

TAT: Teste de Aperceção Temática

Criado por Henry Murray, em 1935, o Teste de Aperceção Temática (TAT) é uma das mais importantes provas projetivas de personalidade. Tem por base uma abordagem psicanalítica e é frequentemente, usado para desvendar impulsos, emoções, sentimentos e conflitos da personalidade, pelo que é considerado um recurso pertinente para a interpretação do comportamento, doenças psicossomáticas, neuroses e psicoses. Realça o papel dos mecanismos de defesa do ego e ajuda o paciente a admitir e ter consciência dos seus dilemas.

A aplicação é feita individualmente e numa única sessão, sendo o tempo variável. É um teste composto por 31 cartões que procuram averiguar como situações quotidianas concretas são vividas pelos pacientes e qual o significado atribuído às mesmas, mas apenas são apresentados 18 cartões (Brelet-Fourlard & Chabert, 2005).

Antes da aplicação da prova é dada a seguinte instrução: Imagine uma história a partir desta imagem. Esta indicação é dada no início e não se repete.

Alguns cartões apenas são apresentados a indivíduos do sexo masculino, outros apenas ao sexo feminino e um proposto apenas para adultos (Shentoub et al., 1999).

O TAT tem um tempo de latência e um tempo total por cartão. Assim, é medido o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o momento em que a pessoa começa a falar. É, ainda, mensurado o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o fim da história contada pelo sujeito. As características temporais não são interpretadas em termos de eficiência ou de realização, mas como referências clínicas que mostram a reatividade e a tendência do sujeito para a inibição (Parada & Barbieri, 2011).

A ordem de apresentação dos cartões deve ser respeitada, porque ao longo da prova o sujeito é confrontado com estímulos que se vão modificando. Os cartões começam com situações mais estruturadas e termina com as mais simples, devendo o cartão 16 (em branco) ser exibido no fim da aplicação (Shentoub et al., 1999).

A interpretação das histórias é feita através das narrativas do sujeito pelo que devem anotar-se todos os comentários, seguindo sempre a ordem de apresentação dos cartões. Estes relatos revelam elementos significativos da personalidade, através de um processo mental que conjuga elementos da fantasia e da realidade, em função dos elementos manifestos e latentes dos cartões (Brelet-Fourlard & Chabert, 2005).

Os resultados são analisados através de uma grelha de decomposição que permite cotar as respostas e agrupar os diferentes procedimentos de elaboração do discurso, bem como as estratégias defensivas utilizadas (Shentoub et al.,1999).

Esta análise permite aceder aos conflitos e problemas de cada sujeito, nomeadamente o modo como se relaciona consigo e com os outros (Parada & Barbieri, 2011).

Teste de Rorschach: sistema compreensivo de Exner

O Rorschach é um teste projetivo que tem como objetivo avaliar a personalidade e o funcionamento emocional do indivíduo. Foi criado por Hermann Rorschach, em 1921 e é composto por 10 pranchas com borrões de tinta que obedecem a características específicas (*e.g.*, proporção, angularidade, luminosidade, equilíbrio espacial, cores) que facilitam a projeção e a exteriorização dos aspetos estruturais da personalidade. Apesar de poder ser utilizado e interpretado de diversas formas, consoante a abordagem teórica do avaliador, os resultados devem convergir sempre no mesmo sentido (Chabert, 2003).

Em 1990, Exner desenvolve uma abordagem – sistema compreensivo - que se preocupa mais com as características da perceção do que com o conteúdo das respostas ao estímulo. Além de aceder ao funcionamento cognitivo do sujeito debruça-se sobre a classificação do mesmo, podendo ser aplicado desde os 5 anos até à idade adulta (Exner & Sendin, 1995).

Segundo Exner (2003), o teste deve ser aplicado numa posição lado a lado, para evitar possíveis interferências do examinador, nomeadamente através das suas expressões não-verbais.

Antes da sua aplicação, é importante fazer uma pequena introdução em que se explica que vão ser mostradas 10 imagens constituídas por umas manchas de tinta.

Seguidamente é pedido que o sujeito responda à seguinte pergunta: O que é que isto lhe faz parecer?

É desejável que sejam dadas pelo menos catorze respostas aos estímulos observados nas 10 pranchas, de modo a favorecer a análise e evitar a baixa correlação. Na primeira fase – associação livre – as respostas devem ser anotadas na íntegra. A segunda fase – inquérito – tem como objetivo completar os dados anteriormente recolhidos e assegurar que as respostas são codificadas com a maior exatidão possível (Exner, 1990).

Cada uma das respostas é classificada segundo: a prancha em que foi percebida, a localização dentro da prancha, a qualidade evolutiva da percepção, o fator que as determinou, a qualidade formal da percepção da mancha, o conteúdo da resposta, a atividade organizativa da resposta, a popularidade da resposta e as características incomuns na resposta, caso ocorram (Exner, 2003).

A interpretação é baseada nos seguintes elementos: controlo e tolerância ao stress, processamento de informação, mediação cognitiva, ideação, recursos afetivos, percepção de si e relações interpessoais. Estes dados permitem identificar a organização interna do indivíduo e os processos gerais e específicos que delimitam determinados rasgos da sua personalidade (Exner & Sendin, 1995).

PDM: Psychodynamic Diagnostic Manual

O PDM (PDM Task Force, 2006) é um sistema de diagnóstico que considera a pessoa como um todo, nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. Tem como objetivo construir uma base mais sólida para o diagnóstico e tratamento das perturbações mentais através de uma abordagem multidimensional e holística que abarca o funcionamento emocional, cognitivo e social.

Este sistema de diagnóstico foi desenvolvido por um grupo de investigadores, designados especialmente para o efeito, e pertencentes às cinco maiores organizações psicanalíticas: a Associação Psicanalítica Americana, a Associação Psicanalítica Internacional, a Divisão da Psicanálise (Divisão 39) da American Psychological Association, a Academia Americana de Psicanálise e Psiquiatria Dinâmica e do Comité Nacional de Psicanálise Clínica em Serviço Social, com o objetivo de complementar o DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002) e o CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento) (OMS, 1998).

O PDM (PDM Task Force, 2006) é organizado em três partes: a primeira parte classifica as perturbações de saúde mental no adulto; a segunda parte qualifica as perturbações de saúde mental na criança e adolescente, bem como a classificação das perturbações na primeira e segunda infâncias; e a terceira parte apresenta a literatura concetual e de investigação que suporta as premissas subjacentes.

Cada classificação é sustentada por três eixos de avaliação: o Eixo P, padrões de personalidade e distúrbios, tendo em conta duas áreas: localizar o indivíduo dentro de um continuum de um funcionamento mais saudável até ao funcionamento mais desorganizado e, as características individuais da organização mental e experiência, uma vez que a investigação sugere que os sintomas normalmente vêm do funcionamento da personalidade; o Eixo M, um perfil de funcionamento mental que inclui o processamento de informação, regulação e aprendizagem, expressão de sentimentos, capacidade para relacionamentos, defesas e formulação de juízos morais e, finalmente o Eixo S, que corresponde à experiência subjetiva de padrões de sintomas, com base nas categorias do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a experiência pessoal de cada

indivíduo, em termos afetivos, processos cognitivos, experiências somáticas e interpessoais.

Reflexão final

O meu principal receio, no início do estágio académico, prendeu-se com modelo teórico utilizado pela clínica, pois sentia-me apreensiva quanto à minha adaptação e gosto pelo modelo psicodinâmico. Ao longo do tempo este receio foi sendo superado devido às pesquisas realizadas sobre esta corrente terapêutica.

Embora com alguma insegurança este receio tornou-se um desafio interessante. Para tal muito contribuiu a supervisão semanal em grupo, onde foram partilhadas vivências e emoções.

Muitas foram as vezes em que foi difícil conciliar a vida pessoal e profissional com o estagiário académico, principalmente para cumprir com os horários das consultas. Houve alturas em que senti estar no meu limite, quis dar muito mais, mas não me foi possível.

O mais gratificante foram as minhas pacientes com quem muito aprendi e às quais agradeço.

Aprendi, que mais importante que os conhecimentos teóricos é a construção de uma relação e a empatia estabelecida no *setting* terapêutico.

Referências

- Abreu, J. L. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aguilar, J., Oliva, M., & Marzani, C. (2003). *A entrevista psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Alonso, A. (2006). *Ética das profissões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Andrade, F. (2011). A metapsicologia do masoquismo em Freud e Laplanche. *Estudos de Psicanálise*, 36, 55-68.
- Ang, R. P. (2006). Effects of parenting style on personal and social variables for Asian adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 503-511.
doi:10.1037/0002-9432.76.4.503
- Angel, S., & Angel, P. (2005). *Os toxicómanos e suas famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Appelbaum, A. (2012). Review of psychodynamic psychotherapy: A clinical manual. *Psychoanalytic Psychology*, 29(2), 274-275. doi:10.1037/a0026431
- Barbieri, V., Jacquemin, A., & Alves, Z. (2005). Personalidade materna e resultados de crianças no psicodiagnóstico interventivo: O que significa mãe suficientemente boa? *Psico*, 36(2), 117-125.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1961). *Children's apperception test manual* (4ª ed). Larchmont: CPS.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Bion, W. R. (1966). *Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bion, W. R. (1973). *A atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1975). *Uma memória do futuro*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1991). *As transformações*. Rio de Janeiro: Imago.

- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Blaya, C., Dorneles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E. & Isolan, L. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 179-183.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Bocca, F. (2011). Histeria: Primeiras formulações teóricas de Freud. *Psicologia*, 22(4), 879-906.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Barcarena: Presença.
- Brelet-Fouillard, F., & Chabert, C. (2005). *O novo manual do TAT: Abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: Procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5(1), 63-68.
- Brusset, B. (1999). Névroses et états limites. In C. Chabert, B. Brusset, & C. Brelet-Fouillard (Eds.), *Névroses et fonctionnements limites* (pp. 1-70). Paris: Dunod.
- Buschinelli, C. (2007). Experiência estética: Na sala de análise e no cinema. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4) 103-112.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objetais*. Lisboa: Climepsi.

- Carlin, N., & Capps, D. (2011). Freud's Wolf Man: A case of successful religious sublimation. *Pastoral Psychology*, 60(1), 149-166. doi:10.1007/s11089-009-0212-z
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Cintra, E., & Figueiredo, L. (2003). *Melanie Klein: Estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Cordioli, A. V. (2009). *Psicoterapias: Abordagens actuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A., Wagner, C., & Cechin, E. (2008). Psicoterapia de apoio. In A. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 104-117). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Corman, L. (1982). *Test du Dessin de Famille*. Paris: PUF.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Daniel, P. (1994). Análise de crianças e o conceito de fantasia inconsciente. In R. Anderson (Org.), *Conferências clínicas sobre Klein e Bion* (pp. 27-36). Rio de Janeiro: Imago.
- Dialógicos (2014). *Dialógicos - Centro de Psicologia e Educação* (em linha). Web site. Acedido 12 dezembro, 2014, em <http://www.dialogicos.pt/home.aspx>.
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw Hill.
- Douglas, A. (2009). The mystery of personality: A history of psychodynamic theories. *Choice: Current Reviews for Academic Libraries*, 47(4), 774.
- Exner, J. (1990). *A Rorschach workbook for the comprehensive system* (5th ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.

- Exner, J. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundations and principles of interpretation* (vol. 1, 4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Exner, J., & Sendin, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el sistema comprensivo*. Madrid: Prismática.
- Feldman, R. S. (2007). *Introdução à psicologia* (6^a ed.). Brasil: McGraw-Hill.
- Fernandes, A. (2002). A relação mãe-criança: Controvérsias e perspectivas na psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2(1), 62-70.
- Figueiredo, L. (2006). A clínica psicanalítica a partir de Melanie Klein: O que isto pode significar? *Jornal de Psicanálise*, 39(71), 125-150. doi:S0103-58352006000200008
- Francis, R. (2004). *Ética para psicólogos*. Lisboa: Piaget.
- Frank, G. (2008). A response to the relevance of Sigmund Freud for the 21st century. *Psychoanalytic Psychology*, 25(2), 375-379. doi:10.1037/0736-9735.25.2.375
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Freud, S. (1969). *Estudos sobre histeria*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1980). Sobre o narcisismo. In J. Strachey (Ed. & Trad.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (pp. 13-80). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Funck-Brentano, I. (2005). Donald W. Winnicott. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 91-161). Lisboa: Climepsi.

- Gatchel, R., & Oordt, M. (2003). *Clínical health psychology and primary care*. Washington: APA Books.
- Gioia-Martins, D., & Rocha Júnior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: teoria e prática*, 3(1), 35-42.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldstein, W. (2001). *A primer for beginning psychotherapy*. London: Routledge.
- Golse, B. (2005). Sigmund Freud. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 23-56). Lisboa: Climepsi.
- Gomes, F. (2005). A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 246-253). Porto Alegre: Artmed.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Hansen, D., & Drovdaahl, R. (2006). The holding power of love: John Wesley and D. W. Winnicott in conversation. *Journal of Psychology & Christianity*, 25(1), 54-62.
- Hollway, W. (2012). Rereading Winnicott's: primary maternal preoccupation. *Feminism & Psychology*, 22(1), 20-40. doi:10.1177/0959353511411692
- Jones, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud* (vol. 3). Rio de Janeiro: Imago.
- Kelleher, K., & Stevens, J. (2009). Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatrics*, 9(1), 7-14.
- Kernberg, O. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J. Clarkin & M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.

- Klahr, M. (2005). Melanie Klein. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 77-90). Lisboa: Climepsi.
- Klein, M. (1975). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Klein, M. (1980). A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e significado. In M. Klein, P. Heinman, & R. Money-Kyrle (Eds.), *Novas tendências na psicanálise* (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Zahar.
- Klein, M. (1994). *Narrativa da análise de uma criança*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1961).
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Kling, K., Hyde, J., Showers, C., & Buswell, B. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470-500. doi:10.1037/0033-2909.125.4.470
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Magalhães, M. (2004). Narcisismo primário e desejo. *Pulsional: revista de psicanálise*, 17(178), 52-61.
- Malpique, C. (2010). *Psicanálise e mudança psíquica: cartografias para uma viagem*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi.

- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Children and Family Studies*, 16(1), 39-47.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-006-9066-5>
- Minuchin S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Moita, V. (1983). O papel do psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil. *Análise Psicológica*, 3(3), 264-270.
- Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Newman, A. (2003). *As ideias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Nunes, J., Albuquerque, A., & Gomes, A. (1987). *Sexologia em Portugal: A sexologia clínica*. Alfragide: Texto Editores.
- Oliveira, R. A. (2000). Do vínculo às relações sociais: Aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2(18), 157-170.
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J., & Leal I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589- 599.
- Parada, A., & Barbieri, V. (2011). Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. *Psico-USF*, 16(1), 117-125.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.

- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(22), 235-244.
- Penn, L. (2009). Review of attachment, play, and authenticity: A Winnicott primer, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 500-501. doi:10.1037/a0017956
- Plunkett, S. W., Henry, C. S., Robinson, L. C., Behnke, A., & Falcon, P. C. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *Journal of Children and Family Studies*, 16(6), 760-772. doi: 10.1007/s10826-006-9123-0
- Prata, F. (2008). *Terapia sistémica de casal, respigando ideias e experiências*. Lisboa: Climepsi.
- Reimão, C. (Coord.) (2008). *Ética e profissão: desafios da modernidade: Actas de colóquio*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Rosenberg, M. (1979). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Santos, P. S. (2007). *Temas candentes em psicologia do desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi.
- Santrock, J. W. (2009). *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Sims, A. (2003). Fundamental concepts of descriptive psychopathology. In A. Sims (Ed.), *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology* (pp. 1-24). Philadelphia: Saunders.
- Scotti, S. (2002). A histeria em Freud e Flaubert. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 333-341.
- Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: Hogarth Press.
- Shentoub, V., & colaboradores (1999). *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi.

- Silva, N. (2010). O masoquismo em tempos modernos. *Revista Cult*, 13(144), 60-62.
- Simões, M. R., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Rocha, A. M., ... Oliveira, E. (2006). Escala de Inteligência de Weschsler para Crianças - Terceira Edição (WISC III). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões., L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados* (pp. 199-232). Coimbra: Quarteto.
- Spillius, E. (1990). *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Summers, F. (2006). Freud's relevance for contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 23(2), 327-338. doi:10.1037/0736-9735.23.2.327
- Teixeira, J. A. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3(22), 441- 448.
- Teixeira, J. A. (2005). *Psicopatologia geral: introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva*. Lisboa: ISPA.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 3(17), 569-575.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Tyson, P., & Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development: an integration*. New Haven: Yale University Press.
- Vidal, M., & Lowenkron, T. (2010). Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(4), 725-728. doi.org/10.1590/S0102-37722010000400016.

- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Escala de Wechsler para Crianças-III*. Lisboa: CEGOC.
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.
- Williams, J. M., & Currie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *The Journal of Early Adolescence*, 20(2), 129-149. doi: 10.1177/0272431600020002002
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1959).
- Winnicott, D. (1995). *The family and individual development* (3rd ed.). London: Routledge.
- Winnicott, D. (2000). *Objectos transicionais e fenómenos transicionais*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953).
- Winnicott, D. (2007). *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. (2010). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1955).

Winnicott, D. W. (1965). The development of the capacity for concern. In D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 73-82). New York: International Universities Press.

Winograd, M., & Mendes, L. (2009). Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: teoria e prática*, 11(2), 211-223.

Zimmerman, D. E. (2004). *Bion: da teoria à prática: uma leitura didática*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A

Diagnóstico psicanalítico / Nancy McWilliams
Capítulos 3 e 4



Diagnóstico psicanalítico / Nancy McWilliams

Capítulos 3 e 4

Orientadora de estágio: Mestre Patrícia Roseiro

Estagiária: Nélia de Jesus da Silva Sousa

Abril 2015

A compreensão da estrutura do carácter de qualquer ser humano deve ter em consideração duas dimensões distintas que se influenciam reciprocamente: o nível desenvolvimentista de organização da personalidade e estilo defensivo utilizado no âmbito desse nível (Douglas, 2009).

A primeira dimensão diz respeito à extensão da individuação ou nível de patologia – psicótico, *borderline*, neurótico – e a segunda identifica o tipo de carácter que a pessoa apresenta – psicopático, narcísico, esquizóide, paranóide, depressivo, masoquista, obsessivo-compulsivo, histérico-histriónico, dissociativo (McWilliams, 2005).

Neste particular, Kernberg (1996) introduziu o termo organização da personalidade para rotular a extensão da perturbação, que vai desde o razoavelmente saudável ao gravemente doente, ou seja, a dimensão da personalidade é identificada segundo a gravidade da doença mental. Segundo o autor, as personalidades bem organizadas atuam razoavelmente bem e apresentam um funcionamento psíquico saudável, enquanto personalidades severamente desorganizadas funcionam mal e apresentam patologias graves. Assim, avalia o nível de organização da personalidade de acordo com três fatores: (i) o teste de realidade que faz a distinção entre o que é real e o que não é; (ii) o sentido integrado de si e dos outros, isto é, a capacidade de fazer a distinção entre si e os outros; (iii) e o nível de maturidade dos mecanismos de defesa primários e secundários.

De acordo com a teoria psicodinâmica, os mecanismos de defesa descrevem as estratégias que as pessoas utilizam para gerir os conflitos internos que decorrem dos impulsos, anseios e sentimentos, ou seja, o modo como se adaptam às situações de *stress* mental e emocional (Blaya, Dorneles, Blaya, Kipper, Heldt, & Isolan, 2006).

Os mecanismos de defesa secundários ou de nível superior (*e.g.*, recalçamento, regressão, sublimação, isolamento, intelectualização) tendem a ser mais sofisticados, adaptáveis e flexíveis e visam a criação de condições favoráveis para viver em sociedade. Por outro lado, os mecanismos de defesa primários ou primitivos (*e.g.*, negação, dissociação, clivagem do ego, projeção, introjeção) tendem a ser mais simples e rígidos, pelo que podem interferir largamente com a capacidade de funcionamento das pessoas e conseqüentemente a sua integração na sociedade (McWilliams, 2005).

De acordo com McWilliams (2006) as inquietudes psicológicas do presente refletem as interações dos primeiros anos de vida e modelam a forma como, mais tarde, a

experiência é assimilada e, inconscientemente, se torna compreensível, pelo que a identificação do nível de desenvolvimento de uma pessoa é parte decisiva da compreensão da mesma.

A teoria psicanalítica do desenvolvimento psicológico infantil reflete o carácter e as diferenças individuais, pelo que alguns teóricos (*e.g.*, Stern, 1985; Tyson & Tyson, 1990) ao debateram as fases psicosexuais de Freud, enfatizaram a pulsão e a defesa, no desenvolvimento do ego e nas imagens do *self*. Por sua vez, McWilliams (2004) afirma que não existem evidências empíricas de que as pessoas com características orais tivessem graus de psicopatologia mais graves do que as pessoas com características anais ou edipianas. E isso acontece apesar de Freud ter designado as três primeiras fases de desenvolvimento através de conceitos pulsionais, que atrativamente se correlacionam de algum modo com o tipo de personalidade (*e.g.*, pessoas depressivas com qualquer nível de saúde ou patologia tendem a manifestar oralidade; pessoas compulsivas são notoriamente anais nas suas preocupações, quer a sua compulsividade lhes traga ou não problemas graves) (Golse, 2005).

No entanto, estudos desenvolvidos por Silverman, Lachmann e Milich (1982; cit. por McWilliams, 2005) defendem, por um lado, a existência de uma correlação entre o nível de desenvolvimento do ego e a diferenciação do *self*-outro; e por outro a saúde ou patologia da organização da personalidade. Todavia, esta correlação torna-se redundante, pois avaliar durante a entrevista níveis primitivos de desenvolvimento do ego e de relações objetais é como afirmar que o sujeito está doente, enquanto considerar alguém como obsessivo ou esquizóide não é necessariamente o mesmo que atribuir uma patologia. Esta conceptualização da robustez psicológica *versus* a perturbação psicológica tem profundas implicações clínicas nos diferentes tipos de carácter.

Ao longo do tempo, muitos estudos foram desenvolvidos, no sentido de organizar as várias dimensões/estruturas de personalidade, nomeadamente os trabalhos de Kraepelin. Através da observação de pessoas que sofriam de perturbações mentais e emocionais com características comuns, o autor, desenvolveu teorias sobre a respetiva etiologia, de modo a considerar as suas origens como exógenas e tratáveis ou endógenas e incuráveis (McWilliams, 2005).

Freud, por sua vez, diferenciava apenas níveis de patologia neurótica e psicótica, em que a primeira se caracterizava por uma apreciação geral da realidade e a segunda por uma perda de contacto com a mesma (Jones, 1989). Quando o autor desenvolveu o modelo estrutural da mente considerou que as pessoas neuróticas sofriam porque as defesas do ego eram excessivamente automáticas e inflexíveis, e por isso isolavam as energias do *id* que podiam ser utilizadas criativamente. As pessoas psicóticas, por sua vez, sofriam porque as suas defesas do ego eram excessivamente frágeis, o que as deixava desamparadas e dominadas por material primitivo proveniente do *id*. Neste sentido, a terapia de uma pessoa neurótica deveria envolver o enfraquecimento das defesas e o acesso ao *id*, de forma a libertar as energias para atividades mais construtivas. A terapia com uma pessoa psicótica deveria ter como objetivo o fortalecimento das defesas, no sentido de recobrir as preocupações primitivas e influenciar as situações indutoras de *stress*, de forma a que fossem menos perturbadoras, encorajando o teste da realidade e fazendo recuar para o inconsciente o *id* em ebulição (Freud, 1996).

Posteriormente, na comunidade psicanalítica, além da distinção entre neurose e psicose, começaram gradualmente a aparecer diferenciações na extensão da inadaptação dentro da categoria neurótica. A primeira e mais relevante clinicamente foi a distinção entre neuroses de sintoma e neuroses de carácter. A pertinência desta distinção reside nas suas implicações no que se refere ao tratamento e prognóstico. Sendo uma neurose de sintoma, assumia-se que algo na vida presente teria ativado um conflito infantil inconsciente e que estavam a ser usados mecanismos desajustados para lidar com a situação. Se o paciente apresentasse um problema de personalidade ou de carácter, era necessário para a eventual recuperação e resistência a dificuldades futuras a reconstrução da personalidade, pelo que o terapeuta tinha um papel educativo e muito mais decisivo para o resultado da relação terapêutica (McWilliams, 2005).

Na última parte do século XIX e meados do século XX surgem novas ideias sobre a organização da personalidade, que sugerem a existência de um meio-termo entre a neurose e a psicose. Com o objetivo de captar as características dessas pessoas, os terapeutas começam a propor novas designações de diagnóstico, surgindo, assim, o conceito de organização *borderline* de personalidade. Esta nova conceção foi largamente aceite pela comunidade psicanalítica, tendo-se alcançado um consenso

surpreendentemente consistente em relação às manifestações clínicas dos problemas deste espectro (Vidal & Lowenkron, 2010).

Atualmente, os terapeutas de orientação dinâmica tendem a efetuar uma avaliação global, sobre se a estrutura de carácter da pessoa é essencialmente neurótica, *borderline* ou psicótica. As pessoas com tendências psicóticas podem ser compreendidas como fixadas psicologicamente nas problemáticas da fase simbiótica inicial; as pessoas com uma organização *borderline* são entendidas em termos da sua preocupação com temas de separação-indivuação; e as pessoas que têm uma estrutura neurótica podem ser percebidas em termos edipianos (Freud, 1996).

Deste modo, consoante as estruturas de organização da personalidade, assim serão as defesas selecionadas, o nível de integração da identidade, a adequação ao teste da realidade, a capacidade de adequar a sua própria patologia, a natureza do seu conflito primário e o potencial de transferência e contratransferência (Appelbaum, 2012).

Atualmente, a estrutura neurótica é atribuída a pessoas emocionalmente saudáveis, que apesar de terem algum sofrimento emocional têm elevada capacidade de funcionamento, e utilizam o recalçamento como defesa básica, em vez de soluções mais indiscriminadas para o conflito, tais como a negação, a clivagem e a identificação projetiva. O seu comportamento demonstra alguma consistência, a sua experiência interior é de continuidade do *self* e têm um contacto firme com a realidade. São pessoas cientes dos seus pontos fortes e fracos e sabem quais são os seus valores, pois têm um sentido bastante consistente do propósito, direção e objetivos de vida (Douglas, 2009).

Na outra extremidade encontra-se a estrutura psicótica que caracteriza as pessoas que se encontram desesperadas e desorganizadas internamente e que apresentam alucinações, delírios, ideias de referência e pensamentos ilógicos. As defesas utilizadas por estas pessoas incluem: a negação, a retirada, o controlo onnipotente, a idealização e as formas primitivas de projeção e de introjeção, a clivagem e a dissociação. Estas defesas são pré-verbais e pré-rationais e protegem a pessoa contra um medo opressivo, que mesmo perante as distorções assustadoras que as próprias defesas criam, é considerado um mal menor. Estes pacientes têm graves problemas de identidade e o seu teste da realidade encontra-se, seriamente, comprometido. Os modelos da psicologia do ego realçam a ausência de diferenciação interna entre *id*, ego e superego, pelo que a natureza

do conflito primário é literalmente existencial: vida *versus* morte, existência *versus* obliteração, segurança *versus* terror (Golse, 2005).

As pessoas com uma organização *borderline* de personalidade recorrem, frequentemente, a defesas primitivas, tais como: a negação, a identificação projetiva e a clivagem, pelo que pode ser difícil distingui-los dos pacientes psicóticos em regressão. Estes pacientes assemelham-se e diferenciam-se das pessoas psicóticas na dimensão da integração da identidade, pois a sua experiência do *self*, provavelmente, está repleta de inconsistência e descontinuidade. No entanto, no que diz respeito ao teste da realidade, os dois grupos diferem radicalmente. Nos pacientes *borderline* as transferências são fortes, não ambivalentes e resistentes às formas comuns de interpretação e as relações transferenciais tendem a ser fortes e perturbadoras (Vidal & Lowenkron, 2010).

Perante o exposto, verificamos que existe um conjunto de patologias que vai desde as áreas psicóticas até às neuróticas-saudáveis. No entanto, as pessoas não estão uniformemente distribuídas ao longo de todos os pontos de cada *continuum*, podendo enquadrar-se em diferentes dimensões tipológicas (*e.g.*, psicopático, narcísico, esquizoide, depressivo, histérico). Assim, as categorias que habitualmente recorrem a defesas primárias estarão mais direcionadas para o polo psicótico; as pessoas paranóides que por norma dependem das defesas projetivas, situar-se-ão mais no nível psicótico do que no nível neurótico; as categorias tipológicas que se apoiam em defesas de nível superior tenderão mais para o polo neurótico (McWilliams, 2005).

Referências:

- Appelbaum, A. (2012). Review of psychodynamic psychotherapy: a clinical manual. *Psychoanalytic Psychology*, 29(2), 274-275. doi:10.1037/a0026431
- Blaya, C., Dorneles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 179-183.
- Douglas, A. (2009). The mystery of personality: a history of psychodynamic theories. *Choice: Current Reviews for Academic Libraries*, 47(4), 774.
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (pp. 13-80). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Golse, B. (2005). Sigmund Freud. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança* (pp. 23-56). Lisboa: Climepsi.
- Jones, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud* (vol. 3). Rio de Janeiro: Imago.
- Kernberg, O. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J. Clarkin & M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Tyson, P., & Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development: an integration*. New Haven: Yale University Press.
- Vidal, M., & Lowenkron, T. (2010). Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(4), 725-728. doi.org/10.1590/S0102-37722010000400016.

ANEXO B

Psicanálise e mudança psíquica: cartografias para uma viagem



Psicanálise e mudança psíquica:
cartografias para uma viagem

Orientadora de estágio: Mestre Patrícia Roseiro

Estagiária: Nélia de Jesus da Silva Sousa

Dezembro 2014

*Temos medo do que não conhecemos e o inconsciente é desconhecido!
À medida que vamos tendo consciência e compreendendo
o que nos amedronta, o medo vai-se dissipando.*

Isabella Bovendorp

ÍNDICE

Eu sou a minha história que reconstruí junto de alguém	
Sigmund Freud (1856-1939)	4
Eu superei a inveja e sou grato a alguém que sobreviveu aos meus ataques, por tolerância e amor	
Melanie Klein (1882-1960)	5
Eu sou o próprio e tenho agora “capacidade de estar só” porque cresci junto de alguém que me deu esperança de poder criar a minha história	
Donald Winnicott (1896-1971)	6
Eu “estou sendo “ na medida em que me questiono sobre quem sou	
Wilfred Bion (1897-1979)	7
Eu agora sou menos ambicioso e mais seguro do meu valor, porque cresci junto de alguém que reconheceu essa minha necessidade de admirar e ser admirado	
Heinz Kohut (1913-1981)	8
Eu vou sendo através das personagens das muitas possíveis “estórias” que imaginei com alguém	
Antonino Ferro (1947-)	9

EU SOU A MINHA HISTÓRIA QUE RECONSTRUI JUNTO DE ALGUÉM

(Sigmund Freud, 1930)

A base do modelo freudiano é tornar consciente o que está inconsciente. Neste contexto, acreditava que através da interpretação dos sonhos era possível aceder ao que estava reprimido, à satisfação dissimulada dos desejos. O sonho corresponderia à verdadeira história do paciente (conteúdo manifesto), isto é, a simbolização que expressa o verdadeiro significado do que estava recalcado e que através da interpretação explícita o funcionamento psíquico do paciente, evidenciando o seu conteúdo latente (fantasias e desejos inconscientes).

Freud propôs que forças psicológicas inconscientes afetam poderosamente o pensamento e o comportamento humanos. Estas forças têm origem nas emoções da infância e a sua influência perdura toda a vida. Assim, na sua primeira tópica postulou três níveis de consciência: (1) a mente consciente que opera de acordo com a realidade e com a qual nos identificamos; (2) a mente pré-consciente que diz respeito ao material que apesar de não estar consciente num determinado momento, pode ser facilmente deslocado para a consciência; (3) a mente inconsciente que contém material que não emerge prontamente na consciência.

Na segunda tópica Freud dá importância ao conflito entre o *id*, o *ego* e o *superego*. O *id* é um domínio totalmente inconsciente, constituído por pulsões e desejos reprimidos que se regem pelo princípio do prazer; o *ego* é composto por conteúdos conscientes e inconscientes que se regem pelo princípio da realidade; o *superego* é constituído por normas, regras, valores e condutas de ordem social, cultural e moral interiorizada pelo indivíduo. O *id*, o *ego* e o *superego* não coexistem pacificamente, pois o *id* exige satisfação imediata das pulsões, enquanto o *superego* fomenta sentimentos de culpa quando se tenta satisfazer algum impulso imoral.

Freud propõe uma construção-reconstrução narrativa que tem como objetivo preencher lacunas e distorções mnésicas. Através da interpretação e da transferência positiva os acontecimentos do passado dão lugar à repetição e vão permitir a elaboração de uma narrativa da história do paciente. Ao longo do processo analítico os mecanismos de defesa vão diminuindo e tornam o *superego* menos rígido o que permite tornar consciente o inconsciente.

EU SUPEREI A INVEJA E SOU GRATO A ALGUÉM QUE SOBREVIVEU AOS MEUS ATAQUES, POR TOLERÂNCIA E AMOR

(Melanie Klein, 1950)

Melanie Klein enfatiza a análise da transferência, uma pré-condição para analisar as camadas mais profundas da mente. É uma externalização de relações objetais internalizadas, ou seja, o mundo de objetos que vão sendo internalizados pelo indivíduo desde o nascimento por meio dos processos de projeção e introjeção. Contudo, acrescenta que a transferência não se refere apenas às relações passadas e presentes, mas também, à relação que existe entre o mundo interno e externo do indivíduo em termos de emoções, defesas e relações de objeto. Neste contexto, o desenvolvimento do ego depende do resultado de processos de introjeção, que valorizam a relação de objeto na construção do *self*, que se estruturam sobre dois conceitos: o da posição esquizoparanóide e o da posição depressiva.

A posição esquizoparanóide é caracterizada por sentimentos de ansiedade persecutória exacerbada e conseqüente medo de aniquilação do ego e do objeto, sendo a clivagem um dos primeiros mecanismos de defesa utilizados pelo ego contra a angústia (ansiedade) e que, paradoxalmente, vai permitir a sua organização. Esta deslocação de um objeto para outro implica um processo que contribui para a construção do mundo interno, partindo da relação que estabelece com o exterior e com a realidade em geral. A superação da posição esquizoparanóide, altamente fragmentada e desorganizada, acontece quando há um predomínio de experiências boas sobre as más, quando o ego crê na primazia do objeto ideal e se sente seguro para enfrentar ansiedades e conflitos, sem recorrer a mecanismos de defesa limite. Verifica-se um impulso para a integração do ego, confirmando a tendência inicial, ocorrendo a transição de uma fase mais primitiva e arcaica para outra mais evoluída e integrada, a posição depressiva.

A posição depressiva é caracterizada pela angústia de perda do objeto, em que o ego sente culpa e teme pelo estrago que causou ao objeto amado, com as suas pulsões agressivas. A relação de objeto é total, e o ego vincula-se tanto nos seus aspetos bons como maus. Nesta posição, os mecanismos de defesa presentes são: o controlo onipotente, o triunfo e o desprezo, a culpa e a reparação.

O modelo kleiniano resume de forma clara e simples o diagnóstico das relações de objeto, que se caracteriza por uma fixação numa estrutura de desenvolvimento que procura maturidade pela reparação.

**EU SOU O PRÓPRIO E TENHO AGORA “CAPACIDADE DE ESTAR SÓ”
PORQUE CRESCI JUNTO DE ALGUÉM QUE ME DEU ESPERANÇA DE
PODER CRIAR A MINHA HISTÓRIA**

(Donald Winnicott, 1960)

Winnicott procura compreender o desenvolvimento da criança em interação com o seu meio envolvente. Ambiente este que deverá ser suficientemente bom e disponível para possibilitar à criança um espaço relacional para a autoexploração e desenvolvimento da sua autonomia. De acordo com a teoria do desenvolvimento de Winnicott o bebé não existe sozinho, mas essencialmente como parte de uma relação, dando assim, origem à expressão mãe-ambiente que favorece a necessidade constitutiva do *self*.

O ambiente facilitador é a mãe suficientemente boa, ou seja, a mãe capaz de reconhecer e atender as necessidades do bebé, em função de um processo de identificação específico. Neste contexto, o autor definiu a existência de três perspetivas nas quais o ambiente intervém para que ocorra a maturação do ego da criança: (1) o *holding* que diz respeito à forma como a criança é pegada e que desempenha um papel de proteção contra as experiências angustiantes; (2) o *handling* que caracteriza a forma como a criança é tratada, cuidada e manipulada; (3) e o *object-presenting* ou modo de apresentação do objeto.

Segundo Winnicott é através do brincar que se mobilizam todos os recursos disponíveis para o desenvolvimento da personalidade, pois é durante este processo que a criança e o adulto experimentam liberdade suficiente para criar e se criarem.

EU “ESTOU SENDO “ NA MEDIDA EM QUE ME QUESTIONO SOBRE QUEM SOU

(Wilfred Bion, 1965)

A teoria psicanalítica do pensamento de Bion, apesar de original, inspira-se nos princípios de prazer/realidade de Freud e no conceito de identificação projetiva de Klein, aos quais o autor introduz o conceito de vínculo.

Segundo o autor, a palavra vínculo descreve uma experiência emocional onde duas pessoas estão relacionadas uma com a outra. Neste contexto considera que existem emoções básicas (L/H/K) que relacionam o contentor e o conteúdo com características de amor (Love), ódio (Hate) e conhecimento (Knowledge). No seu entender estas emoções são intrínsecas ao vínculo entre dois objetos, já que uma experiência emocional não pode ser concebida isoladamente de uma relação. O vínculo K é de importância suprema para o desenvolvimento da mente e da personalidade, pois representa o indivíduo que procura uma atitude introspectiva, isto é, conhecer a verdade acerca de si próprio.

Bion enfatizou a ideia das relações entre um espaço contentor e um conteúdo perante a descrição da forma como a criança integra o seu próprio mundo. A mãe atua como contentor para as angústias e emoções da criança, ajudando-a a estruturar o seu próprio processo de identificação.

À conceção sobre as relações de objetos totais e/ou parciais elaboradas por Klein e pela escola das relações objetais, Bion acrescentou uma perspectiva, que embora simples, foi considerada profundamente inovadora. Utilizando o termo ligação, ele proporciona uma redefinição de questões relacionais, onde a problemática a abordar passa a ser também a da descoberta da representação da ligação em si, e principalmente a relação do sujeito com a função dessa ligação, e não somente com o objeto que proporciona essa função relacional.

**EU AGORA SOU MENOS AMBICIOSO E MAIS SEGURO DO MEU VALOR,
PORQUE CRESCI JUNTO DE ALGUÉM QUE RECONHECEU ESSA MINHA
NECESSIDADE DE ADMIRAR E SER ADMIRADO**

(Heinz Kohut, 1970)

A tentativa de encontrar um lugar para o *self* na teoria psicanalítica assume a sua forma mais explícita nos escritos de Kohut, que afirma que o desenvolvimento do indivíduo depende da consolidação de um *self*, definido como uma estrutura resultante das interações com o ambiente psicológico.

A sua concepção de *self* teve origem na observação das particularidades do funcionamento emocional de pacientes com transtornos narcisistas. Segundo o autor, o modelo estrutural do conflito psíquico proposto pela psicologia do ego é insuficiente para explicar tais necessidades narcísicas de espelho e idealização. Deste modo, a sua visão de *self* contempla uma descrição do narcisismo humano, entendendo que as necessidades narcísicas persistem por toda a vida adulta, caracterizando todas as relações objetais ao longo do desenvolvimento.

Nos primórdios do desenvolvimento, os outros não são vistos como separados, mas como objetos do *self*, que têm a função única de atender às suas necessidades. Esta necessidade de objetos do *self* nunca é superada, nem mesmo na vida adulta, uma vez que sempre precisamos de objetos do *self* no nosso ambiente para a nossa sobrevivência emocional.

Este modelo centra-se na reconstrução do *self* fragmentado, proporciona a regressão e permite satisfazer as necessidades narcísicas do paciente, ou seja oferece-se como objeto do *self* e ajuda o paciente a desenvolver um *self* coeso, a não ter medo de dececionar o outro ou de ficar dececionado e a valorizar-se a si próprio.

EU VOU SENDO ATRAVÉS DAS PERSONAGENS DAS MUITAS POSSÍVEIS “ESTÓRIAS” QUE IMAGINEI COM ALGUÉM

(Antonino Ferro, 1990)

A clínica de Ferro é inspirada na teoria dos campos do casal Baranger, nos conceitos de Winnicott e por uma interpretação pessoal das implicações clínicas das ideias de Bion. Segundo o autor a comunicação entre o analista e o paciente é muito importante, pois entre ambos existe uma identificação projetiva.

As suas produções são ricas em metáforas e pensamentos que libertam a imaginação e resultam num universo de emoções utilizadas para entender a mente do paciente. O seu modelo de análise é encarado como desenvolvimento de uma narrativa escrita a quatro mãos. O par analítico está unido e complementa-se, através da comunicação verbal e da fantasia inconsciente que permite descrever, recolher e agrupar as emoções, no sentido de as esclarecer e focalizar.

Ferro considera que na sessão analítica há uma constante atividade de *rêverie* de base que não é restrita à criação da imagem visual, pois pode receber, acolher e transformar as manifestações de todos os órgãos dos sentidos. Com esta valiosa capacidade, o analista recebe, metaboliza e transforma continuamente o que chega do paciente – em forma verbal, para-verbal e não verbal – em imagens visuais intuitivas: os pictogramas emocionais.

ANEXO C

Instrumentos de avaliação psicológica



Instrumentos de avaliação psicológica

Orientadora de estágio: Mestre Patrícia Roseiro

Estagiária: Nélia de Jesus da Silva Sousa

Novembro 2014

ÍNDICE

TESTES PROJETIVOS	3
As aventuras do Pata Negra	4
CAT-A: Teste de Aperceção Infantil	9
Era uma vez	11
TAT: Teste de Aperceção Temática	16
Teste de Rorschach: sistema compreensivo de Exner	21
Teste do desenho da família	25
TESTES COGNITIVOS	27
Bar-Ilan	28
WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças	33

TESTES PROJATIVOS

As aventuras do Pata Negra

1. Apresentação

O teste projetivo *As Aventuras de Pata-Negra*, da autoria de Louis Corman (2001) foi desenvolvido com o intuito de avaliar a personalidade e os conflitos inerentes ao funcionamento mental infantil a partir da abordagem psicanalítica, em crianças com idades compreendidas entre os 4 anos e os 15 anos de idade.

Trata-se de um prova composta por um cartão designado de Frontispício, o qual introduz a prova, o cartão Fada que a conclui e, ainda, dezassete cartões que contêm imagens figurativas de um porco e da sua família. A figura 18 – *Escada* – não existia nas primeiras edições do teste, mas depois de inúmeras aplicações considerou-se conveniente dar maior importância à figura do pai para que a mesma pudesse ser equiparada à da mãe, que até então, tinha um papel de destaque. Todas as imagens são a preto e branco (Corman, 2001).

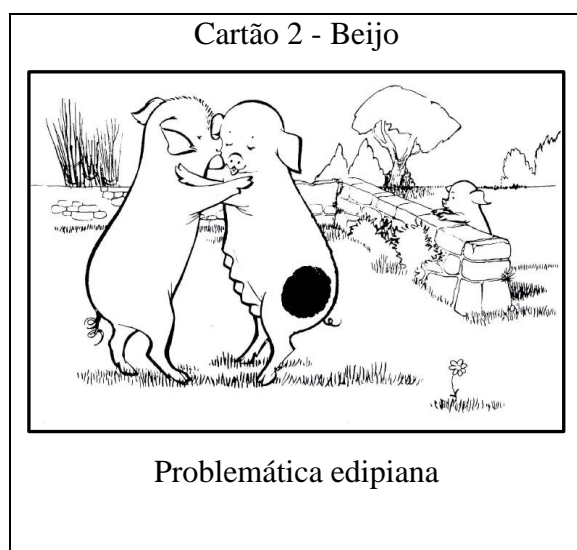
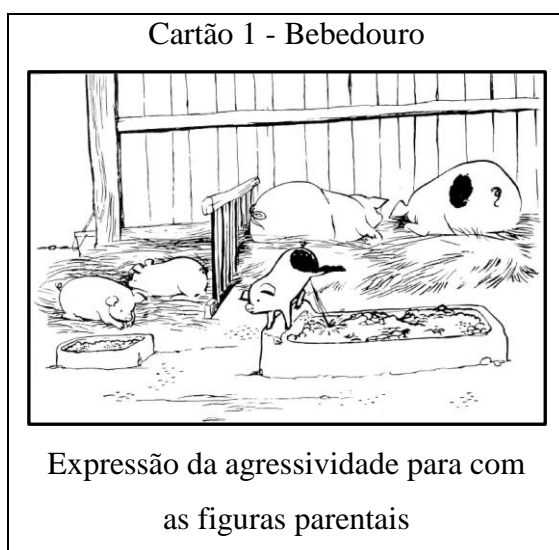
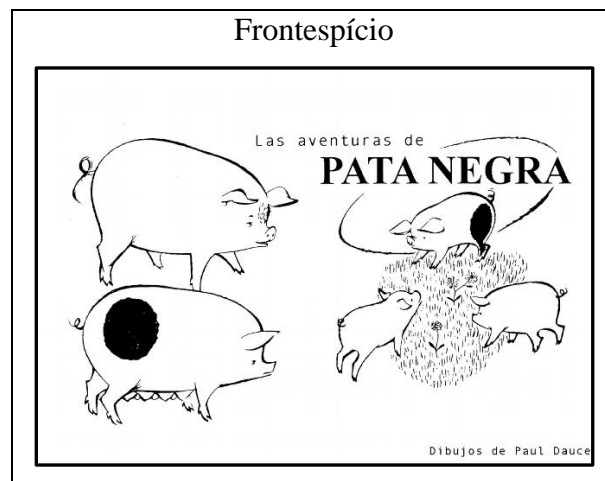
Perante as solicitações manifestas e latentes contidas em cada cartão, a criança é convidada a escolher os cartões que prefere e a narrar uma história inventada por si, dispondo a ordem de sucessão de cada imagem. Este procedimento permite que a criança em situação de avaliação projete a sua realidade interna, defesas e conflitos subjacentes ao seu funcionamento psíquico (Boekholt, 2000).

2. Aplicação

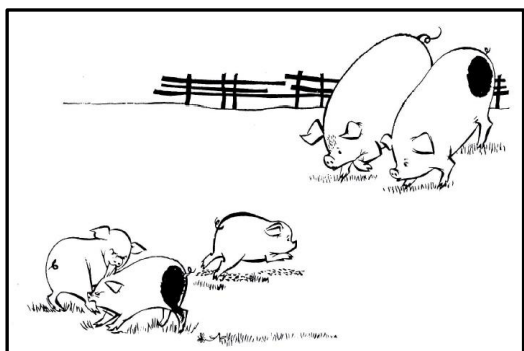
A aplicação da prova pressupõe cinco etapas: (1) o psicólogo apresenta o cartão Frontispício à criança e convida-a a identificar o *Pata Negra*, atribuindo-lhe idade e sexo. A criança deverá identificar, também, as restantes figuras, determinado o grau de parentesco entre estas. Este cartão mantém-se visível ao longo da prova; (2) com exceção do cartão Fada, todos os cartões são entregues à criança, sendo-lhe pedido para os distribuir em dois grupos, os que deseja que façam parte da história e os que não deseja; (3) a criança é convidada a separar os cartões que gosta dos que não gosta. Em seguida, por ordem de preferência no grupo dos cartões de que gosta, indica porque prefere cada cartão e quem gostaria de ser em cada imagem. No grupo inverso, ordena a

partir do que menos gosta, justificando porque não gosta e o que alterava na imagem para passar a gostar dela; (4) são feitas questões dirigidas no sentido de identificar dados omissos; (5) o psicólogo faz questões de síntese, procurando saber: quem é o mais feliz e porquê, quem é o menos feliz e porquê. No fim, apresenta o cartão Fada e diz: “A fada apareceu e disse ao Pata Negra que pode pedir três desejos. Diz-me quais foram estes desejos” (Corman, 2001).

3. Apresentação dos cartões e conteúdos latentes

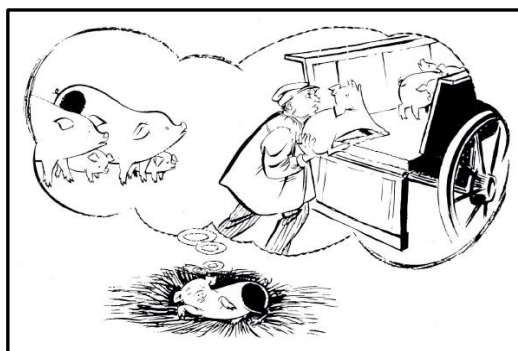


Cartão 3 - Batalha



Tema sádico oral de rivalidade fraterna

Cartão 4 - Carroça



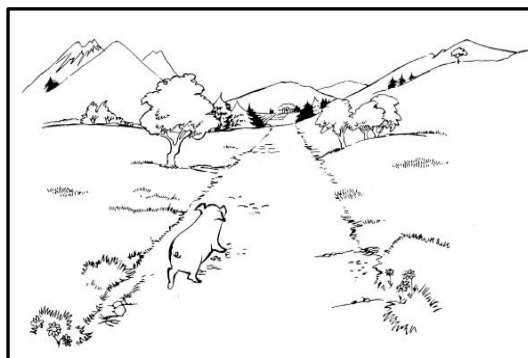
Angústia de separação e agressividade nas relações familiares

Cartão 5 - Cabra



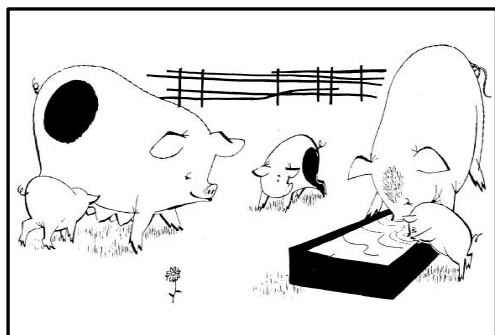
Relação com um substituto materno

Cartão 6 - Partida



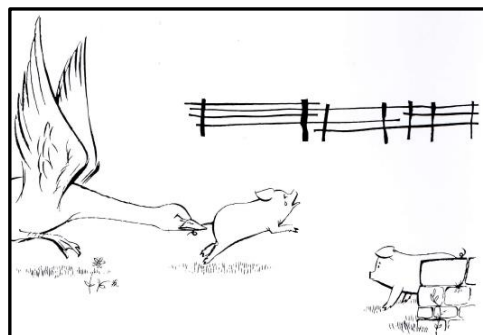
Relação de dependência e angústia de separação

Cartão 7 - Hesitação



Tema de ambivalência, rivalidade fraterna ou exclusão

Cartão 8 - Ganso



Relação de agressividade *versus* castração

Cartão 9 – Brincadeiras sujas



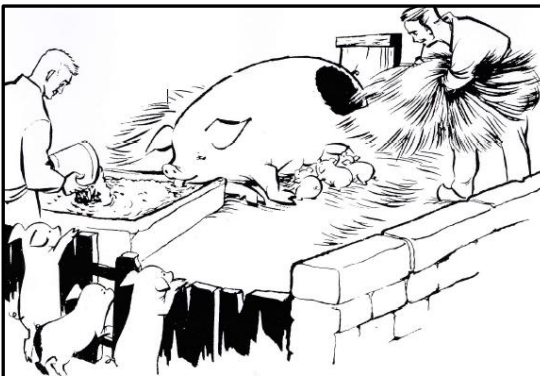
Agressividade face a uma figura parental
num contexto anal

Cartão 10 – Noite



Curiosidade sexual e fantasmas da cena
primitiva

Cartão 11 – Ninhada



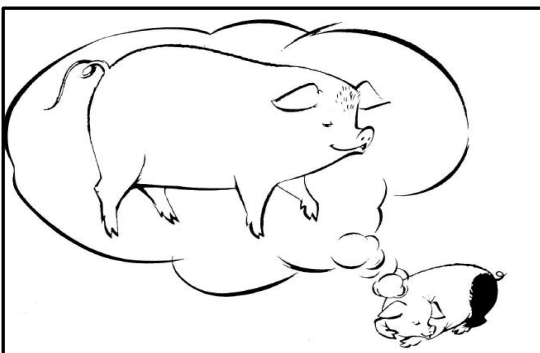
Tema do nascimento e de rivalidade
fraterna

Cartão 12 – Sonho mãe



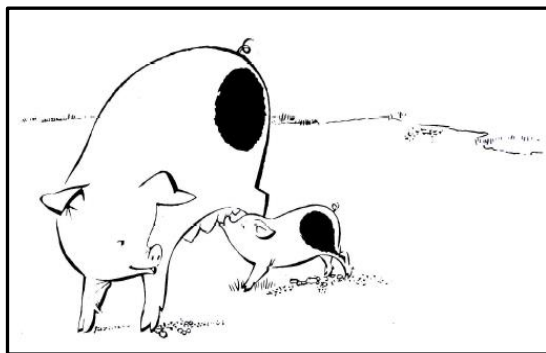
Relação com a figura materna

Cartão 13 – Sonho pai



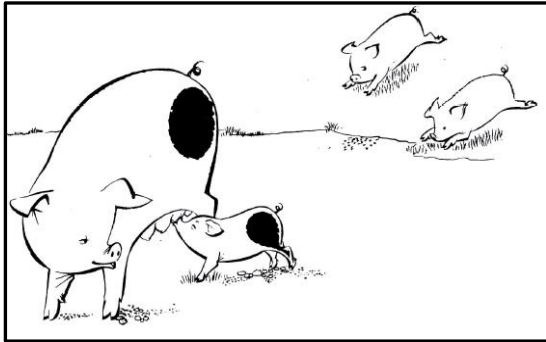
Relação com a figura paterna

Cartão 14 – Mamada 1



Fase oral

Cartão 15 – Mamada 2



Fase oral com rivalidade fraterna

Cartão 16 – Buraco



Receio da separação, solidão, exclusão
e/ou punição.

Cartão 17 – Fada



Dinâmica da personalidade e
realização do Eu

Cartão 18 - Escada

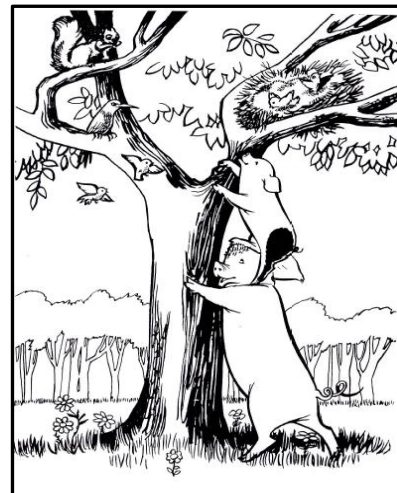


Figura do pai

Referências

Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi Editores.

Corman, L. (2001). *Test de Pata Negra: manual*. Madrid: TEA Ediciones.

CAT-A: Teste de Aperceção Infantil

1. Apresentação

O Teste de Aperceção para Crianças (CAT-A) é um teste projetivo e perceptivo que tem por base o Teste de Aperceção Temática (TAT) de Henry Murray. No entanto, as figuras humanas foram substituídas por animais para uma melhor adesão, identificação e projeção das crianças ao teste (Bellak & Bellak, 1961).

O CAT-A tem como objetivo enquadrar a personalidade da criança e analisar o significado dinâmico das suas respostas aos estímulos apresentados. Visa, ainda, aceder às dinâmicas das relações interpessoais, aos impulsos e à natureza das defesas. Pode ser aplicado a crianças entre os 3 e os 8 anos. Contudo, é importante ter em conta a maturidade e a facilidade com que a criança se expressa. Uma criança de 3/4 anos poderá ter alguma dificuldade em expressar-se fluentemente de modo a contar uma história, mas quando o conseguem fazer é um prognóstico de bom desenvolvimento psicológico. Depois dos 6 anos, o CAT-A permite analisar as formas de instalação da latência pulsional, bem como os mecanismos defensivos utilizados pela criança para estruturar o seu psiquismo, na presença ou ausência do eixo edipiano (Boekholt, 2000).

É constituído por dez cartões com imagens a preto e branco onde estão representados animais domésticos e selvagens em diversas situações (*e.g.*, alimentação, linguagem, rivalidades, medos) o que permite avaliar diversos aspetos da personalidade (*e.g.*, impulsos, emoções, sentimentos, conflitos) em situações clínicas e em situações normais (Bellak & Bellak, 1961).

2. Aplicação

A aplicação é feita individualmente e tem uma duração variável.

Os cartões devem ser apresentados pela ordem indicada e apenas deve estar visível aquele que a criança está a observar.

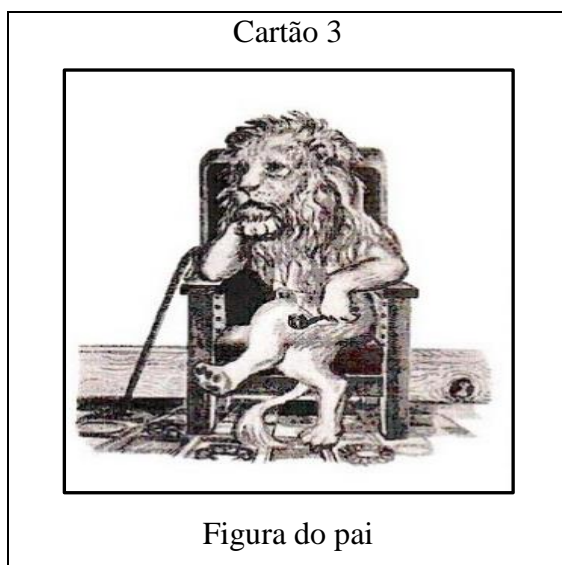
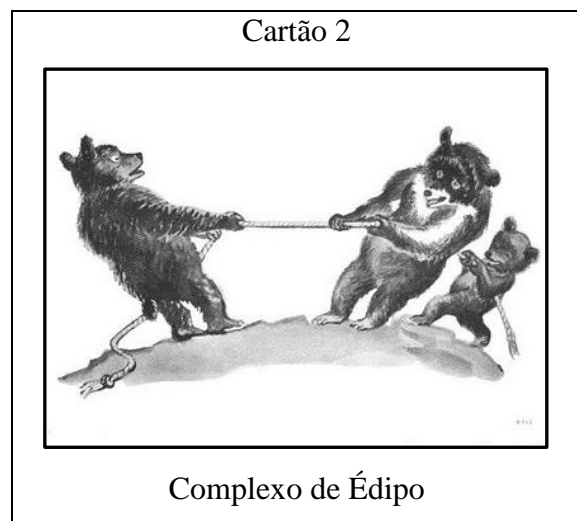
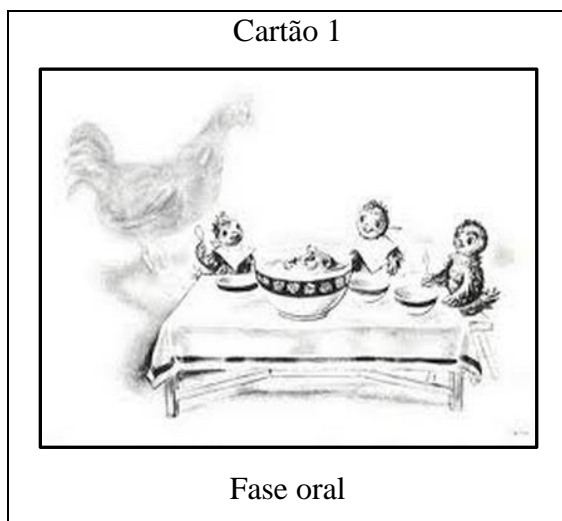
Como em qualquer teste de avaliação psicológica, deve tentar-se descontraír a criança, esclarecendo que neste jogo não existem respostas certas ou erradas e que as mesmas não serão pontuadas.

No início da aplicação deverá ser dada a seguinte instrução: “*Vamos contar uma história sobre estas imagens, e deves dizer o que vai acontecendo, o que os animais estão a fazer.*”

O psicólogo deverá interrogar a criança acerca do que aconteceu e do que irá acontecerá depois. Se necessário, pode fazer intervenções durante a aplicação, do tipo: “*E então?*”, “*E depois?*”, “*Sim, conta!*”, “*O que é que acontece?*”

Todos os comentários e comportamentos manifestados pela criança durante a aplicação do teste deverão ser anotados (Bellak & Bellak, 1961).

3. Apresentação dos cartões e conteúdos latentes



Cartão 5



Cena primitiva / sexualidade

Cartão 6



Cena primitiva / relação precoce

Cartão 7



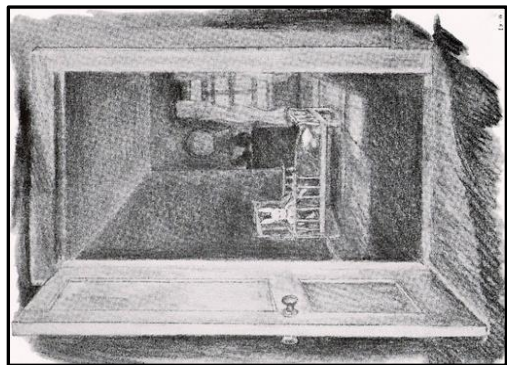
Agressividade

Cartão 8



Super ego

Cartão 9



Solidão

Cartão 10



Fase anal

Referências

- Bellak, L., & Bellak, S. (1961). *Children's apperception test manual* (4ª ed).
Larchmont: CPS.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi

Era uma vez...

1. Apresentação

A prova “*Era uma vez...*” é uma técnica projetiva para completar histórias, que foi desenvolvida por Fagulha, em 1992. Destina-se a crianças dos 5 aos 11/12 anos e tem como objetivo descrever o modo como as mesmas elaboram as emoções de ansiedade e de prazer. Estes estados afetivos têm uma importante função adaptativa no desenvolvimento psicológico da criança.

A prova é constituída por sete cartões que apresentam, sob a forma de banda desenhada, histórias incompletas relativas a acontecimentos comuns na vida de qualquer criança. Cinco cartões remetem para situações ansiogénicas de natureza distinta: separação (Cartão I), doença (Cartão II), terrores noturnos e pesadelos (Cartão IV), conflito entre os pais (Cartão VI) e dificuldades escolares (Cartão VII). Os restantes cartões remetem para experiências agradáveis: uma ida à praia (Cartão III) e o dia de aniversário (cartão V) (Fagulha, 1993).

Para cada cartão existem nove cenas que representam diferentes possibilidades de elaboração da experiência emocional evocada. À criança propõe-se que complete a história desenhada no cartão, escolhendo três dessas nove cenas e colocando-as em sequência. Após a seleção e organização sequencial das cenas, a criança conta a história que acabou de construir (Fagulha, 1992).

As nove cenas disponíveis por cartão agrupam-se em três categorias de três cenas cada: (1) a categoria Aflição é representada por cenas que retratam acontecimentos dolorosos ou associados a perigos que refletem a angústia desencadeada pelo episódio proposto no cartão; (2) a categoria Fantasia engloba as cenas em que a criança consegue, através do recurso à fantasia, uma redução da tensão provocada pelos aspetos críticos do estímulo; (3) a categoria Realidade é constituída por cenas que representam o reconhecimento e a aceitação da realidade (dolorosa ou agradável) ou estratégias de ação que visam a resolução da situação proposta no cartão (Fagulha, 1993).

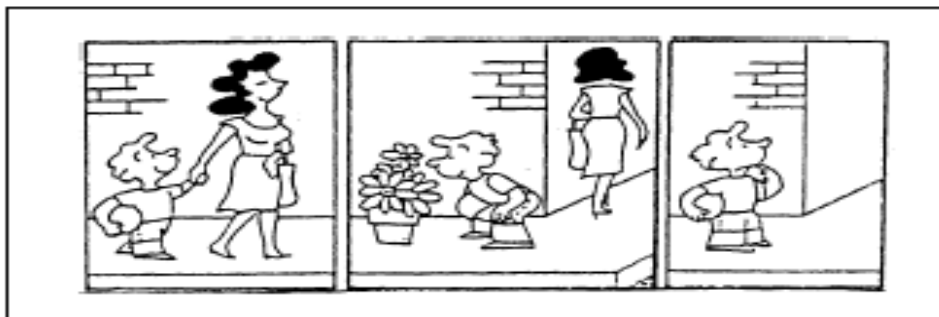
As cenas que representam cada uma das categorias não são, propositadamente, equivalentes, pois têm como objetivo possibilitar uma maior variedade de expressão de significados nas respostas (Fagulha, 1999).

2. Aplicação

O psicólogo apresenta e descreve o episódio desenhado no cartão e pede à criança que complete a história, escolhendo as três cenas (entre nove disponíveis) e organizando-as em sequência. A aplicação é feita individualmente, numa única sessão e tem uma duração variável.

3. Apresentação dos cartões e conteúdos manifestos

Cartão I – Passeio com a mãe



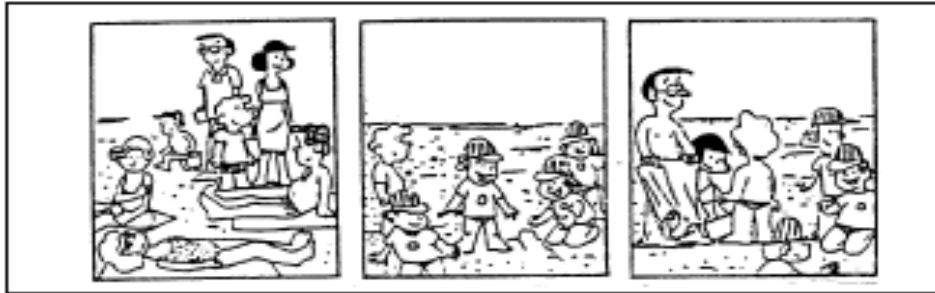
A criança ao passear com a mãe fica sozinha e perdida

Cartão II - Doença



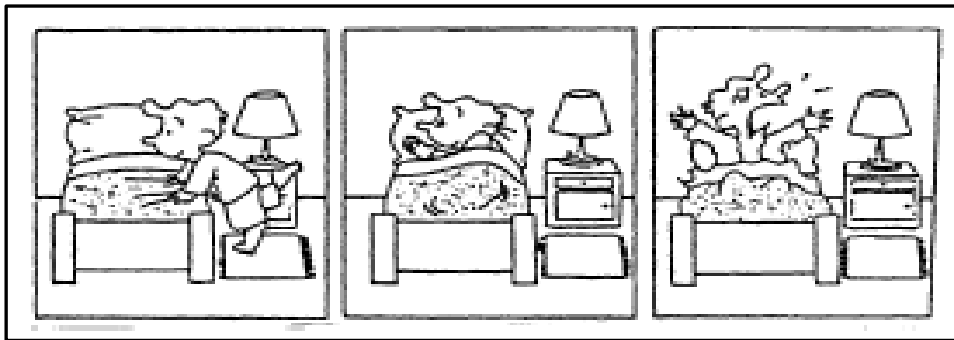
A criança está doente e necessita de cuidados médicos

Cartão III – Passeio à praia



A criança vai passear à praia com os pais e encontra um grupo de meninos com quem pode brincar

Cartão IV - Pesadelo



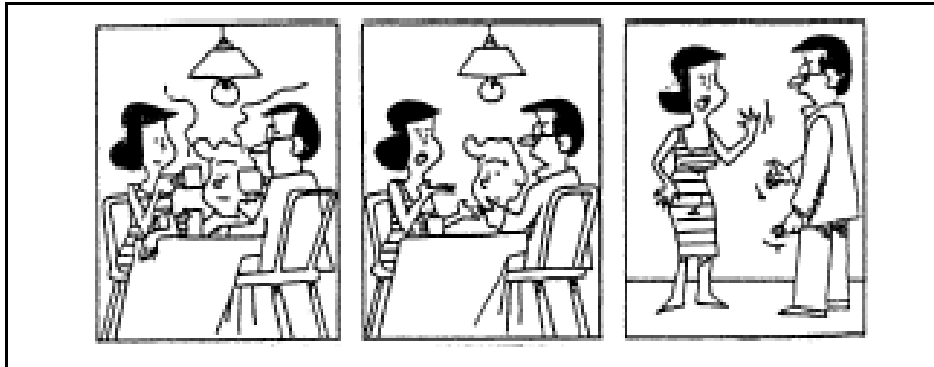
A criança deita-se, adormece e acorda com um sonho mau

Cartão V – Dia dos anos



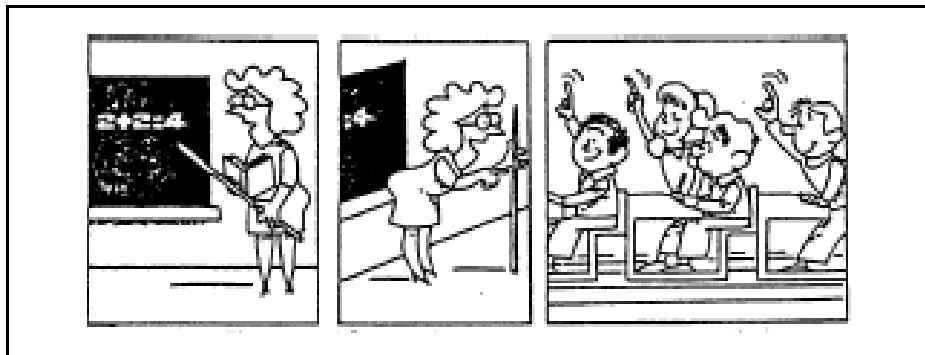
A criança faz anos, os pais e os amigos dão-lhe os parabéns e há um bolo com velas

Cartão VI – Briga dos pais



A criança está à mesa com os pais e testemunha uma discussão entre eles

Cartão VII - Escola



Na aula, a professora faz uma pergunta a que todos os alunos respondem, exceto a criança

Referências

- Fagulha, T. (1992). *A Prova “Era uma vez...”: uma prova projectiva para crianças*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Fagulha, T. (1993). *“Era uma vez...”: Prova projectiva para crianças: manual e material*. Lisboa: CEGOC.
- Fagulha, T. (1999). Era uma vez... um menino com medo de morrer. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 89-100.

O TAT tem um tempo de latência e um tempo total por cartão. Assim, é medido o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o momento em que a pessoa começa a falar. É, ainda, mensurado o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o fim da história contada pelo sujeito. As características temporais não são interpretadas em termos de eficiência ou de realização, mas como referências clínicas que mostram a reatividade e a tendência do sujeito para a inibição (Parada & Barbieri, 2011).


A ordem de apresentação dos cartões deve ser respeitada, porque ao longo da prova o sujeito é confrontado com estímulos que se vão modificando. Os cartões começam com situações mais estruturadas e termina com as mais simples, devendo o cartão 16 (em branco) ser exibido no fim da aplicação (Shentoub et al.,1999).

A interpretação das histórias é feita através das narrativas do sujeito pelo que devem anotar-se todos os comentários, seguindo sempre a ordem de apresentação dos cartões. Estes relatos revelam elementos significativos da personalidade, através de um processo mental que conjuga elementos da fantasia e da realidade, em função dos elementos manifestos e latentes dos cartões (Brelet-Fourlard & Chabert, 2005).

Os resultados são analisados através de uma grelha de decomposição que permite cotar as respostas e agrupar os diferentes procedimentos de elaboração do discurso, bem como as estratégias defensivas utilizadas (Shentoub et al.,1999). Esta análise permite aceder aos conflitos e problemas de cada sujeito, nomeadamente o modo como se relaciona consigo e com os outros (Parada & Barbieri, 2011).

3. Apresentação dos cartões e conteúdos latentes

Cartão 1



Imaturidade funcional; angústia de castração

Cartão 2



Conflito edipiano

Cartão 3BM



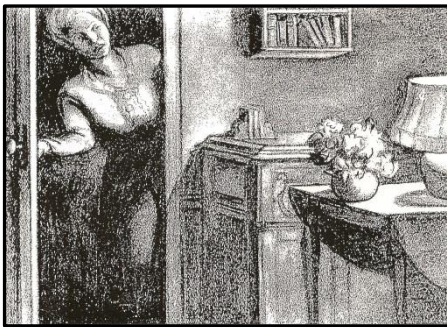
Perda de objeto; elaboração da
posição depressiva

Cartão 4



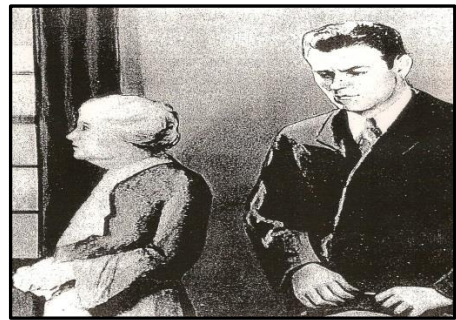
Conflito pulsional numa relação
heterossexual; diferenciação das imagens
parentais em contexto conflitual

Cartão 5



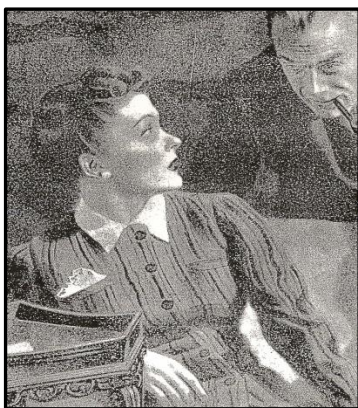
Modalidades de relação; registos
conflituais com a figura materna

Cartão 6BM



Proximidade edipiana mãe-filho

Cartão 6GF



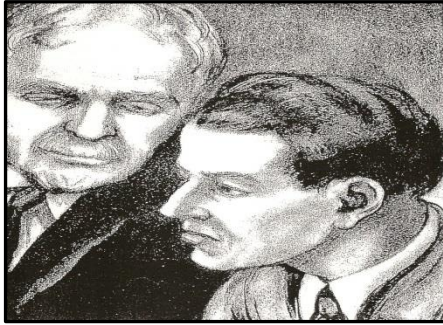
Fantasma de sedução

Cartão 7GF



Relações mãe-filha numa dupla
dimensão: rivalidade e identificação

Cartão 7BM



Proximidade edipiana mãe-filho

Cartão 8BM



Angústia de castração e/ou agressividade
para com a figura paterna

Cartão 9GF



Problemática identitária de individuação;
identificação sexual feminina

Cartão 10



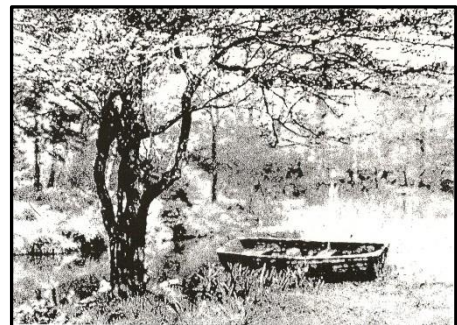
Expressão libidinal num casal;
solicitações identitárias

Cartão 11



Capacidade de elaboração de solicitações
pré-genitais ansiogênicas

Cartão 12 BG



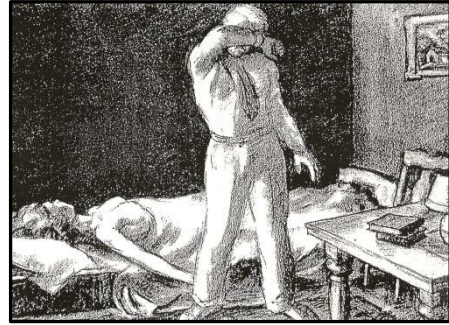
Experiências pré-genitais positivas e
dimensão objetal na ausência da
personagem figurada

Cartão 13B



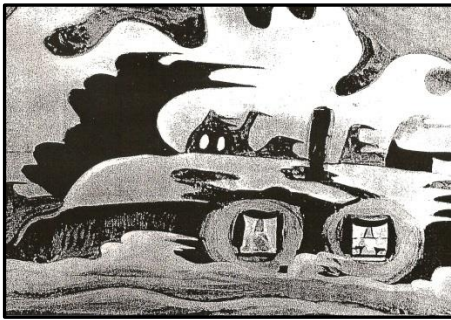
Solidão num contexto de precaridade do simbolismo materno; capacidade de estar só

Cartão 13MF



Expressão de agressividade e da sexualidade no casal

Cartão 19



Problemática pré-genital; capacidade de delimitação dentro/fora

Cartão 16



Capacidade de estruturar um objeto interno

Nota: B = Boy; M = Male; G = Girl; F= Female

Referências

- Brelet-Fourlard, F., & Chabert, C. (2005). *O novo manual do TAT: abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Parada, A., & Barbieri, V. (2011). Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. *Psico-USF*, 16(1), 117-125.
- Shentoub, V., & colaboradores (1999). *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi.

Teste de Rorschach – sistema compreensivo de Exner

1. Apresentação

O Rorschach é um teste projetivo que tem como objetivo avaliar a personalidade e o funcionamento emocional do indivíduo. Foi criado por Hermann Rorschach, em 1921 e é composto por 10 pranchas com borrões de tinta que obedecem a características específicas (*e.g.*, proporção, angularidade, luminosidade, equilíbrio espacial, cores) que facilitam a projeção e a exteriorização dos aspetos estruturais da personalidade. Apesar de poder ser utilizado e interpretado de diversas formas, consoante a abordagem teórica do avaliador, os resultados devem convergir sempre no mesmo sentido (Chabert, 2003).

Em 1990, Exner desenvolve uma abordagem – sistema compreensivo - que se preocupa mais com as características da percepção do que com o conteúdo das respostas ao estímulo. Além de aceder ao funcionamento cognitivo do sujeito debruça-se sobre a classificação do mesmo, podendo ser aplicado desde os 5 anos até à idade adulta (Exner & Sendin, 1995).

2. Aplicação

Segundo Exner (1993), o teste deve ser aplicado numa posição lado a lado, para evitar possíveis interferências do examinador, nomeadamente através das suas expressões não-verbais.

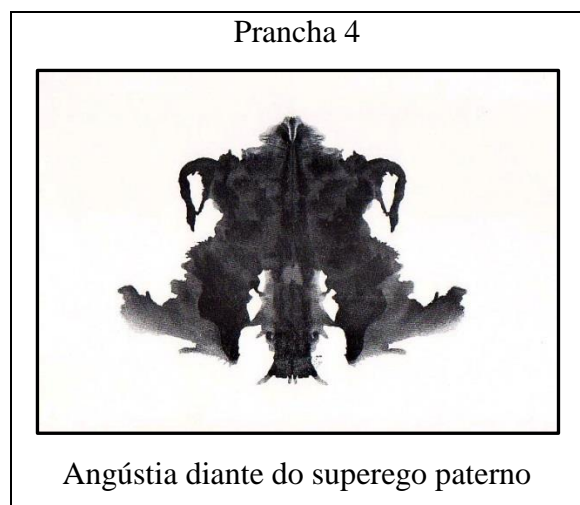
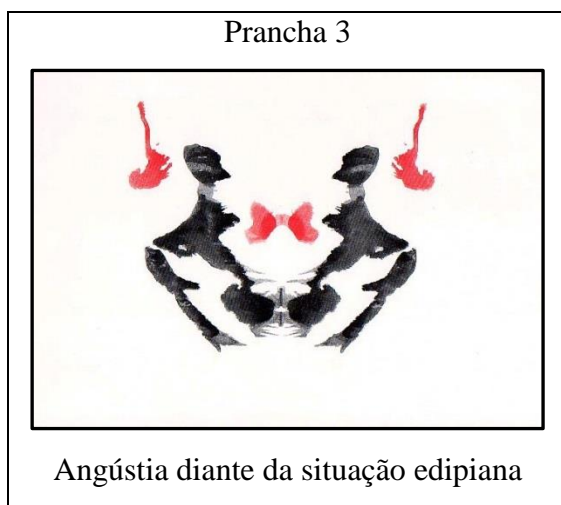
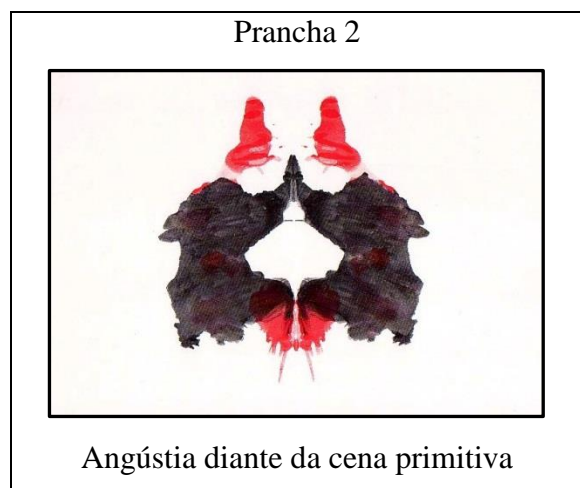
Antes da sua aplicação, é importante fazer uma pequena introdução em que se explica que vão ser mostradas 10 imagens constituídas por umas manchas de tinta. Seguidamente é pedido que o sujeito responda à seguinte pergunta: “*O que é que isto lhe faz parecer?*”

É desejável que sejam dadas pelo menos catorze respostas aos estímulos observados nas 10 pranchas, de modo a favorecer a análise e evitar a baixa correlação. Na primeira fase – associação livre – as respostas devem ser anotadas na íntegra. A segunda fase – inquérito – tem como objetivo completar os dados anteriormente recolhidos e assegurar que as respostas são codificadas com a maior exatidão possível (Exner, 1990).

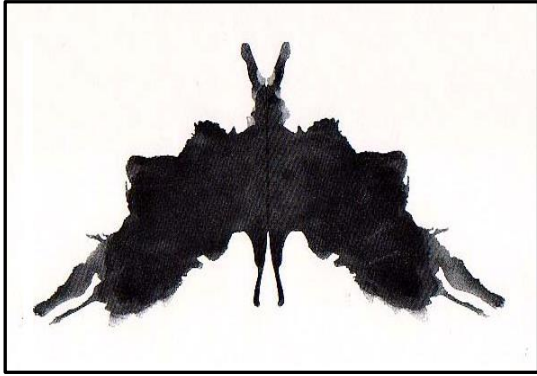
Cada uma das respostas é classificada segundo: a prancha em que foi percebida, a localização dentro da prancha, a qualidade evolutiva da percepção, o fator que as determinou, a qualidade formal da percepção da mancha, o conteúdo da resposta, a atividade organizativa da resposta, a popularidade da resposta e as características incomuns na resposta, caso ocorram (Exner, 2003).

A interpretação é baseada nos seguintes elementos: controlo e tolerância ao *stress*, processamento de informação, mediação cognitiva, ideação, recursos afetivos, percepção de si e relações interpessoais. Estes dados permitem identificar a organização interna do indivíduo e os processos gerais e específicos que delimitam determinados rasgos da sua personalidade (Exner & Sendin, 1995).

3. Apresentação das pranchas e conteúdos latentes

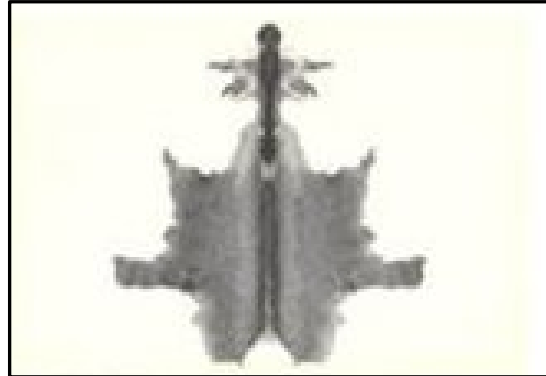


Prancha 5



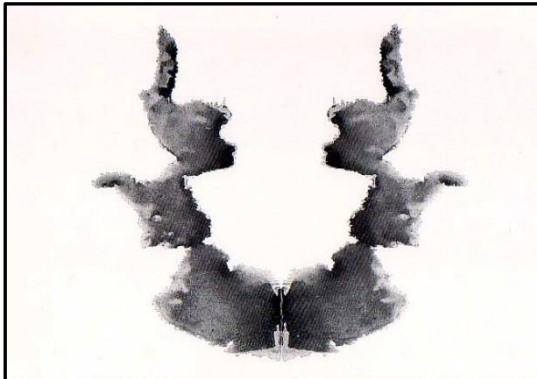
Angústia diante da imagem da mãe fálica

Prancha 6



Angústia diante da bissexualidade

Prancha 7



Angústia pela separação da mãe

Prancha 8



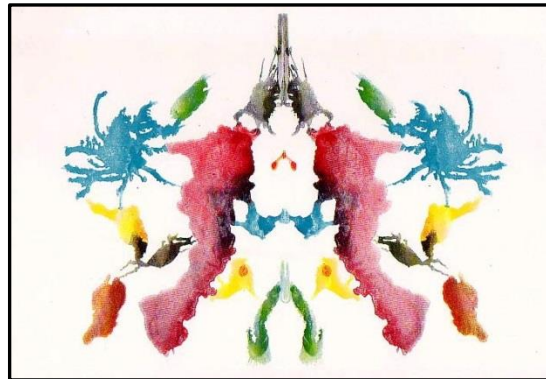
Angústia diante dos estranhos à família

Prancha 9



Angústia diante do impulso de morte

Prancha 10



Angústia de fragmentação

Referências:

- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Exner, J. (1990). *A Rorschach workbook for the comprehensive system* (5th ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- Exner, J. (1993). *The Rorschach: a comprehensive system: basic foundations* (vol. 1, 3rd ed.). New York: Wiley.
- Exner, J. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system: basic foundations and principles of interpretation* (vol. 1, 4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Exner, J., & Sendin, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el sistema comprensivo*. Madrid: Prismática.

Teste do desenho da família

O Desenho da família é uma prova projetiva, frequentemente, usada na avaliação psicológica de crianças a partir dos 5/6 anos de idade. Regra geral, é muito bem aceite e realizada com prazer, o que facilita a relação da criança com o examinador.

O teste desenrola-se em duas partes: a do desenho de uma família imaginária e a do desenho da família real e tem como objetivo aceder aos conflitos e desejos inconscientes, estado afetivo, estruturação da personalidade e representação do contexto familiar, nomeadamente das problemáticas ao nível do complexo de Édipo, do narcisismo e da rivalidade fraterna (Corman, 1982).

2. Aplicação

Na primeira fase do teste é dada a seguinte instrução: *“Sabes que há famílias de muitas coisas, animais, objetos... quero que desenes uma família imaginária, uma família imaginada, inventada por ti.”* Por ser uma instrução relativamente vaga, vai permitir que a criança se exprima mais livremente, facilitando a sua projeção.

A segunda parte do teste está condensada na seguinte instrução: *“Agora quero que desenes a tua família real”*.

O examinador deve ir anotando em que local da folha foi começado o desenho, qual a primeira personagem e a ordem pela qual os diversos membros da família são desenhados, podendo perguntar-se à criança quem são os personagens. Deve, ainda, ser dada especial atenção aos detalhes, paragens, observações e reações afetivas da criança. Todos estes dados podem ser significativos na medida em que refletem a relação da criança com a personagem ou a cena que está a desenhar. É também conveniente conhecer a composição da verdadeira família.

Ambos os desenhos são complementados por um questionário, no sentido de estimular a criança a falar sobre o que desenhou: *“Agora vamos falar sobre o desenho que fizeste. Vamos saber quem são!”*

Para cada figura desenhada, o examinador deve perguntar qual é o seu papel na família, nome e idade (Corman, 1982)

3. Apresentação dos questionários

Desenho da família imaginária

1. Quem são os elementos e o que estão a fazer?
2. Quem manda mais e quem manda menos?
3. Quem é o mais e o menos simpático? Porquê?
4. Quem é o mais e o menos feliz? Porquê?
5. Se pudesses ser algum, quem gostarias de ser? Porquê?
6. Se fossem dar um passeio de carro e não houvesse lugar para todos, quem é que ficava em casa?

Questionário da família real

1. Quem são os elementos e o que estão a fazer?
2. Quem manda mais e quem manda menos?
3. Quem é o mais e o menos simpático? Porquê?
4. Quem é o mais e o menos feliz? Porquê?
5. Se fossem dar um passeio de carro e não houvesse lugar para todos, quem é que ficava em casa?

Referências

Corman, L. (1982). *Test du Dessin de Famille*. Paris: PUF.

TESTES COGNITIVOS

Bar-Ilan

1. Apresentação

O Bar-Ilan é uma prova psicológica semi-projetiva que pretende despistar situações reais e significativas, normalmente, encontradas em contexto escolar e familiar. É constituída por desenhos a preto e branco que avaliam de forma subjetiva e qualitativa 9 domínios: comportamento interpessoal, conflitos, atitudes significativas face aos outros, sentimentos de competência, domínio das situações, reações emocionais, motivação, *locus* de controlo, processos de pensamento e atividade geral (Itzkowitz & Strauss, 1982).

As figuras retratam várias situações do quotidiano da criança por forma a analisar a sua perceção relativamente à escola e à família. Estas situações incluem as relações com os outros, nomeadamente professores, pais, irmãos e grupo de pares, que podem influenciar as suas atitudes. À exceção da imagem que representa a relação entre irmãos que é um pouco ambígua, todas as figuras estão bem definidas, o que permite uma identificação mais direta da criança com as mesmas. A simplicidade das imagens facilita as respostas da criança que poderiam ter dificuldades em responder a estímulos mais complexos e leva-as a reagir a um nível pré-consciente a consciente (Itzkowitz & Strauss, 2011).

O Bar-Ilan pode, ainda, ser introduzido como instrumento na formação de professores e para trabalhar com os pais na promoção de mudanças de atitudes com efeitos nas crianças. Itzkowitz e Strauss (1982) referem que as crianças de jardim-de-infância podem melhorar o seu auto-conceito através das discussões em grupo das situações colocadas por algumas figuras do teste.

2. Aplicação

É um teste de aplicação individual para crianças dos 4 aos 16 anos de idade, cuja duração é variável. É constituído por nove figuras que representam várias situações escolares correntes, sendo que na aplicação do teste se pede à criança para contar uma

história sobre cada figura. As imagens 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9 têm versões separadas para rapazes e raparigas (Itzkowitz & Strauss, 2011).

Antes da aplicação da prova, o examinador deve dar a seguinte instrução: *“Trouxe umas figuras que gostava de te mostrar para me contares umas histórias acerca delas”*.

As figuras devem ser apresentadas pela sequência numérica e todas vêm acompanhadas de perguntas-padrão relacionadas com o pensamento da criança, os seus sentimentos e os seus comportamentos na situação específica apresentada. Quando o examinador pretende que a criança elabore mais uma resposta, deve introduzir um *feedback* neutro como: *“Sim...”*, *“Conta mais...”* ou *“Estou a ouvir...”* (Itzkowitz & Strauss, 1982).

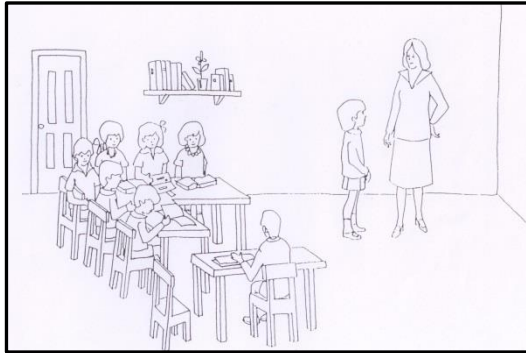
Se a criança evitar responder dizendo que não sabe o que é que a criança da figura está a dizer ou a fazer, o examinador deve encorajar a criança dizendo: *“Eu também não sei, mas podemos adivinhar”*, e repete a pergunta (Itzkowitz & Strauss, 2011).

3. Apresentação dos cartões e conteúdos latentes

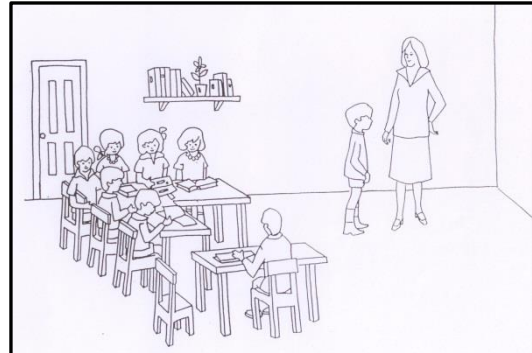


Cartão 2

Feminino



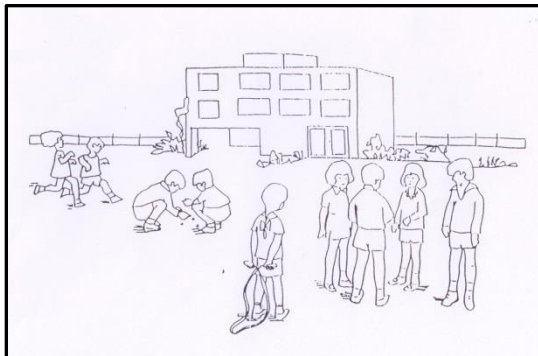
Masculino



Atitude perante os professores, os colegas e a situação de aprendizagem

Cartão 3

Feminino



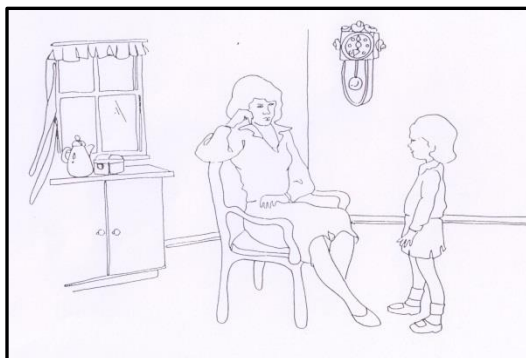
Feminino



Relações sociais dentro da escola

Cartão 4

Feminino



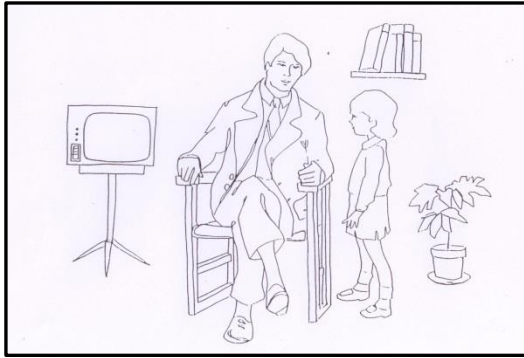
Feminino



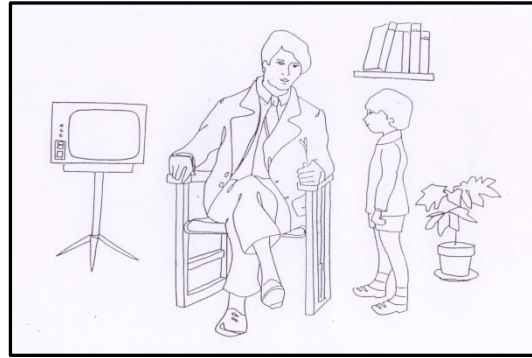
Percepção da criança da sua relação com a mãe, especialmente no que diz respeito ao seu envolvimento na escola

rtão 5

Feminino



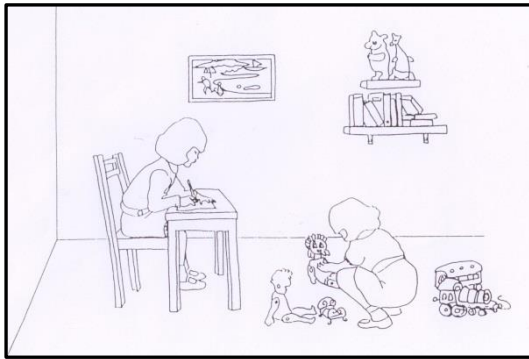
Feminino



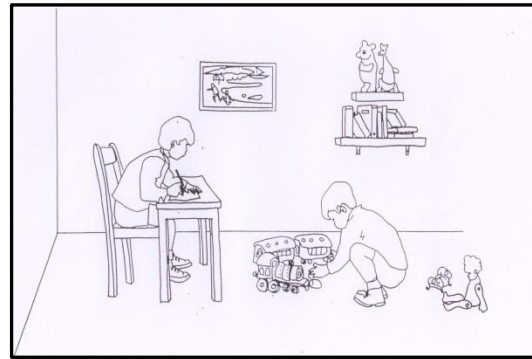
Percepção da criança da sua relação com o pai, especialmente no que diz respeito ao seu envolvimento na escola

Cartão 6

Feminino



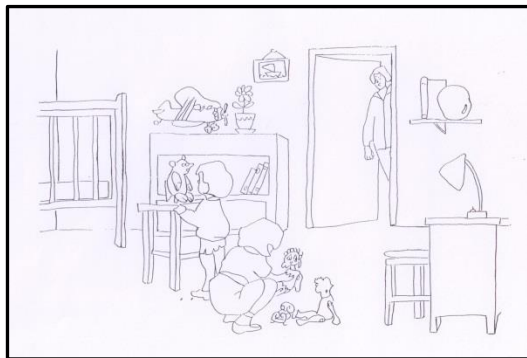
Feminino



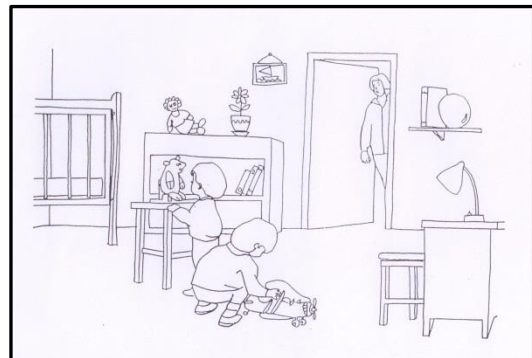
Preferência da criança entre o estudo e o aspeto lúdico

Cartão 7

Feminino



Feminino



Revela as relações fraternas

Cartão 8

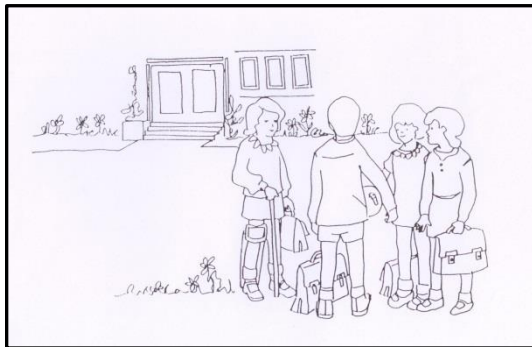
Feminino e Masculino



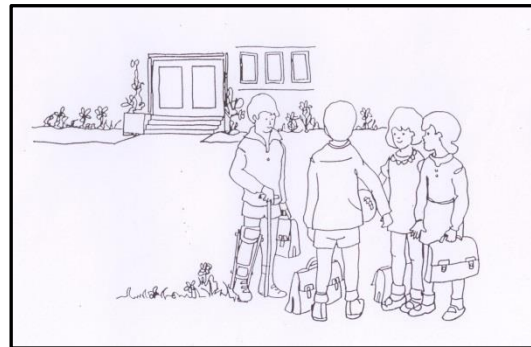
Percepção que a criança tem acerca da relação dos pais, especialmente no que se refere à atitude deles face a si própria

Cartão 9

Feminino



Masculino



Percepção da criança acerca das crianças deficientes e até que ponto esta se identifica com as mesmas

Referências

Itskovitz, R., & Strauss, H. (1982). *The Bar-Ilan Picture Test for Children*. Copenhagen: Denmark's Pedagogical Institute Test Service.

Itskowitz, R., & Strauss, H. (2011). *Bar-Ilan - teste de figuras para crianças: entrevista semiprojetiva* (edição revista). Lisboa: CEGOC.

WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

1. Apresentação

A WISC-III é uma escala de inteligência que avalia o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, de acordo com condições estandardizadas, em administração individual. É composta por treze sub-testes, organizados em dois grupos: verbal [Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de dígitos (opcional)] e de realização (Completamento de Figuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Labirintos (opcional)) (Wechsler, 2003).

Em Portugal existem duas escalas de inteligência de Wechsler que permitem aos utilizadores avaliar sujeitos com idades compreendidas entre os 3 anos e os 16 anos e 11 meses (Simões et al., 2006).


2. Aplicação

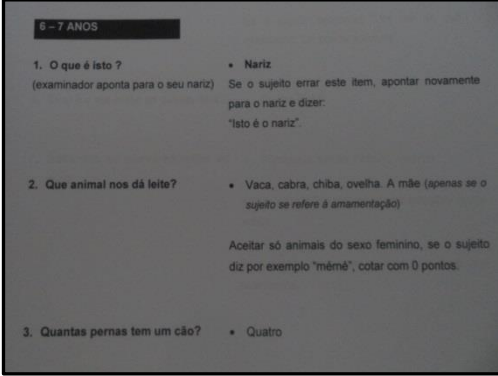
Para a administração dos dez sub-testes obrigatórios são necessários, aproximadamente, 60 a 90 minutos. Caso opte por aplicar os três sub-testes opcionais, o tempo adicional será de 10 a 15 minutos (Wechsler, 2003).

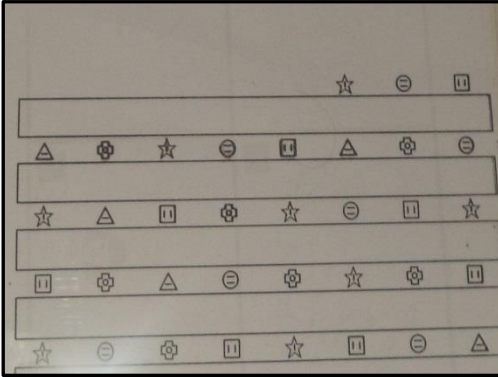
Idealmente o teste deve ser aplicado numa única sessão. Contudo, se tal não for possível, devido à falta de motivação do sujeito ou à fadiga do mesmo, a avaliação deverá ser interrompida e combinada uma nova data para a finalização da mesma. O intervalo entre as duas sessões não deve ser superior a uma semana (Simões et al., 2006).

Esta escala poderá ser administrada num consultório, numa escola ou num local calmo e afastado de distrações exteriores, que seja adequado à situação de avaliação (Wechsler, 2003).

3. Descrição dos sub-testes que constituem a WISC-III

Completamento de Gravuras	
	<p>Conjunto de gravuras coloridas que representam objetos ou situações familiares.</p> <p>O sujeito deverá identificar a parte que falta em cada gravura.</p>

Informação	
	<p>Conjunto de questões orais que avaliam o conhecimento do sujeito acerca de factos, objetos, locais ou pessoas.</p>

Código	
	<p>Conjunto de formas geométricas (Parte A, para idades dos 6 aos 7 anos) ou de números (Parte B, para idades dos 8 aos 16 anos), que se encontram associados a um símbolo simples. O sujeito deverá fazer a correspondência entre os símbolos e as formas geométricas (Código A) ou os símbolos e os números (Código B).</p>

Semelhanças

2. Em que é que são semelhantes um PIANO e uma GUITARRA? Em que é que são parecidos?

No caso de não haver resposta interrogar:

"Em que é que são iguais?"

1 ponto:

- Ambos são instrumentos.
- Instrumentos musicais (de corda).
- Fazem música.
- Servem para tocar (tocam-se).
- Ambos tocam (música, canções, notas). Dão música.
- Ambos têm cordas. As cordas.
- Tocam-se com os dedos.
- Têm que ser afinados.
- Tocam ou fazem sons.

Pares de palavras apresentadas oralmente.

Para cada par, o sujeito deverá identificar e justificar a semelhança entre os objetos ou os conceitos propostos.

Disposição de gravuras



Conjunto de gravuras coloridas, apresentadas de forma desordenada.

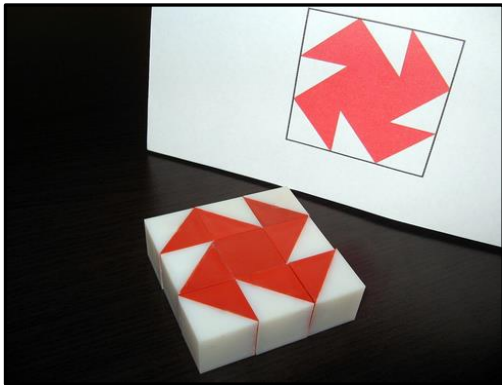
O sujeito deverá dispor as gravuras, de forma a criar uma sequência lógica para uma história.

Aritmética



Conjunto de problemas aritméticos que o sujeito deverá resolver mentalmente e responder oralmente.

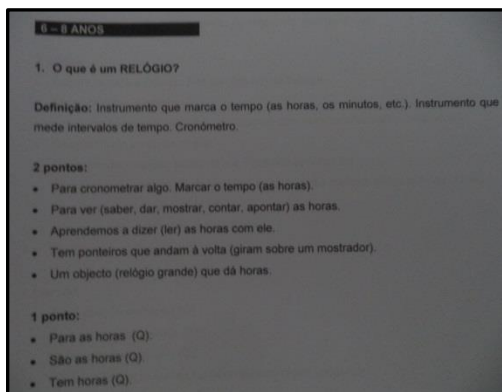
Cubos



Conjunto de modelos geométricos, a duas dimensões, construídos diante do sujeito ou impressos no Caderno de Estímulos.

O sujeito deverá reproduzir esses modelos com a ajuda de cubos bicolores.

Vocabulário



Conjunto de palavras apresentadas oralmente, que o sujeito deverá definir, igualmente, de forma oral.

Composição de objetos



Conjunto de puzzles representado objetos comuns, cujas peças são apresentadas ao sujeito de uma forma estandardizada.

A tarefa consiste em juntá-las de modo a obter uma forma coerente.

Compreensão

6-16 ANOS

1. O que devemos fazer quando nos cortamos num dedo?

Ideia geral: Exercer uma acção específica, directa ou imediata para tratar da ferida.

2 pontos:

- Desinfectar.
- Limpar. Lavar.
- Pôr remédio (medicamento, álcool, água oxigenada, eosina, etc.).
- Pôr um penso (adesivo, ligadura, compressa).
- Enrolar (atar) alguma coisa (lenço, etc.) à volta.
- Fazer pressão sobre o corte.
- Estancar o sangue.

Conjunto de questões apresentadas oralmente.

Solicita-se ao sujeito que solucione problemas quotidianos ou que revele compreender regras e conceitos relacionados com a vida social.

Pesquisa de símbolos

Este sub-teste apresenta dois níveis de dificuldade:

- Parte A (6-7 anos), em cada um dos 45 itens, o sujeito deverá decidir se o símbolo isolado se repete ou não numa série de 3 símbolos.
- Parte B (8-16 anos), em cada um dos 45 itens, o sujeito deverá decidir se um dos dois símbolos isolados se repete ou não numa série de 5 símbolos.

Memória de dígitos

Itens Teste

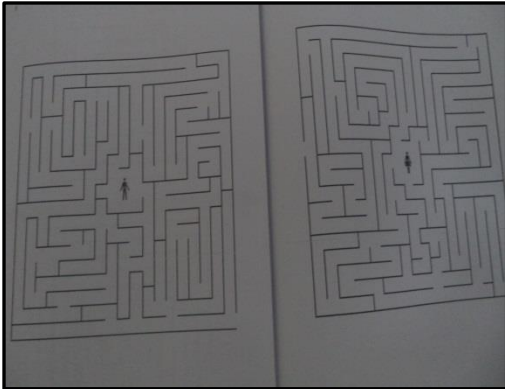
Administrar ambos os ensaios de cada item, quer o sujeito tenha sido bem ou sucedido no primeiro ensaio.

Item	Ensaio 1	Ensaio 2
1.	2-5	6-3
2.	5-7-4	2-5-9
3.	7-2-9-6	8-4-9-3
4.	4-1-3-5-7	9-7-8-5-2
5.	1-6-5-2-9-8	3-6-7-1-9-4
6.	8-5-9-2-3-4-2	4-5-7-9-2-8-1
7.	6-9-1-6-3-2-5-8	3-1-7-9-5-4-8-2

Sequências de números apresentadas oralmente.

O sujeito deverá repetir os números na mesma ordem (Dígitos em sentido direto) ou na ordem inversa (Dígitos em sentido inverso).

Labirintos



Conjunto de labirintos, de dificuldade crescente, que o sujeito deverá resolver com um lápis.

Referências

- Simões, M. R., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C., Pereira, M. M., Almeida, L. S., Rocha, A. M., ... Oliveira, E. (2006). Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC III). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões., L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados* (pp. 199-232). Coimbra: Quarteto.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Escala de Wechsler para Crianças-III*. Lisboa: CEGOC.

ANEXO D

Poster do Congresso



Psicoterapia de apoio em Clínica Privada

Andreia Almeida^{*}; Nélia Sousa^{*}; Patrícia Roseiro^{**}; Túlia Cabrita^{*}; Tânia Gaspar^{*}

^{*}Universidade Lusíada de Lisboa

^{**}Clínica Dialógicos

O estágio académico está inserido no modelo teórico de orientação psicodinâmica. Tendo como objectivos a aprendizagem prática da avaliação e intervenção psicológicas, com base no psicodiagnóstico, que irá ser suportado pela rigorosa avaliação e diagnóstico diferencial, por forma a oferecer o melhor serviço, que abrange todas as faixas etárias, assim como serviços em várias áreas da psicologia.

Processo Terapêutico

1ª Fase - Motivo da consulta e breve apresentação do caso clínico através de uma entrevista não-directiva e observação

2ª Fase - Avaliação psicológica com base em provas projectivas e cognitivas que se adequam à idade e queixas apresentadas

3ª Fase - Devolução dos resultados com base na avaliação e no psicodiagnóstico diferencial suportado pelo PDM^{*}

4ª Fase - Início das sessões de psicoterapia de apoio psicodinâmica com base no plano de intervenção

Estas etapas tem por objectivos:

- Promover os recursos cognitivos, emocionais, afectivos e relacionais
- Organizar a pessoa do ponto de vista psíquico
- Restabelecer o bem-estar geral

Atelier das Emoções

- Promover nas crianças a exploração e exteriorização afectiva das suas vivências através dos sentimentos base: feliz, triste, medo e zangado



^{*}PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations

ANEXO E

Resultados da avaliação psicológica do caso Martina

ANEXO F

Resultados da avaliação psicológica do caso Bárbara