



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

Estudo de Casos Clínicos à Luz do Modelo Relacional

Dialógico

Vera Mendonça do Carmo Brás

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho Efetuado sob a Orientação de: Prof. Doutora Ida Lemos

2013



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

Estudo de Casos Clínicos à Luz do Modelo Relacional

Dialógico

Vera Mendonça do Carmo Brás

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho Efetuado sob a Orientação de: Prof. Doutora Ida Lemos

2013

**ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS À LUZ DO MODELO RELACIONAL
DIALÓGICO**

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DO TRABALHO

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas”.

“Copyright”

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor”.

Assinatura

(Vera Mendonça do Carmo Brás)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultante de uma imensa dedicação, esforço e investimento pessoal. Todavia, a sua realização não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas que merecem de todo o meu profundo e sincero agradecimento.

Deixo assim o meu obrigado à Professora Doutora Ida Lemos, por todas as orientações, esclarecimentos e sugestões que permitiram levar este estudo a bom porto. À Professora Doutora Maria Rita Mendes Leal, pelo elevado profissionalismo, força e dinamismo que me fascinaram desde o primeiro dia, sendo permanente a disponibilidade aos meus pedidos de ajuda.

Às pessoas que se disponibilizaram em participar neste estudo.

À minha amiga Telma Cruz, pelo seu apoio incessante e acompanhamento ao longo de todo este percurso, manifestando-se sempre disponível.

E claro, como não poderia deixar de ser, à minha família por todo o apoio e compreensão durante os períodos de maior stresse, e me ter ajudado em tudo o que pôde.

RESUMO

Com base nas concepções e trabalho empírico dos técnicos da Psicologia temos vindo a ter conhecimento do papel fundamental dos cuidadores nas etapas de desenvolvimento psicológico do ser humano. Quando não há um relacionamento baseado em trocas afetivas e emocionais contingentes, entre o indivíduo e os seus cuidadores, podem surgir alterações ou até mesmo uma perturbação na sua evolução.

Faremos referência ao contributo do Modelo Relacional Dialógico desenvolvido por Maria Rita Mendes Leal, que apresenta uma proposta genética para a construção do “Eu”, segundo a qual, é postulado, que o ser humano nasce biologicamente apto para comunicar e relacionar-se com os parceiros da própria espécie.

Neste trabalho apresentamos os passos do desenvolvimento sócio emocional em paralelo com estruturas de personalidade, pretendendo-se contribuir para a compreensão da estruturação de cada entidade, bem como, de comportamentos desadaptativos característicos de diferentes psicopatologias. Para este efeito, são apresentados dois estudos de casos clínicos, de forma a ilustrar este processo de intervenção dinâmico-relacional mutuamente contingente.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Sócio Emocional; Cuidadores; Contingente; Modelo Relacional Dialógico.

ABSTRACT

Considering the conceptions and empirical work carried out by experts in the area of Psychology, we have been aware of the fundamental role of the carers in the different stages for the psychological development of the human being. When there is no relationship based on affective and contingent emotional exchanges, between the individual and its carers, some changes or even some disturbance may arise in the evolution process.

Among other theories offered by prominent researchers we will focus on Maria Rita Mendes Leal's genetic proposal concerning a dialogic relationship model of the construction of "Self", postulating that human beings have an innate dotation to communicate and to interact with partners of their own species.

In the present study, we present the steps of socio-emotional evolution in parallel with personality development, with the aim of contributing to the understanding of the structure of each entity, as well as of maladaptive behaviors that characterize psychopathology. To illustrate this process of mutually contingent relational-dynamic intervention two clinical case studies are presented.

Key-words: Socio-Emotional Evolution; Contingent; Carers; Dialogic Relationship Model.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Introdução.....	1
Capítulo I.....	2
Enquadramento Teórico.....	2
Modelo Relacional Dialógico.....	2
1. Passos do Desenvolvimento Sócio Emocional “Afetologia Genética”.....	5
1.1. Primeiro Passo (até aos 3 meses) - “Ressonância Imediata à Presença e Resposta do Outro”.....	6
1.2. Segundo Passo (4 - 11 meses) – “Reação Circular de Atenção”	9
1.3. Terceiro Passo (12 - 18 meses) – “Apontar a Dois e Referenciação que Impede o Vazio de Significado”.....	11
1.4. Quarto Passo (19 meses - 3 anos) – “Separações Individuais com Perdas e Reencontros”.....	13
1.5. Quinto Passo (4 - 7 anos) – “Diferenciação do Seu Viver Relativamente ao dos Seus Pais.....	15
1.6. Sexto Passo (8 aos 12 anos) - “Procura de Desenvolvimento Junto dos Seus Companheiros.....	16
1.7. Sétimo Passo (13 aos 18 anos) – “Criação de Significados Pessoais e Aproximação à Maturidade”.....	18

2. Sistema Classificativo das Estruturas de Personalidade e Psicopatologia.....	20
2.1. Psicose.....	21
2.2. Psicopatia.....	22
2.3. Neuroses.....	24
2.4. Depressão.....	26
3. Intervenção Terapêutica no Seio do Modelo.....	27
3.1. Intervenção Terapêutica em Crianças.....	27
3.2. Intervenção Terapêutica em Adultos	30
3.3. Técnicas Psicoterapêuticas.....	32
Capítulo II.....	34
Metodologia Utilizada.....	34
Capítulo III.....	36
Descrição Sintética do Desenvolvimento da Atividade Seleccionada.....	36
1. Estudo de Caso – Criança.....	36
1.1. Dados Pessoais.....	37
1.2. Encaminhamento e Motivo da Consulta.....	37
1.3. Elementos da História Pessoal e Familiar.....	37
1.4. Elementos do Percurso Escolar.....	39
1.5. Atitudes Face à Consulta	41
1.6. Instrumentos de Avaliação Aplicados e sua Fundamentação	41
1.6.1. Instrumentos de Avaliação dos Recursos Cognitivos.....	41

1.6.1.1. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III).....	41
1.6.1.2. Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar (BAPAE).....	42
1.6.1.3. Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	43
1.6.1.4. Matrizes Progressivas Coloridas – Forma Paralela (CPM-P).....	44
1.6.2. Instrumentos de Avaliação dos Recursos Emocionais.....	45
1.6.2.1. Teste do Desenho da Família.....	45
1.6.2.2. Teste de Figuras para Crianças (Bar-Ilan).....	46
1.6.2.3. Rorschach.....	46
1.6.3. Análise e Interpretação dos Resultados na Avaliação Psicológica.....	47
1.6.4. Diagnóstico Segundo o Modelo Relacional Dialógico.....	52
1.6.4.1. Hipóteses de Diagnóstico.....	52
1.6.4.2. Discussão Diagnóstica.....	53
1.6.4.3. Hipótese de Diagnóstico Final.....	53
1.6.5. Diagnóstico DSM-IV-TR.....	55
1.6.5.1. Avaliação Multiaxial.....	55
1.6.5.2. Hipóteses de Diagnóstico.....	55
1.6.5.3. Discussão Diagnóstica.....	56
1.6.5.4. Hipótese de Diagnóstico Final.....	56
1.7. Plano de Intervenção.....	58
1.7.1. Intervenção Terapêutica com os Pais.....	58

1.7.2. Intervenção Ludoterapêutica.....	60
1.7.2.1. Percurso Inicial.....	61
1.7.2.2. Percurso Central.....	62
1.7.2.3. Percurso Final.....	62
1.8. Análise de Resultados.....	63
2. Estudo de Caso – Adulto.....	65
2.1. Dados Pessoais	65
2.2. Encaminhamento e Motivo da Consulta	65
2.3. Elementos da História Pessoal e Familiar	66
2.4. História da Doença Atual.....	67
2.5. Atitudes Face à Consulta.....	70
2.6. Instrumentos de Avaliação Aplicados e sua Fundamentação.....	70
2.6.1. SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – Revised).....	70
2.6.2. Matrizes Progressivas Standard (SPM).....	72
2.6.3. Análise e Interpretação dos Resultados na Avaliação Psicológica.....	72
2.6.3.1. Rorschach.....	72
2.6.4. Diagnóstico Segundo o Modelo Relacional Dialógico.....	75
2.6.4.1. Hipóteses de Diagnóstico.....	75
2.6.4.2. Discussão Diagnóstica.....	75
2.6.4.3. Hipótese de Diagnóstico Final.....	76

2.6.5. Diagnóstico DSM-IV-TR.....	77
2.6.5.1. Avaliação Multiaxial.....	77
2.6.5.2. Hipóteses de Diagnóstico.....	78
2.6.5.3. Discussão Diagnóstica.....	78
2.6.5.4. Hipótese de Diagnóstico Final.....	78
2.7. Intervenção Psicoterapêutica.....	82
2.8. Análise e Interpretação dos Resultados na Reavaliação Psicológica.....	85
2.8.1. Rorschach.....	85
2.8.2. SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – Revised).....	87
2.8.3. Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	88
2.8.4. Matrizes Progressivas Standard.....	88
2.9. Análise de Resultados.....	88
Capítulo IV.....	91
Discussão.....	91
Considerações Finais.....	94
Referências Bibliográficas.....	96
Anexos.....	100

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Quociente Intelectual: Escala Verbal, Escala de Execução e Escala Total.....	47
Tabela 2 - Subtestes da Escala Verbal.....	49
Tabela 3 - Subtestes da Escala de Realização.....	49
Tabela 4 - Valores Obtidos na BAPAE.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – SCL- 90-R: Valores Normativos (Derogatis, 2002) e Valores Obtidos.....	87
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Consentimento Informado.....	101
Anexo B: Interpretação dos Domínios do Sistema Integrativo do Rorschach de John E. Exner Jr.....	102
Anexo C: Estudo de Caso/Criança - Cópia do Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	107
Anexo D: Estudo de Caso/Criança - Memória Visual Imediata do Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	108
Anexo E: Estudo de Caso/Criança - Representação e Respostas ao Questionário do Desenho da Família Imaginária.....	109
Anexo F: Estudo de Caso/Criança - Representação e Respostas ao Questionário do Desenho da Família Real.....	112
Anexo G: Estudo de Caso/Criança - Questionário do Bar-ILan.....	115
Anexo H: Estudo de Caso/Criança - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach.....	123

Anexo I: Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Perturbação do Comportamento.....	126
Anexo J: Critérios de Diagnóstico do DSM- IV-TR para Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.....	128
Anexo K: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 7.....	131
Anexo L: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 10.....	134
Anexo M: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 35.....	136
Anexo N: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 50.....	138
Anexo O: Estudo de Caso/ Criança - Excerto da Sessão nº 65.....	140
Anexo P: Estudo de Caso/Adulto - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach.....	142
Anexo Q: Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Perturbação de Pânico Sem Agorafobia	145
Anexo R: Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Fobia Específica.....	147
Anexo S: Estudo de Caso/Adulto – Excerto da Sessão nº 5.....	149
Anexo T: Estudo de Caso/Adulto - Excerto da Sessão nº 10.....	151
Anexo U: Estudo de Caso/Adulto - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach.....	153
Anexo V: Estudo de Caso/Adulto – Cópia do Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	156
Anexo W: Estudo de Caso/Adulto - Memória Visual Imediata do Teste de Cópias de Figuras Complexas.....	157

INTRODUÇÃO

É atualmente consensual que o desenvolvimento psicológico ocorre ao longo de toda a vida, resultante de diversificados fatores, que conjuntamente, originam uma ampla variedade de trajetórias desenvolvimentais (Marchand, 2005). Assim, o desenvolvimento deve ser entendido como processando-se num sistema de relações entre indivíduo e contexto, ao longo do ciclo de vida, enfatizando substancialmente o papel da interação dinâmica e recíproca entre múltiplas variáveis (biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e relacionais) na sua construção (Fonseca, 2005).

Dada a crescente importância que tem vindo a ser atribuída à compreensão do funcionamento psicológico, torna-se igualmente pertinente a dedicação a estudos centrados em modelos terapêuticos que possam fomentar a estabilidade emocional, e reduzir os impactos prejudiciais associados a determinadas sintomatologias e acontecimentos de vida. É neste âmbito que o presente trabalho surge, mais propriamente, na sequência de uma iniciativa de pós-graduação em Consulta Psicológica e Psicoterapia, que teve início em 2007 e se estendeu por um período de dois anos, em que tivemos o nosso primeiro contacto com o Modelo Relacional Dialógico. Incide unicamente nas atividades desenvolvidas após o término da aquisição desses conhecimentos teóricos necessários ao desenvolvimento da prática clínica.

Para esse efeito, conta com linhas de orientação organizadas sob a forma de quatro capítulos que assentam, de uma forma sintética, no enquadramento teórico e no estudo de dois casos clínicos. O primeiro capítulo compreende uma revisão da literatura, que abarca os temas mais relevantes no domínio deste modelo; o segundo capítulo integra a metodologia adotada, mais especificamente o tipo de estudo e os seus objetivos; o terceiro capítulo refere-se ao desenvolvimento da atividade selecionada, nomeadamente a descrição dos estudos de caso, dos instrumentos aplicados, bem como dos resultados encontrados; e, o quarto capítulo baseado na análise e discussão dos resultados obtidos com base em estudos empíricos. Por último, são apresentadas as considerações finais que resultam da reflexão sobre os resultados que mais se destacaram, das limitações evidenciadas e de futuras investigações complementares a este estudo.

CAPÍTULO I

Neste capítulo, iremos fazer um breve enquadramento teórico sobre os parâmetros do Modelo Relacional Dialógico que se reportam, de uma forma sintetizada, aos passos de desenvolvimento sócio emocional e às estruturas de personalidade. Em seguida, apresentamos as técnicas de intervenção terapêuticas implícitas no acompanhamento psicológico direcionado para crianças e adultos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Modelo Relacional Dialógico

Assumindo que vivemos em sociedade, o intercâmbio entre o bios, a psique e o social, assume um papel fundamental, na modulação de experiências do ser humano. Com base neste intercâmbio, e reportando às emoções e ao significado das mesmas, assume-se que o desenvolvimento do aparelho psíquico se promove como uma construção do próprio que se realiza a par com as relações vivenciais. Sendo a relação estabelecida entre os indivíduos, determinante no desenvolvimento bio-psico-social, a importância do “Outro” sobressai desde as primeiras semanas de vida (Vale, 2002). Para se estudar o desenvolvimento humano devemos começar com a compreensão da unidade dialética das duas linguagens principais (a biológica e a cultural), focando a interação entre as condições sociais em transformação e os substratos biológicos do comportamento (Vygotsky, 1994).

Gergely e Csibra (2005) defendem que nas primeiras interações com o cuidador são usados recursos humanos específicos e que estes constituem condições de acesso necessárias para a construção da representação e de competências de atenção a mecanismos de socialização. Ainda, delimitam representações cognitivamente acessíveis de segunda ordem relativas aos automatismos emocionais básicas (inicialmente não-conscientes), controlados por estímulos e processos inatos com que se constitui o “Eu”. Esta abordagem lança nova luz sobre o papel funcional dos recursos humanos específicos observados nas primeiras interações de apego afetivo (tais como a reação de tomar a vez de modo contingente). Demarca assim formatos de sinais ostensivo-comunicativos, ou seja, manifesta no início do desenvolvimento social-cognitivo o fator espelhamento na aquisição do conhecimento por meio do que designam ser uma ‘pedagogia natural’.

A criança tem de aprender a regular as cargas que a impelem à ação, e as reações face às pressões que suspendem essa mesma ação. Através da sua experiência, a criança tem de construir circuitos de significados, ainda antes de poder diferenciar-se conscientemente como pessoa, ao mesmo tempo que se diferencia das coisas que a envolvem e as reconhece como objetos permanentes (Leal, 1997). Um desenvolvimento mental saudável processa-se a partir da aprendizagem desta regulação em que a criança se assume como polo fiável de um intercâmbio com um interlocutor cuja fidedignidade analisa, a todo o momento, a própria consistência comunicativa. O cuidador como observador poderá aprender a dar sentido aos sinais que o bebé imite (Leal, 2010). Ao contribuir para e ao partilhar os seus atos, conduz a partilha na relação interpessoal. Assim, as compreensões e incompreensões partilhadas que ocorrem entre o cuidador e a criança, podem ser consideradas o contexto básico para todas as aprendizagens e transações futuras (Leal, 1997).

Quando uma pessoa próxima do bebé responde aos seus gestos ainda que seja somente a imitá-lo, transmite-lhe a evidência que esses gestos lhe dizem respeito. Não há um conteúdo explícito neste comportamento, mas apenas o implícito jogo da comunicação. O movimento de alternância recíproca de atos entre interlocutores depende apenas da perceção da contingência da reação do “Outro” ao próprio agir (Leal, 2010). Cada um dos intervenientes adota uma posição, os atos e os objetos a eles ligados tornam-se instrumentos ou mediadores da comunicação. Esta modelação desperta no bebé o sentimento de existência. Quando adquire a perceção de que o cuidador lhe responde, começa progressivamente a diferenciar-se. Nesse espaço transicional a criança está a descobrir-se como “Eu”, fonte de sentimentos de desejos e de pensamentos. À medida que cuidador responde à sua expressão, apercebe-se assim da sua própria existência (Winnicott, 1995).

Ao satisfazer necessidades vitais, o bebé entra em intercâmbio com o cuidador num espaço de relação em que as trocas são experimentadas a nível corporal. Existem momentos em que o estado de atenção do bebé aparece como que vigiando a (possível) contingência dos atos do cuidador. Então, emergem cadências regulares (movimentos) que geram um conjunto de intercâmbios (Leal, 2004).

Bowlby (1984) fez referência à importância vital da “vinculação” entre o cuidador principal e o bebé, desde os primeiros meses de idade. O tipo de cuidados que um bebé recebe do seu cuidador desempenha um papel crucial na determinação da forma como se desenvolve o seu comportamento de apego. Nesse contexto, as competências da criança para organizar e fazer sentido da própria experiência são salientadas, considerando-se o brincar

como um processo cognitivo de exploração do ambiente, bem como, um mundo secreto de significados da experiência pessoal e interpessoal.

Leal (2004) menciona que o bebê é um explorador ativo de tudo o que o envolve, sendo movido por um impulso poderoso de conquista. Por isso, a natureza dotou o bebê de um recurso precioso - o brincar. Vygotsky (1994) considera que as mudanças ao longo do desenvolvimento devem-se, em parte, ao facto de o indivíduo ser um participante ativo da sua própria existência. Klein (1997) afirmou que as fantasias e os jogos imaginativos que se desenvolvem a partir das suas atividades têm um grande significado. Em todo o seu brincar, o bebê irá sempre encenar as fantasias de proximidade e de posse e os anseios de perda da mãe.

Através das interações que fazem parte da natureza da espécie humana, o indivíduo consegue encontrar um sentido para as emoções. A relação dialógica promove evolução, pelas trocas recíprocas e alternantes. Assim, as emoções surgem através da comunicação, e da necessidade de complementaridade, entre os atos dos intervenientes. Ou seja, é na ressonância das trocas comunicacionais e dos significados assim construídos, que se estabelecem as características e padrões de relações com o meio, e se incute sentido às emoções (Leal, 2004). A natureza comunicacional do ser humano permite que se estabeleçam relações, construam novos significados, aprendizagens, e disponibilidade para a aquisição de novos conhecimentos, promovendo uma evolução do sentir (Vale, 2002). É, assim, na qualidade de agente relacional que o sujeito se constrói, mesmo em condições adversas. Por outro lado, e em caso de surgir necessidade de mudança, é também com os outros, e tendo em conta a qualidade da relação que se reestrutura, que o aparelho psíquico organiza as suas emoções (Leal, 2001).

Para que ocorra maturação é necessário que haja relações dialógicas gratificantes, de forma que o ser humano construa o seu aparelho psíquico (Leal, 2004). Neste sentido, os cuidadores exercem um papel crucial, dado que é na relação com os mesmos que se vão construir diferentes formas de sentir e vivenciar as relações (Bowlby, 1984). Todavia, os cuidadores podem não ser suficientemente válidos e, assim, a natureza relacional pode alterar o plano evolutivo do indivíduo, o que conduz, frequentemente a um desajuste emocional ou a estagnação do seu processo. Mediante as relações que o indivíduo estabelece com os outros que a sua evolução se desenvolve. Caso as relações com os cuidadores não sejam sentidas como gratificantes pode ocorrer uma perturbação no desenvolvimento, condicionando a estruturação do “Eu” (Guerra, 2004). Assim, é no seio de uma dinâmica emocional enquanto intercâmbio dialógico que se vai enraizando a identidade do ser humano (Leal, 2004).

O processo dinâmico-relacional está centrado nas emoções e seus significados, pelo que se enquadra nas psicoterapias dinâmicas. Concetualizado por Leal (2010), o Modelo Relacional Dialógico é inspirado em Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, Winnicott, Vygotsky, entre outros autores. Trata-se de uma proposta genética para a compreensão da estruturação do “Eu”, entendido como entidade bio-psico-social, estabelecendo um paralelo entre os passos desenvolvimentais (“Afetologia Genética”) e as estruturas de personalidade (Pereira & Funchal, 2004).

1. Passos do Desenvolvimento Sócio Emocional - “Afetologia Genética”

As fases de desenvolvimento sócio emocional foram concetualizadas de várias formas pelos autores que se dedicaram ao seu estudo. No entanto, existe concordância quanto ao postulado que a forma como lidamos com as nossas pulsões básicas é determinada na infância a partir das respostas dos outros às nossas necessidades básicas e desejos (Rio, 2001).

A Afetologia Genética surge como o estudo das fases do desenvolvimento social e emocional do ser humano, que é suposto construir-se num contexto organizado e contínuo, caraterizado por sete passos de desenvolvimento (Leal, 1997). Uma evolução por etapas, não conseguindo passar-se de um estágio mais evoluído, sem antes ter ultrapassado, com devido sucesso, o anterior (deste modo, a evolução tem um caráter contínuo). Em virtude das vivências e conhecimentos adquiridos em cada um dos patamares, o indivíduo vai adquirir novas aprendizagens e novos sentires, determinantes para a sua individualização (Leal, 2013).

Cada indivíduo deveria passar no seu desenvolvimento pelos sete passos de desenvolvimento que implicam diferentes formas de relacionamento (Leal, 2010). As distorções relacionais são como indicadores de experiências emocionais precoces perturbadas que emergem em relacionamentos mais tardios (deslocamentos transferências), podendo ser interpretadas como atualizações de fórmulas de intercâmbio antigas. Este progresso depende muito do estado de desenvolvimento que os cuidadores primordiais atingiram, na medida em que só poderão ajudar o ser em formação a viver um modo de relação, que eles próprios conheçam e que represente o seu próprio modo de funcionamento (Leal, 1997).

A construção do indivíduo até atingir o estado maturativo (último passo de desenvolvimento) é um caminho que nem sempre é percorrido na íntegra. Muitas vezes, em vez de ir progressivamente passando de cuidador em cuidador, o aparelho mental, mantêm-se em modos de relação anteriores, o que vai determinar as características da sua personalidade,

não significando, de forma alguma, que esteja a funcionar numa modalidade patológica. Significa sim, que o modo como o indivíduo se relaciona, a forma como processa e medeia a realidade, a percepção que tem de si mesmo e dos outros e as suas defesas estão intimamente ligados a uma estrutura de personalidade correspondente ao passo de desenvolvimento que lhe foi permitido atingir. Em caso de patologia desencadeada por uma situação suficientemente constrangedora para os seus recursos internos, cada indivíduo manifesta tendência a desenvolver um quadro característico da sua estrutura base (Rio, 2001).

Neste percurso o ser humano será ajudado por quem esteja ao seu lado e que seja a figura significativa, o seu cuidador em cada fase (Leal, 2010). Como primeiro cuidador, e figura primordial de relação, aparece a figura materna, o que não exclui a figura paterna, terá particular peso no momento de passagem para o segundo cuidador. A figura de segundo cuidador não se refere a uma única, mas sim um grupo, nomeadamente, o grupo de pares. O terceiro cuidador será o parceiro amoroso e, diferentemente dos anteriores, terá um menor peso na vida do indivíduo, dado que o processo de individuação está concluído e considera-se um adulto autónomo e em plena maturidade. A possibilidade de um quarto cuidador ocorre quando o indivíduo recorre à psicoterapia relacional dialógica, dado que, neste método, o psicólogo “empresta-se à relação”, ou seja, através de uma compreensão empática vai contribuir para a continuação do seu desenvolvimento e construção mental (Leal, 1997).

1.1. Primeiro passo (até aos 3 meses) - “Ressonância imediata à presença e resposta do outro”.

O primeiro passo da Afetologia Genética é caracterizado pela “ressonância imediata à presença e resposta do outro”, segundo o qual o ser humano, quando nasce, possui um aparelho intrapsíquico composto por material que o impele para a relação. É através das interações com os outros que o seu aparelho mental se vai desenvolvendo e evoluindo. Ou seja, é mediante esta estimulação que se promove o desenvolvimento sócio emocional (Leal, 2010). Assim sendo, o indivíduo precisa de um interlocutor válido, desde o início de vida, que dê sentido às suas necessidades básicas e iniciativas. De forma espontânea e biológica, o recém-nascido direciona-se procurando uma resposta do ambiente que o envolve contingente à sua iniciativa (Watson, 1967).

Ao entrar em contacto com o mundo, o recém-nascido é afetado pelo impacto do meio circundante, sendo impelido, a nível biológico, a relacionar-se e a explorar a realidade externa

na qual está inserido. Quando nasce, não se diferencia do mundo, é como se ele fosse o mundo, não se vê assim como parte, ou como fazendo parte dele. Através das manifestações do tal material de que é dotado à nascença, vai emitindo iniciativas, que requerem respostas contingentes (Leal, 2010). Neste contexto, deverão ser considerados os resultados do estudo de Watson (1967) em que bebês, com cerca de dois meses de idade alertam, especificamente para as respostas do exterior que acontecem na contingência direta dos próprios atos, com intervalos regulares, dando sequência aos mesmos. Nos seus trabalhos posteriores, apresenta bebês de oito meses de idade (evoluindo normalmente) que já analisam regular e consistentemente as contingências do meio envolvente aos próprios atos.

Numa fase inicial, o recém-nascido não distingue o que é de si, do que é fora de si. Através das primeiras trocas recíprocas começa a intuir que ele não é o mundo, mas sim uma parte dele, pois o que lhe promove prazer é externo a si mesmo. A noção do que o que vai também volta é adquirida, num registo de alternância (Guerra, 2004). Caso se verifique, o “turn-taking” (as alternâncias rítmicas do dar a vez) com o “Outro”, vão originar um meio, dentro do qual o bebê se intui, emergindo um esboço do “Eu físico” do sujeito, a noção de um “Eu dialógico”, bem como, a sensação de prazer e/ou interesse (Leal & Garcia, 1997).

Se o cuidador estiver presente e se for consistente, de forma a inspirar confiança em si próprio, transmitirá essa estabilidade, o que fará com que o bebê se sinta seguro, absorva e copie (Winnicott, 1995). O recém-nascido é um emissor expressivo no contacto com o cuidador. Em seguida, dará sequência à imitação por parte do cuidador, imitando-o novamente. É este o padrão fixo de ação, uma atenção preferencial dada à imitação de um ato, seguido de uma repetição idêntica e de uma pausa. Esta pausa é considerada com o “dar a vez”, é a alternância do “turn taking” (Watson, 1967).

O ser humano começa assim a tomar iniciativas dirigidas ao seu primeiro cuidador no sentido da interação. Posteriormente, recorre a sons e ao movimento como forma de atrair a atenção do cuidador na sua direção, procurando contingência à sua iniciativa (Crespo, 2002). Os pré-requisitos sociais chamam a atenção para o papel ativo do cuidador que deve assegurar ritmos de cuidados regulares necessários à vida (Andersen, 2005). Para ser contingente, quando o bebê vocaliza, após uma pequena pausa, o cuidador responde à pausa. O compasso de espera é essencial para que faça a distinção entre o “Eu” e o meio. O bebê aprende que treinando esta dinâmica de interação, age sobre o seu meio, desenvolvendo esquemas mentais que lhe permita construir o seu “Eu Físico” (Leal & Garcia, 1997).

Para haver uma resposta contingente do cuidador às iniciativas do bebê é necessário que se verifiquem algumas condições, tais como: reconhecer no comportamento do bebê o

desejo e a necessidade de iniciar uma conversa sem palavras; estar disponível emocionalmente para permitir um intervalo de tempo mínimo entre as mensagens do bebê e as suas respostas; e, ter investimento suficiente para retomar incessantemente essa atividade, permitindo, dessa forma, a experiência de ser capaz de tomar iniciativa num diálogo social com sucesso, isto é, de ter a experiência de ser um interlocutor igualmente válido (Andersen, 2005).

O cuidador ao expressar, apontar, repetir e atribuir um significado, transmite ao bebê um meio para estabelecer relação entre a sua experiência e aquilo que observa no “Outro”. É mediante essa rede interpessoal que, se vai estruturando de forma gradual na relação dialógica, construindo assim redes flexíveis de associações não só mentais como neuronais, permitindo ao bebê aprender significados (Crespo, 2002). Para diversos estudiosos, os organismos, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e a partir da informação sensorial bruta, o exterior (ou seja, o universo da percepção) configuram o seu mundo interno de significados. O significado interno de acontecimentos exteriores criado no decorrer da experiência organiza-se gradualmente segundo uma cadeia contínua de comportamentos. O desenvolvimento de significados, mais tarde, permitirá a formação de símbolos¹, resultante da tradução de atos e intenções numa relação de diálogo alternante (Oliveira, 2003).

As trocas prazenteiras entre o bebê e os cuidadores promovem o entendimento de que existe algo que não faz parte de si, e que está para além de si mesmo. Ainda não adquire a representação da relação, mas já se consegue distinguir do meio (Guerra, 2004). Este é o primeiro passo para a construção do haver “Eu”, ou seja, o reconhecimento do “Eu físico” que sucede a um nível pré-verbal (Leal & Garcia, 1997). Assim, continua a sua evolução, com a capacidade de dirigir a sua atenção para as iniciativas do meio (Watson, 1967).

Se a relação do cuidador principal com a criança não for suficientemente gratificante, em termos emocionais, o bebê não pode dar os primeiros passos para a maturação do “Eu”, uma vez que precisa do interlocutor para criar esse significado. Neste caso, tem dificuldade para se dirigir ao encontro do estímulo, bem como, organizar a informação que recebe e, posteriormente, selecioná-la na resolução de problemas, podendo fixar-se em formas primitivas de provocar o diálogo, entrando, assim, no campo da Psicose Autística (Leal, 2013).

¹ “Configurações mentais complexas de registos que ligam coisas e pessoas em intercâmbios relacionais. Resulta como fruto de um entendimento partilhado sobre a ordenação do mundo ambiente adentro de uma rede de intercâmbio relacional de pessoas entre si comprometidas” (Leal & Garcia, 1997, p.16).

1.2. Segundo passo (4 - 11 meses) - “Reação circular de atenção”.

A transição do primeiro para o segundo passo da construção do “Eu” é descrita como a passagem da relação dual (entre o bebê e o cuidador reconhecido por ela) para uma relação triangular, no contexto do jogo. “*A criança sente-se ligada mentalmente ao seu interlocutor, aquele que intervém no jogo da alternância recíproca agora eu - agora tu - agora eu – agora tu*” (Leal, 2010, p. 56). Não obstante, os mecanismos de que vem equipado podem-se manter e progredir, ou pelo contrário, consoante a resposta do “Outro” é tida como agradável e desagradável (Andersen, 2005).

O segundo passo da Afetologia Genética diferencia-se pela atenção circular, por parte do bebê, às alternâncias na movimentação de objetos e de eventos. Então, expande-se o padrão originário de relação interpessoal, pela projeção do jogo de alternâncias, para fora do próprio corpo, começando a explorar o que o rodeia (Leal, 2010). Nesta altura, correspondendo ao padrão inato biológico de trocas, o bebê começa a ser contingente ao “Outro”, descobre que ao agir sobre as coisas também pode responder às mesmas, mas ainda bastante autocentrado. As trocas recíprocas desta nova etapa permitem à criança ter a representação de que existe e de que o cuidador também existe, ganhando a percepção da existência do “Outro” como separado de si (Leal, 2004).

Nas pseudoexplorações e movimentações do brincar, observa-se o fenómeno da atenção circular, intercalada por pausas curtas, com a aparência de reflexivas, que vem a fazer parte das suas ações de examinar, com as mãos, os pés, a boca, todas as coisas (Leal, 1981). À medida que o brincar se desenvolve, observam-se movimentos em direção à realização consciente do seu propósito (Vygotsky, 1994). Há assim um encontro entre o “Eu/Outro/Objeto (Bates, 1979). “*Estes movimentos tornam-se mediadores ou metabólos² de experiências fulcrais a serem ordenadas na mente*”. Nessa movimentação em vai-e-vem, de atos recíprocos e alternantes, o bebê pode encenar e internalizar, um modelo de estruturação, uma vez em que pode projetar repetidamente uma primeira intuição do “Eu” (interno) face a um “Outro” (externo) referente a pessoa e/ou objeto. “*Entre outros fatores, o bebê trabalha interiormente as suas dolorosas dúvidas quanto a ter ou não um lugar dentro do cuidador, de*

² “*Estruturas de ressonância, de caráter pré-simbólico, diretamente indiciando um modo de relacionamento mutuamente contingente: são imagens, apelativas do que acontece, entre coisas, podendo ser ativadas repetidamente e examinadas. Então podem ser definidas estruturas metabólicas, todas as movimentações que promovem a progressiva ordenação e controlo cerebral das relações entre as coisas e entre as coisas e as pessoas*” (Leal, 2010, p. 60).

sentir-se aceite ou rejeitado/abandonado, de ser valioso ou esquecido, necessitando sempre sentir-se único ou a sua primeira preocupação” (Leal, 2010, p. 58).

A introdução de mediadores com as características específicas apontadas (ditas metabólicas) desencadeia formatos novos de comunicação. As mudanças em termos de aumento de interações exploratórias em vai-e-vem denotam um acréscimo da integração pessoal de significados. Quando existe um esquema relacional e trocas alternantes e recíprocas, entre objetos continentes e contidos, permitirá aos dois interlocutores referenciar um objeto e partilharem um significado. As trocas alternantes entre objetos são ensaiadas como metabolizadores das experiências de relação obtidas “Eu-Outro-Objeto” (Leal, 1981). Vygotsky (1994, p. 137) defende que “*a essência do brincar é a criação de uma nova relação entre o campo do significado e o campo da percepção visual – ou seja, entre situações no pensamento e situações reais*”. O autor (1994) realça a criação de significados antes de se treinarem os “signos”, ou seja, as palavras. Através do brincar, a criança lida com coisas que têm significado próprio, as palavras passam a substituí-las, ocorrendo assim a emancipação das palavras, distinguindo-se das coisas. Outro grande estudioso do brincar, Erikson (1950) reconhece que no brincar de fantasia a criança cria cenários e neles se move, explorando assim o ambiente que a rodeia.

A questão da interação entre o bebé e o cuidador pode ser descrita de uma forma global utilizando o conceito de vinculação (Andersen, 2005). O bebé, nesta fase, deixa de aceitar os cuidados de qualquer adulto familiar, e vincula-se a uma figura única (Leal, 1981). Esta forma exclusivista de comunicar irá resolver-se, com o tempo, por meio da elaboração do chamado “objeto transicional” que se pode dizer simbolizar a segurança de ter o cuidador presente. O fenómeno transicional, longamente testemunha um processo de elaboração simbólica, ou seja, um objeto exterior, manuseável, assinala o lugar do cuidador ausente. O objeto transicional expressa uma convenção partilhada que torna implícita a presença da pessoa cuidadora (a figura materna que estendeu à criança um objeto como o ursinho, chucha, almofada, entre outros) uma vez que ela o entregou à criança para a representar. Os objetos ganham um uso transicional, isto é, são utilizados como forma de expressar elaborações mentais básicas, e as trocas recíprocas tornam-se num veículo para dar sentido ao fenómeno emocional. Sendo assim, esta rotulação faz com que a experiência emocional se inter Cruze com a realidade externa, dando aso à diferenciação da própria existência e de corporalidade acompanhada do prazer da existência (Winnicott, 1965).

Neste passo de desenvolvimento, a criança não só aprecia as contingências às suas iniciativas, mas também é contingente às iniciativas do cuidador, dando continuidade aos

movimentos ritmados da relação. A relação interpessoal irá, então, estruturar-se com um cuidador que pode conter, devolver e mediar a intuição do “Eu”. Uma configuração de trocas é proposta como organizador mental, padrão inato de organização emocional (Leal & Garcia, 1997). Deste modo, aparecerá, a rotulação de veículos de significados, na triangulação entre “Eu/Outro/Objeto”, que vai impedir o vazio. Nesta etapa, o bebê empenha-se em satisfazer as suas carências e procura o desenvolvimento das suas funções. Põe em ação os metabólos da experiência relacional como “tira-põe-tira”, “sai-entra-sai”, e “dentro-fora-dentro”, efetuando trocas recíprocas e alternantes entre objetos. Este brincar torna-se muito importante porque permite ao bebê categorizar as relações sócio emocionais, capacitando-o para se orientar a si mesmo, separando diferentes séries de emoções e, em simultâneo, comparando experiências em curso, bem como, construir a representação de um “Outro” (Leal, 2010). O reconhecimento do “Eu físico” e do “Outro físico” é estruturado neste formato metabólico (Leal & Garcia, 1997).

Num registo em que os ritmos de intercâmbio não foram devidamente cimentados surgindo como discrepantes ou ambíguos emerge a Psicopatologia – Psicose Afetiva. Os ritmos de intercâmbios estão como que suspensos e, faltando estes, o “Eu” não se constrói como instância reguladora, dado que se perdeu a sintonia com os ritmos espontâneos de intercâmbio, próprios da sua natureza (Sampaio, 2002).

1.3. Terceiro passo (12 - 18 meses) – “Apontar a dois e referenciação que impede o vazio de significado”

O terceiro passo do desenvolvimento sócio emocional é marcado por um processo de elaboração de significados, que apenas é possível na relação com o “Outro”, que partilha um significado por via consensual. A par com o desenvolvimento da linguagem diferencial de um “Eu”, como fonte de iniciativa, prazer e /ou desprazer. Desta forma, é necessário existirem dois intervenientes face ao objeto referenciado, que experimentem o prazer do encontro ao intuírem um significado entre eles partilhados. Assim sendo, não só se atribuem símbolos sobre coisas, como se constrói um vocabulário partilhado e a cumplicidade que dá ao ser humano a sensação de pertença, de não estar sozinho (Leal, 2001).

É assim na resolução deste passo de desenvolvimento que ocorre o reconhecimento do “Outro psicológico”. Todavia, este não é sentido como um “Outro psicológico”, mas sim, que existe apenas como meio de satisfazer as suas necessidades (Cameira, 2002).

O aspecto triangular existente entre o cuidador e o bebê face ao mesmo objeto é o apontar mútuo numa conversa afetiva (Bates, 1979). Quando por exemplo, o bebê chora e o cuidador verbaliza “estás a chorar”, encontra-se a pôr um rótulo na emoção que o bebê está a sentir, sendo através da ação do “apontar a dois”, que ambos induzem significados por eles partilhados. Desta forma, os significados construídos, os símbolos, só serão reconhecidos num entendimento a dois entre o cuidador e o bebê (Leal, 2001). As experiências satisfatórias e gratificantes na relação com o “Outro”, criam símbolos dos objetos, então, o bebê pode atrever-se a desligar-se do cuidador. Assim sendo, progressivamente, começa a arriscar e a ir ao encontro de novas experiências, atrevendo-se a afastar-se para ir ao encontro do que ainda desconhece. Quando o bebê consegue empregar o simbolismo já faz a distinção entre objetos internos e externos, entre a fantasia e o facto (Leal, 2004). Vygotsky (1994, p. 126) considera que é *“enorme a influência do brinquedo no desenvolvimento de uma criança”*. A criança vê um objeto, mas pode agir de forma diferente em relação ao que vê, sendo livre para determinar as suas próprias ações. A ação numa situação imaginária ensina a criança a direcionar o seu comportamento não somente pela perceção imediata dos objetos, mas também pelo significado dessa situação.

O reconhecimento mútuo de um objeto, partilhado, manipulado, abre a oportunidade para o nascimento dessa nova experiência de dar um nome a uma coisa externa (por exemplo, uma bola). *“Assinalado como tal, o nome está a ser reconhecido como uma nova realidade consensual. Neste contexto, estamos certamente perante o início do que se designa de linguagem”* (Leal, 2010, p.78). Com a perceção mais clara da própria corporalidade associada à presença do “Outro”, o bebê diferencia-se, denota o prazer da própria existência, e firma-se a realidade linguística como instrumento de comunicação (Bates, 1979).

Rodrigues e Correia (2005) referem que o processo de socialização assume nesta etapa uma importância vital, na medida em que a criança vai conhecendo a existência de algo para além do principal cuidador. Começa, a partir das imagens mentais, a dar nome a coisas, a identificar necessidades e criar o pensamento abstrato. Este encontro trata-se de um convite à comunicação, enquanto sinais de intencionalidade. As autoras consideram ainda que, sendo característico desta fase de desenvolvimento a tentativa, de ultrapassar os limites impostos, torna-se importante responsabilizar a criança e exigir o cumprimento do que é estabelecido. Se o cuidador for assertivo, se estiver presente sempre que a iniciativa da criança assim o solicite, se os momentos de pausa forem respeitados, provavelmente este terá maior facilidade em integrar as regras e os limites.

A disciplina quando imposta de forma contingente, participa, na adaptação social, contribuindo para a aprendizagem das regras elementares da vida em sociedade. O objetivo da disciplina é conduzir a criança a incorporar os seus próprios limites, sabendo o que pode e não fazer (Rodrigues & Correia, 2005). Somente depois de adquirir os seus próprios limites, saberá impô-los. A disciplina encontra-se inevitavelmente vinculada à liberdade (exploração do meio envolvente), dado que quando a recebe adequadamente, aprende também que a liberdade tem limites (Abecasis, 1993). Este é um processo lento, mas que permite a criança restringir certas vontades e aprender a trocar um comportamento por outro mais adequado. A longo prazo, a disciplina assegurará, a segurança física da criança, na medida em que a protege das eventuais consequências de comportamentos que ela ainda não compreende, transmitindo um sentimento de segurança emocional, visto introduzir a possibilidade de prever o que pode acontecer em determinada situação. Os limites ajudam a eliminar, progressivamente, a exposição da criança aos perigos, assim como, permitem que aprenda comportamentos sociais adequados ao relacionamento com os outros e desenvolva a sua autonomia de uma forma gradual (Rodrigues & Correia, 2005). Desta forma, processa-se a aquisição das regras e dos limites, em que a criança toma conhecimento das suas próprias fronteiras e dos outros. É a compreensão de que existem coisas que lhe são interditas que a conduzirá a definir os seus próprios limites, a avaliar as suas competências e capacidades (Weiss, 2000).

A criança que se fixa neste passo de desenvolvimento sócio emocional experimenta um grande vazio, o qual emerge porque nunca foi encontrado o significado de “apontar a dois” pela falta de partilha da significação simbólica, remetendo para o quadro psicopatológico desafiante-opositor (Sousa-Ramos, 2004).

1.4. Quarto passo (19 meses – 3 anos) – “Separações individuais com perdas e reencontros”

De acordo com Leal (2010), o acesso à experiência de criação de significados, criados entre parceiros, deve ser identificado como um dos elementos mais importantes deste passo de desenvolvimento, em que a criança está a aperceber-se das habilidades básicas que contribuem para o seu sentido de autonomia: andar, começar a controlar os esfíncteres, alimentar-se e falar. A separação/individuação surge, nesta fase, como um processo que possibilita a integração dos aspetos frustrantes e prazerosos da realidade, ao conduzir a

criança a um sentimento estável de ser “Eu”, estendendo-se à capacidade de se experienciar como pessoa distante da simbiose primitiva, criando dentro de si, uma certa tolerância a mutações do sentir. Inclusivamente, está a alcançar uma maior consciência dos pais, como pessoas separadas e com papéis distintos na vida.

No mesmo contexto, ocorre uma dissociação entre a mãe que permanece como objeto de relação e a mãe que desaparece como objeto permanente. A criança está corporalmente separada do cuidador, porém mentalmente ainda ligada, pelo que terá de descobrir uma nova maneira de estar com o mesmo, com vista a tornar-se mais autónoma (Leal, 2010). A criança arrisca a explorar o mundo afastando-se do cuidador, sob a ressalva ilusória que a mesma esteja sempre e apenas ao seu dispor. No entanto, descobre que o cuidador tem outros compromissos afetivos que a podem afastar de si, o que pode afetar o duplo enlace entre amor absoluto e a total perda de segurança. Esta vinculação é acompanhada de sentimentos de descoberta de que o cuidador não lhe está vinculado exclusivamente, daí a procura desesperada de absoluto controlo do mesmo. O que resulta numa alternância entre sentimentos de domínio total e sentimentos de desamparo, desvalorização e depreciação, entre o amor total e a perda de segurança (Vale, 2002).

Parece desenrolar-se um processo de interiorização, no qual a criança interpsicologicamente diferencia a mãe que permanece como de relação e a mãe que desaparece como objeto permanente, não estando ainda internalizada intrapsicologicamente a cuidadora (Filipe, 2005). Se desta nova experiência for interiorizada uma sensação de pertença, de que se já pode afastar sem ficar aflito, o ser humano contínua a sua evolução, pois já adquiriu um laço de pertença, que lhe permite explorar, sem medo de que quando voltar o “Outro” já não se encontre. É nesta fase de encontros e desencontros que ocorre a promoção da diferenciação face ao adulto cuidador (Leal, 1997).

Num desenvolvimento saudável a criança manifesta interesse em explorar o seu meio, em descobrir como o que vê funciona e como deve lidar. Isto verifica-se quando incentivada pelos pais, educadores e colegas, desenvolvendo, então um sentimento de competência e a crença nos próprios recursos (Leal, 2010). É neste decurso de encontros e desencontros que ocorre a promoção da diferenciação face ao adulto cuidador. Igualmente, surge a importância da figura paterna, que ao impor a integração da realidade externa quebra, por sua vez a união dual (Leal, 1997).

A alternância de sentimentos experienciados pela criança, entre o amor fusional, e o total desamparo, conduz a procurar um equilíbrio emocional, ao aperceber-se que não é mais o centro do universo do seu cuidador primário. A criança desenvolve então a capacidade de

separação/individuação, encontrando esse equilíbrio através da relação com o segundo cuidador, neste caso, os pares (Alves, 2001). Caso não ocorra este desenvolvimento, se os conflitos do dia-a-dia não se encontram, razoavelmente, resolvidos, a criança não está preparada para avançar ao encontro de outros companheiros, torna-se assim difícil lidar confiadamente nos desafios da vida e superar momentos de incerteza que deveriam ter sido tidos como “normais”, ficando estagnada nesta etapa do seu desenvolvimento num quadro de ansiedade (Leal, 2010).

1.5. Quinto passo (4 – 7 anos) – “Diferenciação do seu viver relativamente ao dos seus pais”

Os movimentos de ensaio de separação/individuação do “Eu”, que ocorreram num contexto “saudável”, e que não geraram sentimentos de desconforto, impelem à passagem para o passo seguinte, em que a criança diferencia o seu viver relativamente ao dos seus pais (Leal, 2010).

Ao aventurar-se a no sentido da descoberta, a criança, inicia a sua inserção social, treinando as relações com os amigos/pares (Kimmel & Weiner, 1995). Apresenta-se aos demais, incorporando o imaginário dos pais, utilizando o seu discurso, aquele que até então experienciou com os primeiros cuidadores. A socialização na escola e nos grupos extraescolares (como, as atividades desportivas ou comunitárias) tem uma influência positiva para incrementar o sentimento de eficácia e de autonomia. O grupo aparece como sistema natural para a estimulação contínua da diferenciação do “Eu”, que se assume como origem dos próprios atos e intenções (Leal, 2010). No contexto de vários grupos a que pertence, a criança encontra-se com experiências diferentes daquelas que decorreram da experiência em família, que conduz ao seu maior distanciamento da família de origem (Leal, 2013).

Nestas trocas com os pares, a criança distancia-se o suficiente para conhecer novas realidades e descobrir que os pais não são perfeitos. Verifica que o seu discurso é diferente do discurso dos que o rodeiam, assim começa a deparar-se com outras realidades, que tende também a experimentar. Ocorre uma diferenciação do viver do indivíduo, do viver dos seus pais, uma aceitação do facto de ser somente uma parte de toda a realidade e não o seu todo. A criança vai distanciar-se, conduzindo ao luto da sua representação idealizada (Leal, 2010). Ao começar a representar papéis, passa a diferenciar o seu viver do dos seus pais, e vai querer

assumir o seu papel. Neste sentido, a sua tarefa centra-se na procura da narrativa do seu próprio viver (Leal, 2013).

Neste período, é necessário promover os impulsos espontâneos do jovem em busca de companheiros, ajudando-o a manter esses novos laços sem se distanciar demasiado do convívio íntimo com os cuidadores primários (Kimmel & Weiner, 1995). Também se torna importante que os adultos acompanhem os grupos de pares. Uma vez que se a criança não é animada de um sentimento espontâneo que a conduza na busca da autorealização, ser-lhe-á difícil monitorizar mecanismos através dos quais aprende a evacuar, saudavelmente, os sentimentos de raiva e de reivindicação, para se encontrar a si mesma no confronto com os seus pares e com a vida, de uma forma aberta e, também, esperançosa (Nunn, 1996, citado por Leal, 2010). No decorrer deste período, ocorre quer a necessidade de separação da família quer o seu reverso (Kimmel & Weiner, 1995).

Quando a individuação é mal trabalhada e vem ao de cima a desilusão com a vida, nomeadamente, o sentimento de esperança nos pais (que não são tão perfeitos como tinha esperado), leva à desistência do esforço por lidar com os desafios da vida e a uma maior cedência a dificuldades e ansiedades, correspondendo a um quadro de neurose histérica (Leal, 2010).

1.6. Sexto passo (8 aos 12 anos) – “Procura de desenvolvimento junto dos seus companheiros”

O desenvolvimento emocional do adolescente continua a tendência do passo de desenvolvimento anterior, em busca de si mesmo, comparando-se a si próprio com os outros (em termos de sucesso ou de inferioridade), assumindo papéis, tanto sociais, como pessoais, que refletem as diferentes realidades e significados de estar na realidade (Erikson, 1950).

Leal (2010) menciona que, na sua maioria, os adolescentes ponderando aquilo em que acreditam ou que rejeitam, posicionam-se face as crenças e doutrinas que até ao momento tinham sido consideradas como que sagradas. De acordo com Winnicott (1995), os adolescentes testam todas as medidas de segurança, as regras e disciplinas. Neste sentido, começam a sentir necessidade de procurar o seu próprio discurso, a sua identidade, a procura do seu próprio querer aliada à consciência da imperfeição dos pais, o que se faz acompanhar pelas normas quer sociais, quer pessoais (Leal, 2010).

Nesta fase, revela-se de extrema importância a emoção da amizade e o sentimento de pertença a um grupo de pares, bem como, o reconhecimento das regras sociais (Kimmel & Weiner, 1995). Esta internalização está dependente em muitos aspectos, da condição das cargas emocionais, dos cenários face a face com adultos, que permitirá o ser humano distanciar-se o suficiente para descobrir e avaliá-los como pessoas não perfeitas, ao estar em relação dialógica com os pares, possibilitando a liberdade de busca interna da própria consistência (Leal, 2013).

O adolescente está cognitivamente mais alerta quando participa numa classe ou numa organização em que os fenômenos de intercâmbio de grupo e de subgrupo surgem como elementos de estimulação naturalmente integrados. Assim, devem-se tomar medidas adequadas de funcionamento de qualquer grupo que se concentra na execução de uma dada tarefa. No caso, de não ser assegurada a boa condução das forças da dinâmica de grupo, gerar-se-á tensão, desorganização e desistência, em vez da produtividade da tarefa em causa. A regulação das condições para a reciprocidade, quer no discurso verbal, como no intercâmbio não-verbal, a ser assegurada pelo líder aquando da implementação de uma tarefa, pode permitir manter a comunicação de forma a alcançar o objetivo acordado. Em grupos onde existe uma ligação entre os membros, mas cuja comunicação não está devidamente regulada, o aumento da energia produzida pela comunicação multiplica, podendo vir a tornar-se ocasião de descargas emocionais intensa e invasiva, provocando fenômenos regressivos, razão pela qual diversas vezes se encontram manifestações de desordem e violência em classes escolares com adolescentes (Leal, 2010). Fora do contexto escolar, um grupo de apoio pode ser um reforço positivo de força e proteção contra experiências sociais adversas (Leal, 2013). Grupos comunitários e desportivos têm uma vasta experiência neste tipo de ação, surgindo lideranças e iniciativas e novas identificações, passando a estar ligadas a um sentimento de pertença (Leal, 2010).

Consoante as diferenças de contexto e a intensidade da influência de processos biológicos, a adolescência traz significativas mudanças, quer a nível biológico, quer a nível psicossocial (Kimmel & Weiner, 1995). Ao nível psicossocial as alterações são de natureza qualitativa e quantitativa em todas as esferas da atividade, tais como, uma maior autonomia dos movimentos sociais e grupos de pares, a adoção de novos papéis na família, conquistas em termos de autorregulação, de projeção no futuro e de redefinição das relações com a sociedade. O objetivo implícito nesta fase é o de construir consistência ao nível de normas internas e, simultaneamente, de adquirir coerência nas relações com os parceiros existentes (Leal, 2010).

O adolescente descobre que os seus primeiros cuidadores não são perfeitos, questionando as suas opiniões e atitudes, assumindo, quando necessário, uma posição crítica. As suas próprias opiniões começam a ser assumidas, o seu papel no grupo, as regras sociais respeitadas, tendendo a lidar com os acontecimentos de forma a controlar os seus objetivos. Aliado ao desejo que o adolescente tem de ser como todos os outros, a consciência das imperfeições dos pais, assim como, a importância das normas/regras podem resultar em comportamentos e ideias obsessivas, sentimentos de dúvida, perfeccionismo, preocupação com os detalhes e grande rigidez, características presentes na psicopatologia neurose obsessiva-compulsiva implícita neste passo (Vale, 2002).

1.7. Sétimo passo (13 aos 18 anos) – “Criação de significados pessoais e aproximação à maturidade”

Neste passo de desenvolvimento é suposto o indivíduo continuar no processo de procura de congruência e solidez no trato com os próprios objetos internos de relação e de consistência nas relações com os seus interlocutores atuais. Uma consciência de “Si”, do “Outro” e do “Real” é construída (Alves, 2001).

Ao descrever-se este período, realça-se a crise biológica própria da puberdade, com a sobrecarga impulsiva que caracteriza este sétimo degrau do desenvolvimento sócio emocional. A necessidade de diferenciação revela-se no adolescente e ainda no jovem adulto pelos múltiplos e repetidos ensaios de recíproca separação/aproximação (Leal, 1997). Fruto da própria crise de crescimento há uma absorção pelo esforço de encontrar a sua identidade (Andersen, 2005). Os conflitos internos ou externos manifestam-se de forma muito intensa (Bergeret, 1997). É possível o indivíduo ter relações amigáveis ou não, com base no reconhecimento de que as intenções de outrem podem não ser idênticas às suas. Por um lado, com a perceção de que podem ser falsas ou enganadoras, e, por outro lado, não abandonando a fé absoluta de que existem ações espontaneamente generosas (Leal, 2010).

A idade adulta manifesta-se pela possibilidade de alternância entre ser cuidador de outrem e ser um recipiente de cuidados que possam ser oferecidos, sem que isto conduza a automatismos de inferioridade ou de superioridade. *“Ser adulto diz respeito a escolhas de vida, ou seja, aceitar objetivos próprios e os seus significados, mesmo que diferentes de expectativas comuns, a definição dos próprios ideais, e a possibilidade de discutir pacificamente convicções próprias, permitir-se pensá-las, através de estudo e ação, incluindo*

a busca constante de um significado básico de vida” (Leal, 2010, p. 143). Ser adulto significa o indivíduo ter a capacidade de se arriscar em busca de novos caminhos que lhe permitam satisfazer todas as suas carências básicas, sem se deixar influenciar pelas regras morais ou profissionais (Leal, 2013).

Numa fase adulta a atitude face ao outro altera-se, sendo entendido em cada situação e, a percepção passa a estar isenta de juízo de valor. A autoavaliação sofre a mesma metamorfose e o estado depressivo dilui-se dando lugar a um indivíduo com uma autoimagem adequada à realidade, de total auto e heteroaceitação (Rio, 2001).

Também, esta é a fase em que surge a possibilidade de construir uma relação estável e íntima com um parceiro (Leal, 2010). *“A condição básica para um relacionamento amadurecido e duradouro entre duas pessoas que se amam reside em poder-se relacionar em profundidade com o seu próprio Eu e também com os outros”*. A própria capacidade de amar e apreciar de forma realista a outra pessoa ao longo dos anos e de se comprometer com os valores e as experiências de um destino em comum permite a consolidação do relacionamento. Mas a maturidade emocional não é uma garantia de que a relação se mantenha estável e livre de conflitos, dado que é natural atravessarem-se fases e momentos críticos, oportunidades e novos desafios (Leal, 1997, p. 51).

Quando este nível de evolução/maturação é alcançado, pode entender-se que o indivíduo adquiriu uma configuração interna pessoal que permite o preenchimento do seu papel como parceiro e como pai/mãe e tornar-se uma referência para as gerações futuras, transmitindo padrões fortes, valores de liberdade interior, sendo tudo isto necessário para o sexo, o amor, e a partilha com um companheiro escolhido e/ou, para atender a outros possíveis projetos (Leal, 2010). O indivíduo respeita-se a si e aos outros de igual forma. Sabe quem é, o que quer e o que sente, respeitando igualmente os outros que são distintos de si mesmo, tanto física, como psicologicamente (Alves, 2001).

Ao atingir-se este nível evolutivo, maturativo, pode-se considerar que se encerra uma etapa, em que o indivíduo adquira uma configuração interna personalizada que lhe permite, ser uma referência identificadora para as gerações futuras, criando e transmitindo valores (Leal, 1997). Todavia, quando o indivíduo assume uma atitude passiva, essencialmente caracterizada pela desesperança e pela resignação perante o seu próprio funcionamento, assim como, o dos outros, estagna neste passo de desenvolvimento, instalando-se um quadro depressivo (Alves, 2001).

2. Sistema Classificativo das Estruturas de Personalidade e Psicopatologia

Tendo por base a afetologia genética (passos do desenvolvimento sócio emocional), Quintino-Aires (2003) desenvolveu, em 1998, um sistema classificativo da personalidade, identificando sete estruturas de personalidade em paralelo com os sete passos da construção do “Eu”.

Ao longo da vida, o ser humano passa por diferentes etapas/passos de crescimento sócio emocional, cada uma independente das outras, ainda que cada uma depois da primeira, contenha características das anteriores (Parracho, 2001). A mudança para a seguinte necessita de um padrão próprio de relação com um cuidador, que se “empresta à relação” (Quintino-Aires, 2001). Resulta assim uma estrutura de personalidade típica de cada passo, e a possibilidade de identificar o vetor de funcionamento de cada estrutura de personalidade, que na prática é a essência do funcionamento naquele passo específico (Quintino-Aires, 2003).

A interrupção deste movimento, por compromisso no triângulo (o próprio, o cuidador e objeto), leva a um funcionamento de personalidade que naquele contexto relacional é patológico. De acordo com a lei evolutiva, o vetor de funcionamento que permite identificar a estrutura de personalidade, passa a vetor patognomónico que identifica a patologia (Quintino-Aires, 2003).

Se se reportar à afetologia genética vista como um contínuo evolutivo do desenvolvimento sócio emocional do indivíduo situa-se assim a psicose como o modo de funcionamento mais arcaico, em que há ausência do “Eu e do Outro” estruturados, o que leva a uma idealização que se deseja mas verdadeiramente não se conhece. A psicopatia no plano intermédio constitui uma estrutura que prespetiva a realidade de uma forma bastante narcísica, não conseguindo aceder ao “Outro”, que existe somente como físico e não como fonte de iniciativas, com desejos e necessidades próprias, servindo unicamente como um meio para atingir os seus fins e não um fim em si mesmo (Parracho, 2001). A neurose como funcionamento mais evoluído, dado que já se encontra estruturada a noção do “Outro” psicológico, ou seja, reconhece-o como fonte de iniciativas, e interessa enquanto cede a atenção que o neurótico procura e controla. E, por fim, a depressão, sendo um passo de transição para o estado adulto, implica que neste o indivíduo consiga ver-se a si, os outros e a realidade, todavia ainda não a aceita. Somente quando ultrapassa este passo é que passa a existir uma auto e heteroaceitação, com conhecimento sobre si, os outros e as coisas, aceitando sem culpa, sentimentos de injustiça, sem insegurança, nem ambivalência (Quintino-Aires, 2003).

2.1. Psicose.

A psicose caracteriza-se por uma transformação radical do indivíduo com a realidade, que provoca uma mudança profunda e duradoura da identidade. Não existe um julgamento adequado da realidade, um reconhecimento correto dos códigos sociais e lógica no pensamento (Ménéchal, 2002).

Na estrutura psicótica, o sujeito não acede ao “Outro” na sua totalidade. A fraca percepção entre o “Eu” e o “Outro” não permite a representação da relação (Rodrigues & Correia, 2005). A insuficiência, ou mesmo a inaptidão, em distanciar-se no aspeto imaginário deixa espaço para sistemas equivalentes de expressão direta das pulsões (Bergeret & al., 1996).

Enquanto modo de funcionamento mais primitivo de relação, a psicose desenvolve-se em estruturas de personalidade com o vetor de funcionamento ao descrito nos passos primeiro e segundo da afetologia genética, aparecendo assim em duas formas de psicopatologia: a psicose autística, que tem como vetor patognomónico a “dificuldade de entrar em relação/desconforto”, e a psicose afetiva, cujo vetor patognomónico é a “dificuldade de entrar em relação/tristeza” (Rodrigues & Correia, 2005).

A psicose autística é uma evolução do primeiro passo de desenvolvimento, que tem como vetor de funcionamento a ressonância imediata à presença e resposta do outro. Deste modo, o psicótico autístico apresenta um funcionamento onde as iniciativas foram drasticamente reduzidas por conta das anteriores ausências de contingência, mas não desapareceram completamente (Crespo, 2002). Quando as trocas não ocorrem de maneira contingente, ou seja, se não existir ressonância às ações, verificar-se-á o desprazer, implicando uma diminuição do número de iniciativas, uma vez que o que vai não volta (Vale, 2002). Não sendo proporcionado à criança a relação que permite a capacidade de se perceber como distinta do cuidador. Assim, caracteriza-se pela existência de uma relação fusional que se repete no plano interpessoal apresentando, ao mesmo tempo, a tendência ao isolamento. Com efeito, organizou-se um desconforto na presença de um outro humano, com o qual se necessita biologicamente de entrar em relação dialógica, mas sem sucesso (Crespo, 2002).

A psicose afetiva emerge no segundo passo de desenvolvimento, que tem como vetor de funcionamento a reação circular de atenção. A capacidade de integração do “Eu” foi perturbada, não se reconhecendo a si mesmo como fonte de iniciativas, desejos e intenções. A representação da sua ação está na procura do “Outro”, a busca da ressonância que necessita para a supressão das suas faltas. Deste modo, apresenta já a possibilidade de ser contingente à

iniciativa de um “Outro”, novidade que se torna a sua atividade principal. Todavia, como não acolhe, não integra as respostas na cadência ritmada da sintonia afetiva, ficando o registro do não sentir, do não estar verdadeiramente, que claramente, se traduz como o não conseguir entrar em relação. Uma vez que a relação instalou-se na ambiguidade (não pela ausência de contingência, mas porque esta foi, por vezes, apresentada e, outras vezes não), o psicótico afetivo sabe o que lhe faz falta e é no “Outro” que o pode encontrar, permitindo-lhe inventar ou sonhar este encontro ou esta relação, surgindo a necessidade de o fantasiar. Um “Outro” que, é mais um fantasma do que real, pelo que funciona como não disponível (Sampaio, 2002).

Esta forma de psicose traduz-se, fundamentalmente, pela dificuldade de entrar em relação com os outros, levando à sintomatologia de alternância de estados de humor, que surge na sequência da distorção daquilo que vem de outrem, ou na fantasia. Existe uma alteração do humor ou do afeto, ora com a presença da elevação do humor, da energia e da atividade, ora com a presença da diminuição do humor, redução da energia e da atividade (Sampaio, 2002). A psicose afetiva é caracterizada pela alteração de humor e pela alternância regular de episódios de excitação (maníacos) e depressão (Ménéchal, 2002). Na fase maníaca, o indivíduo tem a sensação, que está a ocorrer uma transformação, interna, que é tida como agradável. No seu humor existem sentimentos de alegria, satisfação, estando predisposto a correr riscos (Alves, 2001). Ocorre uma exaltação do humor, uma libertação das pulsões instinto-afetivas e, em particular condutas de hiperatividade, fuga de ideias e perturbação de algumas funções biológicas, especialmente o sono (Ménéchal, 2002). Na fase depressiva, o indivíduo tende a culpar-se por atitudes que o levam a situações sem saída, sentindo-se indigno de continuar a viver (Alves, 2001). É marcada pela lentificação e inibição das funções psíquicas e motoras e pela perturbação das funções biológicas, principalmente a insónia e a anorexia (Ménéchal, 2002).

2.2. Psicopatia.

Quintino-Aires (2003) estabelece um paralelo entre a psicopatia e o terceiro passo da afetologia genética designado por “apontar a dois e a referenciação”, que impede o vazio de significado, cujo vetor patognomónico é a injustiça. É na existência de uma falha no

referenciar comum e na partilha de significados do desenvolvimento relacional e emocional, que se cristaliza a psicopatia.

A psicopatia é caracterizada por uma inadaptação do indivíduo à vida em sociedade. O caráter essencialmente antissocial é sistematicamente acompanhado por condutas particulares marcadas pela passagem ao ato (Ménéchal, 2002). Tradicionalmente, esta é entendida como uma tendência permanente para dar resposta a todo um conflito intrapsíquico como uma passagem ao ato auto ou heteroagressiva em detrimento de qualquer elaboração mental (Braconnier, 2007). A não disponibilização de consensos mútuos partilhados impede o entendimento pelo próprio do agir dos outros, levando à leitura de injustiça que motiva a reposição da mesma (Quintino-Aires, 2003).

Algumas características presentes na psicopatia enquadram-se na atribuição dos problemas aos outros, ausência de culpa, condutas legalmente penalizáveis, recurso a substâncias toxicodependentes, comportamento instável, desadaptado e, por vezes, agressivo, racionalização constante, intolerância aos estímulos emocionalmente desagradáveis e o fracasso ou o insucesso são experimentados como algo demasiado penoso, sendo projetados nos outros (não sente que a relação passa por duas pessoas). São, muitas vezes, revelados comportamentos de sedução para conseguir alcançar as suas vontades, não percebendo que os desejos do “Outro” podem ser diferentes dos seus (Rodrigues & Correia, 2005). Há que sublinhar as alternâncias que constituem esta estrutura de personalidade: os comportamentos são tão ruidosos quão pobre a sua expressão mental, oscilando entre a rejeição e uma intensa necessidade de afeto, entre a solidão e a dependência, entre uma certa exuberância e a pobreza de linguagem (Braconnier, 2007).

Nesta estrutura de personalidade, a lacuna no “apontar a dois” não permite a representação do “Outro” como fonte de sentir (não existe uma representação interna do mesmo), mas sim considera-o como um objeto, não sendo suposto possuir intenção ou iniciativa. Por este motivo, as relações tendem a ser superficiais e, por vezes, conflituosas dado que estes indivíduos apresentam dificuldade em perceber as necessidades diferentes das suas (Quintino-Aires, 2003).

As normas e as regras sociais assumem nesta estrutura uma grande importância, uma vez que o indivíduo tem perfeita noção do funcionamento social, sabendo o que é socialmente aceite, bem como, o que pode ser moral e socialmente censurado. Porém, as regras e os limites existem apenas para que o “Outro” as cumpra. Deste modo, a disciplina será imposta de uma forma rígida, sem deixar aos outros a possibilidade de perceber o motivo pelo qual

determinada regra está a ser imposta. O indivíduo com este distúrbio tenderá, somente a impor a sua vontade (Rodrigues & Correia, 2005).

Existe dois momentos evolutivos na psicopatia (Quintino-Aires, 2003). Um mais precoce, caracterizado pela passividade resultante da percepção da impotência para repor a justiça, em que o indivíduo limita-se a ouvir as críticas dos outros que aparentemente são aceites, escondendo aquilo que realmente sente (que são sempre injustos); e outra mais evoluída, caracterizada pela atividade reparadora da injustiça, reatividade imediata pela violência, ausência de culpabilidade, repetição e guardião de uma moral (Ménéchal, 2002). Nesta o indivíduo já confronta os outros, podendo haver a passagem ao ato, cujo sentimento de injustiça é tão forte que o faz reagir de uma forma mais agressiva (Sousa-Ramos, 2004). A primeira denomina-se por psicopatia passiva, e a segunda por psicopatia ativa (Quintino-Aires, 2003).

2.3. Neuroses.

Segundo Ménéchal (2002, p. 88), a neurose denota a presença de uma situação permanente de conflito que se opõe ao equilíbrio do indivíduo com o mundo externo, sendo fonte de sofrimento. *“Os seus efeitos psíquicos são na sua maioria conscientes, e traduzem-se por manifestações específicas, os sintomas”*.

A neurose tem como vetor patognomónico a necessidade de controlo, com início na necessidade de controlar a atenção do “Outro” e que por um processo de generalização, passou à necessidade de controlar coisas, pessoas e eventos. Desenvolve-se em estruturas de personalidade características do quarto, quinto e sexto passos da afetologia genética, aparecendo assim em três psicopatologias diferentes: a neurose fóbica-ansiosa, a neurose histérica e a neurose obsessiva-compulsiva (Rodrigues & Correia, 2005).

A neurose fóbica-ansiosa é uma evolução do quarto passo de desenvolvimento sócio emocional, tem como vetor de funcionamento as separações individuais com perdas e reencontros, com um cuidador que é vivido como figura de aparência não fiável, por isso tem de ser vigiada na medida em que pode desaparecer de repente (Rodrigues & Correia, 2005). Deste modo, esta forma de funcionamento, procura sistematicamente a presença física de um “Outro”, condicionando a sua atividade de exploração e desfrute do mundo a essa presença, mesmo que ilusória (Leal, 2010). Neste tipo de neurose o vetor patognomónico é acompanhado de uma estratégia inibitória, que permite reduzir a ansiedade (Rodrigues &

Correia, 2004). “A exteriorização a que a neurose fóbica dá lugar conduz geralmente à criação de um objeto fóbico específico de cada indivíduo. Esse objeto pode ser um objeto real, uma situação ou então uma sensação” (Ménéchal, 2002, p. 96). As manifestações fóbicas dizem respeito a medos injustificados em relação à presença de objetos ou de situações (Bergeret & al., 1996).

A neurose histérica presente no quinto passo tem como vetor de funcionamento a diferenciação do viver do indivíduo relativamente ao dos seus pais. A criança incorporou a narrativa dos seus primeiros cuidadores, que apresenta aos pares, por vezes aliada à insatisfação com os significados consensuais. Tem como a tarefa a procura da narrativa do seu próprio viver mas perde-se no ensaio de papéis de identificação social, em que a teatralização da vida dos outros, advém da sua labilidade emocional (Alves, 2001).

Nesta forma de neurose, o vetor patognomónico é acompanhado de uma estratégia de teatralização, que permite reduzir a ansiedade. O indivíduo tenta ser como um ator, surgindo como alguém que dramatiza a vida dos outros, ao mesmo tempo que, prende a atenção do “Outro”. A autoimagem e a autoconfiança são dependentes em extremo do sentir-se amado e apreciado pelos outros (Coimbra de Matos, 2001). São também frequentes conteúdos de sexualidade e de sensualidade (Alves, 2001).

A personalidade do histérico organiza-se em torno de três eixos principais: a encenação permanente do íntimo e do sexual (muito longe do atuar e mascara muitas vezes uma inibição), o jogo incessante entre a verdade e a mentira e a plasticidade (muda de opinião em função dos outros) (Ménéchal, 2002). O indivíduo “*é em particular um grande devorador de identificações, dá a plasticidade e a labilidade dos sintomas*” (Bergeret & al., 1996, p. 178). “*A estruturação de um carácter histérico, com teatralidade, exibicionismo e defesas narcísicas, pode colmatar em certa medida o sentimento de inferioridade*” (Coimbra de Matos, 2001, p. 68).

A neurose obsessiva-compulsiva trata-se de uma evolução do sexto passo, que tem como vetor de funcionamento a procura de desenvolvimento junto aos seus companheiros. Em consequência da avaliação e desilusões e tendo-se distanciado o suficiente para avaliar os pais entre os pares, incrementa-se a perceção de pertença ao grupo e a procura de companheiros que falam a mesma língua e têm os mesmos costumes, solidificando-se as regras sociais (Leal, 2010). Estas não têm ainda a força simbólica de sentido, quer dizer, não são uma apropriação pelo próprio, mas antes uma nova incorporação de narrativas. Não sendo uma incorporação de narrativas dos pais, mas dos pares (não é possível agradar a gregos e a troianos), com o problema de serem no plural e com relativa diversidade, pelo que causadora

de ansiedade (Leal, 1997). A consciência da imperfeição dos seus pais, aliada à extrema importância do seu querer, perante a impossibilidade de ser como todos os outros, pode resultar num funcionamento psicopatológico obsessivo, com comportamentos compulsivos, ideias obsessivas, sentimentos de dúvida, preocupação com o detalhe e forte rigidez cognitiva (Alves, 2001).

O vetor patognomónico é acompanhado de uma estratégia de racionalização. O indivíduo funciona tentando a aceitação e atenção dos outros, através de um esforço para realizar de forma como significa estar dentro das normas sociais que toma como pessoais, resultando assim a sua rigidez cognitiva (Guerra, 2004). *“A estrutura obsessiva corresponde a uma regressão do Eu, do ato para o pensamento. É já um ato que defende contra um pensamento latente”* (Bergeret, 1997, p. 133). Segundo Freud (2001), a formação de sintomas nesta estrutura assinala a presença de uma ordem defensiva ou proibição que adquire também a significância de uma satisfação. Ménéchal (2002) considera que a sintomatologia presente se refere a três registos principais: os pensamentos compulsivos (obsessões), os atos compulsivos e o pensamento mágico.

2.4. Depressão.

Por detrás da palavra depressão, esconde-se sempre uma perturbação afetiva, ou seja, um afeto doloroso específico (Braconnier, 2007). Esta perturbação caracteriza-se por uma perda da pressão anímica com correspondente diminuição de energia psíquica e vital da motivação e do interesse pela realidade (Guerra, 2004). Coimbra de Matos (2001, p. 64) refere que *“a depressão é um estado de tristeza e abatimento relacionado com a perda dos laços afetivos com um objeto, real, ou fantasiado, de amor e proteção”*.

A depressão tem como vetor patognomónico a desesperança, resultando da presença em simultâneo de um desejo que o mundo fosse de outro modo, e a certeza de que não é (Quintino-Aires, 2003). O indivíduo já possui uma construção interna de si, do “Outro” e da realidade, apesar de ainda não a aceitar (Guerra, 2004). Opera o teste da realidade e consciencializa-se que as intenções dos outros, podem, não só ser diferentes das suas, mas mesmo fingidas e enganosas. O mundo é visto na sua real tonalidade e esta constatação provoca angústia, imperando a desesperança. Trata-se de uma angústia existencial e de uma reavaliação de projetos, em que o percurso anterior é posto em causa, onde são reapreciadas as relações com os outros (Quintino-Aires, 2003).

No estado depressivo o indivíduo pensa que nada há a mudar, ainda que o desejo da mudança não se altere. Fica assim, preso a uma elaboração de algo no futuro, que é incapaz de resolver, por ainda estar no presente. Assim, surge naturalmente a desesperança, o indivíduo pensa no seu desaparecimento, sentindo-se fundido com a totalidade, que compreende, mas não aceita. Inclusivamente, sente-se completamente só, que viveu numa ilusão repleta de recordações, hábitos e convicções, que lhe transmitiram, e o próprio procurou acreditar que existiam. Todavia, apercebeu-se que, não passam de aparências e ilusões (Guerra, 2004). Por isso, opta pela tentativa de escapar a uma realidade que tomou um sentido diferente, passando a subestimar as suas capacidades e a considerar as dificuldades da vida como sendo insuperáveis, onde só existe dor e sofrimento (Bergeret & al., 1996).

3. Intervenção Terapêutica no Seio do Modelo

3.1. Intervenção terapêutica em crianças.

De acordo com Leal (2001), qualquer ludoterapia é um ato de acolhimento (da criança e do familiar que a apresenta), como forma de tomar contacto com uma queixa ou um sofrimento implícitos. É importante que o psicoterapeuta avalie não só o contexto familiar, mas também o ambiente educativo em que a criança se move, com fim a entender em que medida estará familiarizada com a linguagem comum do brincar, que difere em cada idade e em cada contexto social e cultural.

Quando há uma proposta lúdica a relação com a criança dependerá de esta sentir que tem condições de escolher o que vai fazer ou como vai fazer, no seguimento da sua própria fantasia (o que na psicoterapia com adultos se descreve como livre-associação). Para assegurar a livre-sequenciação da atividade lúdica, o ludoterapeuta precisa fornecer mediadores para se expressar na linguagem do brincar, do desenhar e do pintar, ou do encenar. Deve estar em causa, o integrar-se nas movimentações e no relato do pequeno paciente, num espaço de quem procura atender ao que capta, deixando-se enquadrar pela expressão lúdica. Como interlocutor da dinâmica da criança, orienta-se pela melodia corporal e pelo simbolismo dos objetos usados, pelo que vê e/ou silêncios, observando os simples gestos, os atos sem sentido, ou as sequências simbólicas. Poderá fazer eco ao que está em cena, mas a sua atenção expectante e não intrusiva deverá manifestar-se como um convite à encenação às sequências livres da imaginação (Leal, 2001).

Em contexto terapêutico, brincar é o meio que a criança utiliza para manifestar os seus sentimentos, preocupações e conflitos, dado que não controla plenamente o uso da palavra. A brincadeira escolhida tem uma intenção e, também está relacionada com os processos interiores. Assim, pode-se dizer que a forma como a criança se sente vai influenciar e determinar as suas brincadeiras. Ao exteriorizar as suas necessidades e ansiedades através do brincar torna-se capaz de enfrentar e solucionar os seus problemas. Portanto, trata-se de uma atividade organizadora para a mesma, no sentido do seu desenvolvimento mental (Negrão, 2003).

Brincar permite à criança experienciar e gerir as suas emoções negativas e a desenvolver as suas capacidades (Winnicott, 1995). Por exemplo, nos jogos em que perde, a criança apercebe-se que quando não vence num jogo pode vencer no seguinte. Através das derrotas, a criança assimila que apesar dos contratempos que pode surgir na vida, pode vir a ter sucesso, mesmo na situação em que experimentou o insucesso. Mediante os jogos de construções lógicas (com puzzles ou cubos), desenvolve melhor as suas capacidades de raciocínio e de manipulação, bem como, hábitos de perseverança e empenho, que vão ser muito importantes para ter sucesso nas suas aprendizagens futuras. As brincadeiras que tem como intuito esconder algo, ajudam a criança a dominar o seu medo do abandono e da escuridão e, ainda, a adquirir um sentimento de confiança e de segurança sobre a que a rodeia. Aquelas que são de natureza agressiva, permitem o menor libertar, e posteriormente, a aprender a estruturar e controlar a agressividade que sente, conduzindo a saber proteger-se ou libertar-se das suas tendências agressivas, não armazenando sentimentos negativos no seu interior (Negrão, 2003).

A intervenção com crianças assenta na manipulação de materiais lúdicos, que se estruturam naturalmente como intercâmbios recíprocos e alternantes, onde se definem padrões de ação em vai-e-vem (configurações metabolizadoras), concebidos como suportes da interação, modeladores da comunicação, que permite a estruturação e diferenciação (Leal & Garcia, 1997). São padrões, de certa forma ritualizados, que funcionam como organizadores internos que permitem atribuir significados à realidade externa (Oliveira, 2003).

Na ludoterapia não há a intenção de se estruturar qualquer tarefa, nem há qualquer planeamento antecipado das atividades, mas sim uma liberdade de movimentação (Oliveira, 2003). O terapeuta procura sempre que possível devolver à criança a iniciativa de conduzir o rumo da comunicação, apenas evidenciando a sua presença ativa, ao regular as expressões em ritmos de vai-e-vem (pois, está em cena o instrumento primeiro de organização do “Eu”, o “turn-taking” emocional recíproco e alternante), ainda que isso o deixe perplexo e sem

entender os rumos lógicos da ação e do discurso. Se a criança se empenha no intercâmbio de fantasia com os objetos que estão ao seu dispor por um adulto reconhecido como interlocutor fiável, pode emergir um diálogo de brincar a três (objeto - criança - adulto). Assim, emergem as sequências do brincar o “faz de conta”, com os seus símbolos e fantasias (Leal, 2001).

Como referem Leal & Garcia (1997) os metábolos integram a vida emocional e gerem o processo primário de atribuição de significados à realidade externa, pois, permitem uma encenação mental projetada na movimentação repetida de vai-e-vem, contribuindo para a estruturação e diferenciação “Eu-Outro”: o encher e o vazar repetido da água de um recipiente para o outro; a movimentação no espaço físico, diz respeito à localização do próprio corpo dentro dos limites de um espaço externo contendor, perspectiva o “continente e contido”; o fazer desaparecer ou aparecer algo, tal como a exploração de buracos ou aberturas, o abrir e fechar, que implicam o fora/dentro; os movimentos de construir/destruir, bem como, de aparece/desaparece no uso repetido dos materiais; as trocas linguísticas como lengalengas, ou movimentos acompanhados de indicadores sonoros correspondentes; e, a troca de papéis dando lugar a assumir e a trocar diálogos prazerosos. Mediante os metábolos, a criança projeta os afetos, assumindo o significado das emoções. Leal (2004) considera ainda que, os brinquedos permitem à criança transpor os significados pessoais do seu mundo interno para os materiais do mundo externo, devido à necessidade de dar expressão ao sentir.

A possibilidade de manusear objetos de uma forma livre, permite recriar condições de mobilização dos processos de simbiose/diferenciação, permitindo ensaiar a construção do seu viver separado pela ativação animística³ do objeto (Fonseca, 2005). A criança serve-se de uma representação que é criada por si, resultante de um valor partilhado no seio de uma experiência relacional, onde se descobrem novos significados (Leal & Garcia, 1997). Em conjunto, a criança e o adulto vão construir e partilhar significados juntos, num apontar a dois. Através deste intercâmbio prazeroso e recíproco, a primeira constrói a sua identidade e aprende a lidar com o “Outro” (Negrão, 2003).

Esta teorização serviu de base para sustentar um modelo de intervenção psicológica em que se procuram inventar mediadores, e, assim, a construção de significados, ocorrendo a criação de símbolos. A introdução de mediadores com as características específicas apontadas (ditas metabólicas) desencadeia novas formas de comunicação. Com efeito, a intervenção em que estes se enquadrassem têm probabilidade de promover mudanças desenvolvimentais, as

³ Capacidade se projetar sobre coisas (dar-lhes vida), como se os objetos se tratassem de um espelho, sendo capaz de estabelecer com os mesmos uma relação (Leal, 1985, citado por Fonseca, 2005).

quais são descritas em termos de aumento de interações e um acréscimo da integração pessoal de significados (Leal, 1981).

3.2. Intervenção terapêutica em adultos.

Um consenso absolutista relativo ao conceito de psicoterapia ainda não foi alcançado. Numa perspetiva integradora consiste num processo terapêutico que visa promover o bem-estar psicológico, ao favorecer a aquisição de capacidades e competências o encontro harmónico com a realidade externa. Mediante o progressivo desenvolvimento da psicoterapia como ciência, a divergência entre os distintos sistemas teóricos foi diminuindo, como também se transformou numa atitude de mútuo respeito e de crescente diálogo (Giliéron, 2004).

Segundo Quintino-Aires (2000), todo o psicoterapeuta necessita de um suporte teórico para a sua intervenção prática. Através da sua conceitualização da mente humana e do seu desenvolvimento, o qual deve incluir uma teoria de mudança, o psicoterapeuta aplicará um conjunto de técnicas de intervenção consoante a problemática que tem à sua frente.

Desde 1996, que Quintino-Aires (2000) juntamente com outros colegas⁴ tem vindo a desenvolver uma abordagem psicoterapêutica, que se reportou, numa primeira fase, no trabalho clínico de Rita Mendes Leal, nas décadas de 70 e 80, para quem uma teoria de mudança deriva da relação entre terapeuta e paciente, com recurso a instrumentos mediadores, tais como, os brinquedos e a linguagem e, numa segunda fase, se centrou num trabalho para a integração das teses de Vygotsky na teoria da prática psicoterapêutica.

Com base nas trajetórias mencionadas construiu-se uma intervenção psicológica entendida como um processo dinâmico-relacional, espaço para a associação livre, que se centra no estudo das emoções e dos significados e atribui valor à característica relacional das emoções. As emoções e os significados concetualizam-se como construções do indivíduo, integrados na história de vida, investida de cultura (Jardim, 2005). Vygotsky (1994) afirma que a cultura gera a consciência. Assim, a consciência tem um carácter social no sentido de que a sua forma, conteúdo e nível de desenvolvimento refletem as suas relações sociais formativas. Por outras palavras, a consciência incorpora e utiliza meios fornecidos socialmente.

⁴ Grupo de psicólogos clínicos, psicoterapeutas e neuropsicólogos de uma escola de profissionalização pós-graduada de orientação Vygotskiana em Portugal e no Brasil

A psicoterapia relacional dialógica surge como um compromisso que se enquadra numa narrativa de vida, com a determinação de promover a mudança, no sentido de acionar novas formas de relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, onde se atualizam modos de relacionamento que passam a ser refletivos ao nível do significado afetivo que lhes está subjacente (Fonseca, 2005). O paciente é o único condutor na configuração dos significados, assumindo o psicoterapeuta o papel de testemunhar e de dar a voz ao que vai descobrindo por ele mesmo (Leal, 1998).

“A consciência não surge como um passo superior e necessário no desenvolvimento de conceitos dentro da consciência, ela surge sim a partir do exterior” (Vygotsky, 1934, p. 282). É este o papel que o psicoterapeuta desempenha, como “Outro” (exterior) na psicoterapia. O psíquico constrói-se no ser humano através dos sistemas interiorizados, transpostos das relações sociais para a personalidade (Quintino-Aires, 2000).

No processo psicoterapêutico os processos psicológicos mais complexos podem ocorrer na interação do paciente com o psicoterapeuta, sendo estes intersíquicos. Nesta fase, o psicoterapeuta é um agente externo em relação com o paciente num agir mediado sobre a realidade. Mas porque a mudança ocorre, os processos que antes eram partilhados com o psicoterapeuta tornam-se internalizados e acontecem dentro do paciente. A resposta mediada torna-se um processo intrapsíquico (Quintino-Aires, 2000). É, neste sentido, através do discurso, que uma função intersicológica partilhada por duas pessoas, mais tarde se transforma num processo intrapsicológico de organização do agir humano e, o ser humano passa a controlar a resposta impulsiva à estimulação externa (Vygotsky, 1934).

Ao ser alterada a interação do ser humano com o que o rodeia, altera-se também a consciência, atitude do sujeito com o meio, consigo próprio e com outrem. No trabalho psicoterapêutico, o paciente modifica o campo psicológico ou cria para si próprio uma nova situação no seu campo psicológico, carente de sentido, para um “Outro”, já com sentido. Não só com a sua adaptação às diversas situações, mas também com uma nova estrutura interna (Quintino-Aires, 2000).

O terapeuta assume-se como interlocutor válido, que proporciona um ambiente favorável e que vai facilitar a mobilização de recursos que vão de encontro às exigências sociais, e acompanhados de ressonância afetiva experienciada pelo próprio. É aquele que escuta e traduz, desempenhando um papel de testemunha e de contentor da palavra e do símbolo ao garantir a compreensão das suas experiências e impedir a imersão no vazio de significado. O seu papel é o de mediador de relações que abrangem interlocutores do passado e presente, garantindo ao paciente uma movimentação mais cómoda nessa rede de

relacionamentos, cabendo ao mesmo a iniciativa de querer mudar, a partir de um movimento interno (Fonseca, 2005).

Para poder desenvolver o seu trabalho, o psicoterapeuta dispõe de um conjunto de técnicas de intervenção (Giliéron, 2004). O psicoterapeuta mediante as técnicas que utiliza, cria uma relação com o paciente na qual este pode construir novos significados e sentidos, lidando com as suas necessidades e motivos. Isto facilita e promove os processos de formação partilhada e o registo individual de significados: consentidos pelo próprio, e apontados ou nomeados por ambos como algo exterior. Modelos concretos de trocas recíprocas e alternantes entre eventos /coisas /indivíduos são indicadores de atenção, gerando tensão e sugerindo uma busca partilhada para a compreensão do significado da ocorrência dos acontecimentos (Quintino-Aires, 2000).

3.3. Técnicas psicoterapêuticas.

As técnicas de intervenção psicoterapêutica enquadram-se em dois grupos. Um grupo de técnicas gerais, que estabelecem uma certa atitude relacional (social) entre o psicoterapeuta e o paciente, e devem estar presentes em todos os momentos da psicoterapia, sendo estas:

- Intercurso Mutuamente Contingente – trata-se de um padrão de interação relacional, onde o psicoterapeuta corrobora com a ação observada através de atos análogos, de orientação e/ou repetição do mesmo, no qual, um ritmo de contingência dialógica possa ser instalado e possa estabelecer-se alguma sequência regular, dando lugar a trocas recíprocas e alternantes (Leal, 1998);

- Compreensão Empática - consiste em compreender a forma como o paciente vê a realidade, reconhecendo e assumindo a subjetividade da sua representação de si e do mundo (Quintino-Aires, 2000);

- Nomeação ou pôr verbo - implica apontar e pôr em palavras o que se vê acontecer, o que o “Outro” sente (o verbo é organizador do intercâmbio, na medida em que se trata de apontar a dois quer a realidade, quer as iniciativas do paciente). Dois interlocutores face ao objeto referenciado, vivem o prazer do encontro ao intuírem um significado partilhado entre eles, por exemplo, o bebé pega na bola, mostra ao terapeuta, e este diz: “olha, é uma bola”, o que permite a vivência de valia na atribuição de significados ao real (Leal, 1998).

E, um grupo de técnicas específicas, que são selecionadas pelo psicoterapeuta de acordo com o que está a acontecer em cada momento (aqui e agora) da psicoterapia, das quais fazem parte:

- Repetição – é utilizada com a intenção de produzir uma maior verbalização da parte do paciente, trata-se de repetir o final do discurso do indivíduo, ou então o que nos parece mais relevante de entre tudo o que foi dito, mas sempre com as palavras do indivíduo, para que ele se ouça e sinta ouvido - espelho (Quintino-Aires, 2000);

- Marcação – tem como objetivo apoiar o diálogo, mas sem o interromper, o psicoterapeuta produz interlocuções, colocando-se em presença (por exemplo, hum, hum...), para não deixar o paciente “sozinho” (Quintino-Aires, 2000);

- Focagem - nesta técnica procura-se uma aproximação das emoções do indivíduo no seu aspeto vivencial, e dirige-se o mesmo no sentido de concretizar as descrições, o que conduz a um estreitamento do campo de atenção, em direção àquilo que é suposto ter maior relevância para a compreensão sua dinâmica, pelo que aumenta a ansiedade, centrando o discurso num determinado aspeto que queremos que o indivíduo desenvolva, pensando sobre ele (Leal, 1998).

- Generalização - esta estratégia ao contrário da focalização, aparece a sugestão de distanciamento do indivíduo em relação à vivência ansiosa. Segue a linha de fazer enquadramentos, que, de sua natureza, são estruturantes, na medida em que colocam em mente ligações abstratas com conceitos e circunstâncias gerais, com a finalidade de se reduzir a ansiedade, expressando a semelhança daquele agir noutros humanos (generalizando o que o indivíduo está a sentir para um maior número de indivíduos), por exemplo: “*Nós somos assim, custa-nos perder alguém querido*” (Leal, 1998);

- Eco Emocional - dar nome à emoção, para o indivíduo se pronunciar sobre ela, reconhecendo-a, podendo contribuir para elucidar os afetos mobilizados (Leal, 1998);

- Re-expressão - descrever eventos acabados de apresentar pelo paciente, sintetizando o que o disse, ao pôr as coisas de uma outra forma, mais curta e organizada (Quintino-Aires, 2000);

- Interpretação – “*remeter o conteúdo do acontecer para significados implícitos da experiência. Este significado assim apontado pode considerar-se subjacente ou pode funcionar como uma nova criação, na medida em que comporta uma configuração nova em que os factos narrados se integram*” (Leal, 1998, p. 161).

CAPÍTULO II

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada, bem como a descrição dos objetivos orientadores do presente estudo.

METODOLOGIA UTILIZADA

Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1997) referem que a metodologia de natureza qualitativa envolve um conjunto de abordagens as quais, mediante os investigadores, tomam diferentes denominações. Para estes autores, este tipo de metodologia privilegia entre as outras formas de investigação o estudo de caso (um caso único ou casos múltiplos).

O estudo de caso pode ser definido como uma estratégia de pesquisa, que utiliza, dados de que o pesquisador dispõe e através da qual focaliza uma determinada situação, que, normalmente, é escolhida pelo seu caráter típico, com a finalidade de investigá-la em profundidade. É de ressaltar que se trata de uma estratégia de verificação de hipóteses, que permite fornecer explicações centradas diretamente no problema (caso) considerado (Laville & Dionne, 1999). De acordo com Fishman (2005, citado por Gazzola & Iwakabe, 2009) o estudo de caso que nos permite avaliar ao pormenor o desenrolar de acontecimentos ao longo do tempo, num contexto integrado acerca do caso, representa uma dos meios mais pragmáticos, e orientados para a prática, no âmbito da investigação no campo da psicoterapia. O campo de investigação é: *“o menos construído, portanto o mais real; o menos limitado, portanto o mais aberto; o menos manipulável, portanto o menos controlado”* (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1997, p. 22).

Merriam (1988) refere-se ao estudo de caso de ordem qualitativa como particular, porque se focaliza numa determinada situação, acontecimento ou fenómeno; narrativo, visto que o produto final é uma descrição do fenómeno que está a ser estudado; heurístico, ao conduzir à compreensão do que está a ser estudado; indutivo, face à maioria destes estudos tem como base o raciocínio indutivo; e, holístico, na medida em que tem em conta a realidade na sua globalidade. Primeiramente, o pesquisador deverá definir o problema de investigação, o qual será com frequência resultante da sua própria experiência ou de situações ligadas à sua vida prática, mas que pode também provir de deduções a partir da teoria, da revisão de literatura, ou de questões sociais. Em seguida, formulará questões de investigação que não deverão ser muito específicas da tentativa de compreensão dos acontecimentos, ou seja, o que aconteceu, porquê e como. O passo posterior é a escolha da unidade de análise ou caso.

O caminho de investigação do presente trabalho centra-se no estudo de dois casos clínicos, cuja conceção teórica se baseia no Modelo Relacional Dialógico (Leal, 2010), o qual é utilizado para a análise e articulação dos dados.

Com propósito de investigar as alterações de ordem sócio emocional e de conduta, decorrentes do procedimento psicológico e interventivo, procedeu-se ao levantamento de hipóteses de diagnóstico, ao delineamento de uma proposta de intervenção terapêutica e à descrição da evolução das áreas intervencionadas. Julgou-se também necessário deslindar a relação entre o conceito de passos de desenvolvimento sócio emocional e as descrições de psicopatologias, com vista a esclarecer aspetos da intervenção em cada caso.

Neste sentido, baseada na teoria de que o intercâmbio relacional pautado pela contingência promove a comunicação alternante, a diferenciação “Eu-Outro” e a estruturação do “Eu”⁵, colocamos como hipóteses de estudo:

- 1 – A alteração de estruturas automáticas de comunicação interpessoal numa relação psicoterapêutica apoiante promove alterações no comportamento de um paciente/cliente.
- 2 - A validade desta hipótese será comprovada por se verificar que o paciente, num intercâmbio relacional com o terapeuta, conseguirá a atribuição de novos significados à realidade externa, as dificuldades apresentadas diminuem e será incrementada a sua capacidade de controlo emocional.

⁵...na medida em permite a criação de configurações metabólicas ou pré-simbólicas e a construção de símbolos.

CAPÍTULO III

Neste capítulo procedemos à apresentação de dois casos clínicos, que deverão ilustrar a intervenção psicoterapêutica preconizada em casos de perturbação sócio emocional, conforme a teoria anteriormente exposta. Descrevemos os dados recolhidos com recurso aos instrumentos adotados e, ainda os procedimentos de intervenção psicológica.

DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE SELECIONADA

Num primeiro momento, as sessões de Psicologia Clínica foram dirigidas para a avaliação psicológica dos clientes, especificamente, através da realização de entrevista e a aplicação de testes de avaliação psicológica. O âmbito da avaliação ocorreu num reduzido número de consultas, sendo as técnicas implementadas utilizadas de modo a extrair-se informação pertinente para compreensão efetiva do caso. Consequentemente, o relatório de exame psicológico é elaborado não só com vista a triagem psicológica, mas também com a finalidade de se devolver a informação ao solicitador da mesma, finalizando-se assim este processo.

Num segundo momento as sessões foram destinadas ao acompanhamento terapêutico dos clientes baseado no modelo anteriormente exposto, acionando-se um conjunto de intervenções estratégicas concertantes à organização da personalidade do paciente, de modo a melhorar as suas dificuldades.

Aos participantes do presente estudo foi solicitado o seu consentimento informado (Anexo A), recorrendo-se a uma carta de apresentação que incluía uma breve descrição acerca dos objetivos do estudo, o pedido de autorização para a participação e a garantia de anonimato e de confidencialidade.

1. Estudo de Caso - Criança

O presente caso clínico foi elaborado com base na informação recolhida durante as consultas de Psicologia Clínica, com periodicidade semanal e duração de 30 minutos. As primeiras sete sessões tiveram como principal objetivo a recolha de dados da anamnese e a

aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica. As sessões subsequentes centraram-se na intervenção ludoterapêutica ao longo de um período de 17 meses.

Inicialmente apresentaremos informação relativa à identificação, ao encaminhamento, aos elementos da história pessoal e familiar, ao percurso escolar e à atitude manifestada do paciente face à consulta. Em seguida, iremos enumerar os instrumentos de avaliação aplicados e, conseqüentemente, a análise dos resultados obtidos e sua interpretação. Por último, apresentaremos a proposta diagnóstica fundamentada, bem como, a intervenção ludoterapêutica aplicada.

1.1. Dados Pessoais

D., do sexo masculino, tem 8 anos de idade e frequenta o 3º ano de escolaridade.

1.2. Encaminhamento e Motivo da Consulta

A mãe do D. veio à Consulta de Psicologia da Junta de Freguesia, encaminhada pela Professora Titular de Turma no sentido de o “*aluno ser sujeito a uma avaliação psicológica, dado que apresenta um comportamento pouco assertivo, por não manter a atenção necessária, ter dificuldades em cumprir as regras na sala de aula (quando advertido) e ser agressivo para com os colegas*”. A progenitora acrescenta que, gostaria que o filho tivesse acompanhamento psicológico, porque as dificuldades comportamentais também se repercutem no seio familiar.

1.3. Elementos da História Pessoal e Familiar

De acordo com o relato da mãe D. é filho único e coabita com os pais. É fruto de uma gravidez planeada e desejada. A gravidez decorreu sem complicações, no entanto aos cinco meses de gestação foi detetada a possibilidade de o feto possuir excesso de líquido cefalorraquidiano. No entanto, mais tarde os pais da criança foram informados que os valores detetados de líquido cefalorraquidiano se encontravam apenas muito próximos do limite normativo superior.

O parto foi eutócico, embora prematuro (35 semanas) e com algumas complicações, tendo o D. nascido com 2,385 kg e 45 cm de comprimento. D. nasceu com o cordão umbilical em torno do pescoço, apresentando algumas dificuldades respiratórias. A mãe não conseguiu precisar os valores do Índice de Apgar, mas refere que foi muito “baixinho” ao primeiro minuto e que ao segundo já foi “normal”. Os progenitores ficaram apreensivos com as complicações ocorridas no parto, mas muito felizes com o bebê.

Os pais estiveram muito atentos ao desenvolvimento do D. devido às complicações que ocorreram aquando o nascimento, porém as diversas aquisições processaram-se sempre dentro dos padrões normativos.

A mãe verbaliza que D. foi amamentado com leite materno até aos seis meses e, posteriormente, biberão e outros alimentos, descrevendo que “*foi um bebé com muitas cólicas até ao primeiro ano de idade, altura em que não dormia bem de noite, mas durante o dia sim*”. Acrescenta que, nunca teve problemas graves de saúde, apenas algumas otites e gastroenterites.

Com um ano de idade abandonou o quarto dos progenitores. Aproximadamente no período em que adquiriu a marcha (cerca de um ano e meio) ocorreram episódios em que D. ficava agitado durante a noite não chegando, no entanto, a despertar. Estes episódios ocorreram até aos três anos, momento em que o sono estabilizou.

Relativamente ao controlo dos esfínteres, D. adquiriu o controlo fecal (diurno e noturno) aos dois anos e o controlo diurno e noturno da urina aos três. Aos 12 meses começou a pronunciar as primeiras palavras.

A progenitora refere que D., desde pequeno, foi uma criança difícil, pois fazia imensas asneiras: quando brincava partia muitas vezes os seus brinquedos, na hora de os arrumar não o queria fazer, e era capaz de levantar a mão à mãe quando era contrariado. Nas brincadeiras ainda gosta bastante dos jogos de luta, leva muito tempo a brincar com os dinossauros, espadas, pistolas e também de jogar à apanhada, frisando que “*quer sempre ganhar, quando isso não acontece temos que lhe dar razão senão não se cala*”.

Segundo a opinião da cuidadora, o ambiente familiar antes do nascimento do filho era mais harmonioso. Ambos os pais são bastante preocupados com o seu desenvolvimento, mas desde cedo que não sabem como lidar com a sua desobediência e descontrolo. O surgimento do D. despertou mais discussões entre o casal pela divergência de opiniões quanto ao cumprimento das regras, salientando que “*eu digo uma coisa e o pai diz outra*”.

A mãe refere que o filho está em desafio constante relativamente à sua autoridade. Quando lhe diz para fazer algo (por exemplo, os trabalhos de casa, deixar de brincar, arrumar

os brinquedos, entre outros), raramente cumpre, sendo frequente entrar em conflito, pela postura que tem ao dizer que não, emitir gritos acompanhados de choro e ser agressivo. Nestas situações, num primeiro momento, a mãe procura falar com ele e explicar-lhe que deve respeitar os adultos, porém a desobediência permanece, e quando chega o momento em que não sabe mais o que lhe dizer, dá-lhe umas palmadas e, por algumas vezes, D. já se voltou com pontapés, dizendo: *“tu é que me bateste primeiro”*. Menciona que se sente angustiada e impotente perante o comportamento desajustado do filho, referindo que o último episódio foi *“no dia anterior, quando estava a brincar na escola”*, isto porque foi buscá-lo mais cedo (às 16h00), em vez da hora habitual de saída (às 17h00). D. disse que queria continuar a jogar com os colegas, ignorando-a. Diante desta atitude a progenitora foi *“ao seu encontro e pegou-lhe no braço”*, quando o filho começa aos gritos, dando-lhe *“pontapés e chapadas e a dizer deixa-me”*. Bastante constrangida e emocionada verbaliza que, *“nem imagina o que senti, uma enorme vergonha, todas as pessoas da escola a verem. Quem me ajudou foi uma funcionária que é minha amiga e foi comigo até ao carro, para ver se me acalmava. Eu chorava sem saber o que havia de fazer, decidi ir para casa, deixei-o lá na escola e telefonei ao meu marido para ir buscá-lo, porque já não tinha forças”*.

Com o pai o seu comportamento é diferente, na medida em que obedece com uma maior facilidade, *“ele sabe que o pai tem uma postura mais rígida e não tem tanta paciência como eu”*. À primeira repreensão, caso não passe a fazer o que lhe é exigido *“o pai não tem meias medidas e dá-lhe a valer, até me dá pena”*. O D. com o progenitor tem um maior respeito e medo e, muitas vezes, costuma dizer *“o pai é mau para mim”*.

1.4. Elementos do Percurso Escolar

De acordo com o discurso da mãe, D. até aos 6 meses ficou aos seus cuidados, altura em que foi integrado na Creche. A adaptação foi positiva, bem como a transição para o Infantário, ingressando posteriormente no 1º Ciclo. No primeiro ano de escolaridade denotou-se que se integrou na turma, o facto de conhecer alguns meninos por já terem sido seus colegas favoreceu a sua adaptação.

Quando tinha 4 anos, a mãe foi advertida pela educadora de infância relativamente às dificuldades que o filho manifestava em cumprir as regras que lhe eram impostas, mencionando que se tratava de uma criança bastante irrequieta e impulsiva. As queixas relativas ao seu comportamento no meio escolar referiam-se não só ao contexto em sala de

aula. Também no recreio o aluno revelava uma atitude desajustada por manifestar pouca tolerância quando os colegas por algum motivo o contrariavam, envolvendo-se em discussões que terminavam quase sempre em queixas físicas.

A professora titular de turma que o acompanha desde o início da escolaridade disse à progenitora que na sala de aula D. tende a ser falador, investir pouco nas tarefas o que se faz acompanhar por dificuldades em manter a atenção, levantar-se do lugar sem pedir autorização, virar-se para trás, mesmo quando chamado à atenção. Por vezes, recusa-se a realizar as tarefas escolares, não por dificuldades relacionadas com a sua execução, mas sim porque “*não quer fazer*”.

De acordo com a professora estas atitudes ocorrem desde o 1º ano, mas têm piorado de ano para ano letivo. Devido à resistência que oferece no sentido de melhorar o seu comportamento, a professora retirou-o do lugar onde se encontrava (a meio da sala) com um colega e colocou-o noutra mesa (em frente da sua) sozinho. Este procedimento fez que com que o aluno não tivesse tantas oportunidades para falar e provocar os colegas, todavia manteve a mesma atitude resistente perante a realização das tarefas propostas. No recreio, consegue estabelecer relações com os colegas, porém no decorrer da interação, inicia conflitos ou responde ao mesmos, sendo frequente ofender e bater nos amigos. No contexto de grupo/turma procura evidenciar-se e tende a apresentar uma postura autoritária acabando, por vezes, por rebaixar/humilhar os colegas.

De acordo com o relatório realizado pela professora, “*D. manifesta bons conhecimentos para a sua faixa etária, porém revela um comportamento pouco assertivo em contexto de sala de aula, desde o início do ano letivo, motivo pelo qual se encontra sozinho na carteira. Durante as aulas utiliza um tom de voz impregnado de desafio, raiva, e autoridade, comenta e corrige o que é dito pela professora, como se fosse dono da verdade revelando-se pouco amistoso para com os colegas, não se importando com o choque que as suas observações e atitudes possam provar, nem arrependimento. É exibicionista e líder pela negativa, poucos meninos se dão bem com ele. Quando é questionado acerca do que fez de errado, deposita as culpas nos colegas e gosta de dizer mentiras. Nas duas últimas semanas esteve envolvido em situações de agressão verbal e física com os colegas de turma*”.

1.5. Atitudes Face à Consulta

Ao longo do processo de avaliação psicológica D. não se revelou cooperante, apresentou dificuldades em atender ao que lhe era solicitado, procurando primeiro explorar avidamente o meio circundante. No início da avaliação demonstrou uma postura defensiva e de evitamento, explorou o espaço do gabinete e ofereceu resistência à realização de algumas tarefas. Porém, com o decorrer das consultas, esta postura foi-se atenuando, evidenciando algum interesse por o que lhe era proposto. Nas provas que implicavam um maior esforço cognitivo e consideradas mais complexas revelou um menor investimento, com tendência a dispersar-se facilmente, sendo necessário um constante reforço positivo por parte da psicóloga.

1.6. Instrumentos de Avaliação Aplicados e sua Fundamentação

No sentido de se compreender o funcionamento do paciente, procedemos a uma avaliação, tanto das suas competências cognitivas, como das suas características de personalidade, recorrendo aos instrumentos que seguidamente descreveremos.

1.6.1. Instrumentos de avaliação dos recursos cognitivos.

1.6.1.1 Escala de inteligência Wechsler para crianças (WISC-III).

A primeira versão da escala de inteligência de Wechsler emergiu em 1949. A WISC-III corresponde à terceira edição da versão americana da escala de inteligência de Wechsler para crianças, que foi realizada em 1991, surgindo a adaptação à população portuguesa pouco tempo depois (Wechsler, 2003).

Enquanto medida do funcionamento intelectual geral, esta escala pode ser utilizada em vários domínios, nomeadamente em avaliações psicopedagógicas, em orientação escolar, na identificação de necessidades educativas especiais e em investigação (Wechsler, 2003).

A WISC-III trata-se de um instrumento clínico de administração individual, que avalia a inteligência de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os seis e os 16 anos. É composta por doze subtestes, cada um mede um aspeto diferente da inteligência. Os

subtestes dividem-se em dois grupos, por um lado os subtestes verbais (informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e memória de dígitos) e, por outro lado, os subtestes de realização (completamento de gravuras, código, disposição de gravuras, cubos, composição de objetos, pesquisa de símbolos e labirintos). O desempenho nestes subtestes é resumido em três medidas que permitem avaliar o quociente de inteligência (QI) verbal, de execução/realização e o total, os quais oferecem estimativas das capacidades intelectuais (Wechsler, 2003).

1.6.1.2. Bateria de aptidões para a aprendizagem escolar (BAPAE).

A bateria de aptidões para a aprendizagem escolar é indicada para avaliação de competências cognitivas importantes, as quais a criança já deverá ter adquirido de forma a ser capaz de aprender as matérias escolares. Como método de intervenção complementar ao uso deste instrumento pode ser aplicado o programa de intervenção PDA – Programa de Desenvolvimento das Aptidões para a Aprendizagem Escolar (Cruz, 2008).

A BAPAE deve ser aplicada a crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico (entre os seis e os nove anos de idade) e divide-se em cinco subtestes (compreensão verbal, relações espaciais, conceitos quantitativos, constância da forma e orientação espacial), podendo estes ser analisados em conjunto, ou individualmente, caso se pretenda apenas avaliar uma das competências (Cruz, 2008).

A administração desta medida de avaliação pode ser em grupo ou individual durando aproximadamente 30 minutos, existindo um tempo limite de cinco minutos para a realização dos subtestes relações espaciais, constância da forma e orientação espacial. Os subtestes encontram-se distribuídos no caderno de itens, que contém uma série de desenhos que a criança deverá identificar e marcar com uma cruz aquele que considera correto, segundo as instruções do examinador. Uma vez terminado cada exercício, faz-se uma pequena pausa e solicita-se à criança que passe à página seguinte (Cruz, 2008).

Este instrumento foi adaptado à população portuguesa a partir de um trabalho elaborado por Paula Mendes da Luz e Graça Remédios do departamento de investigação e publicações psicológicas da CEGOC (Cruz, 2008).

1.6.1.3. Teste de cópias de figuras complexas.

O teste de cópias de figuras complexas foi concebido por André Rey em 1942 (Rey, 2002).

Numa primeira fase, esta prova avalia a atividade perceptiva e, noutra fase a memória visual. Nas suas duas fases, processo de cópia e reprodução de memória, o objetivo é analisar a forma como o indivíduo apreende os dados perceptivos que lhe são fornecidos e o que foi conservado espontaneamente pela memória. Assim, observa-se a forma como o indivíduo copia a figura e conhece-se, até certo ponto, a sua atividade perceptiva, seguindo-se a reprodução da memória que dá a indicação sobre o grau de fiabilidade da sua memória visual. Neste sentido, permite o estudo do desenvolvimento mental a partir da observação dos diferentes tipos de reprodução e da riqueza da representação gráfica (Rey, 2002).

O modelo a copiar está reproduzido em dois cartões - A e B. O cartão A deve ser aplicado a partir dos oito anos e o cartão B a crianças entre os quatro e os oito anos de idade. O examinador deverá ter disponíveis cinco ou seis lápis de cores diferentes e dar ao indivíduo uma folha de papel branco. Os lápis de cores servem para anotar a sucessão das cores e identificar no desenho o desenrolar da reprodução. Num primeiro momento, apresenta-se a figura que deve ser copiada e entrega-se um lápis-de-cor. Quando tiver terminado anota-se o tempo e retira-se a cópia e o modelo. Num segundo momento, após uma pequena pausa que não deve exceder os três minutos, aplica-se a reprodução de memória, convidando-se o indivíduo a desenhar de memória, numa segunda folha, a figura já observada. Não há limite de tempo para a reprodução, sendo o próprio indivíduo que indica quando terminou (Rey, 2002).

Os diferentes tipos de cópia são avaliados na representação do cartão A, encontrando-se ordenados do mais para o menos racional: I- Construção sobre a armação, o desenho é iniciado pelo rectângulo central que passa a funcionar como a armação, sobre o qual dispõem todos os elementos da figura, ou seja, constitui a base que serve de referência e de ponto de partida para a construção da figura; II- Detalhes englobados na armação, o indivíduo começa por um ou outro detalhe contíguo ao grande rectângulo, ou traça o grande rectângulo, incluindo nele algum dos detalhes e utiliza-o como armação do seu desenho, como no tipo I, bem como o processo, pouco frequente, que consiste em desenhar as diagonais do rectângulo antes do seu contorno, utilizando, de seguida, este como armação; III- Contorno geral, em primeiro lugar surge a reprodução do contorno integral da figura sem diferenciar nela, explicitamente, o rectângulo central, o indivíduo obtém assim uma espécie de “contentor”

onde são depois colocados todos os detalhes interiores; IV- Justaposição de detalhes, o indivíduo vai desenhando os detalhes uns ao lado dos outros, como se estivesse a fazer um puzzle, uma vez terminada, a figura é globalmente reconhecida e pode até estar perfeitamente conseguida; V- Detalhes sobre o fundo confuso, é desenhado um grafismo, pouco ou nada estruturado, no qual não é possível identificar o modelo, embora existam certos detalhes reconhecíveis, pelo menos na sua intenção; VI- Redução a um esquema familiar, a figura é transformada num esquema que lhe é familiar e que pode, por vezes, recordar vagamente a forma geral do modelo, ou de alguns dos seus elementos (casa, barco, peixe, boneco, etc.), e, por último VII- Garatujas, o indivíduo faz simplesmente umas garatujas nas quais é impossível reconhecer qualquer dos elementos do modelo e tão pouco a sua forma global (Rey, 2002).

Este instrumento de avaliação foi sujeito à aferição portuguesa, a aferição da figura A foi feita a partir de uma amostra de ambos os sexos, com idade entre os cinco e os 15 anos (incluindo idades superiores). Os dados foram recolhidos em crianças com frequência escolar ou jardim-de-infância e de diferentes níveis socioeconómicos. Da figura B foi baseada nas mesmas condições da anterior, com uma população entre os cinco anos e os oito anos inclusive (Rey, 2002).

1.6.1.4. Matrizes progressivas coloridas – forma paralela (CPM-P).

O teste matrizes progressivas coloridas – forma paralela foi elaborado em 1998, correspondendo a uma versão paralela da forma clássica (CPM). De forma mais rigorosa possível foi desenvolvido para avaliar, a componente g que Spearman designou de capacidade dedutiva, ou seja, a capacidade para conceber construtos não-verbais de nível superior, que servem como facilitadores de um raciocínio mais complexo. São avaliados processos psicológicos essenciais à inteligência geral (precisão perceptiva e raciocínio indutivo), nomeadamente o aspeto lógico e não-verbal da inteligência. Trata-se de uma medida que indica claramente, se um indivíduo é ou não capaz de fazer comparações e empregar o raciocínio analógico (Raven, Raven & Court, 2009).

Este instrumento de administração individual ou coletiva foi construído para avaliar crianças com idades compreendidas entre os cinco e os doze anos de idade, com um tempo limite de 20 minutos para a sua realização. Apesar de não incidir, à partida, na avaliação de adultos, tem sido largamente utilizado junto da população idosa, particularmente quando há

suspeitas de complicações neurológicas e de linguagem. É constituído por 36 itens divididos em três séries de 12 problemas, identificadas como A, Ab e B, que estão organizadas de forma a avaliar os principais processos cognitivos. O conjunto de séries oferece três oportunidades para o indivíduo desenvolver uma linha consistente de raciocínio. A totalidade dos itens pretende avaliar, de uma forma tão precisa quanto possível, o desenvolvimento intelectual e a maturidade mental (Raven, Raven & Court, 2009).

O projeto de adaptação deste instrumento à população portuguesa decorreu entre 2006 e 2009 (Raven, Raven & Court, 2009).

1.6.2. Instrumentos de avaliação dos recursos emocionais.

1.6.2.1. Teste do desenho da família.

O teste do desenho da família apresentado por Font (1978) entre as mais recentes modificações que tem sido objeto trata-se de uma técnica projetiva gráfica, que proporciona informações úteis para a compreensão do contexto familiar. É aplicado a partir dos 5 ou 6 anos de idade indicado para avaliar o estado afetivo da criança e a estruturação da personalidade, permitindo perceber a sua representação do contexto familiar (das relações familiares, identificação de conflitos, de atitudes e sentimentos face à sua família, entre outros). É igualmente uma técnica auxiliar no processo de diagnóstico e para formulação de indicações terapêuticas.

O examinador deve pedir inicialmente à criança que desenhe uma família da sua imaginação, seguindo-se o desenho da família real. Após a realização de cada um dos desenhos, a criança é convidada a explicá-lo, contando uma história sobre aquela família ou através de uma entrevista realizada pelo examinador (Ribeiro, 2013).

O modo como a criança se representa no seio da família é uma importante fonte de material projetivo (Font, 1978). O estudo detalhado do desenho da criança permite conhecer os sentimentos que experimenta pelos cuidadores e restantes elementos e as posições em que os coloca na dinâmica familiar e a si própria. Para este efeito, é importante anotar em que ponto da página o desenho foi iniciado, por que personagem ou qualquer outro elemento (objeto, animal, entre outros), a ordem de reprodução dos membros, o tempo dedicado a cada personagem, a tendência para retomar à mesma personagem e, em que sentido (da esquerda

para a direita ou vice-versa) o desenho é realizado. O examinador também deverá estar atento às eventuais reações afetivas da criança no decorrer da prova (Ribeiro, 2013).

1.6.2.2. Teste de Figuras para Crianças (Bar-Ilan).

O Bar-Ilan trata-se de uma prova semiprojetiva, de administração individual, que permite despistar situações reais e significativas geralmente encontradas no contexto educacional. Permite avaliar a percepção da criança relativamente ao seu lugar na sociedade, no seu contexto educacional formal, no ambiente familiar, assim como a sua percepção dos seus pontos fracos e do seu potencial para lidar com as situações do quotidiano. O teste foi construído para crianças com idades compreendidas entre os quatro e os 10 anos, mas tem sido utilizado com sucesso em crianças e jovens até aos 16 anos de idade (Itskowitz & Strauss, 1998).

Este instrumento é constituído por nove figuras básicas, seis das quais têm versões separadas para rapazes e raparigas (as figuras dois, três, quatro, cinco, seis e nove), sendo 15 figuras no total, representando uma situação na escola ou em casa. As figuras são apresentadas individualmente de acordo com a sequência numérica. Cada figura apresentada é acompanhada por questões padrão relacionadas com o pensamento da criança, os seus sentimentos e os seus comportamentos na situação específica apresentada (Itskowitz & Strauss, 1998).

1.6.2.3. Rorschach.

O método projetivo Rorschach foi elaborado em 1942 por Hermann Rorschach (Rodrigues, Almeida & Gomes, 2000).

Este estímulo enquanto prova percetivo-cognitiva, permite que o indivíduo elabore a sua percepção em função do seu mundo interno (a nível das suas preocupações, da forma de organização da sua relação com os objetos, dos seus fantasmas e afetos, entre outros), ou seja, abre-lhe o campo para a projeção. O indivíduo confrontado com esta dupla exigência em interação demonstra o seu modo de funcionamento psíquico, em que se manifestam processos de tomada de decisão, resolução de problemas reveladores das estratégias de confronto e da organização psicológica do sujeito (Davidoff, 2001).

É composto por 10 imagens (pranchas) com borrões de tinta simétricos (cinco das quais são acromáticas) que diferem na forma, na tonalidade e na cor, com características ambíguas quanto ao seu significado (Davidoff, 2001).

O sistema integrativo do Rorschach de John E. Exner Jr. (Escola Americana) desenvolvido na década de 50 trata-se de um exame de personalidade e do funcionamento emocional. A aplicação deste teste permite avaliar aspetos relativos à personalidade do indivíduo pela análise de natureza quantitativa e qualitativa das suas respostas em cada prancha. Através deste sistema analisa-se os seguintes domínios da organização de personalidade e funcionamento emocional do sujeito (Anexo B): controlo e tolerância ao stress; aspetos afetivos; percepção de si; percepção e relacionamento interpessoal; Processamento de informação; mediação cognitiva, ideação; e, stress situacional (Rodrigues, Almeida & Gomes, 2000).

1.6.3. Análise e interpretação dos resultados na avaliação psicológica.

De acordo com a avaliação de natureza cognitiva e emocional começamos por apresentar os resultados do D. pela sequência dos instrumentos de avaliação psicológica descritos. Os dados de ordem cognitiva resultantes do seu desempenho na Wisc-III, como é possível verificar na tabela 1, são indicativos de um quociente intelectual global, o qual permite obter uma estimativa acerca da capacidade do sujeito para compreender e lidar com o meio que o envolve ao nível das suas capacidades e dificuldades, com um rendimento intelectual global (105) que se situa num nível médio ($90 < QI < 109$).

Tabela 1

Quociente Intelectual: Escala Verbal, Escala de Execução e Escala Total

	Nota Padronizada	Quociente Intelectual
Escala Verbal	65	120
Escala de Execução	43	89
Escala Total	108	105

O QI verbal que se encontra relacionado com o nível sociocultural e com os investimentos escolares e o QI de execução/realização indicador da inteligência prática e da capacidade de a pôr em prática em situações concretas e pouco relacionado com os resultados escolares apresentam valores discrepantes, encontrando-se o QI verbal com um valor bastante superior em relação ao de realização. Como existe uma diferença superior a 10 pontos, permite considerar-se a presença de uma diferença significativa e, portanto, de heterogeneidade entre o QI verbal e o QI de realização.

No que concerne à análise do desempenho do D. nos vários subtestes das escalas verbal e de realização, pode-se observar na tabela 2 e na tabela 3, os resultados obtidos em relação à média para o seu nível etário.

Os resultados que se encontram um nível superior verificam-se nos subtestes:

◆ **Semelhanças:** requer a capacidade de concetualização e de generalização, bem como de pensamento abstrato e associativo – os resultados obtidos enquadram-se num bom desempenho ao nível destas capacidades;

◆ **Vocabulário:** subteste que fornece informação relativa à adaptação à língua materna, à escolaridade e à capacidade de aprendizagem, sendo influenciado pela estimulação do meio ambiente e nível intelectual da família – o desempenho é indicativo de uma boa compreensão da informação verbal.

O desempenho no nível médio ligeiramente superior regista-se nos seguintes:

◆ **Aritmética:** sensível à influência da escolaridade, encontrando-se relacionado com a avaliação da memória imediata, capacidade de concentração, de atenção, de raciocínio e de cálculo numérico – neste subteste teve um bom desempenho no que respeita ao cálculo e raciocínio numérico;

◆ **Código:** evoca a capacidade de concentração, atenção, eficiência e velocidade de execução - o resultado do D. assinala uma boa eficiência a nível destas áreas.

Num nível médio encontram-se os resultados dos seguintes:

◆ **Informação:** apela para conhecimentos de carácter geral, tendo subjacente aquisições sociais, culturais e escolares – indica a detenção de conhecimentos gerais, compreensão verbal, assimilação de experiências e memória a longo termo;

◆ **Completamento de Gravuras:** apela à percepção fina, atenção aos pormenores e inclusivamente à percepção da realidade envolvente – os resultados indicam uma atividade que se enquadra num desempenho normativo a nível destas competências.

Um desempenho de nível inferior constata-se nos seguintes:

◆ **Compreensão:** o desempenho neste subtteste revela um comprometimento a nível da integração, compreensão e adaptação a normas sociais e da capacidade de organização dos conhecimentos práticos;

◆ **Disposição de Gravuras:** os resultados indicam algumas dificuldades ao nível da capacidade de perceção e compreensão de situações visuais, da capacidade de ordenar lógica e temporalmente uma situação concreta, bem como da adaptação prática e social.

◆ **Composição de Objetos:** uma menor eficiência nas áreas que remetem para a memória de formas, lateralização e motricidade fina;

◆ **Cubos:** obteve um resultado que sugere uma menor eficiência ao nível das capacidades conceptuais de análise e de síntese, de representação mental e da coordenação visual-motora.

Tabela 2

Subtestes da Escala Verbal

	Nota Bruta	Nota Padronizada
Informação	11	10
Compreensão	6	8
Aritmética	14	13
Semelhanças	12	15
Vocabulário	30	19
Nota Verbal		120

Tabela 3

Subtestes da Escala de Realização

	Nota bruta	Nota Padronizada
Código	37	11
Completamento de Gravuras	15	10
Cubos	16	7
Disposição de Gravuras	12	8
Composição de Objetos	13	7
Nota de Realização		89

Na tabela 4 pode-se constatar pelos resultados obtidos na BAPAE que D. apresenta boas capacidades para a aquisição das aprendizagens escolares. Muito embora a maioria das áreas avaliadas por este instrumento se situem em patamares elevados como as relações espaciais e a constância da forma, é possível realçar os resultados ao nível da aptidão numérica (compreensão de conceitos quantitativos e capacidade para a utilização de números) e da orientação espacial, como áreas muito superiores. A compreensão verbal (ou seja, a capacidade de compreensão de vocabulário) foi aquela que obteve menor destaque comparativamente às outras, tendo um resultado dentro da média para o seu padrão etário.

Tabela 4

Valores Obtidos na BAPAE

Subtestes	Compreensão Verbal	Relações Espaciais	Conceitos Quantitativos	Constância da Forma	Orientação Espacial
Nota Bruta	16	9	20	19	20
Percentil	50	77	99	80	99

No Teste de Cópias de Figuras Complexas (cartão B) que procura avaliar a organização visuo-percetiva (Anexo C) e a reprodução por memória (Anexo D) de uma figura complexa sem qualquer significado, o seu desempenho revelou boas competências em ambos os domínios, ou seja, ao nível da capacidade gráfica visuo-percetiva (percentil = 90) e da memória visual imediata (percentil = 99).

Ao nível do raciocínio não-verbal, resultado proveniente das Matrizes Progressivas Coloridas - Forma Paralela foi ligeiramente abaixo da média (percentil = 40) para a sua idade cronológica.

Os dados de ordem emocional provenientes da sua representação do desenho da família imaginária (Anexo E) e da família real (Anexo F), em termos gráficos, são indicativos da presença de agressividade, impulsividade e audácia. Ao nível das estruturas formais verifica-se uma reprodução de tipo racional, indicador de rigidez, racionalidade, e tendência para reprimir as emoções. Em termos de conteúdo, revela que tem uma perceção integrada do núcleo familiar, integrando os membros com os quais coabita. Não obstante, demonstra dificuldade em identificar o exercício da autoridade parental, nomeadamente da figura materna, impossibilitando uma distribuição clara de papéis, regras e fronteiras.

A análise do comportamento e das respostas apresentadas pela criança ao questionário do Bar-Ilan (Anexo G) baseia-se em elementos relevantes exteriorizados face à globalidade dos estímulos apresentados. A percepção do D. relativamente ao contexto escolar revela que o entende quer como um espaço de aprendizagem, assim como, lúdico. O comportamento interpessoal parece ser difuso, verificando-se uma potencial presença de pensamentos geradores de conflitos com os pares e reduzidas competências para a sua resolução. Assim, no modo de interação manifesta dificuldade na adoção de estratégias para a resolver situações geradoras de tensão. A professora é percebida como uma figura de autoridade em contexto de sala de aula. Os pais são percecionados como manifestando expectativas positivas relativamente à vida escolar, fazendo uma diferenciação entre a postura do pai, como mais rígida e de imposição de regras e, a postura da mãe como fonte de diálogo. Os processos de pensamento apresentam uma sequência lógica.

A avaliação dos resultados no Rorschach (Anexo H) indica que D. apresenta positivo o Índice de Déficit de Coping, que se refere a uma maior dificuldade em lidar com as situações que se apresentam no seu dia-a-dia, havendo maior predisposição para a desorganização funcional, especialmente, em situações de tensão incomum. Quando existem pressões situacionais significativas, o seu controlo é menor do que o habitual. A carência de controlo conduz à expressão de comportamentos impulsivos e agressivos. As dificuldades em relação ao ambiente expressam-se, em particular, na esfera interpessoal.

Nos domínios que este sistema integrativo pretende avaliar verificou-se que, no controlo e tolerância ao stresse a organização de personalidade de D. é mais imatura do que seria de esperar, o que criará uma vulnerabilidade para ter dificuldades em lidar com situações de tensão, uma vez que as vivências de fracasso são mais intensas do que o habitual, provocando comportamentos muito semelhantes aos que se manifestam em situações de sobrecarga. Tais dificuldades manifestar-se-ão na esfera interpessoal podendo contribuir para problemas ao nível do controlo ($AdjD = 0$ e $CDI \geq 4$). Os recursos disponíveis para iniciar condutas deliberadas, ou seja, tomar decisões e colocá-las em prática revelam-se limitados ($EA \downarrow$). Inclusivamente, elimina a percepção dos seus sinais de alarme, ou seja, dos seus disparadores internos de tensão ($es \downarrow$).

Nos aspetos afetivos, o paciente está menos interessado em processar a estimulação emocional, ou seja, tem tendência a neutralizar os problemas de descontrolo emocional ($Afr \downarrow$).

Na percepção de si, o seu valor pessoal tende a ser negativo. Quando se compara com os outros tem uma imagem menos favorável de si mesmo, indicando uma autoestima mais

baixa (Índice de egocentrismo ↓). Também apresenta tendência para minimizar uma grande parte da estimulação incómoda (Afr ↓).

No relacionamento interpessoal, D. evidencia pouca maturidade ao nível social, tornando-se propenso a experimentar dificuldades quando interage com o ambiente que o rodeia, estendendo-se essas dificuldades à esfera interpessoal ($CDI \geq 4$).

No processamento de informação, o paciente simplifica demasiado as suas perceções, percebidas como complexas ou ambíguas, evitando, assim, processar a emoção. Este estilo de lidar com as situações promove problemas ao nível do processamento de informação e, como tal, cria um potencial para a ocorrência de comportamentos que não coincidem com as expectativas e exigências sociais ($L \geq 1,0$). Apresenta um funcionamento excessivamente prático, respondendo à tarefa de forma mais económica (D ↑). Inclusive, possui um baixo nível de motivação e iniciativa (Zf ↓).

Na mediação cognitiva, a forma como percebe as coisas é pouco convencional mesmo em situações simples ou definidas com precisão (P ↓). Tende a ser pouco convencional nas suas perceções, percebendo-as, na maioria das vezes, de um modo mais pessoal ($X+% < 70\%$ e $F+% < 70\%$ com $L \uparrow$). A ocorrência de comportamentos que negligenciam as exigências sociais ocorre devido a uma tendência para ver o que o rodeia a partir do seu próprio ponto de vista, podendo implicar um excessivo autocentramento, sendo as suas perceções em função das suas necessidades ($X+% < 70\%$ e $Xu% > 20\%$). Acrescenta-se que, manifesta distanciamento do convencional, podendo surgir problemas significativos que promovem distorção mediativa e desajuste perceptivo ($X-% > 25\%$).

Na ideação, D. minimiza uma grande parte da estimulação incómoda, devido a uma eliminação do registo das suas necessidades básicas, limitando a eficácia das suas respostas ($eb < 3$ e $FM \downarrow$). Não tem tendência para o impacto das emoções através de raciocínios forçados ($2AB + [Art+Ay] = 0$).

1.6.4. Diagnóstico segundo o modelo relacional dialógico.

1.6.4.1. Hipóteses de diagnóstico.

De acordo com o modelo de compreensão das estruturas de personalidade e psicopatologia que tivemos oportunidade de expor anteriormente, colocámos as seguintes

hipóteses de diagnóstico para o presente caso clínico: Perturbação Desafiante-Opositora, Perturbação de Ansiedade e Neurose Histórica.

1.6.4.2. Discussão diagnóstica.

Segundo o modelo relacional dialógico, se se define como vetor patognomónico a injustiça no terceiro passo de desenvolvimento sócio emocional (apontar a dois e referenciação que impede o vazio de significado), evidenciaríamos no paciente a atribuição de problemas aos outros, a ausência de culpa, a agressividade, levando ao sentimento de injustiça que motiva a reposição da mesma. Estas características encontram-se presentes na sua estrutura de personalidade, apontando para uma perturbação desafiante-opositora.

Como vetor patognomónico a necessidade de controlo-inibição no quarto passo de desenvolvimento (separações individuais com perdas e reencontros), constataríamos em D. uma alternância entre sentimentos de descoberta do meio envolvente e o controlo absoluto do cuidador. Dado que as suas atitudes revelam esta alternância de sentimentos no sentido da diferenciação face ao “Outro”, sugere-nos a presença de um quadro de ansiedade.

Ao se considerar como vetor de funcionamento patognomónico a necessidade de controlo/teatralização no quinto passo de desenvolvimento (diferenciação do seu viver relativamente ao dos seus pais), verificaríamos um ensaio de papéis de identificação social através da teatralização e do controlo. Todavia, estes comportamentos não se constatarem, sendo assim, não se trata de um diagnóstico de neurose histérica.

Uma vez que se verificam comportamentos diferentes no momento anterior e ulterior à intervenção ludoterapêutica, não permite enquadrarmos o presente caso clínico no quinto passo do desenvolvimento sócio emocional. Neste sentido, não nos encontramos perante este quadro clínico.

1.6.4.3. Hipótese de diagnóstico final.

Com base na informação proveniente da entrevista clínica e dos resultados de avaliação psicológica, consideramos que D. apresenta um funcionamento psicológico com características que enquadram, quer no 3º passo (apontar a dois e referenciação), como no 4º

passo de desenvolvimento sócio emocional (separações individuais com perdas e reencontros).

A criança começa a desenvolver a capacidade de representação do “Outro Psíquico” como fonte de interesses e iniciativas, podendo estes ser diferentes do seu “Eu Psíquico”, dinâmica que se desenvolve no 4º passo de desenvolvimento. Ao se experimentar como pessoa separada das figuras parentais, alcança uma maior consciência de que os que a rodeiam podem ter papéis distintos, permitindo modificações do seu sentir, integrando aspetos de tolerância face à realidade. No comportamento de D. pode-se verificar que não identifica os progenitores como mentalmente separados de si, somente em termos físicos, sendo característico do passo anterior. Como não entende o “Outro” separado de si psicologicamente, verifica-se uma predominância de atitudes desajustadas face a regras e obrigações que deveria de cumprir, o que se pode verificar pelo relato da progenitora na entrevista inicial “que procura falar com ele e explicar-lhe que deve respeitar os adultos, porém a desobediência permanece, e quando chega o momento em que não sabe mais o que lhe dizer, dá-lhe umas palmadas e, por algumas vezes, D. já se voltou com pontapés”.

No decurso do seu desenvolvimento a criança arrisca a explorar o mundo afastando-se do cuidador, sob a ressalva ilusória que o mesmo esteja sempre e apenas ao seu dispor. Durante o desinvestimento das figuras parentais ocorre a introdução dos pares havendo a exploração dos sentimentos de ausência e de presença, de pertença e de não pertença. A alternância entre sentimentos de domínio total e de desamparo emerge quando se depara que os cuidadores não estão unicamente vinculados a si própria. D. apresenta sinais de se encontrar ainda movido pelas necessidades mais primitivas da vinculação (no caso, mal sucedida), não lhe permitindo libertar-se da progenitora. Assim, no interesse que revela de contacto com os seus pares também não pode experimentar-se inteiramente como pessoa separada, o que procura suprir pelas suas reações desadaptadas de reivindicação e de agressão, que por sua vez implicam formas de funcionamento de um 3º passo de desenvolvimento. O comprometimento neste passo de desenvolvimento sócio emocional sugere a presença de um quadro desafiante-opositor.

Tendo em linha de análise esta contradição, verifica-se no seu desenvolvimento, que o D. procura explorar o meio que o rodeia, querendo assumir a sua autonomia face aos seus pais, desprendendo-se progressivamente e pela presença de sentimentos de domínio total (necessidade de controlo), remetendo para um quadro de ansiedade. Tal pode-se verificar na verbalização da progenitora na entrevista inicial, quando refere “*que o último episódio foi quando estava a brincar na escola, isto porque foi buscá-lo mais cedo (às 16h00), em vez da*

hora habitual de saída (às 17h00). D. disse que queria continuar a jogar com os colegas, ignorando-a”. Todavia, perante o exercício de diversos modelos de intercâmbio e de partilha que também fariam parte do 4º passo de desenvolvimento, verifica-se que D. ainda não consegue entrar em relação de intercâmbio com os outros, como se pode verificar partir deste exemplo “no decorrer da interação, inicia conflitos ou responde ao mesmos, sendo frequente ofender e bater nos amigos”.

1.6.5. Diagnóstico DSM-IV-TR.

1.6.5.1. Avaliação multiaxial.

O uso de um sistema multiaxial é utilizado na avaliação completa e sistemática das várias perturbações mentais (Eixo I e II), dos estados físicos gerais (Eixo III), dos problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV) e do nível global do funcionamento (Eixo V).

Com base nos cinco eixos da classificação multiaxial do DSM-IV-TR apresentamos a avaliação para o presente caso clínico:

Eixo I – 313.81 Perturbação de Oposição [F91.3]

Eixo II – V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Nenhum

Eixo V – AGP = 70

1.6.5.2. Hipóteses de diagnóstico.

Para o caso clínico apresentado, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), colocamos como hipóteses de diagnóstico: Perturbação de Oposição, Perturbação do Comportamento (Anexo I) e Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (Anexo J).

1.6.5.3. Discussão diagnóstica.

D. apresenta comportamentos que preenchem os critérios de diagnóstico da perturbação de oposição, porém os mesmos também enquadrar-se nos critérios de outras perturbações, sendo assim é necessário realizar um diagnóstico diferencial no sentido de apurarmos com exatidão a perturbação em causa.

O quadro apresentado pelo paciente não preenche inteiramente os critérios de diagnóstico da perturbação do comportamento, por isso este diagnóstico encontra-se excluído. Os sintomas manifestados não se integram no critério A da perturbação de hiperatividade com défice de atenção, o que é indicativo de não se tratar deste tipo de perturbação. Como não se verifica o número de critérios requeridos para as perturbações referidas, consideramos que não apresenta nenhum destes quadros clínicos.

1.6.5.4. Hipótese de diagnóstico final.

O presente caso clínico preenche os critérios de diagnóstico para Perturbação de Oposição que, de seguida se apresentam e justificam, por isso consideramos que se enquadra neste diagnóstico.

A. Um padrão de comportamento negativista, hostil, desafiante, que dura pelo menos 6 meses, durante os quais estão presentes 4 (ou mais) dos seguintes comportamentos:

(1) Com frequência encoleriza-se;

De acordo com a informação transmitida pela educadora de infância à progenitora, D. manifestava pouca tolerância quando, por algum motivo, era contrariado. No relacionamento com os colegas era frequente envolver-se facilmente em discussões que terminavam, quase sempre, em queixas físicas.

(2) Com frequência discute com os adultos;

A presença de dados relatados pela mãe e pela professora titular de turma apoiam o facto do paciente facilmente entrar em conflitos e/ou dar início aos mesmos. Segundo a progenitora o filho está em desafio constante relativamente à sua autoridade, e no relatório realizado pela professora consta que o aluno “*durante as aulas utiliza um tom de voz*

impregnado de desafio... comenta e corrige o que é dito por si como se fosse o dono da verdade”.

(3) Com frequência desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos;

Desde o início da escolaridade que a professora titular de turma advertiu a progenitora relativamente ao comportamento desajustado do D., mencionando que na sala de aula tende a ser falador, investir pouco nas tarefas o que se faz acompanhar por dificuldades em manter a atenção, levantar-se do lugar sem pedir autorização, virar-se para trás, mesmo quando chamado à atenção. As queixas relativas ao seu comportamento também estão presentes no contexto familiar.

(4) Com frequência aborrece deliberadamente as outras pessoas;

Não existe presença de informação que permita afirmar este critério.

(5) Com frequência culpa os outros dos seus erros ou mau comportamento;

Com base no relatório realizado pela professora de turma podemos constatar que o aluno é *“pouco amistoso para com os colegas, não se importando com o choque que as suas observações e atitudes possam provar, nem arrependimento... Quando é questionado acerca do que fez de errado deposita as culpas nos colegas e gosta de dizer mentiras”.*

(6) Com frequência é suscetibilizado ou facilmente molestado pelos outros;

Não existe presença de informação que permita afirmar este critério.

(7) Com frequência sente raiva ou está ressentido;

Nas situações mais problemáticas mencionadas pela mãe podemos verificar uma grande dificuldade do paciente em controlar as suas emoções, as quais exterioriza de uma forma agressiva. Em algumas dessas situações, já agrediu a progenitora (com pontapés), referindo *“tu é que me batestes primeiro”.* Inclusivamente, no relatório realizado pela professora titular de turma constatamos que o aluno *“durante as aulas utiliza um tom de voz impregnado de desafio, raiva, e autoridade...”.*

(8) Com frequência é rancoroso ou vingativo.

A informação transmitida pela professora titular de turma relativa ao contexto escolar aponta que D. revela um comportamento agressivo física e verbalmente com os colegas. Na

interação com o grupo/turma procura evidenciar-se e tende a apresentar uma postura autoritária acabando, por vezes, por rebaixar/humilhar os colegas.

Nota: Considerar que o critério só está preenchido se o comportamento ocorrer com mais frequência do que é tipicamente observado nos sujeitos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis.

B. A perturbação do comportamento causa um défice clinicamente significativo no funcionamento social, escolar ou laboral.

O comportamento desajustado do paciente compromete o seu funcionamento social e escolar, pela dificuldade que revela em cumprir as regras que lhe são impostas e em interagir com os outros.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante a evolução de uma Perturbação Psicótica, ou de uma Perturbação do Humor.

Os comportamentos manifestados por D. não ocorrem exclusivamente durante a evolução de uma Perturbação Psicótica, ou de uma Perturbação do Humor.

D. Não estão preenchidos os critérios de Perturbação do Comportamento e, se o sujeito tem 18 anos ou mais, não estão preenchidos os critérios de Perturbação Anti-social da Personalidade. (DSM-IV-TR, 2002, p. 102)

Não se encontram preenchidos os critérios de Perturbação do Comportamento e, como se trata de um menor, o diagnóstico de Perturbação Anti-social da Personalidade encontra-se excluído.

1.7. Plano de Intervenção

1.7.1. Intervenção terapêutica com os pais.

No plano de intervenção é fundamental a inclusão dos pais como parceiros num trabalho de equipa, atendendo não só às necessidades específicas da criança, mas também às necessidades e recursos da família (Abecasis, 1993). Cada família tem características específicas que a tornam única, sendo importante entender essa unidade formada por várias

elementos, bem como, o funcionamento de cada membro no desenvolvimento da criança (Weiss, 2000).

Os cuidadores (pais) são os principais elementos do sistema familiar, o seu envolvimento desde o início do processo de acompanhamento, torna-os mais competentes para lidar com as questões relativamente ao seu filho (Weiss, 2000). Deste modo, o terapeuta deverá ser um suporte à família, ajudando-a a reconhecer as suas competências e os seus recursos na resposta às suas necessidades. A cooperação dos pais torna-se uma importante componente do plano interventivo, de forma a poderem em conjunto com o terapeuta ir ajustando as suas posturas e formas de relacionamento com o filho (Abecasis, 1993).

Desde o primeiro contato que os pais estão presentes, participando na recolha da informação clínica e, posteriormente, na programação e implementação da intervenção. Dada a dificuldade do pai do D. em comparecer às sessões foi necessário estabelecer outro horário para que ambos os progenitores pudessem estar presentes. Assim, na sessão ulterior à entrega do relatório de avaliação psicológica foi o momento em que foi possível conhecer a dinâmica emocional de cada um relativamente à problemática do filho, dando-lhes também espaço para exprimirem as suas opiniões, angústias e dificuldades. Ao denotarmos um posicionamento diferente no que respeita ao comportamento do filho, foi necessário prestar apoio direcionado às necessidades individuais de cada elemento (progenitores).

A progenitora exteriorizou os seus pensamentos com maior facilidade pelas várias questões que colocou, centradas em como proceder quando o filho persistia em não atender ao que lhe era solicitado e/ou imposto. Nos contatos estabelecidos foi perceptível uma comunicação pouco fluida e ruidosa entre D. e a mãe. Não se conseguiam ouvir, interpelavam-se constantemente, ambos queriam medir forças e que a sua vontade prevalecesse. Face a esta dificuldade procurou-se intervir “é importante conseguirmos ouvir o que têm para dizer, por isso, é melhor falar cada um de cada vez”. Nas sessões seguintes, a situação como a descrita repetiu-se, sendo necessário relembrar várias vezes que “todos têm um espaço para falar e para serem ouvidos”. O pai demonstrou uma atitude reservada, as poucas palavras pronunciadas revelaram que a sua forma de controlar o filho era através da punição física.

Neste processo, em função das verbalizações dos pais, procurámos fazer um percurso lado a lado, atendendo ao ritmo individual, facultando orientações e estratégias que deveriam adotar:

- *“O pai não tem meias medidas e dá-lhe a valer, até me dá pena”* - utilizar o diálogo como uma ferramenta fundamental na relação, tanto para os pais compreenderem porque a

criança não realiza o que lhe é solicitado, quanto para a mesma saber que sempre pode ter um espaço para conversar sobre si mesma. Gritar ou usar qualquer outra forma de violência surte o efeito contrário e podem conduzir a criança a imitar o comportamento observado (Weiss, 2000). Espaços de partilha foram criados onde os elementos da família eram ouvidos e em que se definiram algumas regras (hora de fazer os trabalhos de casa, de jogar ao computador/playstation, entre outros);

- *“Eu chorava sem saber o que havia de fazer, decidi ir para casa, deixei-o lá na escola e telefonei ao meu marido para ir buscá-lo, porque eu já não tinha forças”* - as regras e limites devem ser consistentes, visto que a partir do momento que impõem algo, devem manter até ao fim, criando o hábito de firmeza, construindo a segurança da criança. Esta orientação foi dirigida especialmente à mãe, dada a sua falta de persistência em manter uma regra/decisão (Weiss, 2000);

- *“Eu digo uma coisa e o pai diz outra”* - os pais estejam de acordo com as decisões e opiniões colocadas, de forma que jamais um retire a autonomia do outro e/ou mude as regras já estabelecidas. Tal conduta evita que a criança fique confusa, bem como perceba o que é imposto (proibições, explicações, permissões, entre outros) (Abecassis, 1993);

- Assegurar que as instruções sejam claras, simples e interpretadas corretamente por parte da criança (Abecassis, 1993);

- Elogiar sempre que fizer algo correto, os esforços e o comportamento bem sucedido (Weiss, 2000);

- Manter a constância das estratégias adotadas (Abecassis, 1993).

1.7.2. Intervenção ludoterapêutica.

A evolução de uma intervenção psicológica pode ser descrita como decorrendo num período inicial, central e num tempo final. Seguidamente, iremos apresentar relatos de sessões que traduzem esse percurso.

1.7.2.1. Percurso inicial.

Nas sessões que decorreram num percurso inicial, entre Janeiro a Junho de 2011, denotou-se a presença de uma grande dificuldade no cumprimento de regras e limites. O comportamento do D. era demasiadamente destabilizador pautado por tentativas de satisfazer as suas necessidades de uma forma imediata. Como não queria aguardar pela sua vez, batia à porta do gabinete para se fazer notar, saía da sala de espera (nestes momentos tentava fugir e a mãe ia ao seu encontro), falava em voz alta, gritava e fazia birras constantes. Dada a acentuada dificuldade em conseguir controlar o seu comportamento, na maioria das vezes, a progenitora tinha de o agarrar para conseguir mantê-lo ao seu lado, respondendo-lhe de modo agressivo tanto verbal, como fisicamente.

Inicialmente, o paciente não queria entrar no espaço terapêutico (frustrado pelo tempo de espera), pelo que nas primeiras cinco sessões foi necessário que a mãe permanecesse connosco. A sua presença foi sendo minimizada, não existindo qualquer interferência sua e saindo alguns minutos mais tarde quando D. começava a desenvolver uma atividade com a terapeuta.

Na sessão número sete (Anexo K), a atividade lúdica desenvolvida (desenho) indicou que teve poucas iniciativas para com a terapeuta, uma atitude pouco relacional, assumindo uma postura desafiadora. A última parte da sessão foi dedicada à imposição da regra que não permite a danificação dos materiais presentes na sala de terapia, que já tinha sido referida em sessões anteriores. Apesar do D. inicialmente não reconhecer o que fez e tentar culpabilizar os outros, foi-lhe apontado de forma consistente a sua ação, sem culpabilizá-lo, procurando-se apontar a realidade. É também notória a sua diminuta capacidade de controlar os impulsos. Ainda nesta sessão, a terapeuta ecoou emocionalmente, pois ecoar funciona como sublinhar o seu comportamento, com um sentido de zanga face ao período de espera, para ele vivido como muito prolongado (sem sentido). Ao ser ecoado para ele, o seu ato assume um “significado”.

Na sessão 10 (Anexo L) pode-se observar que continuava a demonstrar pouca tolerância em esperar pelo momento de entrar no gabinete. A atividade lúdica desta sessão foi utilizada durante todo o tempo da consulta. Na ação de manusear os objetos estava subjacente a agressividade que era expressada através do seu agir. A grande parte dos movimentos do paciente revelava a procura de interação com a terapeuta, havendo momentos de interação agradável. A terapeuta de forma contingente procurou dar continuidade à ação lúdica, visando alternância “agora tu – agora eu” que permite a criação dos metabólos, pelos movimentos de

aparece/desaparece (no jogo do polícia e do ladrão), observando-se que começava a demonstrar prazer neste padrão alternante, sendo o início da estruturação e diferenciação “Eu-Outro”.

1.7.2.2. Percurso central.

No período que decorreu entre Julho a Dezembro de 2011, um nova aquisição surge no início deste percurso central, verificou-se que D. começa a esperar pelo momento da consulta, sem oferecer resistência, revelando um claro interesse em ficar com a terapeuta, parecendo que encontrou um sítio válido onde pudesse manifestar a sua linguagem interna com um interlocutor válido, através de intercâmbios alternantes.

Na sessão número 35 (Anexo M) a criança desenvolveu fantasias que, num momento inicial, continuaram a prender-se ao jogo do polícia e do ladrão, denotando-se ainda necessidade em exteriorizar sentimentos de agressividade. Num momento ulterior, uma nova dinâmica surge nesta sessão, dado que começou a “baixar as armas”, constatando-se uma atitude com um carácter reparador. Pela primeira durante o processo terapêutico demonstrou uma clara necessidade em cuidar e ser cuidador, deixando de se fixar nas pistolas, passando a utilizar outros brinquedos (tesoura e o xarope), no sentido de reparar os danos causados.

A partir desta altura, o paciente começava a revelar-se menos agressivo e principalmente a tornar-se cooperativo, recorrendo com maior frequência à presença da terapeuta para partilhar as brincadeiras. Na sessão número 50 (Anexo N) podemos observar uma interação mais relacional, na medida em que se observa uma maior solicitação por parte da criança relativamente à terapeuta. A atividade lúdica debruçava-se, primeiramente num movimento de construção/destruição passando, de seguida para a construção de uma casa com peças de madeira num perfil estruturado com limites bem definidos.

1.7.2.3. Percurso final.

O início do período entre Janeiro a Maio de 2012, considerado o percurso final, foi demarcado pelo facto de se observar que o paciente começou a querer prolongar as sessões. Não porque tinha dificuldade em finalizá-las, mas por passar a referir, várias vezes, se podia vir mais dias por semana, sendo-lhe explicado que o tempo em que estava com a terapeuta era

dedicado somente a ele e que havia outros meninos que também precisavam. Deste modo, o interesse crescente pelo contexto ludoterapêutico espelhou a importância que este espaço já representava.

Neste período decorreu a sessão número 65 (Anexo O), na qual pode-se observar que o jogo assentava na introdução de animais, cercando-os com as peças de madeira, estando estes organizados de acordo com a classe a que pertencem (os cães separados das galinhas, dos porcos, das ovelhas, entre outros). Os animais selvagens ficam numa cerca mais afastada, guardados, de forma a não fazerem mal aos outros, estando estes protegidos. Há um convite para entrar num jogo de alternância estabelecida entre D. e a terapeuta (“agora eu - agora tu”), que criança reforça que seja um movimento em conjunto (imitação dos animais).

1.8. Análise de Resultados

No presente caso clínico, a ludoterapia num registo de ensaio ao jogo de trocas recíprocas e alternantes, bem como de imposição de regras e limites bem definidos, contribuiu para que o processo terapêutico fosse mais sólido e incrementasse mudanças, num funcionamento que até ao momento se revelava desajustado emocional e relacionalmente. Durante a última fase da terapia foi possível denotar alterações significativas no comportamento do cliente, nomeadamente de condutas mais adaptativas, que foram passando de dentro do espaço terapêutico até ao seu contexto familiar e escolar.

Como referido anteriormente, o papel dos primeiros cuidadores na construção da personalidade da criança é crucial. As relações precoces que a criança ao longo do seu desenvolvimento experimenta são determinantes no seu modo de funcionamento e de relacionamento social (Leal, 2004). Neste caso, primeiramente procurámos facultar orientações aos pais sobre a forma de relacionamento com o filho. Na intervenção junto da família privilegiou-se a relação, com a presença de um interlocutor válido (psicóloga) que responda adequadamente às suas iniciativas. O apoio direto junto dos pais concedeu aos mesmos um novo modelo referencial, pela assimilação de uma forma diferente de lidar com as próprias dificuldades, recorrendo à mobilização de estratégias mais ajustadas, que marcaram apenas o início de um processo de mudança.

Durante o período do acompanhamento psicológico foram visíveis mudanças na relação entre mãe e filho. A progenitora passou a sentir-se mais autoconfiante, sendo capaz de tomar decisões, impor regras com maior segurança, reforçar positivamente os

comportamentos adequados e recorrer ao não quando necessário. Consequentemente, surgiram repercussões na sua relação com D., que progressivamente passou a entender a progenitora como uma pessoa com um sentir e vontade diferentes, aceitando as suas ordens, deixando progressivamente de manifestar uma atitude resistente.

Da observação clínica nas sessões de ludoterapia, num percurso inicial, verificou-se que o funcionamento do paciente assentava num registo de autocentramento pelo desejo da satisfação imediata das suas necessidades básicas, numa clara despreocupação para com o mundo exterior e para com os que o rodeavam. A dificuldade em colocar-se no lugar dos outros prejudicava a permeabilidade à informação externa, o que parecia dever-se a um maior investimento na ação ao invés da reflexão, por aspetos emocionais e relacionais perturbados. Assim, quando as suas necessidades básicas não eram satisfeitas revelava uma conduta de oposição. Neste sentido, desde logo se estabeleceu que seria importante através da relação mutuamente contingente entre D. e a terapeuta o “apontar a dois” e que lhe fossem impostas regras e limites bem definidos. Nesta primeira fase, constatou-se que D. reagiu a esta imposição com frustração e agressividade, porque ainda não era capaz de aceitar as regras que lhe eram colocadas.

Progressivamente verificou-se na criança que tinha chegado ao espaço terapêutico uma visível alteração dos seus padrões comportamentais. Num percurso central que se estendeu até ao culminar do procedimento ludoterapêutico, constatou-se que as atividades lúdicas passaram a assumir um caráter mais relacional e com características variadas, dando conta de uma maior aproximação ao “Outro” e de uma diminuição na rigidez da sua estrutura inicial. É de destacar, a crescente coerência das suas atitudes e formas de agir, a diminuição da agressividade e impulsividade, a tolerância às contrariedades, dando assim lugar a uma maior organização interna. No contexto escolar também surgiram referências da professora face comportamento do aluno, que apontavam para uma evolução na interação com os outros. Assim, alcançou o prazer do significado prático do que é o brincar, sem motivar situações de conflito e de agressividade com os colegas (como anteriormente era constante na sua conduta), apesar de, pontualmente se registarem episódios de menor controlo, quando provocado. Na sala de aula emergiu um maior entendimento e assimilação das regras. Neste sentido, a sua iniciativa para comunicar com os outros e responder às solicitações dos mesmos, parecem indicar a estruturação interna da noção do “Outro” psicológico.

2. Estudo de Caso - Adulto

O presente caso clínico baseou-se na informação recolhida ao longo das consultas de Psicologia Clínica, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos. As primeiras sessões foram centradas na recolha da anamnese e na aplicação de instrumentos de avaliação psicológica à paciente. As sessões ulteriores foram dedicadas à intervenção psicoterapêutica durante um período de 25 meses.

O estudo de caso a ser apresentado é iniciado com informação respeitante à identificação, ao encaminhamento, aos elementos da história pessoal e familiar, da doença atual e à atitude manifestada da paciente face à consulta. Posteriormente, são enumerados os instrumentos de avaliação aplicados e, conseqüentemente, a análise dos resultados obtidos e sua interpretação, que permitiram a realização de uma proposta diagnóstica fundamentada e, por sua vez, a intervenção psicoterapêutica relacional dialógica. Em seguida, são analisados os dados recolhidos na reavaliação do caso e, por último é apresentada uma breve conclusão.

2.1. Dados Pessoais

E., do sexo feminino, tem 40 anos, possui o 12º ano de escolaridade. Ocupa a terceira posição de uma fratria de três irmãos (tem uma irmã de 50 anos e um irmão de 44 anos). É casada, coabita com o marido e não tem filhos. Acerca de cinco anos que trabalha como rececionista num infantário.

2.2. Encaminhamento e Motivo da Consulta

Por sua iniciativa E. decidiu marcar uma Consulta de Psicologia na Junta de Freguesia, no sentido de ter acompanhamento psicológico, uma vez que em determinados momentos, de uma forma repentina, tem crises que lhe causam desconforto e medo, o que a leva a evitar de frequentar locais ou situações que pensa terem despertado esses sintomas.

2.3. Elementos da História Pessoal e Familiar

E. refere que durante a sua infância cresceu praticamente no seio de duas famílias, da sua própria família (*“os meus pais sempre foram maravilhosos comigo, a minha mãe então é, como costume carinhosamente dizer é a luz dos meus olhos”*) e a de uns amigos dos progenitores, que a *“tratavam como se fosse uma filha”*.

A sua mãe foi sempre uma mulher que se dedicou exclusivamente ao lar e a cuidar dos filhos, enquanto o seu pai toda a vida trabalhou como funcionário público e quando chegava a casa ainda tratava das suas duas propriedades com pomares, mencionando que *“nunca tinha muito tempo para brincar connosco”*.

A paciente relata que o pai começou a *“ter medos e a ficar com mania das doenças”*, a partir do momento em que soube que sofria de osteosclerose quando tinha 50 anos. Uns anos depois foi ameaçado com uma arma por um colega que ficou com ciúmes seus devido a uma promoção que lhe fizeram, o que ajudou a agravar os medos que já apresentava. Da sua história médica, menciona que foi sujeito a quatro cirurgias (uma a cada ouvido, uma à vesícula e outra à próstata), referindo que para *“ele ir para o hospital é como quem vai para uma colónia de férias, nunca teve medo nem de hospitais nem de médicos. Um simples corte num dedo é suficiente para ele ficar aflito e se for o caso até vai médico”*. Considera que o seu pai tem muitas semelhanças com a sua avó paterna *“hoje vejo o meu pai como via a minha avó, é tal e qual, tinha medo das doenças, andava sempre no médico, e tinha pavor de morrer”*.

Ao recordar-se da sua infância, considera que um dos momentos mais difíceis foi a entrada para a escola, tinha nessa altura cinco anos, manifestando muita dificuldade em adaptar-se ao novo contexto desde *“o primeiro dia chorava as manhãs inteiras porque não queira ficar lá sem a minha mãe. Nas primeiras duas semanas de escola, todas as manhãs, fugia da sala, quando minha mãe olhava para trás no caminho lá vinha eu a fugir, era sempre muito difícil ficar”*. E. refere que desde criança sempre foi simpática e afável, mas muito tímida e envergonhada. Outro marco da sua infância foi o dia da primeira comunhão, explicando que *“leveei um vestido todo branco bordado à mão, e no cabelo umas florinhas brancas, bem foi outro problema, pois eu tinha imensa vergonha de dar nas vistas, ainda fugi duas ou três vezes da fila, mas os meus pais iam ter comigo e acalmavam-me”*.

A paciente verbaliza que é uma pessoa com uma baixa autoestima, considera-se *“sem brilho”* e que detesta *“enfrentar o espelho”*. É também muito insegura, nunca tem a certeza de nada, pensa em tudo ao pormenor, mede os prós e contras exaustivamente, levando imenso

tempo a tomar decisões. A título de exemplo, menciona que quando casou, aos 24 anos, demorou cerca de 13 anos para ter a certeza que queria dar esse passo na relação a dois, apesar de se considerar uma mulher “*feliz no amor*”. Como é bastante indecisa leva tempo em demasia a ponderar decisões importantes na sua vida.

No ano seguinte ao matrimónio, a sua mãe sofreu um acidente cardiovascular, que lhe paralisou o lado direito do corpo. E. ficou bastante instável emocionalmente devido ao estado delicado de saúde da progenitora, que teve de ficar internada no hospital durante três meses, o que a conduziu “*a ficar sem chão*”. Refere: “*senti-me tão triste, que nem sequer podia pensar ficar sem ela*”. A sua mãe recuperou mas ficou com algumas limitações “*recuperou um pouco o andar, mas o braço nunca mais mexeu. A minha mãe é uma pessoa cheia de fé e força de vontade, com muita vontade de viver, adaptou-se à situação. Hoje faz a vida dela, com algum sacrifício, mas com muita alegria*”.

2.4. História da Doença Atual

E. começa por referir que quando era criança lembra-se de passar por episódios que, hoje em dia, a fazem afirmar que o medo desde tenra idade já existia na sua vida e se foi acentuando à medida que os anos foram passando.

Relata que aos nove anos de idade teve um pequeno acidente a andar de bicicleta, que lhe provocou hemorragias na zona genital, necessitando de ficar uma semana em casa de repouso absoluto, ao que menciona “*lembro-me que a partir dai comecei a dizer que não iria ter filhos, pois passei a ter muito medo do hospital*”. Passado pouco tempo o seu irmão sofreu um acidente de viação bastante grave, tendo de ficar internado no hospital durante três meses, E. verbaliza que “*não queria deixá-lo lá, chorava todos os dias que ia visitá-lo, porque queria trazê-lo para casa*”.

Aos 16 anos de idade começou a namorar com o homem que é atualmente seu marido e que considera o seu “*grande amor*”. Passado poucos meses de relação, o namorado teve de ir para a tropa, a sua ausência foi geradora de um grande sofrimento. Afirma que “*foi nessa altura que comecei a ficar com uma grande tristeza, só chorava, só me apetecia estar na cama, perdi um pouco a vontade de sorrir, meti na cabeça que me ia acontecer alguma coisa mal e que não me iriam conseguir salvar. Esta fase durou quase um ano*”.

Refere alguns problemas relacionados com o sistema auditivo aos 24 anos, diagnosticado como osteosclerose no ouvido direito. Havia necessidade de ser sujeita a uma

intervenção cirúrgica, no sentido de pôr uma prótese. Quando recebeu a notícia menciona que *“fiquei sem palavras, chorei o caminho todo até casa, pois sempre tinha tido muito medo de hospitais e de cirurgias e ainda por cima estava nas minhas mãos decidir se fazia ou não a cirurgia”*. E. ficou em lista de espera durante quatro anos, quando a chamaram para ir à consulta da especialidade, o otorrinolaringologista referiu que era iria ser operada passado três dias, tão surpreendida ficou que nem teve tempo para refletir no que o médico lhe acabara de dizer.

O namorado que trabalha como motorista estava ausente em serviço noutra país (Holanda). Apesar de ter o apoio da sua família o seu namorado era um suporte fundamental e não podia estar ao seu lado. E. ao reviver esta situação de vida refere num estado emocionado *“quando lá cheguei já nem conseguia conter as lágrimas, pois era muito difícil pensar que lá ia ficar sozinha. Estava muito nervosa, o coração queria saltar pela minha boca, sentia uma mão a apertar-me a garganta e uma dor no peito, pensava que ia morrer naquele momento...”*. À noite teve que tomar um calmante para se sentir mais tranquila. Passados três meses de realizar exames médicos foi informada que recuperou a audição na totalidade.

Nessa altura, ocorreu outra situação difícil na sua vida, uma amiga bastante próxima, faleceu de uma embolia cerebral. Este acontecimento foi um choque tão severo que E. verbaliza: *“assimilei o que aconteceu de uma maneira que já me doía a cabeça, dava-me pontadas nervosas por todo o lado do corpo, uma enorme dor no peito, o coração acelerado, tremia por todos os lados, parecia que não conseguia respirar, sentia-me apavorada com medo de morrer, que me acontecesse alguma coisa e ninguém me salvasse”*. A partir desse acontecimento passou a ter crises cada vez mais frequentes, a sua vida era a cada dia que passava mais limitada e revelava muitas dificuldades em saber lidar com as situações das pessoas que a rodeavam, dando o exemplo que *“foi muito complicado, mas a partir daí comecei a pensar muito nas doenças que os outros tinham”*. Acrescenta que, *“gosto muito de viver e vivo muito feliz com a vida que tenho, nada me falta, e por isso tenho um medo terrível da morte, é uma coisa que não consigo aceitar, viver com este pensamento é horrível”*.

Aos 31 anos foi a mais uma consulta de rotina, sendo referido pelo médico otorrinolaringologista após a análise dos exames que a osteosclerose tinha passado para o ouvido esquerdo, necessitando de ser operada novamente. Menciona que *“dessa vez ainda foi pior, fiquei com um medo tão grande de ter de voltar a passar pelo mesmo outra vez”*, no trabalho também surgiram repercussões *“já não me conseguia concentrar, tinha pouca paciência para ouvir as pessoas, só me apetecia sair dali. Quando não me sentia bem, ia à*

casa de banho para disfarçar e acalmar-me, não queria que ninguém me visse naquele estado". Neste momento chegou à conclusão que precisava de pedir ajuda para conseguir ultrapassar os seus problemas, encontrava-se numa fase em que *"já tinha medo até de pensar e de não conseguir aguentar mais uma crise"*, sendo a própria que marcou uma consulta de Psicologia. O acompanhamento durou cerca de seis consultas, dado que a psicóloga deixou o de local de trabalho por indisponibilidade de horário.

Juntamente à sua situação clínica E. confrontou-se com outro percalço, o seu sobrinho, de 13 anos de idade, soube que se estava com um problema grave de saúde, sendo-lhe detetado um linfoma na virilha. Após mais de um ano em tratamento o estado de saúde do sobrinho estabilizou, mas refere que foi um período em que *"o mundo desabou-me em cima mais uma vez"*.

Nesta altura foi informada pelo hospital do dia em que ia ser sujeita a cirurgia, mas pediu para a mesma ser adiada *"fiquei tão aterrorizada, apavorada mesmo, nunca mais fiquei descansada, todos os dias tremia de medo do telefone tocar e ser, outra vez, do hospital para marcar a operação"*. Porém, passados dois meses voltaram a contactá-la para a marcação da cirurgia, acabando por cancelar a mesma. Apesar de ter cancelado a intervenção cirúrgica E. afirma que não se sentia bem por tê-lo feito, uma parte de si achava que procedeu de uma forma errada, mas por outro lado o medo impediu-a de ter tomado a decisão mais acertada. Por isso, procurou ajuda outra vez, recorrendo ao apoio psicológico, o qual ainda se mantêm.

Outro medo acentuado que apresenta é o de engravidar, não se visualizando a passar pelo processo de gravidez. Ter um filho é um dos sonhos do seu marido que lamenta não estar preparada para lhe *"dar essa felicidade"*. O medo de ser mãe encontra-se também associado a ter que ir ao médico regularmente (sendo o hospital um local que tende evitar), referindo que *"faz-me confusão crescer a barriga, ter que me despir à frente de outras pessoas, ir tantas vezes ao médico, ao hospital, o parto, o medo acaba por falar mais alto e é mais uma assunto que vou adiando"*.

Acrescenta que, também tem outros medos como guiar o seu carro, andar de transportes públicos, ir sítios com muitas pessoas, de alturas, o que a impede é o facto de pensar que pode *"acontecer alguma coisa de mal, puder ter uma crise e não conseguir sair dali"*. Estes medos não a afetam de igual forma, porque não se preocupa de privar dos mesmos. Porém, constata que o seu controlo tem vindo a diminuir, não querendo que os medos persistam na sua vida.

2.5. Atitudes Face à Consulta.

E. apresentou-se nas sessões com um aspeto cuidado, manifestando preocupação com a sua apresentação física. Durante o decorrer das sessões manteve uma atitude calma que se intercalava com um comportamento mais agitado a nível motor, consoante os acontecimentos de vida que abordava. O seu discurso foi organizado e fluente, bem orientado no espaço e no tempo. A paciente demonstrou bastante facilidade em abordar a problemática que a conduziu a dirigir-se à consulta, comunicando de uma forma aberta os domínios que a perturbavam. Revelou uma atitude colaborante na realização das tarefas propostas.

2.6. Instrumentos de Avaliação Aplicados e sua Fundamentação

E. foi submetida a uma avaliação de natureza emocional que pretendeu extrair informação sobre as suas características de personalidade, para este efeito aplicou-se o Teste de Rorschach - Sistema Integrativo de John E. Exner, Jr.. Ao fim de 25 meses em sessões semanais de psicoterapia, com uma duração de 50 minutos, foi reavaliada em termos do seu funcionamento emocional, com o mesmo instrumento anteriormente aplicado, bem como o SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – Revised). Também procedemos à aplicação de instrumentos que visam avaliar as competências cognitivas, como o Teste de Cópias de Figuras Complexas e as Matrizes Progressivas de Raven, no sentido de se aceder a uma compreensão mais abrangente do seu funcionamento psicológico e de como evoluiu após o acompanhamento psicoterapêutico.

À exceção do SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – Revised) e das Matrizes Progressivas de Raven que descreveremos em seguida, os outros instrumentos aplicados, foram anteriormente apresentados.

2.6.1. SCL-90-R (symptom checklist – 90 – revised).

O SCL 90-R trata-se de uma escala constituída por noventa itens para autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi em 1973 (Derogatis, 2002).

Esta escala avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais (Derogatis, 2002).

As dimensões primárias pretendem medir traços psicopatológicos da personalidade a partir da sintomatologia encontrada em cada uma das dimensões, sendo estas: Somatização – reflete o mal-estar proveniente da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade; Obsessões/Compulsões – esta dimensão engloba os pensamentos, impulsos e ações experimentadas como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, sendo também um indicador da rigidez do pensamento; Sensibilidade Interpessoal – nesta dimensão são avaliados sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente nas comparações com outros, sendo as suas manifestações mais características a autodepreciação, a timidez, o embaraço nas relações com os outros e as expectativas negativas relativas a essas relações; Depressão – esta escala integra itens que procuram identificar sintomas de afecto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo, igualmente, contempladas a perda de objetivos e ideação autodestrutiva; Ansiedade – reflete um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta através de indicadores gerais como agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos de ansiedade, encontrando-se, também incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico; Hostilidade – associada à agressividade e à cólera enquanto estado afetivo negativo, procura identificar pensamentos, sentimentos e ações características a este nível, as quais na prática se traduzem pela irritabilidade e ressentimento; Ansiedade Fóbica – é definida como a resposta de medo persistente a um sujeito, local, objeto ou situação específica, tem um carácter irracional e é desproporcionada em relação ao estímulo desencadeante, conduzindo o indivíduo a adoptar comportamentos de escape ou evitação; Ideação Paranóide – representa o comportamento paranóide, essencialmente, como uma forma perturbada de pensamento, que se traduz sobretudo ao nível do pensamento projetivo, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios; e, Psicoticismo – esta escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência da psicose, incluindo referenciadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide e sintomas primários de esquizofrenia (Derogatis, 2002).

Os três índices globais são medidas sumárias da perturbação que, apesar de correlacionadas, representam aspetos diferentes de psicopatologia. O Índice Geral de Sintomas representa o nível global e a intensidade do sofrimento, ou seja, traduz a

combinação da informação do número de sintomas positivos com a informação referente à intensidade do stresse nesses mesmos sintomas; o Número de Sintomas Positivos contabiliza o número de sintomas presentes; e, o Índice de Stresse dos Sintomas Positivos indica o grau de intensidade do stresse, ajustado ao número de sintomas presentes (Derogatis, 2002).

2.6.2. Matrizes progressivas standard (SPM).

O teste SPM surgiu nos anos 30 e, desde então, tem sido submetido a várias revisões que contribuíram para a eficiência deste instrumento (Raven, Raven & Court, 2009).

De uma forma geral, permite avaliar a capacidade do indivíduo elaborar comparações e raciocinar por analogia. A partir do momento em que esta capacidade se desenvolve completamente, a versão mais adequada para a avaliar corresponde a este instrumento. Em situações em que se parte do princípio que o indivíduo não atingiu este estágio de desenvolvimento cognitivo, ou nos casos em que se supõe que a aptidão intelectual foi comprometida, este instrumento torna-se eficiente, podendo ser utilizado para avaliar, até que ponto o indivíduo consegue raciocinar de uma forma clara, ou até que ponto as suas funções intelectuais encontram-se deterioradas (Raven, Raven & Court, 2009).

É uma medida de avaliação que pode ser aplicada, individual ou coletivamente, a partir dos 12 anos de idade, com o tempo de realização máximo de 90 minutos. Os itens que a constituem encontram-se divididos em séries (A, B, C, D e E) e são apresentados em formato de ilustração num caderno de estímulos, em que o indivíduo das opções existentes deve indicar com uma cruz a que lhe parece correta (Raven, Raven & Court, 2009).

2.6.3. Análise e interpretação dos resultados na avaliação psicológica.

2.6.3.1. Rorschach.

A partir da análise das respostas da E. no Rorschach (Anexo P) verificou-se um resultado positivo no índice de hipervigilância (HVI). A presença deste índice que se refere a um estilo hipervigilante, deve ser considerado um aspeto nuclear da sua estrutura psicológica, consistindo num estado contínuo de antecipação e alerta perante o meio ambiente, que exige

uma disponibilidade considerável de energia. Em seguida, procederemos a uma descrição dos resultados da paciente nos diferentes domínios que este sistema permite avaliar.

Aspetos Afetivos

Está menos interessada em processar a estimulação emocional, ou seja, tem tendência a neutralizar os problemas de descontrolo emocional (Afr ↓).

Manifesta uma atitude de negativismo e de oposição para com o que a rodeia, podendo tornar-se prejudicial para o estabelecimento de relações harmoniosas (S = 3).

Realiza esforços para manter a sua autonomia, sendo capaz de se autoafirmar, mantendo as suas características mais individuais quando responde às exigências externas, o que constitui uma procura de independência e de autoafirmação (S normativo).

Controlo e Tolerância ao Stresse

É mais conservadora em situações de proximidade pessoal, especialmente as que envolvam contato físico, tendendo a preservar o seu espaço vital, revelando cautela na criação e manutenção de laços emocionais (T = 0).

Perceção de Si

A paciente preocupa-se consigo mesma de uma forma adequada (3r+(2)/R normativo), acrescentando-se que está menos envolvida com a autoconsciência do que seria de esperar (FD = 0 ou V = 0).

Perceção e Relacionamento Interpessoal

Apresenta um estilo hipervigilante, como característica fundamental na sua estrutura psicológica, pelo que utiliza uma considerável energia para manter um contínuo estado de alerta (HVI positivo).

Revela interesse pelos outros como seria de esperar (H+(H)+Hd+(Hd) normativo). Todavia, manifesta um menor envolvimento na interação social, o que não representa necessariamente um conflito social, mas sim timidez nas trocas sociais ($20\% \leq$ índice de isolamento $\leq 30\%$).

Processamento de Informação

Simplifica demasiado as suas perceções, percebidas como complexas, evitando, assim, processar a emoção e deixar-se invadir pelos afetos. Este estilo de lidar com as situações pode

indicar a presença de problemas ao nível do processamento da informação e, como tal, pode originar uma elevada frequência de comportamentos que não coincidem com as exigências e expectativas sociais, indicando a presença de uma atitude mais resguardada e de evitação ($L \geq 1$).

Apresenta um estado de alerta contínuo. Denota maior reserva, cautela e desconfiança em relação ao meio envolvente. Geralmente, preocupa-se muito com o processamento de informação e investe uma excessiva energia de forma a garantir que todos os elementos, do campo estimular, sejam cuidadosamente observados, o que implica um elevado esforço processual (HVI positivo).

Tende a ser muito meticulosa na análise da informação, dedicando um esforço e energia elevados nas suas atividades de investigação e exploração do ambiente. Este estilo, permite através da exploração minuciosa e exaustiva, assegurar a revisão de todos os elementos estimulantes minimizando o risco de cometer erros ($Zd > 3$).

Mediação Cognitiva

Em situações óbvias, responde de forma esperada ou aceitável. A probabilidade de ocorrência de respostas menos convencionais, em situações simples ou definidas com precisão, é mínima, a não ser que sejam observados alguns problemas ao nível do processamento (P normativo).

A elevada ocorrência de comportamentos que negligenciam as exigências sociais ocorre devido a uma tendência para ver o que o rodeia a partir do seu próprio ponto de vista, podendo implicar um excessivo autocentramento, sendo as suas perceções em função das suas necessidades. Isto pode ser o produto de um conflito estrutural único, que envolve o meio circundante e de um sistema de valores que varia, consideravelmente, daquele exigido pelo meio ambiente ($X+ \% < 70\%$ e $Xu\% > 20\%$).

Ideação

Existe a presença de necessidades (não satisfeitas), que não se encontram a ser experienciadas de forma adequada, interferindo ao nível da concentração e atenção ($FM < 2$).

Apresenta alguma predisposição para lidar com os afetos a nível intelectual. Embora este processo permita reduzir o impacto das emoções, representa uma forma de negação, que tende a distorcer o verdadeiro impacto da situação ($1 \leq 2AB + (Art+Ay) \leq 3$).

2.6.4 Diagnóstico segundo o modelo relacional dialógico.

2.6.4.1. Hipóteses de diagnóstico.

De acordo com o modelo descrito anteriormente levantamos para o presente caso clínico as seguintes hipóteses de diagnóstico: Neurose Fóbico-Ansiosa, Neurose Histérica e Neurose Obsessivo-Compulsiva.

2.6.4.2. Discussão diagnóstica.

A paciente apresenta características de funcionamento que podemos enquadrar no quadro das perturbações de tipo neurótico, encontrando-se em estruturas de personalidade descritas nos passos quarto, quinto e sexto da afetologia genética, respetivamente neurose fóbico-ansiosa, neurose-histérica e perturbação obsessivo-compulsiva. Assim, torna-se necessário apurar qual o passo de desenvolvimento sócio emocional em que se encontra, o que por sua vez nos remete para um determinado diagnóstico.

No 4º passo de desenvolvimento de acordo com este modelo, não é ultrapassado um momento crítico do desenvolvimento do indivíduo referente à capacidade de separação/individuação. Quando este equilíbrio não é conseguido, pode surgir uma procura contínua da presença física de um “Outro”, condicionando a sua atividade de exploração e desfrute do mundo a essa presença. Porém, não constatamos no funcionamento de E. que as suas dificuldades residam essencialmente na vinculação insegura às primeiras figuras de relação e de cuidados. Pelo contrário, o apego e insegurança excessivos que manifesta respeitam ao seu marido. Como tal, não se enquadra num diagnóstico de neurose fóbico-ansiosa, apesar de denotarmos a utilização de uma estratégia inibitória (vetor patognomónico) que permite reduzir a ansiedade, uma vez que tem comportamentos conscientes de evitamento de determinadas situações/eventos que possam despertá-los.

É realçada a problemática da diferenciação do seu viver e a dos seus pais no 5º passo de desenvolvimento. Neste sentido, seria suposto o indivíduo distanciar-se o suficiente para descobrir e avaliar que os pais não são perfeitos – realizando o primeiro luto das imagens parentais. A paciente parece não ter conseguido desligar-se o suficiente da narrativa dos seus pais, daí as suas dificuldades de confiança em si própria, sentindo não ter ainda as competências adultas e tempo para dar largas às suas fantasias e elaborações autónomas.

Assim, a estratégia utilizada é a dependência, sugestionabilidade e teatralização (vetor patognomónico), denotando-se também traços de labilidade emocional que, em conjunto, se encontram num quadro de neurose histérica.

Segundo o 6º passo de desenvolvimento realça-se a descoberta da parceria prazenteira fora da família e a consciência da imperfeição dos seus pais que incrementa a percepção do indivíduo de pertença a um grupo de pares, bem como a procura de companheiros com quem se identifique. Neste sentido, não se encontram os traços dum quadro de neurose obsessivo-compulsiva.

2.6.4.3. Hipótese de diagnóstico final.

A paciente encontra-se no 5º passo do desenvolvimento sócio emocional – “diferenciação do seu viver relativamente ao dos seus pais” - da afetologia genética. A individuação entendida como a capacidade do indivíduo se assumir como pessoa e o seu próprio destino associada ao fortalecimento do que se designa de linguagem interna, será melhor sucedida quando se possam manter e fortalecer as trocas dialógicas com adultos de referência. Nesta ligação, o indivíduo poderá distanciar-se e aproximar-se, sob o seu próprio controlo, procurando o equilíbrio interno. Nesta etapa de desenvolvimento encontra-se “o ponto de viragem na diferenciação em curso, no sentido da separação/individuação e da emergência de uma identidade social própria” (Leal, 2013, p.13).

Dependente em muitos aspetos de cargas emocionais que o transcendem, o indivíduo está envolvido em cenários com adultos, que poderão ou não espelhar para um modelo saudável, e permitir-lhe a liberdade da busca interna da própria consistência. Assim sendo, irá poder afastar-se o suficiente para redescobrir os pais, avaliando-os e aceitando-os como pessoas não perfeitas. Também poderá interiorizar conscientemente as suas perplexidades e ansiedades (Leal, 2013).

A psicopatologia característica do indivíduo em que falhou a evolução neste passo de desenvolvimento, como o caso de E., é a neurose histérica. Na neurose encontramos a necessidade de controlo, que tem início na necessidade de controlar a atenção dos outros e que avidamente abrange a necessidade de controlar coisas, pessoas e eventos. Quando se aborda a neurose histérica a estratégia de teatralização é utilizada como forma reduzir a ansiedade (Alves, 2001). Segundo Lazare, Klerman e Armor (1966, citado por Rio, 2001)

compreende sete traços fundamentais: egocentrismo, histerionismo, labilidade emocional, sugestionabilidade, dependência, erotização das relações sociais e temor da sexualidade.

No caso da paciente podemos verificar problemas de dependência, autoconfiança e de esperança na capacidade de autoconstrução, o que possivelmente não teria sucedido caso tivesse afastado aos poucos a narrativa dos seus pais e do imaginário deles que incorporou. No seio familiar constatamos que durante a sua infância a referência de cuidadores com conflitos emocionais *“hoje vejo o meu pai como via a minha avó paterna, é tal e qual, tinha medo das doenças, andava sempre no médico, e tinha pavor de morrer”*. O que também está em causa é o assumir a sexualidade plena, realçando-se a sua valiosa necessidade de satisfazer o marido dando-lhe filhos, do que se sente incapaz e as dificuldades com o próprio corpo que estão subentendidas quando refere *“faz-me confusão crescer a barriga, ter que me despir à frente de outras pessoas, ir tantas vezes ao médico, ao hospital, o parto, o medo acaba por falar mais alto e é mais uma assunto que vou adiando”*. Está implícito, o corpo como elemento de vergonha, tanto como o medo da doença e da morte.

2.6.5. Diagnóstico DSM-IV-TR.

2.6.5.1. Avaliação multiaxial.

De acordo com a classificação multiaxial do DSM-IV-TR (2002), apresentamos a avaliação efetuada nos eixos deste sistema para o presente caso clínico:

Eixo I – 300.21 Perturbação de Pânico com Agorafobia [F40.01]

Eixo II – V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]

Eixo III – Nenhum

Eixo IV – Problemas de saúde da paciente e da sua família, e a morte de uma amiga próxima.

Eixo V – AGP = 60

2.6.5.2. Hipóteses de diagnóstico.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), para o caso clínico apresentado levantamos como hipóteses de diagnóstico: Perturbação de Pânico com Agorafobia, Perturbação de Pânico Sem Agorafobia (Anexo Q) e Fobia Específica (Anexo R).

2.6.5.3. Discussão diagnóstica.

E. revela sintomas que se enquadram nos critérios de diagnóstico da perturbação de pânico com agorafobia, os mesmos também parecem preencher critérios de outras perturbações, como tal é imprescindível realizar um diagnóstico diferencial que apure com exatidão a perturbação que a paciente apresenta.

A sintomatologia manifestada pela paciente não se integra no critério B da perturbação de pânico sem agorafobia, sendo assim o diagnóstico não se encontra relacionado com esta perturbação. O quadro apresentado por E. não preenche inteiramente os critérios de diagnóstico requeridos para o diagnóstico de fobia específica. Neste sentido, considera-se que a paciente não preenche o número de critérios requeridos para nenhuma das perturbações (anteriormente) referidas.

2.6.5.4. Hipótese de diagnóstico final.

O presente caso clínico preenche os critérios de diagnóstico para Perturbação de Pânico com Agorafobia que, em seguida são mencionados e justificados relacionando-se com os dados provenientes sobre a paciente. Para se fundamentar este diagnóstico há necessidade de se apresentar, inclusivamente os critérios de diagnóstico para Agorafobia e para Ataque de Pânico.

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Pânico com Agorafobia:

A. Ambos (1) e (2):

1) Ataques de pânico inesperados e recorrentes.

A informação transmitida pela paciente sugere a presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes, especialmente, após o falecimento da sua amiga, altura em que as crises passaram a ser mais frequentes.

(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um (ou mais) dos seguintes:

a) Preocupação persistente acerca de ter novos ataques;

Quando soube que tinha que ser operada pela segunda vez, E. passou por uma fase em que *“já tinha medo até de pensar e de não conseguir aguentar mais uma crise”*, recorrendo ao acompanhamento psicológico. A paciente pediu para a cirurgia ser adiada, mencionando que *“fiquei tão aterrorizada, apavorada mesmo, nunca mais fiquei descansada, todos os dias tremia de medo do telefone tocar e ser, outra vez, do hospital para marcar a operação”*. Passado cerca de dois meses voltaram a contactá-la, ao que E. acabou por cancelar a mesma.

b) Preocupação acerca das implicações ou das suas consequências (por exemplo: perder o controlo, ter um ataque de coração ou “enlouquecer”);

Nas situações de vida que E. relata como as mais complicadas de gerir constata-se a presença de uma acentuada preocupação de lhe puder acontecer algo de mal e/ou de morrer. Nos momentos que antecederam à primeira operação referiu que *“estava muito nervosa, o coração queria saltar pela minha boca, sentia uma mão a apertar-me a garganta e uma dor no peito, pensava que ia morrer naquele momento...”*.

(c) Uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques.

As alterações comportamentais da paciente também se repercutiram no seu trabalho *“já não me conseguia concentrar, tinha pouca paciência para ouvir as pessoas, só me apetecia sair dali. Quando não me sentia bem, ia à casa de banho para disfarçar e acalmar-me, não queria que ninguém me visse naquele estado”*.

B. Presença de Agorafobia.

Este critério encontra-se presente.

C. Os Ataques de Pânico não são provocados pelos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipertiroidismo).

Este critério encontra-se presente.

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como Fobia Social (por exemplo, ocorrendo durante a exposição a situações sociais temidas). Fobia Específica (por exemplo, ocorrerem durante a exposição a uma situação fóbica específica), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (por exemplo, durante a exposição à sujidade em alguém com uma obsessão acerca da contaminação), Perturbação Pós-Stresse Traumático (por exemplo, em resposta a estímulos associados com um stressor intenso), ou Perturbação da Ansiedade de Separação (por exemplo, em resposta ao afastamento de casa ou de familiares próximos). (DSM-IV-TR, 2002, p. 441)

Este critério encontra-se presente.

CrITÉRIOS de DiagnÓstico para Ataque de Pânico:

Nota: Um ataque de Pânico não é uma perturbação codificável. Codificar o diagnóstico específico em que ocorre o Ataque de Pânico [por exemplo, 300.21 Perturbação de Pânico com Agorafobia F 40.01].

Período distinto de medo ou desconforto intenso, durante o qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas se desenvolvem abruptamente e atingem o seu pico durante 10 minutos:

- (1) palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado;
- (2) suores;
- (3) estremecimentos ou tremores;
- (4) dificuldade em respirar;
- (5) sensação de sufoco;
- (6) desconforto ou dor no peito;
- (7) náuseas ou mal-estar abdominal;
- (8) sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça ouca ou de desmaio;

- (9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio);
- (10) medo de perder o controlo ou de enlouquecer;
- (11) medo de morrer;
- (12) parestesias (entorpecimento ou formigueiro);
- (13) sensação de frio ou de calor. (p. 432)

Perante o falecimento de uma amiga, morte que ocorreu de uma forma súbita, E. manifestou alguns dos sintomas supracitados, verbalizando que *“assimilei o que aconteceu de uma maneira que já me doía a cabeça, dava-me pontadas nervosas por todo o lado do corpo, uma enorme dor no peito, o coração batia tão rápido, tremia por todos os lados, parecia que não conseguia respirar, sentia-me apavorada com medo de morrer, que me acontecesse alguma coisa e ninguém me salvasse”*.

Critérios de Diagnóstico para Agorafobia:

Nota: A Agorafobia não é uma perturbação codificável. Codificar a perturbação específica em que a Agorafobia ocorre [por exemplo, 300.21 Perturbação de Pânico com Agorafobia [F 40.1] ou 300.22 Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico [F 40.00]]

A. Ansiedade por se encontrar em lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ter ajuda disponível no caso de ter um Ataque de Pânico inesperado ou situacionalmente predisposto ou sintomas semelhantes ao pânico. Os medos agorafóbicos envolvem tipicamente um conjunto característico de situações que incluem estar fora de casa, numa multidão ou esperar numa fila; atravessar uma ponte; e viajar de autocarro, comboio ou automóvel.

E. quando se encontrava no hospital para ser operada ao ouvido direito enfrentou uma situação de tensão, verbalizando que *“estava muito nervosa, o coração queria saltar pela minha boca, sentia uma mão a apertar-me a garganta e uma dor no peito. À noite tiveram que me dar um calmante, só assim comecei a sentir-me mais tranquila”*.

Nota: Considerar o diagnóstico de Fobia Específica, se o evitamento estiver circunscrito a uma ou somente a algumas situações específicas, ou de Fobia Social, se o evitamento estiver circunscrito às situações sociais.

B. As situações são evitadas (por exemplo, são feitas restrições nas deslocações) ou enfrentadas com intenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico, ou requerem a presença de uma pessoa de confiança.

A paciente evita estar em determinados locais ou situações (como andar de carro, transportes públicos e de avião, ir sítios com muitas pessoas e altos) pelo facto de puder “acontecer alguma coisa de mal não consegue sair dali”.

C. A ansiedade ou o evitamento fóbico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como Fobia Social (por exemplo, evitamento circunscrito às situações sociais devido ao medo do embaraço), Fobia Específica (por exemplo, evitamento circunscrito a uma situação como por exemplo elevadores), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (por exemplo, evitamento da sujidade em alguém com uma obsessão relacionada com contaminações), Perturbação Pós-Stresse Traumático (por exemplo, evitamento de estímulos associados com um stressor intenso), ou Perturbação da Ansiedade de Separação (por exemplo, evitamento de se afastar de casa ou dos familiares). (p. 433)

Os sintomas apresentados pela paciente não preenchem os critérios de diagnóstico para Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Pós-Stresse Traumático e Perturbação da Ansiedade de Separação.

2.7. Intervenção Psicoterapeutica

Ao longo processo de psicoterapia podemos verificar que ocorreu uma evolução considerável no desenvolvimento sócio emocional neste caso clínico. As mudanças foram constatadas ao nível das novas capacidades, verificando-se uma linha de pensamento e de comportamento mais organizada, que permitiu uma melhor eficiência para gerir as próprias emoções.

Os comportamentos mais adaptados dependem, em larga medida, do equilíbrio conseguido na vivência consciente das emoções e da construção de significados pessoais

(Leal, 2004). O estabelecimento da relação com a terapeuta, na qual a paciente reencontra as suas próprias experiências e a possibilidade de exprimi-las, permitiu que se iniciasse a ocorrência de mudanças internas. O âmbito da intervenção psicoterapêutica teve como objetivo fomentar a expressão dos seus sentimentos e pensamentos, compreender as causas do seu comportamento e promover a sua estabilidade emocional, no seio de uma relação de empatia e de segurança. Leal (2013) afirma que o psicoterapeuta em função da sua posição de escuta, tanto quanto possível ressonante, escolhe os formatos de resposta que julga apropriados para realçar a comunicação emitida recorrendo a técnicas de intervenção.

Uma primeira fase deste processo interventivo incidiu na expressão de sentimentos e pensamentos relacionados com as queixas da paciente. Nos primeiros contactos em consulta (Anexo S e T), a terapeuta constatou que E. revelava dificuldade em abordar as situações de vida que lhe geravam uma elevada ansiedade (guiar o seu próprio carro, andar de transportes públicos, estar em locais com muitas pessoas e em sítios altos). A sua incoerência interna fazia com que não manifestasse insatisfação, nem preocupação, por não conseguir lidar com tais situações, uma vez que evitava enfrentá-las. Segundo a própria, os sentimentos de tristeza, impotência e stresse, relacionavam-se com as queixas que a levaram a recorrer ao apoio psicológico, assumindo que queria tomar uma decisão ponderada e determinada relativamente a duas questões de maior conflito interno, nomeadamente a possibilidade de ser sujeita a uma intervenção cirúrgica e de ser mãe. Enquanto partilhava as suas experiências negativas, denotou-se que, pouco a pouco, passou a oferecer uma menor resistência, tanto em descrever, como em assumir as suas dificuldades. De acordo com Leal (2013, p. 14) “*o psicoterapeuta pressupõe no cliente a expectativa de encontrar um interlocutor ressonante que saiba comunicar e que dê resposta à demanda afetiva inconsciente que está na fonte e/ou sofrimento manifestos. Deste modo será mediador de um novo formato reabilitador de comunicação*”.

A partilha das dificuldades sentidas favoreceu a compreensão das causas do comportamento da paciente, dando lugar à fase seguinte da linha de intervenção. A sua dinâmica individual encontrava-se comprometida por mecanismos de evitamento, que até ao momento eram considerados como estabilizadores das suas emoções. Nesta tarefa de acompanhar a paciente procurámos levar a refletir sobre os acontecimentos num intercâmbio comunicacional, permitindo dar significado às suas vivências e a construção de novos significados face à forma como organizava a sua vida. Progressivamente passou a referir os comportamentos que considerava desadaptados, a reconhecê-los como limitações e a influência negativa que tinham na sua vida pessoal, social e profissional. Segundo Leal e

Garcia (1997), as trocas estabelecidas ganham conteúdo simbólico (o que o indivíduo concebe acerca da experiência) ao se tornarem numa construção de significados (ao mundo externo) partilháveis.

As experiências mencionadas no seio familiar desde o início do seu desenvolvimento foram um importante foco de partilha, sendo o ambiente onde se encontrava inserida, promotor de dificuldades emocionais. Com base na informação proveniente da entrevista e dos elementos das sessões de psicoterapia podemos verificar a referência de elementos familiares (do lado paterno) com dificuldades semelhantes de funcionamento. Neste sentido Leal (2010) considera que o desenvolvimento sócio emocional da criança está dependente das experiências que estabelece com os seus cuidadores.

A promoção da estabilidade emocional está relacionada com o apoio na resolução de problemas de adaptação, na aquisição e desenvolvimento de competências necessárias. Os primeiros progressos surgiram em enfrentar algumas situações que segundo a paciente não se importava de evitar. Entre as suas conquistas iniciais regista-se o facto de passar a conseguir guiar o seu próprio carro, andar de transportes públicos, estar em locais com muitas pessoas e em sítios altos. Ao não evitar este tipo de situações fez com que passasse a adquirir uma maior estabilidade emocional, contribuindo para que conseguisse ultrapassar a problemática considerada como principal e que a conduziu à consulta, ou seja, necessitar de ser sujeita a uma intervenção cirúrgica. Em Julho do ano passado, a paciente foi intervencionada (ao ouvido esquerdo), verbalizando que “ainda bem que tomei essa decisão, pois só assim consigo, consegui ultrapassar o medo da operação, não recuperei a audição totalmente como da outra vez, mas sempre melhorou”.

A E. continua a necessitar de apoio psicológico, apesar de grande parte dos aspetos relacionados com as suas ansiedades e medos encontrarem-se ultrapassados, não conseguiu ainda tomar uma decisão quanto à possibilidade de ter filhos, indicando que continuam a existir componentes do seu funcionamento psicológico a serem trabalhadas. Após a última intervenção cirúrgica foi informada pelo médico que teria de ser também intervencionada ao canal nasal, razão pela qual tem algumas dificuldades respiratórias, encontrando-se atualmente em lista de espera. Segundo a paciente “agora estou em lista de espera, para operar o nariz, já não sinto aquele medo que me sufocava nem aquelas borboletas no estômago quando penso no assunto”.

A passagem para um funcionamento psicológico mais ajustado a nível sócio emocional deveu-se às modificações internas da paciente que facilitaram o seu processo de adaptação à realidade e a sua capacidade de ir ao encontro das exigências inerentes às áreas da

sua vida onde residiam as suas dificuldades. Não obstante, alguns dos objetivos do processo de intervenção foram parcialmente atingidos, mantendo-se o acompanhamento em psicoterapia.

2.8. Análise e Interpretação dos Resultados na Reavaliação Psicológica.

2.8.1. Rorschach.

Neste instrumento projetivo a paciente não apresentou positivo nenhum dos índices psicopatológicos. No entanto, apresentaremos a interpretação dos resultados, a partir da análise das suas respostas (Anexo U), nos diferentes domínios do seu funcionamento emocional e organização de personalidade.

Processamento de Informação

Simplifica demasiado as suas perceções, percebidas como complexas, evitando, assim, processar a emoção e deixar-se invadir pelos afetos. Este estilo de lidar com as situações pode indicar a presença de problemas ao nível do processamento da informação e, como tal, pode originar uma elevada frequência de comportamentos que não coincidem com as exigências e expectativas sociais, indicando a presença de uma atitude mais resguardada e de evitação ($L \geq 1$).

Possui um baixo nível de motivação e iniciativa ($Zf \downarrow$). Apresenta um funcionamento excessivamente prático respondendo à tarefa de forma mais económica, realizando pouco esforço criativo ($D \uparrow$; $DQo \uparrow$).

Mediação Cognitiva

Em situações óbvias, responde de forma esperada ou aceitável. A probabilidade de ocorrência de respostas menos convencionais, em situações simples ou definidas com precisão, é mínima, a não ser que sejam observados alguns problemas ao nível do processamento (P normativo). Não obstante, a ocorrência de comportamentos que negligenciam as exigências sociais ocorre devido a uma tendência para ver o que o rodeia a partir do seu próprio ponto de vista, podendo implicar um excessivo autocentramento, sendo as suas perceções em função das suas necessidades ($X+ \% < 70\%$ e $Xu\% > 20\%$).

Ideação

Os seus processos ideativos e os seus valores são fixos, manifestando dificuldade em alterar atitudes e opiniões, ou ver as coisas numa perspetiva diferente, ou seja, revela alguma rigidez cognitiva ($a + p > 4$ e o valor de um lado é maior três vezes do que o outro).

Apresenta alguma predisposição para lidar com os afetos a nível intelectual. Embora este processo permita reduzir o impacto das emoções, representa uma forma de negação, que tende a distorcer o verdadeiro impacto da situação ($1 \leq 2AB + (Art+Ay) \leq 3$).

Controlo e Tolerância ao Stresse

Denota uma maior capacidade de tolerância ao stresse relativamente à maioria das pessoas, sendo menos provável que experiencie problemas ao nível do controlo. É capaz de identificar e utilizar mais recursos próprios, lidando assim melhor com situações de tensão ($AdjD > 0$).

Elimina a perceção dos seus sinais de alarme, ou seja, dos seus disparadores internos de tensão, implicando fragilidade em assumi-las (es ↓).

É mais conservadora em situações de proximidade pessoal, especialmente as que envolvam contato físico, tendendo a preservar o seu espaço vital, revelando cautela na criação e manutenção de laços emocionais ($T = 0$).

Aspetos Afetivos

Tende a hipercontrolar as suas descargas ou trocas emocionais. Esta situação reflete medo do envolvimento em situações de descarga emocional ($CF + C = 0$). Não obstante, está menos interessada em processar a estimulação emocional, ou seja, tem tendência a neutralizar os problemas de descontrolo emocional ($Afr \downarrow$).

Realiza esforços para manter a sua autonomia, sendo capaz de se autoafirmar, mantendo as suas características mais individuais quando responde às exigências externas, o que constitui uma procura de independência e de autoafirmação (S normativo).

Perceção de Si

A paciente preocupa-se consigo mesma de uma forma adequada ($3r+(2)/R$ normativo) e está menos envolvida com a autoconsciência, do que seria de esperar ($FD = 0$ ou $V = 0$).

Relações Interpessoais

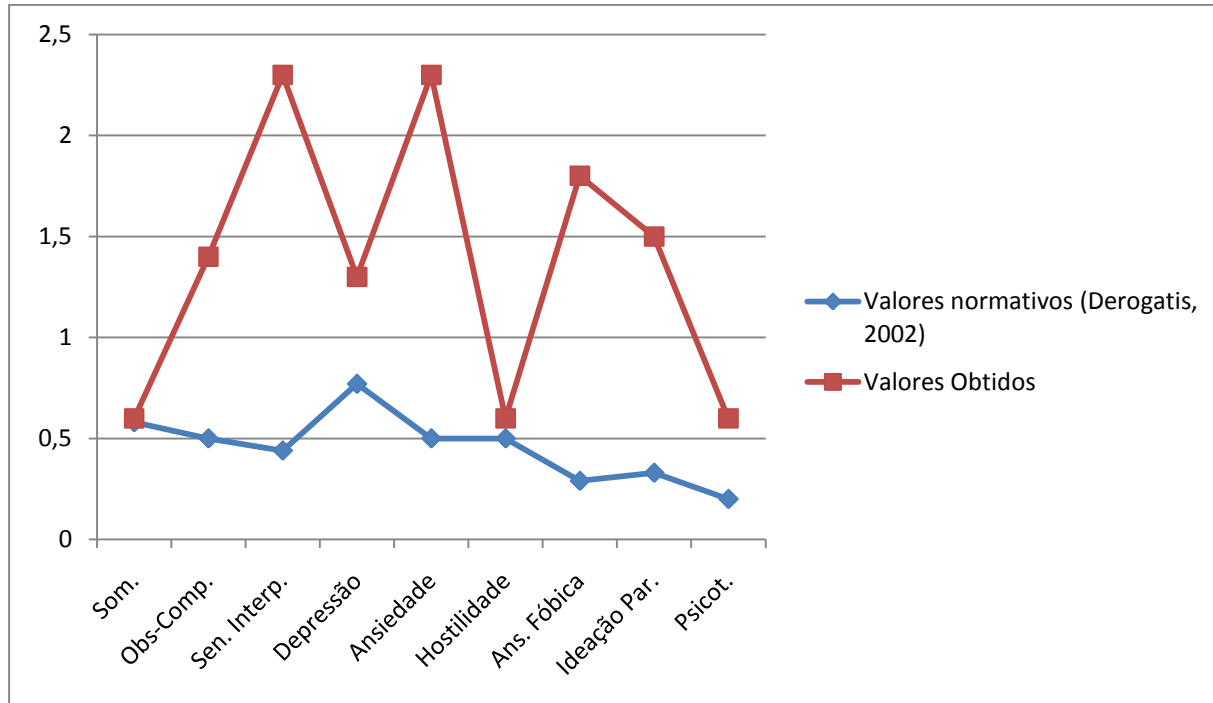
Manifesta interesse pelos outros como seria de esperar ($H+(H)+Hd+(Hd)$ normativo).

Não percebe, nem espera comportamentos positivos ou negativos nas interações e tende a sentir menos segurança e menos conforto em situações interpessoais, colocando-se na periferia durante as interações grupais (COP = 0 e AG ≤ 1).

2.8.2. SCL-90-R (symptom checklist – 90 – revised).

Os resultados apurados nas dimensões primárias que o SCL-90-R procura medir indicam, como se pode verificar no gráfico 1, que média da E. na escala da Somatização foi de 0,6; na escala das Obsessões – Compulsões uma média de 1,4; na escala da Sensibilidade Interpessoal uma média de 2,3; na escala da Depressão uma média de 1,3; na Escala da Ansiedade uma média de 2,3; na escala da Hostilidade uma média de 0,6; na escala da Ansiedade Fóbica uma média de 1,8; na escala da Ideação Paranoide uma média de 1,5 e; na escala do Psicoticismo uma média de 0,6.

Gráfico 1 – SCL-90-R: Valores normativos (Derogatis, 2002) e Valores obtidos



De acordo com os resultados obtidos, encontramos um perfil em que a Hostilidade e o Psicoticismo se situam ligeiramente acima da média. Ao nível da Obsessão-Compulsão, da

Depressão e da Ideação Paranoide, os valores encontram-se superiores à média. Muito acima da média situa-se a Sensibilidade Interpessoal, a Ansiedade e a Ansiedade Fóbica, A Somatização é a única dimensão primária dentro dos valores normativos.

No Índice Geral de Sintomas e no Número Sintomas Positivos verifica-se que o seu resultado se situa muito acima da média. Relativamente ao Índice de Stresse de Sintomas Positivos encontra-se ligeiramente acima da média.

2.8.3. Teste de cópias de figuras complexas.

Neste teste destinado a avaliar a organização visuo-grafo-percetiva, bem como a atividade de reprodução mnésica imediata, a E. apresentou um resultado muito inferior à média para a sua faixa etária (percentil < 10), sugerindo um comprometimento nestas áreas. A estrutura adotada pela paciente na organização visuo-grafo-percetiva (Anexo V) foi referente ao tipo III - Contorno Geral, na medida em que começa o seu desenho pela reprodução do contorno integral da figura sem diferenciar nela, explicitamente, o retângulo central, obtendo assim uma espécie de “contentor” onde são depois colocados todos os detalhes interiores. Na reprodução mnésica imediata (Anexo W) foi referente ao tipo II – Detalhes Englobados na Armação, começando o seu desenho por um detalhe contíguo ao grande retângulo (neste caso, a cruz da parte superior do lado esquerdo).

2.8.4. Matrizes progressivas standard

Nas SPM, teste de raciocínio lógico-matemático que avalia processos psicológicos essenciais à inteligência geral, ou seja, o aspeto lógico e não-verbal da inteligência, os resultados obtidos são indicadores de uma inteligência geral média.

2.9. Análise de Resultados

Mediante os pressupostos e as técnicas que o modelo apresentado preconiza, iniciámos após as sessões de avaliação psicológica o acompanhamento psicoterapêutico, com o objetivo de ajudar E. a organizar-se internamente. Às iniciativas da paciente num processo dinâmico-

relacional a terapeuta foi contingente, surgindo alterações estruturais na organização da sua personalidade, as quais podem ser denotadas em função da análise dos dados provenientes da reavaliação psicológica.

Tendo em conta os resultados obtidos no Rorschach, teste aplicado em ambas as avaliações, podemos verificar que num primeiro momento de avaliação a paciente apresentou o índice de hipervigilância (HVI) positivo. No entanto, no momento da reavaliação o valor deste índice não foi significativo, assim como nenhum dos outros índices. Neste sentido, conseguimos analisar a evolução da paciente nos domínios avaliados por este instrumento, que passamos a descrever.

No processamento de informação, tendo em conta a forma como o indivíduo incorpora a informação proveniente do exterior, a paciente já não apresenta um estado de alerta contínuo, nem realiza uma exploração exaustiva na análise da informação proveniente do meio envolvente.

Na ideação que está associada às atividades de concetualização da informação que foi admitida e traduzida, verifica-se que ainda alguma rigidez cognitiva, pela dificuldade que manifesta em modificar as suas atitudes e opiniões em função de uma perspetiva diferente. Continua a apresentar alguma predisposição para lidar com os afetos a nível intelectual, apesar deste processo reduzir o impacto das emoções, tende a distorcer o verdadeiro embate da situação.

No controlo e tolerância ao stresse que se refere à capacidade que um indivíduo possui para utilizar os seus recursos disponíveis no momento de colocar em prática as suas decisões, e fazê-lo de forma intencionada e com sentido para si próprio, constata-se que desenvolveu uma maior capacidade de tolerância, controlo e de recursos internos para saber lidar com situações geradoras de tensão. Ainda se mantém a cautela na criação de laços emocionais, sendo mais conservadora em situações de proximidade pessoal (especialmente as que envolvam contacto físico).

Nos aspetos afetivos, a paciente não revela uma atitude de negativismo e de oposição face ao meio envolvente, como anteriormente. Porém, ainda tende a neutralizar os problemas de descontrolo emocional, bem como a hipercontrolar as suas descargas emocionais.

Na perceção e relacionamento interpessoal que constituem representações do sujeito relacionadas com necessidades, atitudes e estilos de lidar com as situações, denota-se que não apresenta um estilo hipervigilante, como característica fundamental da sua estrutura psicológica, recorrendo a um gasto energia excessivo para manter um contínuo estado de alerta. Todavia, continua a revelar uma menor segurança em situações de interação social.

Na mediação cognitiva que se refere às atividades de tradução ou identificação da informação que foi admitida e na percepção de si relacionada com a autoestima e a autoimagem, os resultados mantêm-se, não sugerindo alterações significativas.

Apesar dos testes que visam avaliar os recursos cognitivos terem sido unicamente aplicados no momento da reavaliação, tornam-se também uma fonte importante de dados, que nos permite aceder a uma melhor compreensão do funcionamento da paciente. Assim sendo, os resultados obtidos nas SPM são indicadores de uma inteligência geral média. Não obstante, o seu desempenho no teste de cópias de figuras complexas revelou uma menor eficiência ao nível da capacidade perceptiva e da memória visual imediata. Inclusivamente, os resultados da escala de autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional (SCL-90-R) encontram-se acima da média, à exceção da dimensão somatização, que se situa dentro da média.

CAPÍTULO IV

Tendo como base a revisão da literatura efetuada e os resultados apresentados no capítulo anterior, procedemos à sua discussão e análise.

DISCUSSÃO

No início do presente relatório foi exposto que a realização teve como objetivo compreender a importância da relação dialógica ao longo do processo de desenvolvimento mental do ser humano, sendo por natureza, um ser que se constrói e reconstrói num processo contínuo de transformação. Como tal, este relatório centrou-se em dois focos principais que se procuram articular, um que procura contextualizar teóricamente o modelo proposto e, outro, empírico, de apresentação de dois casos clínicos.

De facto existem na literatura evidências da significância do sistema de relações ao longo do ciclo de vida, pois como sustenta Leal (2010), sabendo-se que o indivíduo passa por vários cuidadores ao longo do seu processo de maturação, a falência de uma comunicação disponível e contingente conduz a um comprometimento no seu desenvolvimento sócio emocional e global. No mesmo sentido, encontramos o caminho de investigação que Andersen (2005) desenvolveu, que lhe permitiu tirar conclusões sobre a importância fundamental da resposta contingente do adulto à iniciativa interativa da criança, como organizador da sua vida emocional, o que vem a ter consequência no seu desenvolvimento global.

Nos casos clínicos em que tivemos oportunidade de caracterizar desde a primeira infância (em função da informação recolhida a partir da entrevista clínica) pudemos analisar a dinâmica relacional entre o paciente e os que se prestaram ao papel de cuidadores, verificando-se a forma como o intercâmbio dialógico condicionou o seu desenvolvimento sócio emocional. Em ambos os casos clínicos, logo ainda numa fase de avaliação psicológica, conseguimos constatar falhas de uma resposta que deveria ir ao encontro dos requisitos de cada passo da estruturação do “Eu”. De acordo com o motivo que conduziu os pacientes a recorrerem a um pedido de apoio psicológico apurámos através das queixas, sintomatologia e características de funcionamento o passo de desenvolvimento onde cada um ficou estagnado no percurso de evolução.

Na fase do planeamento da intervenção psicológica encontra-se a promoção de modificações internas no indivíduo. Para que este processo fosse viável, propusemo-nos

fundamentalmente mobilizar recursos que permitissem, uma partilha de significados, onde as narrativas de vida passariam a ser construídas pela palavra num formato a dois. Neste âmbito conseguimos ir ao encontro de (Leal, 2013) quando refere o paciente tem a expectativa de encontrar um interlocutor ressonante que saiba comunicar nas diversas linguagens e que dê resposta à demanda afetiva que está na fonte da perturbação e sofrimento manifestos. Enquanto instrumento principal utilizado em contexto terapêutico, Vygostky (1994) também valoriza a utilização da linguagem como fator de organização cerebral. Pela interiorização mental progressiva desse instrumento é que se elabora o pensamento consciente.

A linguagem no seio de um espaço terapêutico num intercâmbio dialógico entre terapeuta e o paciente é promissora da organização mental quando assente na verbalização de significados, assim como, na criação de símbolos. Atendendo ao que Leal (2004) considera, a formação de significados pessoais depende (originariamente) de referências mútuas. Para que dois interlocutores alcancem o significado expressivo, ambos têm que apontar o mesmo objeto no contexto da comunicação. Em concordância, Bates (1979) foca que o reconhecimento mútuo partilhado ou apontado por um processo de sinalização das experiências entre coisas e pessoas tem um formato simbólico. Desta forma, as palavras não resultam da internalização de significados concretos transmitidos e aprendidos, na base da repetição ou do condicionamento, mas são configurações aleatórias assumidas por consenso para representarem a experiência do intercâmbio (Leal, 2004). Aqui surge a noção de símbolo, como resultado da compreensão e integração de significados (Leal, 2013).

A análise dos casos clínicos também nos permitiu verificar no decorrer do processo terapêutico a construção de novos símbolos contribuiu para uma melhor capacidade de lidar com as próprias fragilidades e com a realidade externa. Ambos os casos evoluíram no sentido da estruturação do “Eu” e da diferenciação “Eu-Outro”. No caso clínico – criança, constatámos que o jogo de trocas recíprocas e alternantes incrementou a interação, assim como um relacionamento mais estreito entre o paciente e a psicóloga; a assimilação progressiva de limites e regras bem definidos promoveu um padrão de funcionamento sem ambiguidades, passando a respeitar os interesses e os desejos dos outros mesmo que diferentes dos seus; e, a necessidade de expressão da agressividade através da atividade lúdica permitiu a descarga de impulsos e a construção de novas dinâmicas de relação. No caso clínico – adulto verificámos que a necessidade de controlo de situações passou a ser alvo de crítica interna permitindo uma gradual exposição da paciente a situações que anteriormente evitava, progressos a nível da sintomatologia inicialmente apresentada e uma menor rigidez cognitiva. Com desenvolvimento dos recursos pessoais e das competências adquiridas,

conduziu a que fosse possível denotarmos alterações na linha de pensamento e de comportamento, nomeadamente de condutas mais adaptativas para além do espaço terapêutico, estendendo-se a outros contextos, aliadas a um novo saber para lidar com os conflitos de natureza interna e externa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração do presente relatório pretendemos descrever os fundamentos teóricos que sustentam o Modelo Relacional Dialógico, o qual se enquadra na nossa atividade profissional. A partir de uma reflexão pessoal entendemos que o presente modelo oferece uma sugestão para a construção do “Eu” determinada pela resposta que o ser humano obtém dos seus cuidadores às suas iniciativas, condicionando a forma como se processa o seu desenvolvimento sócio emocional.

Leal (2010), atendendo ao modelo que desenvolveu, propõe que a configuração da mente emerge de um assinalar das experiências com a realidade externa, num processo de desenvolvimento simbólico, como aquilo que o indivíduo concebe da experiência vivida e não do que capta do mundo que o rodeia. Sendo o indivíduo um ser relacional, o seu desenvolvimento e modificações da sua estrutura psicológica podem acontecer no seio da relação num processo contínuo e progressivo. Seguindo esta ordem de ideias, a promoção de um funcionamento mais organizado, poderá ser facilitada pela intervenção de um terapeuta que surja como um interlocutor válido e que responda adequadamente às suas iniciativas.

Desta forma, a intervenção psicológica atende à rede de significados pessoais subjacentes às experiências vividas. O padrão de desenvolvimento da mente, ao ser pautado pelo relacionamento interpessoal, alternado e recíproco desde o nascimento, permite considerar que a reorganização do aparelho mental é possível, numa relação em que o terapeuta se disponibiliza como um outro contingente, promovendo a atribuição de novos significados.

O modelo utilizado na intervenção psicológica em dois casos de perturbação de comportamento e de adaptação sócio emocional assentou em pesquisas da investigadora mencionada, detentora de vasta bibliografia publicada após o estudo defendido na tese de doutoramento (Londres, 1975, publicado em 2004⁶). Em função dos resultados obtidos da análise dos estudos de caso apresentados, podemos atestar a validade das hipóteses de estudo levantadas. A alteração de estruturas automáticas de comunicação interpessoal numa relação psicoterapêutica apoiante promoveu alterações no comportamento dos pacientes. Assim, por se verificar que, em ambos os casos, mediante um intercâmbio relacional com a terapeuta, os

⁶ O seu trabalho foi reconhecido em Portugal, em 1989, sendo detentora da primeira edição do Prémio de Psicologia, APPA, e colabora em diversas Universidades (Currículo publicado na Universidade Nova). A sua investigação foi enriquecida posteriormente por outras teses de Mestrado e de Doutoramento e a sua proposta psicoterapêutica tem vasta aplicação em Portugal e no Brasil.

indivíduos conseguiram atribuir novos significados à realidade externa, as dificuldades presentes no início do acompanhamento psicológico diminuíram e estes desenvolveram uma maior capacidade de controlo emocional.

Importa mencionar a presença de algumas limitações aquando do desenvolvimento do presente estudo, e que são merecedoras de atenção:

- o estudo dos casos clínicos não incluiu uma reavaliação psicológica posterior à fase final da intervenção psicoterapêutica, utilizando-se os mesmos instrumentos de avaliação após o término da terapia;
- o segundo estudo de caso refere-se a uma paciente que ainda continua nas sessões de psicoterapia, sendo indicativo que algumas características do seu funcionamento psicológico necessitam de ser trabalhadas e se encontram em plena evolução.

Face a propostas para futuras investigações neste âmbito, várias linhas de estudo podem ser traçadas. No entanto, fazendo referência ao presente trabalho, seria pertinente um estudo que permitisse identificar nos casos clínicos apresentados, o passo de desenvolvimento sócio emocional atingido após a intervenção terapêutica.

Nesta etapa terminal interessa ainda referir que o presente estudo pretende ser uma mais valia num processo contínuo de aprendizagem, podendo contribuir para uma melhor compreensão acerca da articulação entre a teoria e a prática (clínica). Além disso, os temas em foco contribuem para um aprofundar de conhecimentos sobre o funcionamento psicológico do ser humano, desde o início de vida, pelo que o desenvolvimento de saberes e competências neste domínio se revelam fundamentais no âmbito da Psicologia Clínica. Como foi salientado ao longo deste estudo, o desenvolvimento do indivíduo pode ser fortemente marcado pela resposta que os cuidadores dão, contingentes ou não, às suas iniciativas, resultando em consequências ao nível do ajustamento emocional e social, com repercussões comportamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecasis, M. (1993). *Ser o mesmo e ser o outro dos 0 aos 10 anos*. Lisboa: Contexto.
- Alves, C. (2001). Inlightning relational disorders: The breakthrough of a taxonomy. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, I (2)*, 17-21.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Andersen, F. (2005). *Do silêncio de deus à mãe medusada*. São Paulo: IPAF.
- Bates, E. (1979). *The emergence of symbols*. New York: Academic Press.
- Bergeret, J. (1997). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J., Chartier, J., Dubor, P., Houser, M., & Lustin, J. (1996). *Psicologia patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Cameira, M. (2002). O desejo de um filho manifestado nas diferentes estruturas de personalidade. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, II (7)*, 23-32.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Crespo, M. (2002). Orientação para a análise de contingência: A caracterização da psicose afetiva. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, II (5)*, 13-16.
- Cruz, M. C. (2008). *BAPAE: Bateria de aptidões para a aprendizagem escolar*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Makron.
- Derogatis, L. R. (2002). *Manual SCL-90-R*. Madrid: Tea Ediciones.
- Domingues, A. (2004). O animal social: Psicologia contemporânea ao modelo relacional dialógico. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, IV (15)*, 65-72.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
- Filipe, C. (2005). Falas neuróticas lidas por Vigotsky. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, V (17)*, 43-53.
- Fonseca, M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Font, J. M. (1978). *Test de la família: Cuanntificación y análisis de variables sociaculturales y de estrutura familiar*. Barcelona: Oikos-Tau.

Freud, S. (2001). *Inibições, sintomas e angústia*. Rio de Janeiro: Imago.

Gazzola, N., & Iwakabe, S. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19, 601-611.

Gergely, G., & Csibra, G. (2005). The social construction of the cultural mind: Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies*, 6 (3), 463-481.

Gilliéron, E. (2004). *Manual de psicoterapias breves* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Grolnick, S. (1993). *O trabalho e o brinqueado: Uma leitura introdutória*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Guerra, G. (2004). Entre prazeres de sofrimento. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF*, IV (13), 29-40.

Itskowitz, R., & Strauss, H. (1998). *Manual BAR-ILAN* (1ª ed.). Lisboa: CEGOC.

Jardim, S. (2005). Psicoterapia e psicoterapeuta – Uma reflexão pessoal. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF*, V (17), 37-42.

Kimmel, D. C., & Weiner, I. B. (1995). *Adolescence: A developmental transition* (2ª ed.). New York: Willey

Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

Laville, C., & Dionne, C. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Leal, M. R. (1981). Uma proposta alternativa para o tratamento de crianças com perturbações de contacto. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 17/18/19, 157-178.

Leal, M. R. (1997). *A grupanálise – Processo dinâmico de aprendizagem*. Lisboa: Fim de Século.

Leal, M. R. (1998). *A psicoterapia como aprendizagem: Um processo dinâmico de transformações* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.

Leal, M. R. (2001). A emergência de significados e o brincar. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF*, I (3), 5-12.

Leal, M. R. (2004). *Introdução ao estudo dos processos de socialização precoce na criança*. São Paulo: IPAF.

Leal, M. R. (2010). *Step by step constructing a self*. Lisboa: Bilingual

Leal, M. R. (2013). *Psicoterapia relacional dialógica*. Lisboa: IQA

- Leal, M. R., & Garcia R. M. (1997). *O processo de hominização – Bios transforma-se em psique*. Lisboa: Associação de Psicologia Infantil.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1997). *Les pôles épistémologiques des méthodologies qualitatives*. Montréal: Editions Nouvelles.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Merriam, S. (1988). *Case study research in education*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Negrão, M. (2003). Brincar: Implicações cognitivas no processo de crescimento pessoal e interpessoal da criança. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, III (10)*, 15-23.
- Oliveira, C. (2003). Porque é difícil falar: O brincar como linguagem simbólica da fantasia. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, III (10)*, 25-32.
- Ordonho, A. & Miranda, A. (2002). A ludoterapia no contexto do desenvolvimento. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, II (8)*, 21-28.
- Parracho, D. (2001). O problema da alta em psicoterapia. *Jornal de Psicologia Clínica, I (3)*, 13-16.
- Pereira, I., & Funchal, H. (2004). Era uma vez... E o modelo relacional dialógico. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, IV (15)*, 47-52.
- Quintino-Aires, J. (2000). A abordagem sócio-histórica na psicoterapia com adultos. *Jornal de Psicologia Clínica, I (5)*, 1-9.
- Quintino-Aires, J. (2001). Contingent analysis as a paradigm of the human relationships. *Jornal de Psicologia Clínica, I (2)*, 7-9.
- Quintino-Aires, J. (2003). Znatcheinie kul'turno-istoritcheskói teorii dejatel'nosti dlja portugal'skói psikhologii. *Konferentsii Teorija Dejatel'nosti, I*.
- Raven, J., Raven, C., & Court, J. H. (2009). *Matrizes progressivas coloridas (forma paralela)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Rey, A. (2002). *Teste de cópia de figuras complexas*. Lisboa: CEGOC.
- Ribeiro, C. (2013). O teste do desenho da família. Recuperado a 10 de Julho de 2013 de: <http://www.scribd.com/doc/139920270/86321814-Teste-Do-Desenho-Familia-Loui-Corman-Anexo-2>
- Rio, M. J. (2001). Afetologia genética: Uma proposta desenvolvimental e relacional para a compreensão da psicopatologia. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF, I (1)* 23-31.

Rodrigues, C., & Correia, C. (2005). A importância dos limites como organizador da mente. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF*, V (19), 13-20.

Rodrigues, C., Almeida, C., & Gomes, V. (2000). *Sistema interpretativo do Rorschach: Manual de aplicação, codificação e elaboração do sumário estrutural*. Vol I. Lisboa: IPAF.

Sampaio, R. (2002). Reação circular de atenção: A caracterização da psicose afetiva. *Jornal de Psicologia Clínica – IPAF*, II (5), 17-19.

Serra, J. (2003). *Psicoterapia integrada: Um modelo para o processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.

Sousa-Ramos, A. (2004). Estruturas de personalidade e os chats na internet. Qual a relação? *Jornal de Psicologia Clínica - IPAF*, IV (14), 51-56.

Vale, L. (2002). A necessidade de um “outro” no desenvolvimento do aparelho mental. *Jornal de Psicologia Clínica*, II (7), 5-10.

Vygostky, L. (1934). *Construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygostky, L. (1994). *A formação social da mente: Construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Watson, J. S. (1967). Memory and 'contingency analysis' in infant learning. *Merrill-Palmer Quarterly*, 13, 55-76.

Wechsler, D. (2003). *WISC-III - Escala de inteligência para crianças* (2ª ed.). Lisboa: CEGOC.

Weiss, L. (2000). *Compreenda o seu filho dos 0 aos 6 anos*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1995). *Conversas com os pais*. Lisboa: Terramar.

ANEXOS

Anexo A: Consentimento Informado

O Relatório Profissional do último ano de Mestrado em Psicologia Clínica, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, está a ser levado a cabo por Vera Mendonça do Carmo Brás acerca do Estudo de Casos Clínicos à luz do Modelo Relacional Dialógico, orientado pela Professora Doutora Ida Lemos. Esta investigação tem como objetivos descrever os fundamentos que suportam este modelo, bem como o seu contributo na intervenção terapêutica em crianças e adultos.

Solicita-se, assim, a sua participação nesta investigação, a qual será totalmente anónima e confidencial.

Compreendo que:

- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária;
- Colaborando nesta investigação estou a possibilitar o avanço do conhecimento nesta área, mas que não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício directo ou indirecto pela minha participação no estudo;
- A minha participação implica ser submetido/a a instrumentos de avaliação psicológica.
- Posso recusar-me a colaborar nesta investigação, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga quaisquer consequências negativas.

Compreendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade e dados confidenciais jamais poderão ser revelados em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa, excepto com a minha autorização por escrito.

O relatório profissional será alvo de uma defesa pública e estará posteriormente disponível para consulta na Biblioteca Central da Universidade do Algarve.

Rubrica: _____

Data: ____/____/____

Anexo B: Interpretação dos Domínios do Sistema Integrativo do Rorschach de John E. Exner Jr.

Processamento de Informação → refere-se à atividade de admissão ou entrada de informação, isto é, como o sujeito incorpora a informação proveniente do exterior (avalia-se o esforço ou motivação no processamento, a qualidade e a eficácia do mesmo).

- **Lambda (L)** → avalia se existe ou não tendência para um estilo de simplificação perceptiva e evitação do processamento de emoções;

- **HVI** → apresenta um estado de alerta contínuo, denotando maior reserva, cautela e manutenção e confiança em relação ao meio envolvente;

- **Zf e W:D:Dd** → avalia o esforço ou interesse processual para a organização significativa de um campo estimular ambíguo e destruturado:

- ⇒ Zf – motivação e iniciativa para o processamento da informação;

- ⇒ W:D:Dd – interesse ou esforço;

- ⇒ W – requer maior esforço;

- ⇒ D – requer uma forma mais económica, simples e prática;

- ⇒ Dd – estilo pessoal.

- **DQ** → forma como o sujeito trabalha cognitivamente (a área de localização – desenvolvimento intelectual e capacidade para realizar operações de análise e síntese do campo estimular atribuindo relações significativas):

- ⇒ DQ+ - processos de análise e síntese, bem como estabelecimento significativo entre os elementos do campo estimular;

- ⇒ DQv - funcionamento cognitivo imaturo, infantil e primitivo;

- ⇒ DQo - funcionamento conservador, adaptado à tarefa, sem grande esforço criativo.

- **Zd** → analisa a eficiência da atividade explorativa envolvida no processamento de informação:

⇒ $Z_d < -3,0$ – Estilo hipoincorporador, no qual realize um exame pouco cuidadoso do campo estimular, explorando-o muito depressa e de forma desorganizada;

⇒ $Z_d > +3,0$ – Estilo hiperincorporador, em que tende a ser muito meticoloso na análise da informação, dedicando um esforço e energia elevados.

Mediação Cognitiva → assinala o grau de adaptabilidade e convencionalidade. Os processos de mediação permitem adequar com maior ou menor precisão o seu funcionamento face às exigências reais. Refere-se às atividades de tradução ou identificação da informação que foi admitida.

• **Lambda (L)**;

• **Populares (P)** → grau de adaptação do sujeito às normas do seu grupo de pertença. Mede a convencionalidade e a adequação percetiva do sujeito;

• **Qualidade formal** → analisa a capacidade do indivíduo para perceber os objetos de forma convencional e realista:

⇒ **X+%** → forma convencional - analisa a convencionalidade das perceções, ou seja, se o sujeito percebe ou não as coisas como a maioria das pessoas;

⇒ **F+%** → forma pura convencional - semelhante a X+%;

⇒ **X-%** → forma distorcida - analisa a distorção ou não da realidade;

⇒ **S-%** → distorção do espaço branco - grau em que as interferências emocionais podem levar à distorção dos processos de mediação;

⇒ **Xu%** - → forma incomum – refere-se à individualidade do sujeito, analisando a tendência ou não de só ver as coisas através do seu próprio ponto de vista.

Ideação → refere-se à atividade de concetualização da informação recolhida, ou seja, como o indivíduo organiza a informação de forma significativa que lhe permitirá tomar decisões e condutas deliberadas.

- **Lado esquerdo de eb (FM+m)** – determina se existe um nível incomum de atividade ideacional periférica, que poderá interferir no pensamento deliberado;

- **Índice de intelectualização (2AB+(Art+Ay))** → neutralização ou não do efeito que produzem as emoções utilizando o processamento cognitivo (raciocínios forçados);

- **Relação a:p e M^a : M_p** → de forma a determinar a existência ou não de passividade e/ou dependência, e presença de rigidez cognitiva.

Aspetos Afetivos → determina qual o papel que o afeto desempenha na organização psicológica e no funcionamento do sujeito.

- **Fórmula FC : CF+C e C pura** → modulação das descargas e intercâmbios emocionais, da experiência controlada e dirigida através de elementos cognitivos:

- ⇒ **CF** – Conduta em que predominam os aspetos emocionais.

- ⇒ **C** – Descargas afectivas bruscas, sem qualquer controlo.

- ⇒ **FC** – Controlo e modelação da experiência emocional.

- **Proporção afetiva (Afr)** → forma como o indivíduo lida com situações emocionais, como processa os estímulos (estimulação emocional).

- **S** → independência e autoafirmação ou estilo de oposição e negativismo - indicador de autonomia.

Perceção de Si → Elementos descritivos e valorativos que o sujeito constrói de si próprio: autoimagem trata-se da visão que cada indivíduo tem de si próprio, descrição das suas características, baseando-se na realidade ou na imaginação e, a autoestima refere-se ao valor obtido através dessa complexa representação, aquando em confronto com fontes externas de valorização.

- **3r+(2) /R (Índice de Egocentrismo)** → estimativa sobre a autopreocupação do sujeito, de forma a obter informação acerca da sua autoestima;

- **2Fr+rF (Respostas Reflexo)** → modalidade de autopercepção mais primitiva e imatura pela presença de componentes narcísicos;

- **FD e V** → procura confirmar a extensão de um comportamento de introspeção, em que as respostas FD são um sinal positivo, a não ser que ocorram com bastante frequência, pelo contrário, as respostas V assinalam presença de afetos irritativos, que derivam do comportamento de introspeção;

- **Conteúdos Humanos H : (H)+Hd+(Hd)** → relação entre H puro e outros conteúdos humanos, de forma a avaliar em que medida a autoimagem e autoestima são baseadas na experiência;

- **An+Xy** → avalia a presença de alguma preocupação com o corpo.

Relações Interpessoais → representam necessidades, atitudes e estilos de lidar com as situações e fornecem uma indicação da percepção do sujeito relativamente às interações com o ambiente.

- **CDI (Índice de Déficit de Coping)** e **HVI (Índice de Hipervigilância)** → de forma a analisar a predisposição para problemas sociais ou interpessoais e averiguar se a tendência para ser cauteloso e conservador em relação aos outros deve-se a uma característica marcada da personalidade;

- **Relação ativo: passivo (a:p)** → de forma a averiguar se o sujeito é propenso a adotar um papel mais passivo nas relações interpessoais;

- **COP e AG** → COP - refere-se a atitudes cooperativas, sendo um sinal de estabelecimento de vínculos positivos; AG – referente a atitudes de agressividade.

- **Índice de Isolamento (Bt+2Cl+Ge+Ls+2Na/R)** → analisa se o indivíduo evidencia alguma falta de interesse de relacionamentos sociais ou existência de isolamento social;

- **Conteúdos humanos H : (H)+Hd+(Hd)** → forma como o sujeito se percebe a si e aos outros, ou seja, se a própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídos sob experiências reais ou sob fantasias.

Controlo e Tolerância ao Stresse → Possibilidade ou capacidade do sujeito para utilizar os seus recursos disponíveis, formular e levar a cabo as suas decisões e atuar de forma eficaz para si mesmo. Se existe um controlo adequado o sujeito é capaz de iniciar e manter a direção das suas condutas, o que implica uma eficaz tolerância ao stresse.

- **eb** – fornece informação sobre as principais fontes de mal-estar interno, suas características e o seu impacto nas restantes operações psíquicas.

- **EA** → recursos disponíveis que o sujeito possui para iniciar condutas deliberadas;

- **es** → avalia a estimulação intensa vivida pelo sujeito como irritação e mal estar – disparadores de tensão interna, que levará à criação de condutas deliberadas para recuperar o equilíbrio;

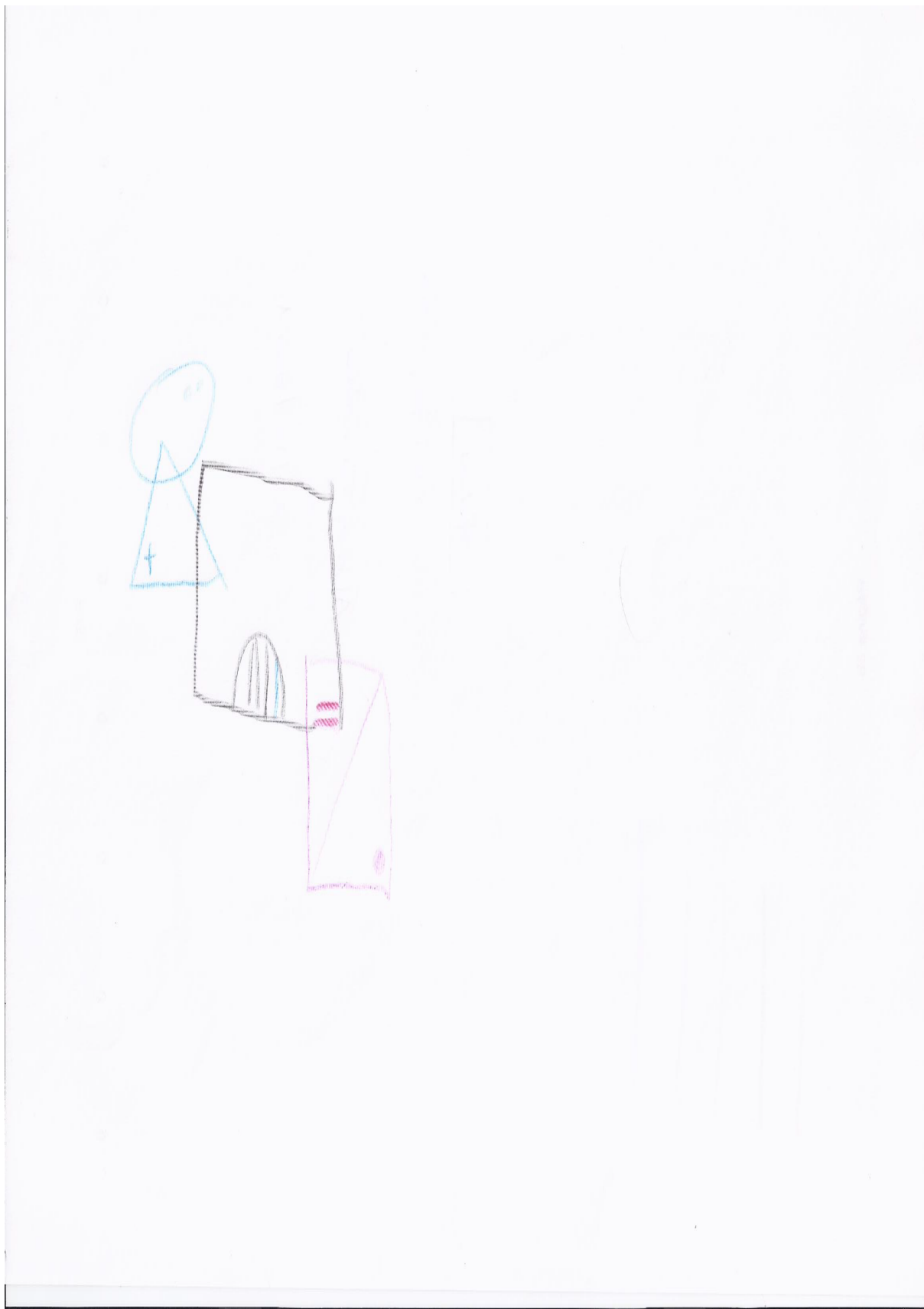
- **Adj es** → exclusão dos fatores situacionais – aspetos de estimulação interna mais crónicos e persistentes;

- **Adj D e CDI** – indicador de capacidade do indivíduo para manter o controlo e a direção das condutas em condições habituais e da tolerância ao stresse;

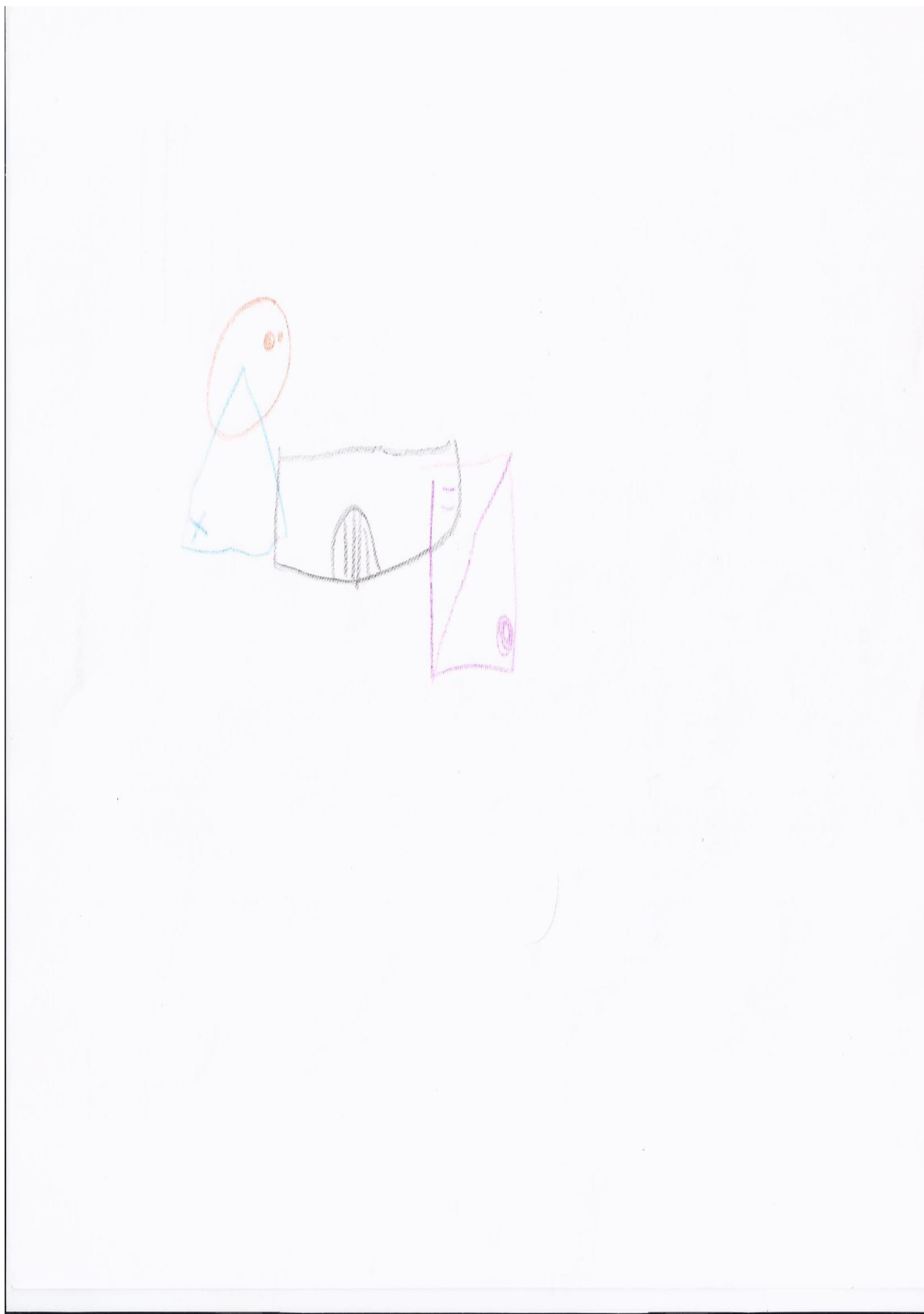
- **T** – analisa o espaço vital, ou seja, se o indivíduo exige ou não distância e se sente a presença dos outros como invasora.

(Rodrigues, Almeida & Gomes, 2000).

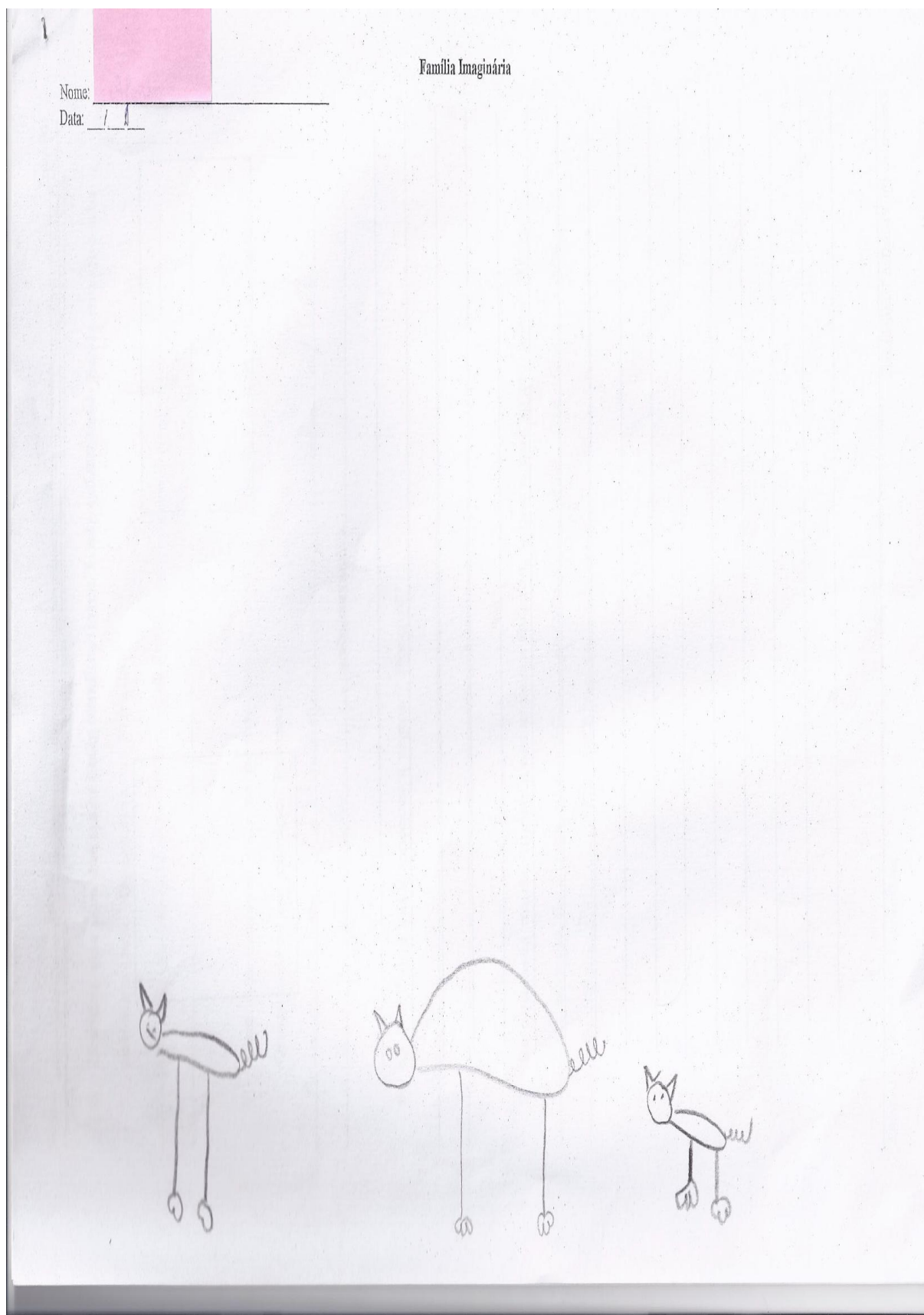
Anexo C: Estudo de Caso Criança - Cópia do Teste de Cópias de Figuras Complexas



Anexo D: Estudo de Caso Criança – Memória Visual Imediata do Teste de Cópias de Figuras Complexas



**Anexo E: Estudo de Caso/Criança - Representação e Respostas ao Questionário do
Desenho da Família Imaginária**



Questionário: Família Imaginária

1. “Quem é? O nome? A idade? O que estão a fazer”?

D.: “Uma família de porcos, o primeiro chama-se Castanho tem sete anos e está a comer, o segundo chama-se Fofinho tem nove anos e também está a comer, e o último é o Farrusco tem dois anos e está a fazer o mesmo que os outros”.

2. “Quem manda mais? Quem manda menos? Porquê”?

D.: “Quem manda mais é o Fofinho porque é o maior e quem manda menos é o Farrusco porque é o mais novo”.

3. “Qual é o mais simpático? Qual é o menos simpático? Porquê”?

D.: “O mais simpático é o Castanhinho, ele quer dar sempre comida aos outros e o menos simpático é o Farrusco porque não dá comida a ninguém”.

4. “Qual é o mais feliz? Qual é o menos feliz? Porquê”?

D.: “O Fofinho é o mais feliz porque tem mais anos e o menos feliz é o Farrusco por não dar comida aos outros”.

5. “Se tu pertencesse a esta família, quem gostarias de ser? Porquê”?

D.: “O Fofinho porque é o nome que mais gosto”.

6. “Imagina que iam dar uma volta de carro, que iam passear, mas havia um que não cabia no carro. Quem ficava? Porquê”?

D.: “O Fofinho ficava fora do carro porque é o mais gordo”.

7. “Uma dos animais não se portou bem. Quem foi? O que é que vai acontecer? Quem coloca em castigo? Porquê”?

D.: “O Farrusco não se portou bem, quem põe de castigo é o Fofinho que não o deixa passear com eles”.

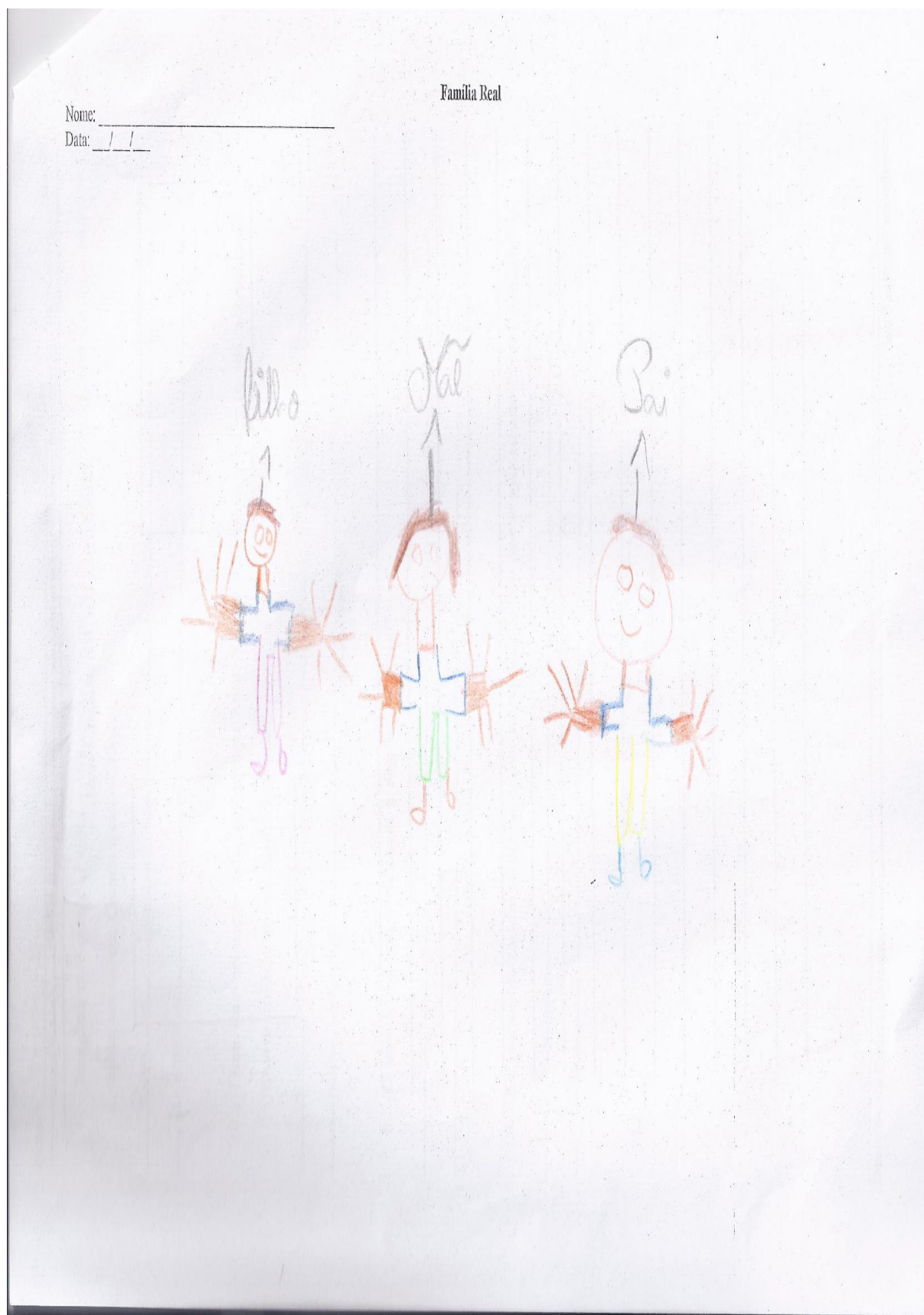
8. “O que é que vai acontecer a seguir? Porquê”?

D.: “Ele fica triste porque já não pode passear”.

9. “*Se pudesses mudar alguma coisa nesta família, o que é que tu mudavas? Porquê*”? (Ribeiro, 2013)

D.: “O porco mais pequeno (Farrusco) passava a ter 10 anos e já não se portava mal”.

**Anexo F: Estudo de Caso/Criança - Representação e Respostas ao Questionário do
Desenho da Família Real**



Questionário: Família Real

1. “*Quem é? O nome? A idade? O que estão a fazer*”?

D.: “Sou eu, D., oito anos e estou a ver uma paisagem. Aqui é a mãe chama-se M., não sei bem, acho que tem 32 ou 33 anos e está a ver uma paisagem comigo. Este é o pai que se chama R. tem 38 anos e também está a ver uma paisagem”.

2. “*Quem manda mais? Quem manda menos? Porquê*”?

D.: “Quem manda mais é o pai porque é sempre o que põe de castigo é mais duro do que a mãe. O que manda menos sou eu porque tenho menos anos”.

3. “*Qual é o mais simpático? Qual é o menos simpático? Porquê*”?

D.: “O mais simpático é a mãe porque faz o jantar e o menos simpático sou eu porque não faço nada, só como”.

4. “*Qual é o mais feliz? Qual é o menos feliz? Porquê*”?

D.: “O mais feliz sou eu porque quando me porto mal o pai e a mãe ficam zangados. O menos feliz é o pai porque quando me porto mal fica triste”.

5. “*Imagina que iam dar uma volta de carro, que iam passear, mas havia um que não cabia no carro. Quem ficava? Porquê*”?

D.: “O pai ficava de fora porque eu e a mãe gostamos mais de passear”.

6. “*Uma das crianças não se portou bem. Quem foi? O que é que vai acontecer? Quem coloca em castigo? Porquê*”?

D.: “Eu é que não me portava bem, quem castiga é o pai não deixa ver televisão nem jogar”.

7. “*O que é que vai acontecer a seguir? Porquê*”?

D.: “Então, não vejo televisão nem jogo”.

8. “*Se pudesses mudar alguma coisa nesta família, o que é que tu mudavas? Porquê*”? (Ribeiro, 2013)

D.: “Nada.”

Anexo G: Estudo de Caso/Criança - Questionário do Bar-ILan

CARTÃO 1

1. *“O que é que os meninos estão a fazer”?*

D. – “A ir para a escola”.

2. *“Se a criança não se refere à escola, o examinador diz: os meninos vão a caminho da escola e estão a falar de como vai ser quando lá estiverem. O que é que o rapaz está a dizer à menina”?*

D. – “Como a escola corre. Que corre bem”.

3. *“O que é que a menina respondeu”?*

D. – “Eu também acho”.

4. *“O que é que eles vão fazer na escola”?*

D. – “Estudam, fazem fichas e brincam”.

5. *“Como é que eles se sentem agora”?*

D. – “Sentem-se bem”.

CARTÃO 2

1. *“As crianças agora estão na aula. O que é que eles podem fazer na aula”?*

D. – “Ler, fazer exercícios e fazer perguntas à professora”.

2. *“E o que é que estes meninos estão a fazer”?*

D. – “A fazer exercícios”.

3. *“Como é que eles se sentem”?*

D. – “Bem”.

4. “*O que é que a professora está a dizer aos alunos*”?

D. – “Para não falarem”.

5. “*O que é que ela está a dizer ao menino à sua frente*”?

D. – “Para se sentar”.

6. “*O que é que o menino diz*”?

D. – “Ok”.

7. “*Como é que ele se sente*”?

D. – “Sente-se mal, porque parece que está doente”.

8. “*O que é que os outros meninos estão a dizer? O que é que estão a pensar*”?

D. – “A dizer piadas”.

9. “*O que é que vai acontecer depois*”?

D. – “Os meninos fazem muito barulho”.

10. “*O que é que o menino vai fazer quando não souber continuar o trabalho*”?

D. – “Para de fazer as coisas”.

11. “*O que é que a professora vai fazer quando o menino não souber*”?

D. – “Vai ajudá-lo”.

12. “*Se o menino pudesse mudar qualquer coisa na escola, o que é que mudava*”?

D. – “Os colegas que dizem piadas e punha outros”.

CARTÃO 3

1. “*Agora os meninos estão no recreio. O que é que estão a fazer*”?

D. – “Os meninos estão a brincar. Mas há um que não está a fazer nada, só tem a bola na mão.”

2. “*Se a resposta é estão a brincar, pergunta-se: eles também estão a falar. O que é que estão a dizer*”?

D. – “Piadas, porque estão todos a rir”.

3. “*Como é que se sentem*”?

D. – “Bem”.

4. “*O que é que o rapaz está a dizer? (Quando o examinando ainda não se referiu à criança isolada)*”.

D. – “Para se calarem! Ele não gosta das piadas dos outros meninos”.

5. “*Por que é que o rapaz está aqui*”?

D. – “Está a ver os outros meninos”.

6. “*O que é que os outros meninos estão a dizer*”?

D. – “Piadas”.

7. “*Se a resposta é que ele é rejeitado, pergunta-se: porque é que os outros meninos não querem brincar com ele*”?

D. – “Só sabem dizer piadas e o menino não gosta”.

8. “*O que é que ele pode fazer*”?

D. – “Dizer para eles se calarem”.

9. “*O que mais podia fazer*”?

D. – “Para eles pararem”.

10. “*Ele vai fazer isso? Como é que ele se sente*”?

D. – “Sim. Mal”

CARTÃO 4

1. “*Agora o menino está a falar com a sua mãe. O que é que ele lhe está a dizer*”?

D. – “Mas é de dia ou é de tarde? Ah... É de tarde! Diz boa tarde”!

2. “*O que é que a mãe diz*”?

D. – “Igualmente, boa tarde!”

3. “*Como é que ele se sente*”?

D. – “Bem. Não, não! Sente-se mal”.

4. “*Ele também lhe está a falar da escola. O que é que ele diz? (Se não tiver falado antes da escola)*”.

D. – “Que os meninos só dizem piadas sobre ele”.

5. “*O que é que a mãe lhe diz*”?

D. – “Que ia à escola falar com a professora”.

6. “*Como é que ele se sente*”?

D. – “Mal”.

7. “*Como é que a mãe se sente*”?

D. – “Também mal”.

8. “*O que é que vai acontecer depois*”?

D. - “O menino vai para o quarto”.

9. “*O que é que a sua mãe lhe vai fazer quando o menino não tiver bons resultados na escola*”?

D. – “A mãe fica chateada e fala com o menino”.

CARTÃO 5

1. “*Agora o menino está a falar com o pai. O que é que lhe está a dizer*”?

D. – “Que os colegas só estavam a dizer piadas sobre ele”.

2. *“O que é que o pai lhe diz”?*

D. – “Que ia resolver isso, ia à escola”.

3. *“Como é que ele se está a sentir agora”?*

D. – “Mal”.

4. *“Ele também lhe fala da escola. O que é que ele diz”?*

D. – “Já disse, que os colegas só estavam a dizer piadas sobre ele”.

5. *“O que é que o pai lhe diz”?*

D. – “Que ia à escola”.

6. *“Como é que ele se sente”?*

D. – “Mal”.

7. *“Como é o pai se sente”?*

D. – “Mal”.

8. *“O que é que vai acontecer depois”?*

D. - “O menino vai para o quarto”.

9. *“O que é que o pai lhe vai fazer quando o menino não tiver bons resultados na escola”?*

D. – “Põe de castigo e fica sem nenhum brinquedo”.

CARTÃO 6

1. *“Qual dos meninos gostavas de ser”?*

D. – “O que brinca”.

2. *“Porquê”?*

D. – “Porque é mais engraçado”

3. “*Sempre*”?

D. – “Não!”

4. “*Porquê*”?

D. – “Porque também gosto de aprender”.

5. “*Como é que os meninos se sentem*”?

D. – “Mal. Não têm nenhum sorriso”.

CARTÃO 7

1. “*Agora os meninos estão no quarto. O que é que estão a fazer*”?

D. – “A brincar”.

2. “*O que é que estão a dizer um ao outro*”?

D. – “Nada! Não estão a conversar.”

3. “*Quem é que está à porta*”?

D. – “O pai”.

4. “*O que é que o/as meninos dizem*”?

D. – “Está bem, já vamos jantar!”

5. “*Como é que eles se sentem*”?

D. – “Mal, porque assim já não brincam mais”.

CARTÃO 8

1. “*Os pais estão a falar um com o outro. O que é que estão a dizer*”?

D. – “Que querem sair”.

2. “*Quem é que disse isso. (Se a criança não tiver especificado se foi o pai ou a mãe)*”.

D. – “A mãe”.

3. “Qual foi a resposta do outro”?

D. – “Sim, vamos”!

4. “Como é que o menino se sente ao ouvi-los falar”?

D. – “Mal, porque se eles demoram muito tempo, não sabe onde os pais estão”.

5. “Os pais acabaram de chegar de uma reunião de pais na escola. O que é que eles estão a dizer”?

D. – “Que o filho não se tem portado muito bem”.

6. “O que é que eles dizem da professora”?

D. – “Que a professora é boa”.

7. “O que é que eles dizem da escola”?

D. – “Que é boa”!

8. “O que o menino pensa da escola”?

D. – “Que é boa”!

9. “O que é que os pais pensam da escola”?

D. – “Que é boa”!

10. “O que é que vai acontecer depois”?

D. – “Não sei... Vão para casa”.

CARTÃO 9

1. “O que é que as crianças estão a fazer aqui”?

D. – “A conversar”.

2. “Podem todos brincar ao mesmo tempo”?

D. – “Sim”!

3. “*Este menino pode jogar com os outros*”?

D. – “Não, porque tem a perna partida.”

4. “*Então o que é que ele pode fazer*”?

D. – “Pode ver”.

5. “*O que é lhe dizem os outros meninos*”?

D. – “Se jogar à bola pode aleijar-se mais”.

6. “*O que é que ele diz*”?

D. – “Está bem”!

7. “*O que é que ele pode fazer*”?

D. – “Ficar a ver”.

8. “*O que mais podia fazer*”?

D. – “Já disse só ficar a ver”.

9. “*Como é que ele se está a sentir agora*”?

D. – “Um pouco chateado!”

10. “*O que é que vai acontecer depois*”? (Itskowitz & Strauss, 1998, p. 9-12)

D. – “Fica a ver os outros”.

Anexo H: Estudo de Caso/Criança - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach

PROTOCOLO		
Respostas	Inquérito	Cotação
I. TL: 12''		
^ 1 – A cabeça de um gato.	1- Porque tem os olhos e os dentes.	WS, o, F, o, Ad, 1,0
^ 2 – Aqui orelhas.	2 - Estes riscos.	D, o, F, u, (2), Ad
^ 3 - Barba	3- Já vi senhores com barba. A forma é isto.	Dd, o, F, u, Hd, GHR
TT: 22''		
II. TL: 17''		
^ 4 – Aí... Sangue.	4 – A cor vermelha.	D, v, C, o, (2), Bl
^ 5 – Vejo umas árvores.	5 – As árvores têm estes riscos e parecem assim.	D, o, F, -, (2), Bt
^ 6 – Aqui uma torre.	6 – As torres são assim têm esta forma.	D, o, F, o, Sc
TT: 40''		
III. TL: 6''		
^ 7 – Um laço.	7 – No meio, porque tem a forma.	D, o, F, o, Cg
^ 8 – Vejo aqui cães.	8 – As pernas.	D, o, F, -, Ad
^ 9 – Aqui sangue.	9 - A cor vermelha.	D, v, C, o, (2), Bl
TT: 50''		
IV. TL: 13''		
v 10 – Uma cara.	10 – Um dragão com cornos. Por estas estas coisas aqui.	D, o, F, u, (Ad) Dd, o, F, u, Ad
^11- Um bico.	11- A forma dele.	D, o, F, -, (2), Hd, PHR
^12 – Orelhas.	12 – Tem a forma.	
^13 – E aqui sapatos.	13 – Os sapatos também pela forma. Não sei dizer mais.	D, o, F, u, (2), Cg
TT: 25''		
V. TL: 23''		
^ 14 – Ihhh... Uns homens a encostarem-	14 – Por causa das pernas.	Dd, o, F, -, (2), H, PHR

se com os ombros um
ao outro.

^ 15 - Um coelho. 15 – As orelhas e as patinhas. D, o, F, o, A

TT: 25”

VI. TL: 6”

^ 16 – A cabeça de um 16 – Os bigodes. D, o, F, u, Ad
gato.

v 17 – Dois porcos. 17 – Por causa desta parte, das D, o, F, -, (2), A
orelhas.

TT: 22”

VII. TL: 18”

v 18 – Dois cães a 18 – O rabo dos cães. É isto W, +, FM^a, -, (2), A
fazerem bolhas. tudo.

TT: 22”

VIII. TL: 9”

^ 19 – Aí... Vejo 19 – Disto aqui, o focinho. D, o, F, o, (2), P, A
Raposas.

^ 20 – Um caminho. 20 – É a forma de um caminho. Dd, o, F, u, Ls

TT: 45”

IX. TL: 7”

^ 21 – Vejo aqui erva. 21 – A cor verde nestas duas D, o, C, o, (2), Bt
partes.

TT: 21”

X. TL: 5”

^ 22 – Aqui... Aí, uma 22 – Está aqui o bico. D, o, F, o, Sc
torre.

^ 23 – Escaravelho, são 23 – As patinhas deles. D, o, F, -, A
dois.

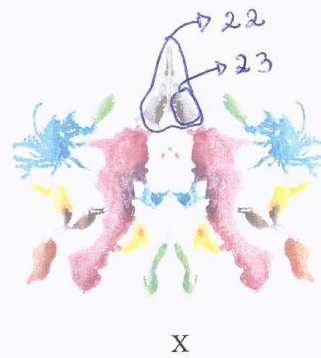
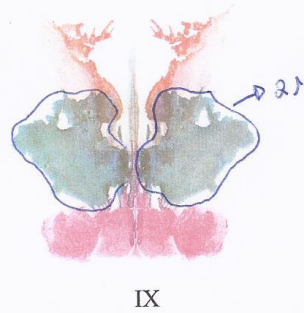
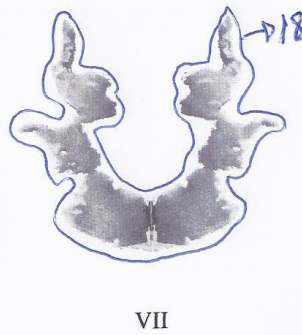
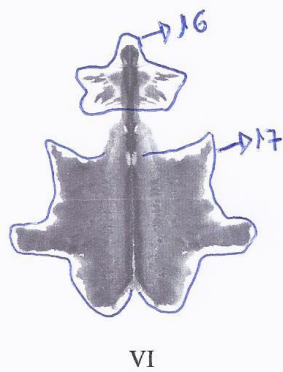
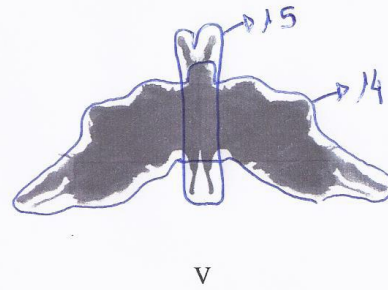
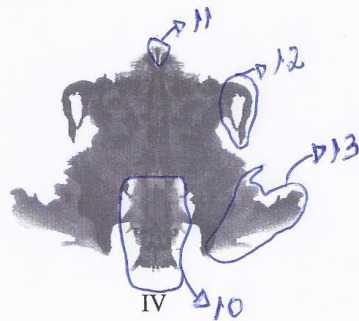
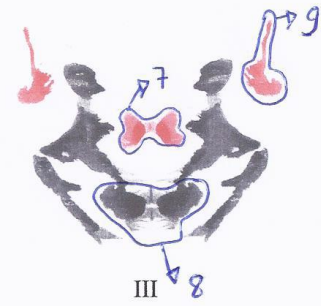
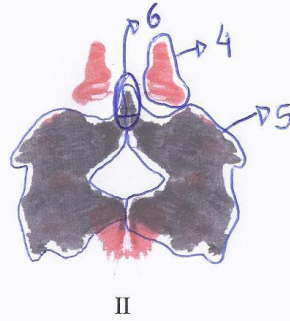
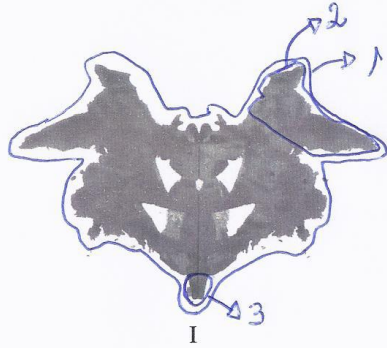
TT: 28”

Estudo de Caso/Criança – Localizações das Respostas

Nome:

Data:

LOCALIZAÇÕES



Anexo I: Critérios de Diagnóstico do DSM- IV-TR para Perturbação do Comportamento

Critérios de Diagnóstico para Perturbação do Comportamento:

A. Um padrão de comportamento repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade, manifestando-se pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios, durante os últimos 12 meses, e pelo menos, de um critério durante os últimos 6 meses:

Agressão a pessoas ou animais

- (1) com frequência insulta, ameaça ou intimida as outras pessoas,
- (2) com frequência inicia lutas físicas;
- (3) utilizou uma arma que pode causar graves prejuízos físicos aos outros (por exemplo, pau, tijolo, garrafa partida, faca, arma de fogo);
- (4) manifestou crueldade física para com as pessoas;
- (5) manifestou crueldade física para com os animais;
- (6) roubou confrontando-se com a vítima (por exemplo, roubou por esticção, extorsão, roubo à mão armada);
- (7) forçou alguém a uma atividade sexual.

Destruição da propriedade

- (1) lançou deliberadamente fogo com intenção de causar prejuízos graves;
- (2) destruiu deliberadamente a propriedade alheia (por meios diferentes do incêndio).

Falsificação ou roubo

(10) arrombou a casa, a propriedade ou o automóvel de outra pessoa;

(11) mente com frequência para obter ganhos ou favores ou para evitar obrigações (por exemplo, “vigariza” os outros);

(12) rouba objetos de certo valor sem confrontação com a vítima (por exemplo, roubo em lojas mas sem arrombamento, falsificações).

Violação grave das regras

(13) com frequência permanece fora de casa de noite apesar da proibição dos pais, iniciando este comportamento antes dos 13 anos de idade,

(14) fuga de casa durante a noite, pelo menos duas vezes, enquanto vive em casa dos pais ou em lugar substitutivo da casa (ou só uma vez, mas durante um período prolongado);

(15) faltas frequentes à escola, com início antes dos 13 anos.

B. A Perturbação do Comportamento causa um déficit clinicamente significativo no funcionamento social, escolar ou laboral.

C. Se o sujeito tem 18 anos ou mais, não reúne os critérios de Perturbação da Personalidade”. (DSM-IV-TR, 2002, p. 99)

Anexo J: Critérios de Diagnóstico do DSM- IV-TR para Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção:

A . (1) ou (2):

(1) Seis (ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Falta de atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

- (2) Seis (ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

- (a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se da sala-de-aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- (e) com frequência “anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;
- (f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade:

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);

B. Alguns sintomas de hiperatividade – impulsividade ou falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].

D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento. Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade). (p. 92)

Anexo K: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 7

D. entra na sala de espera acompanhado pela mãe, ao fim de pouco tempo, começa a referir em voz alta que “está na hora de entrar para a consulta”. De seguida, bate à porta do gabinete, a mãe repreende-o, mas não o consegue acalmar, continuando a repetir as mesmas palavras. A psicóloga sai do gabinete à hora estipulada (16h00), após de cumprimentar a progenitora pede a D. para entrar.

D. – Entra no gabinete com uma expressão irritada. “Demoras sempre para abrir a porta”!

Psicóloga – “Olá D.! Já tínhamos falado que vens para a consulta quando estiver na hora de entrares (às 16h00 em ponto), ainda faltavam uns minutos, por isso, ficaste à espera”.

D. – “É sempre assim”...

Psicóloga – “Custa-te a esperar”!?

Técnica Terapêutica – Eco Emocional.

D. – Olha para baixo. “Sei lá”... Silêncio, cruza os braços e continua a olhar para baixo. “Quero desenhar, onde estão as folhas”?

Psicóloga – “Temos ali as folhas e os lápis”.

D. - Senta-se na cadeira, tira uma folha, de seguida o lápis vermelho e começa a desenhar.

Psicóloga – “Então e o que”... Sou interrompida.

D. – “Olha isto é um anjo e está cheio de fogo”.

Psicóloga – “Cheio de fogo”!

Técnica terapêutica – Repetição.

Psicóloga – “O que foi que aconteceu”?

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “O diabo jogou o fogo para queimar o anjo”.

Psicóloga – “Aí que medo”!

Técnica terapêutica – Eco emocional.

D. - Desenha o diabo a queimar o anjo com raios vermelhos a sair pela boca (o desenho constitui-se aqui já como linguagem não verbal projetiva).

Psicóloga – “É perigoso”!

Técnica terapêutica – Eco emocional.

Psicóloga – “E porque é que ele quer queimar o anjo”?

Técnica terapêutica – Compreensão empática.

D. – “Porque está muito zangado!”

Psicóloga – “Está muito zangado”!

Técnica terapêutica – Repetição.

D. – “O anjo foi mandado por Jesus e ele pensava que era verdadeiro e afinal é um robot. Jesus fica aborrecido com o diabo e manda-lhe uma bomba”.

Psicóloga – “Um robot! Então, Jesus enganou o diabo”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Ele ficou tão zangado que vai queimar o anjo robot”.

Psicóloga – D. desenha uma bomba quase do tamanho da folha. “Mas que grande bomba”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente com re-expressão.

D. – Ri entusiasmadamente. “Jesus vai matar o diabo”!

Psicóloga – D. desenha uma corda à volta do pescoço do diabo. “Então a bomba não chega...”? Interrompe-me e começa a falar.

Técnica terapêutica – Nomeação.

D. – “Não, não! É para ele morrer mesmo e a bomba vai e pum! Explode tudo”!

Psicóloga – “Aí, aí”!!

Técnica Terapêutica – Eco emocional.

D. - Carrega no lápis cor-de-laranja com tanta força que consegue perfurar a folha, rasgando-a em partes diferentes e, inclusive, riscar a mesa.

Psicóloga – “D. tem atenção ao material, reparaste que em vez de pintares a folha, passaste a pintar a mesa e como já tínhamos falado não se deve danificar os materiais”. Aponto para a mesa que está com três traços vincados.

D. – “Não fui eu, já estava”!

Psicóloga – “Não estava! Reparaste na cor dos traços”?

D. – “São de cor-de-laranja”.

Psicóloga – “A cor é igual à do lápis que tens na mão”.

D. – Olha para baixo em silêncio.

Psicóloga – “Para a próxima vez deves ter mais cuidado! Agora está na hora de arrumar os lápis”.

D. – Olha para baixo e coloca os lápis de cor dentro do estojo.

Anexo L: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 10

D. esteve na sala de espera cerca de dez minutos, tempo que teve de aguardar até ser chamado para a consulta. Esta foi a primeira sessão em que não bateu à porta do gabinete, apenas chamava a atenção através de palavras de descontentamento por não poder entrar, que se conseguiam ouvir dentro da sala terapêutica. No momento em que abro a porta do gabinete, cumprimento a mãe, enquanto D. entra de uma forma repentina e agitada para a sala, falando para si mesmo, não sendo possível perceber o que diz.

Psicóloga - “Olá D.! Estás a falar, mas não consigo ouvir o que dizes”?

D. - “Nada”! Fica em silêncio e observo que tem uma expressão irritada. “Queria entrar, já estava ali há muito tempo à espera”.

Psicóloga - “Custa-te a esperar”!?

Técnica terapêutica - Eco emocional.

D. - Começa a mexer na mala lúdica e tira as pistolas, dá-me uma e fica com a outra. “Vamos brincar aos polícias e aos ladrões como na semana passada”. Com uma expressão entusiasmada verbaliza: “tu és o polícia e eu sou o ladrão e tenho que te matar”.

Psicóloga - “Queres-me matar, mas o que foi que eu fiz”?

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. - “Os ladrões não gostam dos polícias. É que eles não deixam roubar as pessoas”.

Psicóloga - “Achas que as pessoas gostam de ser roubadas”?

Técnica terapêutica - Generalização.

D. - Olha para baixo ao mesmo tempo que ri. “Não sei”.

Psicóloga - “E tu gostavas que te roubassem”?

Técnica terapêutica - Focagem.

D. - “Eu não. Vá, vamos começar”!

Psicóloga - “Sim, então vamos lá”.

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Tu contas até cinco para eu me esconder e depois tentas encontrar-me”. De costas conto até cinco, viro-me e começo a procurar D., o qual sai debaixo da mesa aos tiros e fere-me. “Pum, pum, pum...! Ihhhh... acertei mesmo no teu braço”.

Psicóloga – “Aí!Aí! Tenho o braço ferido”.

Técnica terapêutica – Re-expressão.

D. – “Já estás boa, vamos começar de novo. Fecha os olhos e conta, que eu tenho de me esconder”. D. encontra-se visivelmente excitado.

Anexo M: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 35

Psicóloga – Desloco-me até à sala de espera, encontro D. e a mãe sentados, peço à criança para entrar no gabinete, acompanhando-me com uma expressão sorridente.

Psicóloga – “Olá! Como estás”?

D. – “Bem”.

Psicóloga – “E a tua semana como foi”?

D. – “Foi boa! Onde está a mala com os brinquedos”?

Psicóloga – “Por baixo da mesa. O que vamos fazer hoje”?

D.- Retira uma pistola e começa a falar entusiasmadamente. “Pum, pum, pum, pum...! Vou ser um polícia e tenho que te apanhar, estás a tentar fugir de mim porque roubaste muito dinheiro. Agora tens que te esconder”.

Psicóloga – “Tenho de arranjar um bom esconderijo”! Encosta-se à parede e conta até 20 em voz alta.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Destapa os olhos, começa à minha procura e vê-me logo atrás do móvel. “Ah! Estás aí, pum, pum..”! Dá-me um tiro.

Psicóloga – “Aí, aí, acertaste-me mesmo”! Ponho as mãos no ar a fingir que me rendo, ao mesmo tempo, faço uma expressão de dor.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Foi mesmo na perna, agora vou-te pôr as algemas porque vais para a prisão”.

Psicóloga – “Não consigo mexer a perna”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Vai até à caixa lúdica pega na mala médica e tira uma tesoura, sobre a minha perna corta a parte onde está a bala. “Já te tirei a bala, agora já estás boa”.

Psicóloga – Levanto-me, começo a coxear e continuo a queixar-me, ao mesmo tempo D. agarra-me com força no braço. “Aí, Aí, Aí.., que dor”!

Técnica terapêutica – Eco Emocional.

D. – “Tens que vir”! Puxa-me com força. “Vai ali para cima”. Aponta para a marquesa.

Psicóloga – “Mas ainda me dói muito a perna”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Vou até ao médico buscar um xarope e tu não sais daí. Tens de tomar o xarope já”!

Psicóloga – “Muito obrigada! E vou ficar logo boa com o xarope”?

Técnica terapêutica – Compreensão empática e intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Sabe mal mas ficas logo boa”.

Psicóloga – Bebo o xarope e faço caretas. “Aí, que mal que sabe. Mas as dores já passaram”.

Técnica terapêutica – Nomeação ou Pôr Verbo.

D. – “Tens que beber tudo”.

Psicóloga – Faço novamente caretas até terminar de beber o xarope. “Tinha razão com este xarope, já me sinto muito bem”.

Técnica terapêutica – Nomeação.

D. – “Não podes sair daí”.

Anexo N: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 50

Psicóloga – “O que vamos fazer hoje”?

D. – Em silêncio abre a caixa lúdica e retira quase todos os objetos para cima da mesa. Ao retirar as peças de madeira, coloca-as umas por cima das outras, empilhando-as para depois as fazer cair.

Psicóloga – “Já sabes o que vamos fazer”?

D. – “Uma casa. Tem de ser grande”. Põe as peças umas ao lado das outras.

Psicóloga – As peças têm tamanhos e cores diferentes. “Que boa ideia! Então, vou-te dando as peças que precisas”.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Quero umas iguais a esta”. Está a referir-se ao cubo vermelho.

Psicóloga – Pego nos cubos vermelhos, estendo a mão para lhe dar e retira um a um.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Quero uma ponte”.

Psicóloga – Dou-lhe a peça de madeira com a forma de ponte. “Ahh! Estás a fazer a porta de entrada da casa”.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Dá-me mais vermelhas”.

Psicóloga – “Já não há! Só temos retângulos azuis”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Pode ser!” Termina a parte de fora da casa. Com algumas peças na mão faz as divisões dentro da casa e identifica-as. “Este é o meu quarto, aqui é a casa de banho, aqui é a cozinha, a sala”...

Psicóloga – Duas divisões não foram identificadas. “Gostava também de ter um quarto”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Podes ficar aqui”! Aponta para a divisão que é ao lado do seu quarto.

Psicóloga – “Olha é mesmo ao lado do teu quarto”!

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Retira da caixa lúdica um boneco para si mesmo e entrega-me uma boneca, colocando-a na minha mão. “Vou para dentro de casa é de noite”.

Psicóloga – “Está muito escuro também vou contigo”.

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “É hora de dormir”.

Psicóloga – “Tenho tanto sono”. Vou para o meu quarto.

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Ao mesmo tempo que ri, finge ressonar alto.

Psicóloga – Acordo com o barulho. “Que barulho é este”? Levanto-me e vou à procura do que faz tanto barulho...

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Às gargalhadas continua a fingir que está a ressonar.

Anexo O: Estudo de Caso/Criança - Excerto da Sessão nº 65

Psicóloga – Vou ao encontro do paciente que se encontra ao lado da mãe na sala de espera. Após cumprimentá-los, D. com uma expressão sorridente entra no gabinete. “Gosto de te ver alegre”!

D. – Interrompe-me, continuando a sorrir. “Hoje ganhei a todos os meus amigos ao jogo do berlinde e ganhei estes”. Mete os dois braços no ar como sinal de vitória depois de retirar da algibeira seis berlindes que ganhou aos colegas.

Psicóloga – “Quer dizer que hoje foste o grande vencedor”!

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Perderam todos comigo! Sabes, eles queriam os berlindes de volta e disse que tinham perdido, por isso agora eram meus”.

Psicóloga – “E o combinado foi esse, quem perde dá os seus berlindes”?

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Sim, eu quando perco também dou os meus”.

Psicóloga – “Se o jogo tem essa regra depois não se deve voltar atrás. Os berlindes assim passaram a ser teus”!

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – Abre a mala lúdica.

Psicóloga – “O que vamos fazer hoje”?

D. – “Já vais ver”! Tira as árvores e os arbustos e mete-os em cima da mesa. Em silêncio, parece concentrado na tarefa que desenvolve.

Psicóloga – “Gostava de saber para te ajudar. Estou curiosa”...

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Uma quinta com muitos animais”! Tira alguns animais da mala lúdica e com os cubos faz uma cerca à volta. “Os cães ficam com os cães, as galinhas com as galinhas”... D. faz uma cerca para cada animal. “Estes são aqui, este é aqui”...

Psicóloga – “Ah, os animais que são iguais ficam juntos, certo”!? Em conjunto com D. tiramos os animais da mala lúdica e agrupamo-los nas diferentes cercas.

Técnica terapêutica - Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Para não fazerem mal uns aos outros”.

Psicóloga – D. faz outra cerca mais afastada e coloca várias árvores e arbustos à volta onde insere os tigres e os leões, imitando estes animais “Uáuhh, Uáuhh”... Quando tiro da mala lúdica mais um leão, faço o mesmo som “Uáuhh, Uáuhh”...

Técnica terapêutica – Repetição.

D. – “Aqui são os animais da selva. Sabes como é que o porco faz? É assim: ron, ron, ron”. De seguida olha para mim, continua a fazer de conta que está a grunir e começa a rir. “E este”? Aponta para o outro porco.

Psicóloga – “Ron, ron, ron”...

Técnica terapêutica – Repetição.

D. – Ao mesmo tempo que ri agarra numa ovelha. “E este é assim mé, mé, mé... Quando eu tocar num animal fazemos o som dele os dois”. De seguida, agarra no cão.

Psicóloga – “Ão, ão, ão”... D. também finge que está a ladrar.

Técnica terapêutica – Nomeação.

D. – Põe o dedo indicador sobre o touro. “Mú, mú, mú”...

Psicóloga – “Mú, mú, mú”... D. imita ao mesmo tempo.

Técnica terapêutica - Nomeação.

D. – Agarra no tigre. “Uáuh, Uáuh”.

Psicóloga – “Uáuh, Uáuh”.

Técnica terapêutica – Nomeação.

D. – Toca num dos patos. “Quá, Qué”...

Psicóloga – “Quá, Qué”... Até ao final da sessão a atividade lúdica incidiu em imitar o animal que D. apontava.

Técnica terapêutica – Nomeação.

Anexo P: Estudo de Caso/Adulto - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach

PROTOCOLO		
Respostas	Inquérito	Cotação
I. TL: 9”		
^ 1 – Pode ser uma cara com grandes dentes brancos.	1 – Aqui estão os grandes dentes e os olhos, parece uma máscara.	WS, o, FC’, o, (Hd), 3,5,GHR
^ 2 – A cabeça de um monstro.	2 – A cabeça com as orelhas e os olhos brancos.	WS, o, FC’, u, A, 3,5
TT: 18”		
II. TL: 7”		
^ 3 – Dois elefantes.	3 – Pelas trombas.	D, o, F, o, (2), A, P
TT: 12”		
III. TL: 9”		
^ 4 – Duas pessoas a dançar numa festa.	4 – Aqui estão os corpos e aqui as cabeças. Uma festa porque tem balões com cores.	D, +, M ^a . C, o, (2), H. Id, P, 5,5, GHR
^ 5 – Duas avestruzes.	5 – Pelo bico, o pescoço grande e as patinhas.	D, o, F, u, (2), A
^ 6 – Um laço.	6 – O laço tem mesmo esta forma.	D, o, F, o, Cg
TT: 21”		
IV. TL: 7”		
^ 6 – Este bocadinho parece um chapéu.	6 – Assim parece mais um gorro com a forma em bico.	Dd, o, F, u, Cg
^ 7 – Parece um gigante.	7 – Tem uns pés grandes e o corpo também é grande.	W, o, F, (H), P, 2,5, GHR
^ 8 – Um homem a conduzir uma moto.	8 – Aqui estão as pernas e a cabeça do homem. A mota é em baixo, aqui consigo ver o volante para se pôr as mãos.	W, +, M ^a , o, H. Sc, P, 4,0, GHR
TT: 31”		
V. TL: 5”		
^ 9 – Vejo um drácula.	9 – A capa do drácula está aqui e vejo também a cabeça.	D, o, F, o, (H), GHR
TT: 11”		

VI. TL: 10”

^ 10 – Não estou a conseguir ver.. Ah, um casaco! 10 – Estas partes são as mangas.

^ 11 – A pele de um animal. 11 – A forma de um animal aberto nesta parte.

TT: 24”

VII. TL: 6”

^ 12 – Dois anjos a olharem um para o outro. 12 – As caras, os narizes e os olhos. D, +, Mp, o, (2), (Hd), P, 3,0, GHR

^ 13 – Uma escultura de neve 13 – Esta parte branca como a neve. DdS, v, C’F, u, Na. Art

^ 14 – Um par de sapatos de criança. 14 – Têm esta forma. D, o, F, -, (2), Cg

TT: 27”

VIII. TL: 6”

^ 15 – Uma rocha. É só o que vejo. 15 – Tem assim estes bicos. D, o, F, u, Ls

TT: 13”

IX. TL: 2”

^ 16 – Um arbusto. 16 – A cor verde e a forma. D, o, CF, (2), o, Ls

TT: 13”

X. TL: 7”

^ 17 – Parecem duas aranhas. 17 – Têm muitas pernas como as aranhas. D, o, F, o, (2), A, P

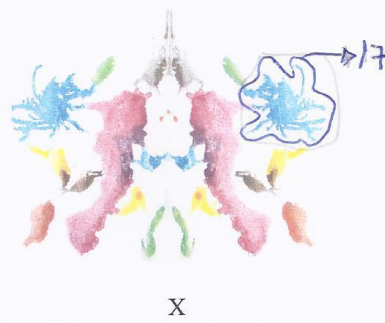
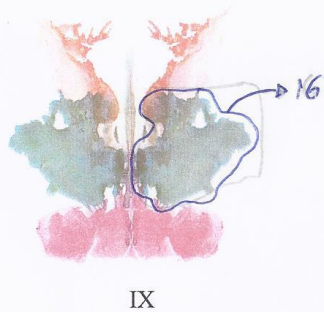
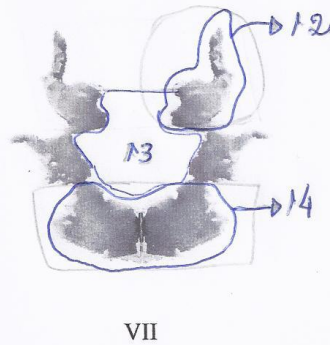
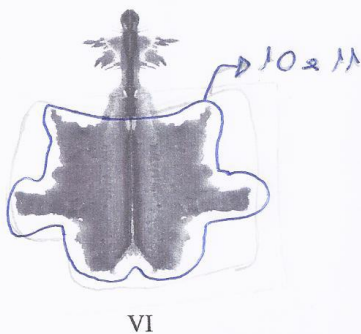
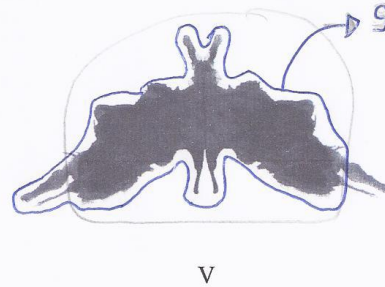
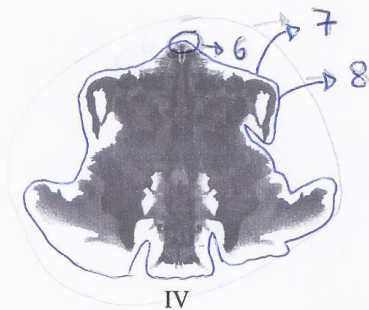
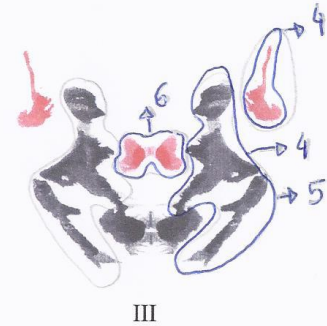
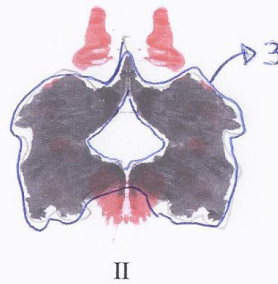
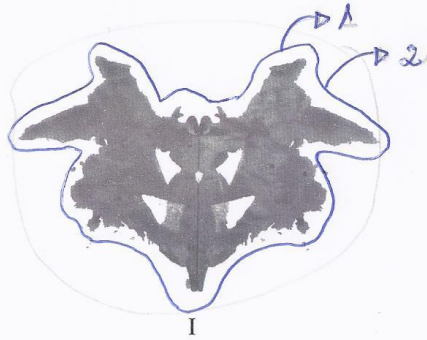
TT: 12”

Estudo de Caso/Adulto – Localização das Respostas

Nome:

Data:

LOCALIZAÇÕES



ANEXO Q: Critérios de Diagnóstico do DSM- IV-TR para Perturbação de Pânico Sem Agorafobia

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Pânico Sem Agorafobia:

A . Ambos (1) e (2):

- (1). Ataques de Pânico inesperados e recorrentes;
- (2). Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um (ou mais) dos seguintes :
 - (a) preocupação persistente acerca de ter novos ataques;
 - (b) preocupação acerca das implicações dos ataques ou das suas consequências (por exemplo, perder o controlo, ter um ataque de coração ou “enlouquecer”);
 - (c) uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques.

B. Ausência de Agorafobia.

C. Os Ataques de Pânico não são provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipertiroidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como Fobia Social (por exemplo, ocorrendo à exposição a situações sociais temidas). Fobia Especifica (por exemplo, à exposição a uma situação fóbica específica), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (por exemplo, durante a exposição à sujidade em alguém com uma obsessão acerca da contaminação). Perturbação Pós-Stresse Traumático (por exemplo, em resposta a estímulos associados com um stressor

intenso), ou Perturbação da Ansiedade de Separação (por exemplo, em resposta ao afastamento de casa ou de familiares próximos). (DSM-IV-TR, 2002, p. 440)

ANEXO R: Critérios de Diagnóstico do DSM- IV-TR para Fobia Específica

Critérios de Diagnóstico para Fobia Específica:

A . Medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específica (por exemplo, viajar de avião, alturas, animais, levar uma injeção, ver sangue).

B. A exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta ansiosa imediata, que pode ter a forma de um Ataque de Pânico situacional ou situacionalmente predisposto. **Nota:** em crianças a ansiedade pode ser expressa por choros, birras, imobilidade ou pelo comportamento de procurar estar sempre perto de um adulto significativo.

C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. **Nota:** em crianças esta característica pode estar ausente.

D. A(s) situação(ões) fóbica(s) é(são) evitada(s) ou enfrentada(s) com intensa ansiedade ou mal-estar.

E. O evitamento, antecipação ansiosa ou mal-estar na(s) situação(ões) temida(s) interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional (ou académico), relacionamentos ou atividades sociais ou mal-estar acentuado por ter a fobia.

F. Em sujeitos com idade inferior a 18 anos, a duração é pelo menos de seis meses.

G. A ansiedade, os Ataques de Pânico ou o evitamento fónico associado com a situação ou objeto específico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como Perturbação Obsessivo-Compulsiva (por exemplo, medo da sujidade em alguém com uma obsessão acerca da contaminação). Perturbação Pós-Stresse Traumático (por exemplo, evitamento de estímulos associados com um stressor intenso), Perturbação da Ansiedade de Separação (por exemplo, evitamento da escola). Fobia Social (por exemplo, evitamento de situações sociais devido a medo do embaraço), Perturbação de Pânico com Agorafobia ou Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico. (DSM-IV-TR, 2002, p. 449)

Anexo S: Estudo de Caso/Adulto – Excerto da Sessão nº 5

Psicóloga – “Boa tarde E.”!

E. – “Boa tarde, Dra.”!

Psicóloga – “Vamos entrando para o gabinete”.

E. – Senta-se e começa a falar. “Aí Dr.^a, esta semana foi complicada”. Visivelmente comovida, olha para baixo e começa a chorar”.

Psicóloga – “Uma semana complicada”.

Técnica terapêutica – Repetição.

E. – “Tive mais uma crise porque fui a uma visita de estudo com as crianças. Não queria ir, mas desta vez não consegui escapar-me”.

Psicóloga – “Descreva-me a crise que teve”.

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

E. – “Comecei a sentir-me mal disposta, o coração a bater muito rápido, um aperto no peito, a transpirar. Tanta coisa ao mesmo tempo”. Passa os dedos pelo cabelo.

Psicóloga – “O que aconteceu para se começar a sentir assim”?

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Afastei-me de casa, fui no autocarro com os miúdos e quando saímos havia alguma confusão há minha volta. Em sítios novos com muitas pessoas isto acontece, sinto-me insegura e penso que algo de mal me pode acontecer”. Coloca os cotovelos sobre as mãos e baixa a cabeça.

Psicóloga – “O que acha que lhe pode acontecer”?

Técnica terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

D. – “Que me aconteça alguma coisa de mal e não ter ninguém para me ajudar. Longe de casa estou longe da minha família, das pessoas que me podem ajudar”.

Psicóloga – “Quando se afasta de casa é frequente pensar que algo de mal lhe pode acontecer”.

Técnica terapêutica – Re-expressão.

D. – “Sim, quando estou longe de casa tenho receio que algo de mal me aconteça”.

Psicóloga – “E em casa ou perto de casa já se sentiu assim”?

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

E. – “Em casa já aconteceu. Nessas alturas procuro estar com a minha mãe ou com o meu marido e passo a ficar mais calma. Parece que passa mais rápido”. Levanta o tronco.

Psicóloga – “Pode acontecer em qualquer lugar, não é só quando se afasta de casa”.

Técnica Terapêutica – Re-expressão.

E. – “Mesmo em casa acontece quase todos os domingos. Mas fico mais nervosa quando me afasto de casa”.

Psicóloga – “Acontece quase todos os domingos”...

Técnica Terapêutica – Repetição.

E. – “Não gosto do domingo é um dia triste, há pouco movimento nas ruas, não há nada para fazer, as pessoas ficam em casa. Menos o meu marido, que trabalha ao domingo o dia quase todo, sai de manhã e só o vejo à noite. A folga dele é ao sábado”.

Psicóloga – “Parece que a E. se sente sozinha principalmente aos domingos”.

Técnica Terapêutica – Interpretação.

E. – “É um tédio! É o dia que não há nada para fazer, para ocupar a cabeça e não pensar no que não devo. É uma sensação de vazio, logo quando acordo e não vejo ninguém tenho a sensação de que algo de ruim me vai acontecer e aí o stresse apodera-se de mim”. Começa a chorar e tira um lenço da mala.

Psicóloga – “É difícil para si conseguir estar sozinha”.

Técnica Terapêutica – Nomeação.

E. – “Muito, nem imagina! Quando não tenho ninguém há minha volta fico com um grande vazio e só penso em coisas más. É um grande sofrimento viver assim”. Continua a chorar, ficando mais emocionada.

Anexo T: Estudo de Caso/Adulto - Excerto da Sessão nº 10

Psicóloga – Desloco-me até à sala de espera e peço a E. para entrar. “Boa tarde! Como está”?

E. – “Boa tarde”!

Psicóloga – “Como correu esta semana”?

E. – “Uma luta contra mim mesma, contra os pensamentos que não me deixam ir para a frente. Eu quero conseguir libertar-me de tantos medos mas existe algo mais forte em mim, que não deixa. Tenho uma operação para fazer e só de pensar fico com borboletas no estômago”. Desvia o olhar para baixo.

Psicóloga – “A E. já passou por uma operação”.

Técnica Terapêutica – Intercâmbio mutuamente contingente.

E. – “Esses dias em que estive no hospital foram horríveis. Sabe, fiquei num quarto, e disseram-me para mudar de roupa, entretanto minha família teve de ir embora ao meio dia e eu fiquei ali sozinha”. Agitada, entrelaça os dedos, revelando sinais de tensão.

Psicóloga – “Mais uma vez foi difícil estar só consigo mesma”.

Técnica Terapêutica – Re-expressão.

E. – “Bem chorei tanto, tanto, nesse dia, que não consegui mesmo parar. Quando os meus amigos e colegas me ligavam é que era uma choradeira pegada, senti-me tão sozinha ali naquele quarto. À noite tiveram que me dar uma calmante e fiquei mais tranquila”.

Psicóloga – “Há momentos que nem sempre temos alguém ao nosso lado e que fazem parte da vida”.

Técnica Terapêutica – Generalização.

E. – Olha para a psicóloga e abre as mãos. “No dia seguinte acordaram-me às 6 da manhã, fui tomar um duche e lá fui para a cirurgia, ia tão calma, que nem parecia a mesma pessoa. Quando voltei a acordar já tinha passado, dormi um dia inteiro, só acordei no sábado de manhã e tinha corrido tudo bem com a cirurgia”.

Psicóloga – “A operação correu bem ao contrário daquilo que os seus pensamentos lhe diziam”.

Técnica Terapêutica – Interpretação.

E. – “Realmente os meus pensamentos diziam que a cirurgia ia correr mal e não ia voltar mais para casa”.

Psicóloga – “E não foi o que aconteceu! São apenas pensamentos negativos que terá de aprender a controlar”.

Técnica Terapêutica – Interpretação.

E. – “Agora vejo que muitas coisas de que penso não acontecem. Ainda bem, senão já não estava aqui para contar. Depois no domingo já tive a visita do meu namorado e companhia dele o dia todo. Estava mais à vontade, pois sabia que na manhã seguinte teria alta e iria para casa. Mas sabe o que mais me custou?”

Psicóloga – “Hum, hum”...

Técnica Terapêutica – Marcação.

E. – “Ter ficado no hospital, aqueles quatro dias pareceram quatro meses. Tive a sensação que não iria voltar”.

Psicóloga – “Essa sensação era de medo e quando acentuado não deixa nos prosseguir”.

Técnica Terapêutica – Eco emocional e generalização.

E. – “Sei que a operação correu bem, fui muito bem tratada no hospital e sempre que penso na cirurgia só vejo as coisas más. O medo é mais forte do que eu”! Olha para baixo com uma expressão triste.

Psicóloga – “Somos nós que controlamos o que pensamos e o que sentimos”.

Técnica Terapêutica – Generalização.

E. – “Mas eu não consigo. Não quero viver o resto da minha vida assim”...

Anexo U: Estudo de Caso/Adulto - Protocolo e Localização das Respostas no Rorschach

PROTOCOLO		
Respostas	Inquérito	Cotação
I. TL: 11”		
^ 1 – Cabeça de uma raposa.	1 – O geral! Vejo o focinho comprido, as orelhas e os dentes brancos.	WS, o, FC', u, A, 3,5
^ 2 – Um monstro.	2 – Pela forma da cabeça e as orelhas.	W, o, F, o, (A), 1,0
^ 3 – Um anjo com os braços para cima.	3- Por causa desta parte do corpo que faz parecer um anjo.	W, +, M ^a , u, (H), 1,0, GHR
TT: 37”		
II. TL: 9”		
^ 4 – Dois ursos a dar um beijinho.	4 – O corpo, o focinho e as orelhas.	D, +, M ^a , o, (2), A, P, 3,0, GHR
^ 5 – Um coração.	5 – A forma e a cor.	D, o, FC, -, An
^ 6 – Dois pés.	6 – A forma.	D, o, F, -, (2), Hd, PHR
^ 7 – Uma lamparina.	7 – O formato.	DS, o, F, u, Hh
TT: 30”		
III. TL: 8”		
^ 8 – Dois homens a pegarem em qualquer coisa.	8 – A forma do corpo.	D, +, M ^a , o, (2), H, P, 3,0, GHR
^ 9 – Um papilon.	9 – É pela forma.	D, o, F, u, Cg
^ 10 – Duas mulheres a fazerem acrobacia.	10 - Estão com as pernas para cima.	D, +, M ^a , o, H, (2), 3,0, GHR
TT: 35”		
IV. TL: 6”		
^ 11 – Dois pescoços de cegonha.	11 – O pescoço e o bico.	D, o, F, o, (2), Ad
^ 12- Um monstro.	12- A cabeça e os bigodes.	D, o, F, u, (A)
^ 13 – Dois sapatos.	13 – A forma.	D, o, F, u, (2), Cg
TT: 36”		

V. TL: 4”

^ 14 – Um morcego.	14 – A cabeça e as asas.	W, o, F, o, A
^ 15 – Dois jacarés.	15 – A cabeça e a boca.	D, o, F, o, Ad, (2)

TT: 17”

VI. TL: 4”

^ 16 – Uma pele de vaca aberta.	16 – O formato.	D, o, F, o, Ad
^ 17 – Um pássaro.	17 – O corpo, as asas e a cabeça.	D, o, F, o, A

TT: 21”

VII. TL: 5”

^ 18 – Duas crianças a pegarem numa jarra.	18 – No todo! O cabelo das crianças e forma da jarra.	W, +, M ^a , o, (2), H. Hh, 2,5, GHR
--	---	--

TT: 17”

VIII. TL: 7”

^ 19 – Dois tigres.	19 – As patas e a cabeça.	D, o, F, o, (2), A
^ 20 – Duas bandeiras.	20 – Pela forma.	D, o, F, o, (2), Ay
^ 21 – Um corpete de lingerie.	21 – O modelo.	D, o, F, u, Cg
^ 22 – A cabeça de um monstro.	22 – A forma da cabeça.	D, o, F, u, (A)

TT: 45”

IX. TL: 2”

^ 23 – Duas mulheres grávidas.	23 – Os seios, a barriga e a cabeça.	D, o, F, o, (2), H, P, GHR
--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

TT: 9”

X. TL: 8”

^ 24 – Dois touros à luta.	24 – Está aqui o bico.	D, +, FM ^a , -, (2), A, 4,0, Ag, PHR
^ 25 – Dois caranguejos.	25 – As patas deles são assim.	D, o, F, 0, (2), A, P
^ 26 – Dois leões.	26 – A cabeça, as patas e o rabo.	D, o, F, 0, (2), A
^ 27 – Cavalos marinhos.	27 – A forma do corpo.	D, o, F, u, (2), A

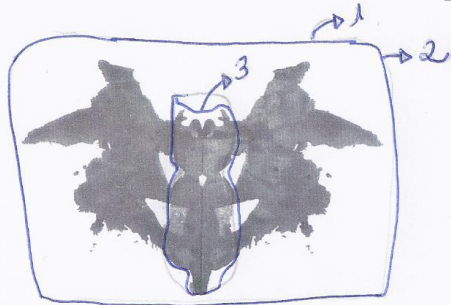
TT: 43”

Estudo de Caso/Adulto – Localização das Respostas

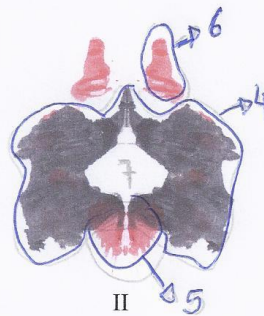
Nome:

Data:

LOCALIZAÇÕES



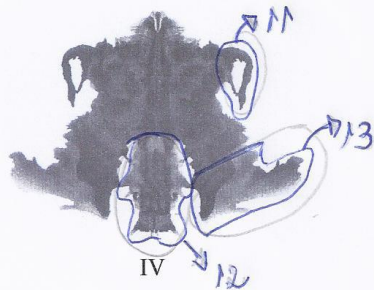
I



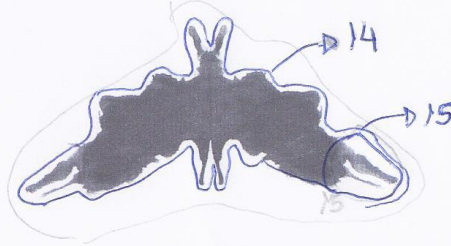
II



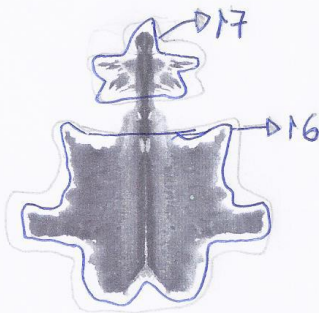
III



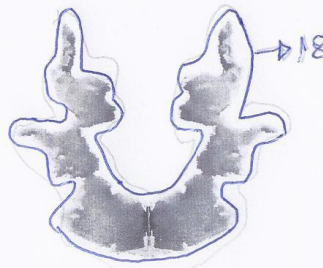
IV



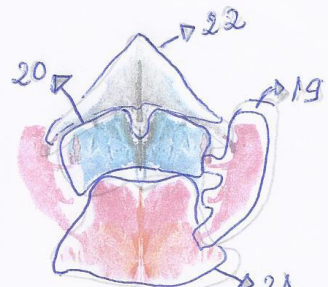
V



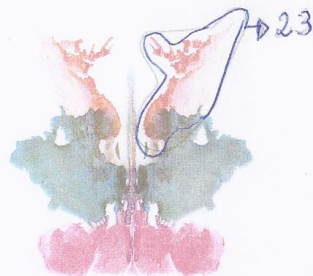
VI



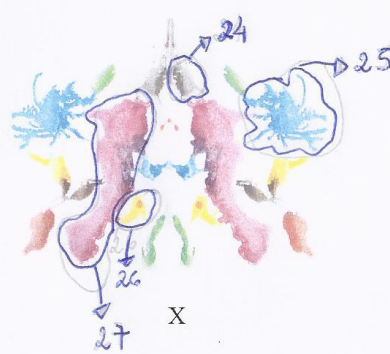
VII



VIII

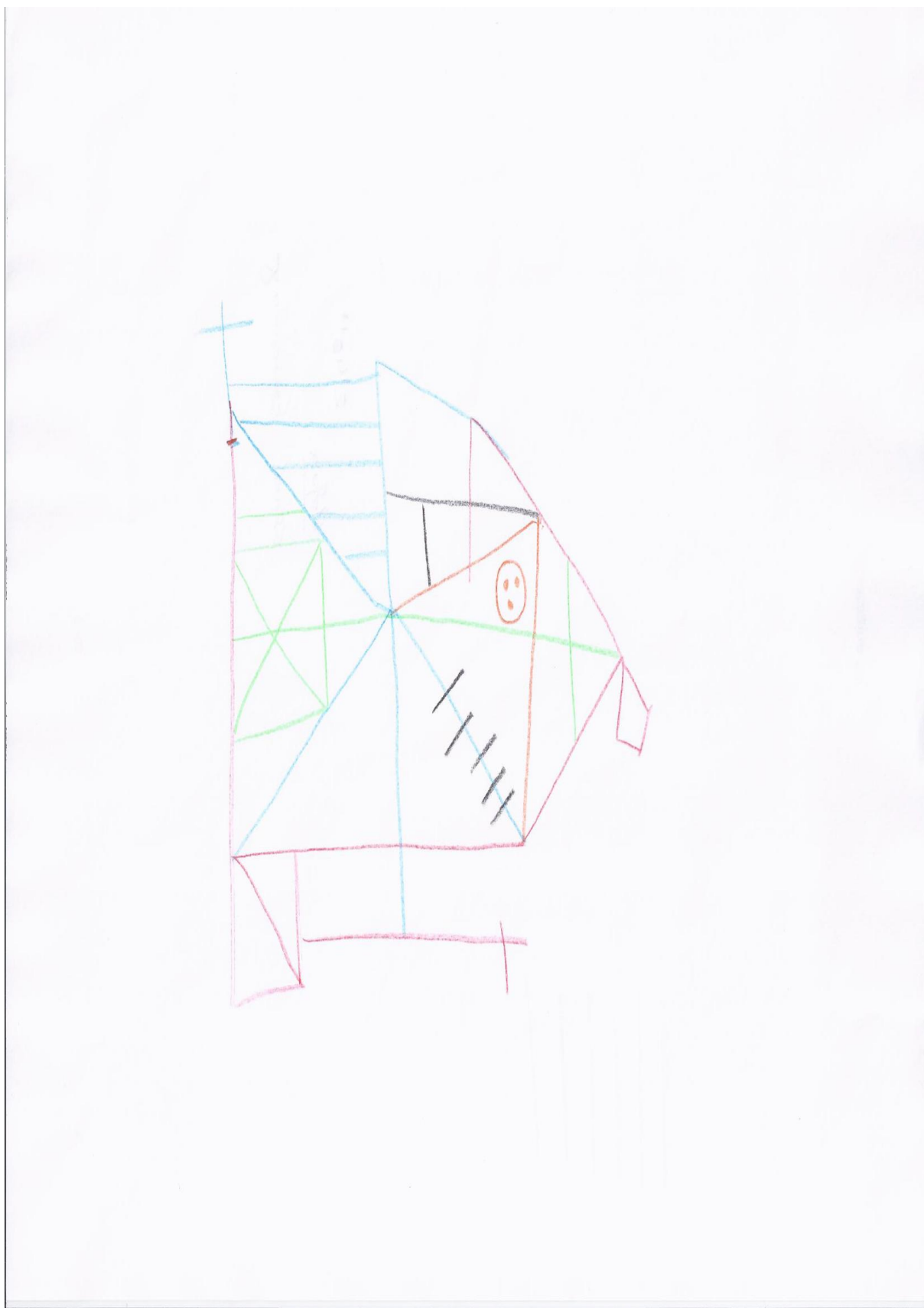


IX



X

Anexo V: Estudo de Caso/Adulto – Cópia do Teste de Cópias de Figuras Complexas



Anexo W: Estudo de Caso/Adulto - Memória Visual Imediata do Teste de Cópias de Figuras Complexas

