



Universidades Lusíada

Cravo, Paulo Guilherme Valadares, 1972-

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde

<http://hdl.handle.net/11067/3655>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	A promoção de competências pessoais e sociais, que maximizam fatores de proteção e previnem eventuais fatores de risco, implica o conhecimento das alterações por que os indivíduos passam ao longo do seu desenvolvimento. Na fase da adolescência, os jovens experimentam um conjunto de mudanças a nível emocional e interpessoal, e estão aptos para fazer certas aquisições que podem ou não contribuir para a adaptação ao ambiente em que estão inseridos. Sendo a escola um local privilegiado, devido às vá...
Palavras Chave	Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional, Aconselhamento no ensino superior, Estudantes universitários - Psicologia
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T08:59:27Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde

Realizado por:
Paulo Guilherme Valadares Cravo
Orientado por:
Mestre Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisionado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof.^a Doutora Gina Maria Quinás Tomé
Vogal: Prof.^a Doutora Maria Leonor Janeiro Segurado de Falé Balancho

Dissertação aprovada em: 20 de Dezembro de 2013

Lisboa

2013



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de
aconselhamento psicológico e promoção da saúde

Paulo Guilherme Valadares Cravo

Lisboa

Julho 2013



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de
aconselhamento psicológico e promoção da saúde

Paulo Guilherme Valadares Cravo

Lisboa

Julho 2013

Paulo Guilherme Valadares Cravo

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde

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

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

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientador de estágio: Mestre Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autor	Paulo Guilherme Valadares Cravo
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisor de estágio	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientador de estágio	Mestre Túlía Rute Maia Cabrita
Título	O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CRAVO, Paulo Guilherme Valadares, 1972-

O psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde / Paulo Guilherme Valadares Cravo; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Aconselhamento no ensino superior
3. Estudantes universitários - Psicologia
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice

2. Counseling in higher education

3. College Students - Psychology

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Study and teaching (Internship)

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

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. LB2343.C732013

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer á professora doutora Tânia Gaspar pelo apoio, disponibilidade, compreensão e dinâmica com a qual sempre nos presenteou ao longo deste percurso académico.

À professora Tulia Cabrita, minha orientadora, por toda a solidariedade, carinho e imprescindível apoio, não só durante o presente estágio, mas ao longo de todo o meu percurso académico. Aqui fica o meu profundo e sincero reconhecimento.

Quero agradecer à professora doutora Teresa Leite por sempre ter sido uma fonte de inspiração e sabedoria, de onde se bebe discretamente. O meu profundo obrigado, também, por se ter feito sentir presente, tanto nos bons, como em alguns dos momentos mais difíceis. Não esqueço.

O meu sincero agradecimento a todos os meus professores por terem contribuído tanto para o meu desenvolvimento profissional e humano ao longo destes anos.

Agradeço a toda a equipa GAPPS pela disponibilidade, apoio e espírito de entreajuda.

Ao meu pai e à minha mãe pela ajuda e apoio incondicional que me deram ao longo de todo este processo. Sem eles não teria sido possível realizar este sonho.

Agradeço aos meus irmãos, Tiago, Sara e Pedro Cravo que, apesar de longe, sempre foram, são e serão uma fonte de força e alegria na minha vida.

À Sofia Lopes por me ter incentivado a iniciar esta aventura.

Aos meus amigos por estarem sempre perto.

À minha colega Lídia pela sua presença sempre especial e inspiradora...

... a todos o meu sincero e profundo obrigado

Resumo

O presente trabalho tem como finalidade apresentar as análises, resultados e conclusões decorrentes do estágio académico em psicologia clínica, realizado no gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde da Universidade Lusíada de Lisboa. O principal objetivo do estudo foi o desenvolvimento de competências na prática da psicologia clínica individualizada, bem como ao nível da intervenção comunitária, em particular na promoção de competências pessoais e sociais da população alvo. A intervenção psicológica individualizada foi desenvolvida com base nos princípios teóricos da psicoterapia de apoio de orientação analítica. O método clínico utilizado foi o estudo de caso, sendo que no presente trabalho, foram analisados e interpretados dois estudos de caso. O diagnóstico de caso foi levado a cabo de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)*. Ambas as intervenções supracitadas (individualizada e comunitária) apresentaram resultados positivos face aos objetivos propostos, sendo que, na intervenção clínica individualizada, em particular nos dois casos apresentados, se verificou uma diminuição significativa da sintomatologia associada às perturbações diagnosticadas e nos resultados globais da intervenção com a comunidade, se verificou um aumento significativo das competências pessoais e sociais trabalhadas com os participantes. Em conclusão, os objetivos propostos para o estágio foram alcançados e a experiência adquirida promoveu a aquisição de conhecimentos e competências fundamentais para o desempenho profissional do psicólogo clínico no contexto de um gabinete de aconselhamento psicológico e de promoção da saúde.

Palavras-chave: Psicologia clínica, Psicoterapia de apoio, modelo psicodinâmico,

Intervenção comunitária, promoção da saúde

Abstract

This paper aims to present the analyzes, results and conclusions arising from the academic internship in clinical psychology, carried out at the office of counseling and health promotion from the University Lusíada. The main objective of the study was to the develop competences to the practice of individualized clinical psychology, as well as at the community level, in particular towards promotion of personal and social skills among the target population. The individualized psychological intervention was developed based on supportive psychotherapy. A “case study” clinical methodology was adopted, and in this particular work, two cases were analyzed and interpreted. Case diagnosis was carried out according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* DSM-IV-TR. Both of the above interventions (individual and community) showed positive results in face of the proposed objectives, and in the individualized intervention, particularly in the two cases presented, there was a significant decrease in symptoms related to diagnosed disturbances, while in the global intervention at the community level, there was a significant increase in the personal and social skills among the participants. In conclusion, the proposed targets for the internship were accomplished and the experience achieved has impelled the gaining of essential knowledge and skills required to the professional performance of the clinical psychologist in the context of a counseling and health promotion office.

Keywords: Clinical psychology, Psychotherapy support, psychodynamic model, community intervention, health promotion

Índice

Introdução	9
Caracterização da instituição	11
O GAPPS e a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior.....	12
Características do GAPPS	13
A intervenção do Psicólogo Clínico no GAPPS	15
Caracterização da População Alvo	17
Enquadramento Teórico	18
A Psicologia Clínica e o Psicólogo Clínico.....	18
O Psicólogo Clínico no Contexto de Promoção da Saúde	20
Promoção de competências pessoais e sociais na adolescência	23
Relação Terapêutica	24
Princípios Gerais da Psicoterapia de Apoio de Orientação Analítica	25
Teorias do Desenvolvimento Humano	28
Perspetivas teóricas do desenvolvimento emocional	29
Perspetiva teórica do desenvolvimento psicossocial	35
Estratégias de Compreensão do Sujeito	37
Níveis de organização psíquica	37
Processos defensivos..	41
Enquadramento das Problemáticas dos Estudos Caso	44
Narcisismo e a condição depressiva	44
Vinculação	47
Objetivos de Estágio	51
Métodos	53
Participantes	54
Intervenção clínica individualizada	54

Intervenção na comunidade	55
Instrumentos	55
Observação clínica.....	55
Entrevista clínica	57
Desenho da família	59
CAT	61
TAT	61
Programa de competências pessoais e sociais	62
Escala de ajustamento social em banda desenhada	62
Procedimentos	63
Intervenção clínica individualizada	63
Intervenção na comunidade	64
Resultados	65
Outros Trabalhos Desenvolvidos	68
Estudos de Caso	69
Caso A	69
Genograma	69
Pedido	70
Observação	70
História do problema atual	70
Problemas psiquiátricos anteriores	71
História clínica	71
Funcionamento atual	73
Avaliação psicológica	74
Resultados	74
Diagnóstico multi-axial	75
Discussão	76

Plano terapêutico	82
Evolução terapêutica	82
Considerações finais	86
Caso B	87
Genograma	87
Pedido	87
Observação	87
História do problema atual	88
História clínica	89
Problemas médicos/psiquiátricos anteriores	89
Dados do desenvolvimento	90
Percurso escolar	90
Dinâmica familiar e social	91
Avaliação psicológica	92
Resultados	92
Diagnóstico multi-axial	93
Discussão	94
Plano terapêutico	98
Evolução terapêutica	98
Considerações finais	100
Conclusões	102
Reflexão Final	104
Referências Bibliográficas	107
Anexos	113

Índice de Tabelas

Tabela 1- Actividades / Carga horária..... 53

Tabela 2- Acompanhamentos psicológicos individualizados..... 54

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por idades.....	55
Gráfico 2- Distribuição dos participantes por género.....	55
Gráfico 3- Resultados por questão do pré e pós teste.....	65
Gráfico 4- Resultados por percentagem de respostas assertivas: dimensão social.....	66
Gráfico 5- Resultados do inquérito de satisfação.....	67

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), realizado no ano letivo 2012/2013, no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS), integrado no estabelecimento de ensino superior acima citado.

O estágio curricular é um componente fundamental, na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico, contribuindo, de igual modo, como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Do presente trabalho decorrem duas grandes vertentes de intervenção: a intervenção clínica individualizada de seis casos clínicos, de entre os quais, dois, serão apresentados de forma pormenorizada mais à frente neste relatório, e a implementação de um programa de promoção de competências pessoais e sociais, realizado no âmbito dos protocolos do GAPPS com instituições da comunidade.

Este programa teve uma duração de 14 semanas, com o objetivo de prevenir comportamentos de risco e aumentar os fatores de proteção nos participantes.

Desta última experiência resulta, também, a realização de um artigo de carácter científico, onde será abordada a importância da realização destas iniciativas, e no qual serão, também, apresentados e discutidos os resultados obtidos.

Além das tarefas supracitadas, desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos para o presente estágio académico, foram, igualmente, desenvolvidas outras ações, das quais se destacam, a realização de um manual de intervenção, no âmbito do desenvolvimento de competências pessoais e sociais, resultado da experiência adquirida com a implementação da intervenção em escola acima resumida, e a elaboração de uma comunicação na forma de poster apresentada no IV Congresso de Psicologia da Criança e do Adolescente, realizado na Universidade Lusíada de Lisboa.

O relatório divide-se em quatro partes principais. Num primeiro momento será apresentada a caracterização da instituição, tendo em conta as suas diferentes valências, população alvo e o papel do psicólogo no gabinete de aconselhamento e promoção da saúde.

Seguidamente, será apresentado um enquadramento teórico ou conceptual baseado nos conceitos de psicologia clínica. Neste capítulo serão também abordadas as perspetivas teóricas relacionadas com o desenvolvimento emocional e psicossocial, bem como uma breve alusão às estratégias de compreensão do sujeito e enquadramento das problemáticas associadas aos estudos de caso apresentados no presente trabalho.

Num terceiro momento, serão descritos os objetivos de estágio propostos e a metodologia utilizada, da qual consta a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos associados às principais atividades desenvolvidas.

Posteriormente, serão expostos e discutidos os dois estudos de caso, dos quais constam, a sua apresentação, diagnóstico, plano terapêutico, evolução terapêutica, e discussão, tendo em conta o enquadramento conceptual e a orientação teórica que serviu de referência à intervenção clínica desenvolvida.

A reflexão final será feita ao nível da experiência pessoal e profissional adquirida ao longo de todo este processo de aprendizagem.

Caracterização da Instituição

O crescimento acentuado das universidades portuguesas, nos domínios do ensino, investigação e serviços, coloca cada vez maiores exigências a estas instituições, por via das quais se pretende a incrementação de projetos que visem contribuir para o desenvolvimento global dos alunos e restante comunidade universitária.

De facto, a massificação que se verifica no ensino superior nas duas últimas décadas, tem arrastado consigo exigências de reestruturação da missão e recursos disponibilizados pelas instituições de ensino superior, focalizadas não só na produção e transmissão de conhecimentos, mas também na promoção do sucesso escolar associado ao bem-estar dos seus alunos (Soares, Almeida, Diniz & Guisande, 2006).

Neste sentido, a Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), fundada em 28 de Junho de 1986, que se transformou, mais tarde, na Fundação Minerva - Cultura – Ensino e Investigação Científica (pelo decreto-lei nº 117/2003, de 14 de Junho) (Anexo A), desenvolveu esforços no sentido de criar o gabinete de apoio psicológico com o objetivo de fazer face às solicitações exigentes, cada vez mais diversificadas, da comunidade universitária.

O estudante, enquanto ser fundamental do processo educativo vê-se confrontado, no seu percurso universitário, com um conjunto de desafios e obstáculos nesta etapa de transição para a vida adulta (Soares et al., 2006).

Ora, a necessidade de adaptação a estas transformações e a preocupação com o desenvolvimento integral dos alunos da Universidades Lusíada, impulsionou a criação de mais uma valência - de melhoria e bem-estar sócio-emocional -, a acrescentar às já existentes, nomeadamente os serviços médicos e as atividades culturais e desportivas.

Esta necessidade dá, assim, origem ao gabinete de apoio psicológico (GAP), em Novembro de 2009, com o objetivo de proporcionar ao estudante e demais comunidade

universitária, a possibilidade de ultrapassar de forma eficaz, as tarefas resultantes da vida académica, prevenir e abordar problemas psicológicos e de desempenho escolar e intervir ao nível do desenvolvimento pessoal e sócio-emocional (Santos, T, Albergaria, F. & Gaspar, T., 2011).

Através de vários serviços disponibilizados este gabinete tem, então, por missão prevenir e zelar pelo bem-estar sócio-emocional e qualidade de vida da comunidade académica.

No ano letivo de 2010/2011 o nome do GAP foi alterado para Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS), associando a área da promoção da saúde como mais uma valência do gabinete.

Assim, o GAPPS ficou inserido, também, no âmbito dos objetivos propostos pelas diretrizes internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), que identificam a necessidade de implementação de políticas de prevenção e de promoção da saúde mental (World Health Organization, 2010).

O GAPPS e a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior

O GAPPS encontra-se ainda associado à Rede de Serviços de Apoio Psicológico no ensino superior (RESAPES). Esta Associação profissional foca-se no treino de recursos humanos e no desenvolvimento de esforços para alargar a sua atuação, apresentando como objetivos principais a promoção, troca e partilha de experiências, o apoio mútuo dos seus associados, cooperação no treino, formação e investigação científica, funcionando, desse modo, como um suporte integrado para a ação.

Para além dos objetivos gerais referidos, esta associação apresenta, como missão fundamental, a promoção conjunta do apoio psicológico no ensino superior, junto do conselho de reitores, ministério da ciência e do ensino superior e associações de estudantes por todo o país (RESAPES, 2002).

Características do GAPPS

O gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde da Universidade Lusíada de Lisboa depende diretamente do instituto de psicologia e ciências da educação desta instituição e é constituído por um supervisor clínico e técnico, do qual dependem três (3) psicoterapeutas provenientes de diversas escolas psicoterapêuticas, um (1) psicólogo educacional, dois (2) psicólogos clínicos a realizar o estágio profissional e dois (2) psicólogos a realizar o estágio académico.

Este gabinete destina-se a alunos, mas também docentes, funcionários e comunidade externa à ULL, constituindo-se como um espaço por excelência de contacto com um psicólogo. Todos os serviços prestados por este gabinete são gratuitos e a intervenção é realizada num ambiente de confiança, empatia e de acordo com os princípios de confidencialidade (Santos et al., 2011).

Dos serviços oferecidos pelo GAPPS destacam-se o apoio psicológico, apoio em situações de crise, a orientação e aconselhamento psicológico e as ações de promoção da saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis na ULL e em instituições afectas à comunidade, com as quais tem protocolos estabelecidos.

As atividades deste gabinete apresentam os seguintes princípios orientadores e objetivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar sócio-emocional da comunidade universitária; promover a saúde e hábitos e estilos de vida saudáveis, através da dinamização de ações na comunidade universitária da ULL, e, numa perspetiva mais alargada, apresentar uma intervenção à comunidade externa à ULL (especificamente à população residente na área geográfica próxima); realizar atendimento específico nas áreas de orientação, aconselhamento psicológico, psicoterapia de apoio, apoio em situações de crise e grupos terapêuticos; aumentar o nível de informação sobre os meios/recursos à

disposição do estudante, quer ao nível da comunidade universitária, quer no domínio da sociedade civil em geral (Santos et al., 2011).

Este gabinete realça, como principais valências, o apoio psicológico individualizado na qual se inclui a entrevista clínica, avaliação psicológica, orientação e aconselhamento psicológico, apoio /acompanhamento psicológico e apoio psicológico em situações de crise.

A intervenção pretende ter uma perspetiva abrangente, holística e integracionista, podendo ser usados modelos e técnicas variados com o intuito de adaptar a abordagem à situação e características de cada utente (individualização). Contudo, destacam-se alguns quadros teóricos de referência, como o cognitivo-comportamental, existencial e psicodinâmico (Santos et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, maioria das intervenções realizadas são no âmbito do apoio psicológico individual e as problemáticas emergentes são complexas e variadas, passando por questões de desenvolvimento pessoal/social, questões relacionadas com o contexto académico e, ainda, situações de psicopatologia.

Outras das valências são a orientação e o aconselhamento vocacional, sendo esta mais direcionada para o psicólogo educacional a desempenhar funções no GAPPS. O objetivo é proporcionar apoio especializado a jovens e adultos na construção e implementação de projetos de vida de âmbito escolar/académico e profissional, tendo em conta os seus interesses e competências (Santos et al., 2011).

As ações de promoção de saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis apresentam-se, também, como uma valência deste gabinete. Os ciclos de sessões de promoção de saúde têm como principal objetivo a realização de ações de sensibilização para os alunos da universidade ou comunidade, onde são debatidos temas e desenvolvidas atividades que contribuem para a promoção da adoção de comportamentos mais saudáveis.

Outra importante valência do GAPPS consiste nas suas ações de apoio à comunidade, tanto nas áreas da intervenção clínica/ apoio psicológico na orientação e aconselhamento vocacional no apoio específico a escolas, através de atendimento individualizado ou realização de ações/workshops sobre temas pertinentes. Esta valência é desenvolvida através do estabelecimento de protocolos de colaboração e parcerias com instituições da comunidade (Santos et al., 2011).

O GAPPS apresenta, também, como valência, a investigação científica e sua internacionalização. Desenvolve projetos de investigação relacionados com a população universitária da ULL, com o intuito de ajudar na planificação de intervenções adequadas, e colabora com outros GAP em investigações internacionais, com vista à realização de documentos científicos publicáveis.

Para além das valências já anunciadas, o GAPPS dedica-se, igualmente, ao acolhimento e supervisão de estagiários académicos do mestrado de psicologia clínica, do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa (IPCE-ULL) e há colaboração com outros GAP, partilhando experiências, e contribuindo para uma identidade comum entre os serviços de psicologia nas universidades.

Apesar de ainda não se encontrar implementado, o GAPPS pretende também desenvolver a intervenção em grupos terapêuticos no intuito de permitir, com a ajuda de um terapeuta e dos participantes envolvidos, descobrir e enriquecer o relacionamento interpessoal de cada um dos intervenientes, através da partilha de experiências comuns, importantes para o bem-estar físico e emocional (Santos et al., 2011).

A Intervenção do Psicólogo Clínico no GAPPS

A função do psicólogo clínico no gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde está intimamente ligada às características específicas do contexto institucional onde

está inserido. O seu trabalho está, desse modo, enquadrado nos objetivos e valências já enunciadas no capítulo da caracterização institucional do presente trabalho.

Apresenta-se, então, como funções principais da intervenção psicológica no GAPPS:

O apoio psicológico individualizado, que engloba a observação, entrevista clínica e avaliação psicológica, na fase inicial do processo terapêutico, e que tem, como prioritária função, perceber a natureza do pedido, a área problema e o contexto de vida de quem recorre ao apoio, permitindo, então, construir um melhor entendimento das dinâmicas internas e externas que contribuem para a manifestação da perturbação ou causa do desajustamento/disfuncionalidade implicada no sofrimento psicológico do sujeito.

No momento seguinte desenvolve-se a intervenção terapêutica, com o recurso aos princípios da psicoterapia de apoio, aconselhamento psicológico ou apoio psicológico em situações de crise, estando, esta intervenção, dependente do pedido, perturbação associada, características do paciente.

Outra das funções do psicólogo clínico é contribuir para as ações de promoção de saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis, se realizadas pelo GAPPS, participando diretamente nas mesmas ou colaborando no desenvolvimento dos programas quando para isso for solicitado.

O psicólogo clínico em funções no GAPPS tem também como objetivo, dar apoio à comunidade envolvente, tanto na área da intervenção clínica (nos pontos acima resumidos) como no apoio específico, quando solicitado, às escolas através de atendimento individualizado e da realização de ações formação/*workshops* sobre temas pertinentes.

Por último, verifica-se uma participação ativa nos trabalhos de investigação científica em curso no contexto organizacional onde o psicólogo desenvolve o seu trabalho.

A estas intervenções junta-se a necessidade do profissional se mostrar disponível para participar em ações que se enquadrem no seu âmbito profissional, e que se mostrem de interesse para a instituição na qual está inserido.

Caracterização da População Alvo

Inicialmente, a população alvo da intervenção do gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde era maioritariamente ligada à comunidade universitária.

Segundo o relatório de atividades de 2010/2011, foram realizadas, aproximadamente, 300 sessões individualizadas.

Estas intervenções abrangeram 40 alunos da ULL, 4 funcionários ULL e 6 situações externas à ULL, com uma média de idade de 29 anos, oscilando entre os 7 e os 51 anos.

A origem dos utentes é, maioritariamente, dos Concelhos de Lisboa, seguidos por Setúbal, Sintra, Leiria, Madeira, Beja, Porto, Faro, Oeiras, Castelo Branco e Aveiro.

Os alunos foram oriundos dos cursos de Arquitetura (43%), Direito (17%), Psicologia (12%), Recursos Humanos (6%), Serviço Social (6%), Mestrado Musicoterapia (6%), Jazz Música Moderna (4%), Turismo (2%), Comunicação Multimédia (2%) e Design (2%).

Na sequência do alargamento do GAPPs à comunidade, a população que recorre aos seus serviços deixou de ser exclusivamente universitária (Santos et al., 2011). A população alvo passaram a ser as crianças, jovens e adultos, que apresentem sintomatologias que prejudicam a sua qualidade de vida ou põem em causa o seu bem-estar psicológico e/ou social.

De acordo com a valência de promoção da saúde, e em particular no âmbito do desenvolvimento e aplicação de programas para a promoção de competências pessoais e sociais, a população com a qual o GAPPs trabalha são maioritariamente estudantes do ensino básico e secundário, com o objectivo de desenvolver os seus factores de protecção e promoção da saúde (Santos et al., 2011).

Enquadramento Teórico

A Psicologia Clínica e o Psicólogo Clínico

Para melhor se entender a função do psicólogo clínico no contexto específico em que está inserido, é importante efetuar um breve enquadramento dos objetivos e características da psicologia clínica na sua especificidade.

As definições mais marcantes do que era a psicologia clínica, desde os seus primórdios, colocaram a tónica na análise, observação e medição dos comportamentos dos indivíduos, tendo como principal objetivo o seu ajustamento (Leal, 1999).

Parece, no entanto, que esta questão possa ser no mínimo discutível, tendo em conta a subjetividade e complexidade inerente ao ser Humano.

Pedinelli (1999), começa por descrever a psicologia clínica como uma ciência centrada na avaliação, tratamento e compreensão dos problemas e desordens psicológicas e comportamentais. Por outras palavras, a psicologia clínica faz uso dos princípios da psicologia para melhor compreender, prever e aliviar o sofrimento psíquico. Usa o que é conhecido sobre os princípios do comportamento humano para ajudar as pessoas com os numerosos problemas e preocupações que vivenciam durante o curso da vida nos seus relacionamentos, emoções, e eu físico.

Como qualquer outra abordagem científica, a psicologia clínica exige uma sólida formação teórica e técnica. Teórica, porque tudo o que é expresso no contexto terapêutico deve ser interpretado pelo psicólogo à luz de um quadro teórico de referência, evitando, assim, uma leitura sustentada pelo senso comum e proporcionando um maior controlo da influência que as crenças pessoais do terapeuta podem exercer no espaço da relação de ajuda. Técnica, porque esta decorre dos protocolos inerentes às teorias, que direcionam e definem os procedimentos adequados no seio da intervenção terapêutica (Plante, 2005).

Assim sendo, podemos descrever, resumidamente, a psicologia clínica como a área da psicologia que estuda os processos mentais ligados ao sofrimento psíquico e à psicopatologia, tendo como objetivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e tratamento do sofrimento psíquico, qualquer que seja a sua origem. É uma forma de aquisição de conhecimento e, ao mesmo tempo, uma prática de intervenção sustentada pelo método clínico, durante a qual tem que estar bem presente a subjetividade humana (Pedinelli, 1999).

As intervenções devem atender às necessidades especiais de cada indivíduo, grupo ou organização foco dessa mesma intervenção. O que pode ser útil para uns, pode não ser para outros, mesmo que experimentem o mesmo problema ou tenham o mesmo diagnóstico (Plante, 2005).

Com base no que foi dito anteriormente, pode dizer-se que o psicólogo clínico é, então, e antes de mais, um profissional que, no exercício das suas funções, se submete a um conjunto de normas que devem refletir o seu posicionamento ético, o código deontológico do seu grupo profissional, e as regras de procedimentos técnicos do quadro teórico com que se identifica (Leal, 1999).

De reforçar que, segundo o código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses (CDOPP) (Anexo B), os princípios gerais transversais a toda prática psicológica são os seguintes: respeito pela dignidade e direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade; beneficência e não-maleficência. Plante (2005), acrescenta aos anteriores, o princípio da justiça como um princípio geral a ter em conta na prática da psicologia.

A mesma fonte aponta como princípios específicos: o consentimento informado; privacidade e confidencialidade; relações profissionais; avaliação psicológica; prática e intervenção psicológicas; ensino formação e supervisão psicológicas; investigação; declarações públicas (Decreto-Lei n.º 258/2011, de 20 de Abril).

Outro dos aspetos a ter em conta quando se aborda o papel do psicólogo clínico é o contexto de intervenção onde este se encontra inserido.

O *setting* é o contexto institucional onde o psicólogo clínico exerce as suas funções, a infra-estrutura na qual o serviço é prestado e que vai decidir as nossas funções. O psicólogo clínico pode desempenhar as suas funções em hospitais, centros de saúde mental, centros de saúde, clínicas privadas, instituições de solidariedade social, residenciais comunitárias e de educação/ensino especial, centros de atendimento especializado, escolas e instituições de ensino superior (Leal, 1999).

Cada um desses contextos privilegia objetivos diferentes, pelo que, a intervenção clínica que aí se realiza é necessariamente apenas uma das possibilidades existentes e não se esgota.

O Psicólogo Clínico no Contexto de Promoção da Saúde

Segundo Green e Tones (2010), o conceito de promoção da saúde surgiu como consequência da necessidade de abordar o ambiente e os determinantes comportamentais associados à saúde e à sua promoção.

Este conceito está intrinsecamente associado aos princípios da psicologia clínica e da saúde, a qual, segundo Ribeiro e Leal (1996), se define como, a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo. A intervenção do psicólogo pode inserir-se assim nas atividades de saúde comunitária não só desenvolvidas, tradicionalmente, pelos centros de saúde, mas também as que são promovidas por qualquer organização comunitária, que visem a saúde física e mental das populações.

Dentro deste princípio, destaca-se três níveis atuação, ou de prevenção, a que Caplan (1964) chamou de prevenção primária, secundária e terciária. A primeira refere-se aos esforços para reduzir a incidência de perturbações, através da intervenção precoce. A

prevenção secundária foca-se nos esforços para reduzir a prevalência dessas mesmas perturbações. Enquanto a intervenção terciária é dirigida no sentido da redução das consequências associadas a determinada perturbação, através do tratamento, e prevenção da recaída. Nesta perspetiva, os esforços para que a promoção da saúde incidam no primeiro nível de prevenção parece sustentar o principal objetivo da intervenção do psicólogo clínico na sua ação com a comunidade, em particular na colaboração para a implementação de programas preventivos.

Para Durlak e Wells (1997), a prevenção primária em saúde mental diz assim respeito a intervenções que visem reduzir a ocorrência de futuros problemas de ajustamento e no desenvolvimento de competências pessoais e sociais associadas à saúde mental, que promovam fatores de proteção ao longo do ciclo de vida e que procurem favorecer o desempenho saudável das tarefas desenvolvimentais típicas de cada idade. Assim, e conforme a estrutura conceptual proposta por pelos mesmos autores, os programas preventivos podem ter metas relativas à diminuição de problemas, dos quais se destacam, os relatos de sintomas de ansiedade, comportamentos antissociais e abuso de drogas, ou, o aumento de competências e habilidades sociais na relação com os pares e práticas educativas parentais saudáveis. Estes podem ter objetivos a curto prazo e a longo prazo. Por exemplo, um mesmo programa pode ser planeado para aumentar a empatia e a aceitação entre os pares (metas proximais), e, ao mesmo tempo, reduzir as condutas antissociais e evasão escolar (metas distais).

Gordon (1987), acrescenta a estas perspetivas os conceitos de intervenção preventiva universal, aquela que é providenciada a populações inteiras, a intervenção seletiva, que é destinada a indivíduos pertencente a grupos expostos a riscos ou transições de vida que potenciem o desenvolvimento de alguma perturbação, e a intervenção precoce, na qual, a população alvo, são indivíduos assintomáticos, mas nos quais foi detetado um fator de risco,

condição ou desvio, que possa vir a promover o desenvolvimento de determinada perturbação no futuro.

Com base nestas premissas, parece fundamental que a intervenção do psicólogo com a comunidade, e no âmbito da promoção da saúde, sempre que possível, procure substituir os programas de prevenção de carácter curativo, focados na redução dos problemas dos indivíduos, por intervenções preventivas que invoquem, não só a participação das pessoas diretamente envolvidas, mas também os organismos afetos à comunidade (Matos, 1997).

De acordo com Jonson e Jonson (2001), um dos fatores intimamente relacionado com a saúde mental, é competência de construir, manter e adequar os relacionamentos com os outros, com vista a alcançar objetivos pessoais. Os indivíduos com falhas nessas competências apresentam uma tendência para mais facilmente se deprimirem, sentirem ansiosas, isoladas e sem esperança.

Assim, o estudo das competências sociais na área da saúde merece destaque, pois contribuem para o desenvolvimento e manutenção do bem-estar psicológico, a partir das relações interpessoais (Del Prette & Del Prette, 1996).

A infância e a adolescência tornam-se assim, num momento privilegiado para ações no âmbito da intervenção primária, com vista à promoção de competências pessoais e sociais, aumentando assim os fatores protetores relacionados com a promoção da saúde, e nunca esquecendo que, os factores associados ao comportamento dos indivíduos implica a necessidade de uma abordagem a partir de um ponto de vista que considere, por um lado o individuo e as características do comportamento que se deseja alterar ou implementar, e por outro, a modificação dos factores do envolvimento físico e social (Matos, 2005)

Promoção de competências pessoais e sociais na adolescência.

Segundo Erikson (1968), a adolescência é uma fase do desenvolvimento caracterizada por uma crise à qual denominou de identidade vs difusão de identidade. Esta é uma etapa da vida associada a problemáticas adaptativas específicas que podem condicionar toda uma vida. Assim, torna-se fundamental ajudar o jovem a desenvolver competências pessoais e sociais que promovam a sua capacidade de adaptação à vida em sociedade.

As competências sociais podem então ser vistas como competências de vida que permitem ao sujeito adaptar-se aos diversos contextos e ambientes, e que pertencem ao seu repertório das competências pessoais (Matos, 1997).

Desde a infância que a criança inicia o processo de socialização, o qual se perpetua na adolescência. À medida que este se vai desenrolando, vão-se acumulando as vantagens sociais inerentes à aprendizagem social, o que permite ao sujeito ser, com mais facilidade, aceite pelo grupo de pares. O contrário vai acontecendo com os indivíduos que apresentam dificuldades nesse processo de socialização. Ao não adquirirem essas competências vão sendo ignorados ou pouco aceites pelos grupos de pares (Dereli, 2009).

Segundo Beauchamp e Anderson (2010), este deficit no processo de socialização e aquisição das principais competências pessoais e sociais, tem profundas consequências para o indivíduo, e pode comprometer o futuro desenvolvimento e ajustamento do sujeito ao nível psicossocial.

Grande parte destas dificuldades provém de uma lacuna no repertório comportamental aprendido, ou na dificuldade em usar determinadas competências como a assertividade, regulação emocional e resolução de problemas (Matos, 1997).

Beauchamp e Anderson (2010) reforçam que, quando estas dificuldades se verificam, poderão surgir situações de isolamento social, ansiedade e redução de auto-estima, que poderão vir a ter grande impacto na qualidade de vida do sujeito.

Com a implementação de programas que visem a promoção destas competências, o jovem pode adquirir mais capacidade para se adaptar à vida em sociedade, aprofundando o seu autoconhecimento, tornando-se mais apto a identificar e resolver problemas, gerir conflitos, melhorar a sua comunicação com os outros e otimizar a sua capacidade para escolher estilos de vida saudáveis (Matos, 1997).

A Relação Terapêutica

Uma das principais razões da complexidade da intervenção terapêutica é esta envolver duas (ou mais) interações humanas, o que, por definição, implica uma grande dose de imprevisibilidade e, pelo menos, três tipos de variáveis distintas: o sujeito que pede ajuda, o terapeuta, e a sua interação (Flanagan & Flanagan, 2003).

Lawson (2009) refere que, antes de desenvolverem competências de intervenção e avaliação, os terapeutas, quer sejam psicólogos clínicos ou psicoterapeutas, e independente da sua orientação teórica, devem aprender e desenvolver habilidades terapêuticas de relacionamento. Isso envolve a escuta ativa, resposta empática, e outras habilidades comportamentais que levem ao desenvolvimento e manutenção de um relacionamento positivo e de confiança, antes mesmo de implementar os procedimentos de tratamento.

Destes factos emerge a necessidade do terapeuta adquirir um conhecimento e consciência do seu Eu físico e psicossocial. A auto-consciência física implica tornar-se consciente da sua voz a linguagem corporal, qualidade, tamanho do corpo, e outros aspetos físicos do eu. É particularmente importante ser ciente de como o que somos afeta os outros sobre a dimensão física e como esta influencia a comunicação. A auto-consciência psicossocial refere-se à forma como cada um de nós se vê no relacionamento com os outros. Não só a auto-consciência psicossocial envolve perceções e feedback sobre como os outros nos vêem, mas também as nossas necessidades psicológicas, sociais e emocionais e como elas influenciam nossas vidas (Flanagan & Flanagan, 2003).

Se as premissas acima referidas estiverem garantidas, a aliança terapêutica, por si só, poderá ser considerada um componente único de cura. Longe de ser um placebo de inespecífico efeito, sugerido por alguns defensores da terapia de curto prazo, a relação entre cliente e terapeuta pode ser visto como direta e especificamente curativa (Lawson, 2009).

Princípios Gerais da Psicoterapia de Apoio de Orientação Analítica.

Várias são as modalidades de psicoterapia que se fundamentam na teoria psicanalítica: a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a psicoterapia de apoio, a psicoterapia breve dinâmica, além da terapia de grupo e de algumas formas de terapia familiar (Kernberg, 1990). Apesar dos princípios comuns a todas as modalidades de intervenção, de inspiração psicanalítica, o foco desta reflexão centrar-se-á nas diferenças principais das modalidades terapêuticas individuais e, em particular, nos princípios gerais da psicoterapia de apoio que serve de referência ao apoio psicológico efetuado no âmbito do trabalho realizado.

A abordagem dinâmica na intervenção terapêutica tem como mote a motivação inconsciente ou os conflitos inconscientes entre a agressão e a libido por um lado, e as defesas contra estes por outro, defesas essas que nos ajudam a negar, suprimir ou repudiar o que é inaceitável à consciência e que podem ser benéficas ou patológicas (Bateman, Brow & Pedder, 2003), incluindo as implicações estruturais entre as configurações da díade impulso/defesa e a internalização das relações objetais, dentro das quais os conflitos interiores estão suportados (Kernberg, 1990).

Outro conceito chave da intervenção terapêutica de inspiração analítica é o mote dado ao desenvolvimento humano. Apesar de conceptualizado de diversas formas, as fases de desenvolvimento obtêm uma concordância generalizada de que a maneira como lidamos com as nossas pulsões básicas começa a ser determinada na infância a partir das respostas dos outros às nossas necessidades básicas e desejos (Bateman et al., 2003).

Segundo os mesmos autores, o terapeuta de orientação dinâmica vê-se preocupado em abordar o paciente de forma empática, a partir do seu interior, de modo a ajudá-lo a identificar e compreender o que está a acontecer no seu mundo interno, relacionando com o seu contexto educativo e desenvolvimentista.

Contudo, enquanto na psicanálise o objetivo é a obtenção de uma mudança estrutural do ego e, na psicoterapia psicanalítica, o objetivo é a reorganização parcial de estrutura psicológica num contexto de mudança sintomática significativa, a psicoterapia de apoio procura a redução da sintomatologia através da promoção do equilíbrio entre as configurações da díade acima referida, reforçando as defesas mais adaptativas do paciente (Kernberg, 1990), ajudando-o, assim, a lidar com os sintomas, a fim de evitar uma recaída de um problema psicológico ou, no caso de uma pessoa relativamente saudável, ajudá-la a lidar com um problema transitório (Winston, Richard & Pinsker, 2004).

Assim, o terapeuta assume temporariamente as funções de ego auxiliar e de *holding*, com enfoque no desenvolvimento emocional e no conceito de fases e tarefas evolutivas ao longo do ciclo vital de Erikson (Bateman et al., 2003).

Apesar do enfoque na teoria psicodinâmica, a terapia de apoio, pode também socorrer-se dos princípios da aprendizagem (reforço, aprendizagem social) da teoria comportamental, da correção de crenças e pensamentos disfuncionais e técnicas de resolução de problemas da terapia cognitiva. É um tipo de terapia menos ambicioso, menos intensivo e menos provocador de ansiedade do que as terapias designadas psicanalíticas, orientadas ao *insight*, exploratórias ou expressivas (Cordioli, 2008).

Tem uma vasta aplicabilidade, é a forma mais ampla de psicoterapia individual praticada, e utiliza medidas directas para melhorar ou eliminar os sintomas e manter, restaurar ou melhorar a auto-estima, as funções do ego, e as habilidades adaptativas (Winston et al., 2004). Pretende, ainda, melhorar a capacidade de lidar com as tensões

internas e externas, eventualmente por meio do afastamento das pressões ambientais ou da adoção de medidas que visam o alívio dos sintomas e promover o desenvolvimento de capacidades de lidar com *deficits* provocados por doenças físicas ou com as suas sequelas (Cordioli, 2008).

A aplicação técnica da terapia de apoio envolve um julgamento criterioso, por parte do terapeuta, das potencialidades e das vulnerabilidades do paciente (Messer & Warren, 1995). O terapeuta adota uma atitude mais ativa, o estilo é mais conversacional e focado nos problemas (Cordioli, 2008), recorrendo ao reforço positivo e ajudando na reformulação dos problemas, de forma a contribuir para que o paciente perturbado possa modelar afetos como a depressão e ansiedade, e assim a aumentar as capacidades de controlo (Bateman et al., 2003). O estabelecimento de um bom vínculo e uma boa aliança de trabalho com o terapeuta, juntamente com a manutenção de uma transferência positiva, são também elementos cruciais na terapia de apoio (Cordioli, 2008).

Para Kernberg (1990), a psicoterapia de apoio, baseada na teoria psicanalítica, também pode ser definida dentro de três das principais técnicas de intervenção subjacentes à psicanálise e à psicoterapia psicanalítica: a interpretação, a transferência e a neutralidade. Contudo, utiliza apenas os passos preliminares da interpretação, ou seja, usa a clarificação e a confrontação e não a interpretação *per se*. Em contraste, utiliza o suporte emocional e cognitivo, ou seja, as intervenções do terapeuta são no sentido de reforçar a adaptação aos compromissos entre as defesas e os impulsos, através da informação cognitiva (persuasão, sugestão) e o suporte emocional, por via, do encorajamento e incentivo à autoconfiança.

A transferência não é interpretada nem discutida mas também não é ignorada. A atenção dada à transferência é no sentido de ajudar o terapeuta a analisar os modelos transferênciais adaptativos que podem representar um padrão que se estende aos outros significativos (Kernberg, 1990), sendo que, no caso de esta se tornar uma resistência para o

progresso terapêutico (Cordioli, 2008) ou se torne numa ameaça real que leve à interrupção do tratamento (Winston et al., 2004), deve ser discutida e trabalhada no seio da relação.

A neutralidade é de uma forma geral abandonada. O terapeuta toma uma postura alternativa ao pôr-se ao lado do id, ego, super ego ou realidade externa, de acordo com a dimensão que se apresentar, até certo ponto, com mais potencial adaptativo para o paciente (Kernberg, 1990).

Cordioli (2008) acrescenta, também, que a livre associação não é utilizada. A terapia é focal, centrada nos problemas, no relato e na discussão das tarefas eventualmente programadas para os intervalos das sessões, assim como no exame das eventuais dificuldades do paciente.

Para Bloch (1999) é também importante que o psicólogo não subestime as potencialidades do paciente, ao promover uma relação de excessiva dependência, impedindo ou retardando, dessa maneira, o processo de separação/individuação, o funcionamento autónomo e o desenvolvimento de uma identidade própria por parte do paciente. Por outro lado, a superestimação das potencialidades pode expô-lo a riscos de desequilíbrios que podem resultar em regressões ou retrocessos.

Todo este enquadramento implica que o psicólogo clínico tenha presente as dinâmicas associadas ao desenvolvimento humano, bem como a forma como se organiza a sua estrutura psíquica, de acordo com o quadro teórico que suporta a sua intervenção.

Teorias do Desenvolvimento Humano

Neste capítulo serão discutidas de forma resumida as ideias gerais de alguns autores acerca das determinantes que influenciam o desenvolvimento humano, com ênfase no desenvolvimento emocional/afetivo e psicossocial que serve de suporte ao quadro teórico de referências que sustenta a grande parte do presente trabalho.

Perspetivas teóricas do desenvolvimento emocional.

As fases do desenvolvimento humano têm sido conceptualizadas de diversas formas, mas o conceito de fases sucessivas, cada uma necessitando de ser resolvida no momento adequado e crítico que permita a progressão satisfatória para as fases posteriores, parece ser consensual entre a maioria dos autores (Fonagy, 2005).

A teoria psicanalítica de Freud sobre o desenvolvimento libidinal ou psicosexual, via a sexualidade adulta, como o resultado de uma pulsão libidinal presente desde o nascimento (Bateman et al., 2003), a qual implica uma série de conflitos entre o indivíduo que quer satisfazer os seus impulsos instintivos e o mundo social, que restringe esse desejo. De uma maneira geral, ao longo do seu desenvolvimento, o indivíduo procura obter o máximo de satisfação hedonista possível em face das restrições impostas pela sociedade (Cloninger, 2003).

Ainda que não tenha ignorado as estreitas inter-relações entre o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento afetivo, Freud apresentou-nos sobretudo uma descrição cronológica da progressão desenvolvimentista. O encadeamento dos diferentes estádios propostos é progressivo e, cada uma das problemáticas sucessivas, deixa, atrás de si, traços que se organizam em estratos suscetíveis de cristalizar pontos de fixação, para onde poderão convergir as eventuais regressões posteriores (Golse, 2005).

Freud propôs uma fase oral, que cobre aproximadamente o primeiro ano de vida que, globalmente, é um ano consagrado à apreensão e em que a satisfação da criança deriva da sucção e o objeto da pulsão é representado pelo seio materno. Este provoca a satisfação libidinal que se apoia na necessidade fisiológica de ser alimentado (Marcelli, 2005).

A fase anal estende-se, aproximadamente, durante o segundo ano de vida, e pode dizer-se que é um período consagrado ao controlo e ao domínio, e de ambivalência extrema

(Golse, 2005), que conduz a criança a um conjunto de pares estruturais dialéticos: expulsão-retenção, atividade-passividade, submissão-oposição (Marcelli, 2005).

A fase fálica, que se situa aproximadamente entre o terceiro e o quarto ano de vida, anuncia e precede a problemática edipiana. É neste estágio que se manifesta a curiosidade sexual infantil, emergem estados ansiosos sobre as diferenças sexuais e, nele, se estruturam certos fantasmas ligados à cena primitiva. As tendências que se integram no prazer preliminar do adulto procuram, aqui, satisfazer-se por conta própria. São conhecidas as relações que existem entre a curiosidade sexual e a curiosidade intelectual (Golse, 2005).

A problemática edipiana situa-se, aproximadamente entre os quatro e os sete anos, e parece apresentar-se como o ponto nodal que estrutura o grupo familiar e o funcionamento social, é o momento fundador da vida psíquica que garante o primado da genitalidade e orientação para o mundo exterior. No plano identificatório, o complexo de Édipo marca uma fase decisiva que instaura a prevalência do ser sobre o ter, enquanto a interiorização dos interditos parentais (proibição do incesto) possibilita a organização do superego e do ideal do ego definitivos (Bateman et al., 2003).

O período de latência é tradicionalmente um período não conflitual, que se situa entre os sete e os doze anos e está ligado ao declínio do conflito edipiano. Este período acaba com a puberdade, na qual as alterações hormonais reavivam a pulsão sexual, e dá origem à fase genital (Golse, 2005).

A fase genital ou adolescência é uma época da vida sobre a qual os psicanalistas no geral, e Freud em particular, se focaram pouco. Não se pode falar de estágio ou período, mas antes duma crise que vem encerrar o período de latência e na qual se reativa a problemática edipiana com deslocamento para substitutos parentais idealizados (professores, artistas) mas, também, uma reativação das problemáticas pré-genitais, nomeadamente orais (anorexia, tabaco). O adolescente vê-se obrigado a aceitar que existe distância entre o seu ego e o ego

idealizado (ferida narcísica) e a admitir as inevitáveis imperfeições dos pais (perda do objeto) o que implica tendências depressivas mistas (Marcelli, 2005).

O ponto de vista de Margareth Mahler inscreve-se como complemento da teoria de Freud, focando-se em particular nas suas primeiras três fases, oral, anal e fálica. Consequentemente, identifica, no desenvolvimento, três grandes estádios que são, sucessivamente, a fase de autismo normal, simbiose normal e fase do processo de separação-individuação. A primeira fase corresponde à primeira metade da fase oral de Freud. É uma altura em que o bebé está muito mais vezes próximo do estado de sono do que de vigília e em que, durante este estado de vigília, o recém-nascido tenta apenas manter uma regulação homeostática dos fenómenos fisiológicos, revelando, dessa forma, a sua própria esfera autística onipotente (Mahler, 1982).

A esta fase, aproximadamente, Klein (1986) chamou de posição esquizoparanoide, na qual a angústia de perseguição é a que está mais ativa e predomina entre os três ou quatro primeiros meses de vida. Durante este período, e graças às boas experiências vividas, o ego vai poder juntar-se, integrar-se e unificar-se. No desenvolvimento afetivo normal o ego adquire confiança no bom objeto, mas se por razões externas e/ou internas as pulsões de morte tomam a dianteira sobre o bom objeto, os mecanismos de defesa podem já não ser suficientes para controlar a angústia, tornando a desintegração do ego a sua última defesa (Segal, 2004).

Winnicott chamou a este momento, de fase da dependência absoluta, que corresponde aproximadamente aos primeiros cinco meses de vida, durante os quais a mãe do recém-nascido está tomada pela preocupação materna primária. Esta preocupação capacita a mãe de se colocar no lugar da criança e de responder às suas necessidades, não permitindo que o bebé experiencie qualquer ameaça de aniquilação, o que lhe permite investir na construção do seu *self* sem perigo, proporcionando, assim, a ilusão de um controlo onipotente que

constitui o elemento fundamental na maturação do funcionamento mental (Winnicott, 1990). Quando a mãe não se consegue deixar invadir por esta preocupação materna primária, arrisca-se, então, a tornar-se numa mãe terapeuta, incapaz de satisfazer as necessidades precoces do bebé, e invasora do seu espaço, passando a «tratar» a criança em vez de a deixar ter as suas experiências (Marcelli, 2005).

Na perspetiva de Mahler, ainda durante a fase oral de Freud, aproximadamente a partir do terceiro mês de vida do bebé e até ao sexto mês, assiste-se à rutura da concha autista e inaugura-se a fase simbiótica, que termina por volta dos doze meses (Mahler, 1982).

A fusão do bebé com a mãe é tal que não é percebida nenhuma diferença entre o Eu e o não Eu. Os processos de organização do ego polarizam-se em torno da mãe, cujo investimento, enquanto objeto parcial, se tornará a principal realização psíquica, servindo como ego auxiliar, protegendo o ego rudimentar da criança dos traumatismos provenientes dos estímulos pulsionais (Golse, 2005).

Com a experiência da repetição, o objeto parcial, capaz de saciar as necessidades adquire especificidade e as representações totais do *self* definem-se. Ao mesmo tempo o controlo relativo das tensões irá permitir esperar e antecipar com confiança a satisfação das necessidades (Mahler, 1982). Este momento, entre os nove e doze meses, inicia o processo de separação-individação.

Winnicott defende que é nesta fase do desenvolvimento que a mãe recupera do estado de profunda preocupação e total gratificação para com o bebé, tornando-se simplesmente numa mãe suficientemente boa, ou seja, uma mãe que apresenta falhas transitórias mas nunca superiores às que a criança pode experimentar, permitindo à criança desenvolver um sentimento de confiança inabalável, de onipotência, sobre o qual a unidade psique-soma se integre e sirva como base de um *self* autêntico (Winnicott, 1990).

Face às pequenas falhas da mãe, a criança experimenta uma desilusão moderada necessária para que ela se adapte, substituindo a ilusão primitiva por uma zona intermédia, área de criatividade primária ou transacional, cujo representante mais característico é o objeto transacional (Marcelli, 2005). Esta área de compromisso constitui a maior parte do vivido da criança e que subsiste ao longo da vida e a qual permite manter, ao mesmo tempo separadas e juntas uma à outra a realidade interior e exterior (Golse, 2005).

A partir aproximadamente dos cinco ou seis meses de vida, e ainda dentro da fase oral de Freud, assiste-se ao primeiro e segundo momento do processo de separação-individação proposto por Mahler, a diferenciação e desenvolvimento do esquema corporal e as tentativas de separação, respetivamente. O primeiro momento, entre os seis e nove meses, corresponde ao primeiro deslocamento de investimento de energia libidinal para o exterior. Nesta fase, se a criança tiver que suportar uma forte tensão de origem externa, recorre à mãe, o que evita que tenha que desenvolver prematuramente os seus próprios recursos. Assim, o ego corporal elabora-se na relação com o corpo da mãe e o início da diferenciação realiza-se por extensão fora da relação simbiótica. Num segundo momento, entre os nove meses e os doze a quinze meses, aproximadamente, a criança começa a explorar setores cada vez mais amplos da realidade. Separa-se fisicamente da mãe, mas esse afastamento é gerador de angústia quando a criança toma consciência dele, apesar de ir alternando entre a dependência e o fascínio da autonomia (Mahler, 1982)..

A criança vai modificando, gradualmente, o seu comportamento em função da referência em espelho que a mãe lhe apresenta e com o qual vai ajustando o seu *self* primitivo. Se este quadro de referência estiver alterado (mãe ansiosa, inconstante, imprevisível) a criança não pode fazer a contraprova percetiva e emocional tranquilizadora, e a estruturação da sua personalidade pode ser perturbada com gravidade (Golse, 2005).

Para Klein (1986), esta é a fase em que o bebê vivencia a posição depressiva, que também se verifica a partir da segunda metade do primeiro ano de vida. Esta fase provém da nova possibilidade que a criança conquista, de reconhecer, graças às experiências repetidas da relação objetal, a unicidade do bom e mau objeto, da boa mãe e má mãe (Marcelli, 2005). Diferentemente do que se passava na posição anterior, em que a angústia de perseguição estava relacionada com o aniquilamento ou desintegração do ego, o que aparece é uma angústia depressiva em relação ao objeto ou, antes, à perda do objeto (Segal, 2004).

A agressividade e posição depressiva merecem, também, a consideração de Winnicott. Este autor verifica que a agressividade precede a integração do ego e tem necessidade de um objeto para se exprimir. Poder vincular-se a um objeto torna-se a condição da sua existência o que revela um estágio intermédio marcado pela destruição do bom objeto. Esta destruição tem um valor muito positivo porque, para passar da relação objetal para a utilização do mesmo, é preciso que a criança o destrua, adquirindo, a mãe, o papel capital de tolerar o impulso afetivo do bebê para destruir, e sobreviver à repetição dos ataques (Winnicott, 1975).

Esta atitude materna é determinante para a evolução da criança no momento em que ela passa pelas dificuldades da posição depressiva, período que se estende aproximadamente entre o sexto mês até ao fim do primeiro ano. Quando a mãe aceita receber as pulsões agressivas e continua a amar o bebê, assegura um continuum que permite à criança desenvolver as suas capacidades de dádiva e reparação, que permitirão controlar a perda do objeto e minimizar a culpabilidade, ao mesmo tempo que alarga o campo da vida instintiva. A partir daqui irá desenvolver-se o seu sentido moral e as suas capacidades para estabelecer relações saudáveis no seio da sociedade (Golse, 2005).

Assim, a maneira como a mãe e o meio ambiente apresentam o mundo à criança determina o estabelecimento da relação de objeto e a constituição do *self*. Contudo, a

resolução deste paradoxo objetal conduz a uma organização de defesa que, no adulto, pode encontrar-se como uma organização verdadeira ou falsa do *self* (Winnicott, 1990).

Segundo Mahler, a partir dos doze ou quinze meses aproximadamente, e até aos vinte e quatro meses, correspondendo já à fase anal de Freud, verifica-se o terceiro momento da separação-individuação, a fase de aproximação. Aqui o comportamento é marcado pela instabilidade no humor e indecisão, devido à necessidade de se reorganizar quanto aos objetos de substituição e conseqüente perda na noção de onnipotência. Ao longo do processo de aproximação é fundamental a disponibilidade física e emocional da mãe, de forma a condicionar a elaboração das defesas do filho e encorajar o seu desenvolvimento (Mahler, 1982).

O quarto momento do processo de separação-individuação coincide com a fase fálica e edipiana de Freud, este é o momento da consolidação da individualidade. Esta fase implica que a criança tenha podido realizar a unificação do bom e do mau objeto numa única representação psíquica total, após ter ultrapassado as angústias e suas conseqüências, surgidas com a separação em relação à mãe (Golse, 2005).

Perspetivas teóricas do desenvolvimento psicossocial.

Em meados do século XX, Erikson (1968) começa a construir a sua teoria psicossocial do desenvolvimento humano, repensando vários conceitos de Freud, sempre considerando o ser humano como um ser social, antes de tudo, um ser que vive em grupo e sofre a pressão e a influência deste.

Propôs uma teoria de desenvolvimento que descreve oito fases ao longo da vida. A descrição dessas fases foi baseada em factos biológicos que perturbam o equilíbrio entre a unidade biológica e a adaptação social, e foi notável entre os psicanalistas pela atenção dada aos fatores culturais e familiares implicados no desenvolvimento humano e pela extensão de um modelo desenvolvimentista para todo o ciclo de vida (Fonagy, 2005).

De acordo com o princípio epigenético, Erikson defende que os vários estádios de desenvolvimento se constroem uns sobre os outros e ocorrem numa sequência invariável em todas as culturas (Erikson, 1968). Em cada fase o indivíduo vivencia uma crise que é resolvida no contexto da sociedade. De cada crise emerge uma força do ego que corresponde àquela fase, tornando-se, essa força, parte do repertório das aptidões do ego do indivíduo pelo resto da sua vida, sendo que, num desenvolvimento saudável, a extensão da força é maior que a fraqueza (Cloninger, 2003).

Erikson mostrou-nos como uma pessoa pode achar que um meio de gratificação, originalmente associado a uma fase particular ou zona erógena, oferece uma maneira útil de expressar desejos e posteriores conflitos. Isto permitiu-lhe introduzir uma série de constructos, onde se incluem a identidade, generatividade ou capacidade de gerar, e a confiança básica (Fonagy, 2005).

As fases propostas por Erikson são as seguintes: confiança vs desconfiança; autonomia vs vergonha e dúvida; iniciativa vs culpa; diligência vs inferioridade; identidade vs difusão de identidade; intimidade vs isolamento; generatividade vs estagnação e integridade vs desespero (Erikson, 1998).

Em cada uma destas fases a cultura influencia o desenvolvimento, mas, em contrapartida, os indivíduos também influenciam a cultura pelo modo como se desenvolvem em cada fase (Cloninger, 2003).

Como referido anteriormente, Erikson reinterpretou as fases psicosexuais de Freud. A fase oral passou a ser considerada em função da sua condição de total dependência, na qual o estabelecimento de confiança básica (ou falta dela) era o resultado específico da satisfação ou privação da pulsão oral. A fase anal é conceptualizada como envolvendo a autonomia, na qual, para além das funções de controlo dos esfíncteres, estava envolvido também um vasto leque de aspetos relevantes para a aprendizagem do autocontrolo de acordo com as

expectativas da família e da sociedade em geral. A fase edipiana era considerada como um tempo decisivo para o desenvolvimento de um sentido de eficácia básica (iniciativa vs culpa) e de um sentido de identificação com os objetos de amor do indivíduo (McWilliams, 2005).

De facto, parece inequívoco que o passado molda o nosso presente, mas também o presente pode remodelar a influência que esse passado exerce no nosso funcionamento atual, e esta é a base da progressão e mudança em psicoterapia (Fonagy, 2005).

O entendimento dos modelos de desenvolvimento é, então, fundamental para uma melhor compreensão do sujeito. O conhecimento dos modelos de desenvolvimento de um indivíduo vai ajudar o psicólogo a um entendimento mais sustentado das suas dinâmicas internas, facilitando uma mais profunda compreensão das características de personalidade do seu paciente.

Estratégias de Compreensão do Sujeito

Para além do conhecimento dos modelos de desenvolvimentos do sujeito, e para que se entendam as características de personalidade de um indivíduo, parece ser também importante, obter conhecimento do seu nível de organização psíquica e os seus mecanismos defensivos. Este conhecimento permite orientar o terapeuta na interação com o seu paciente, ajudando na compreensão das dinâmicas internas associadas ao seu funcionamento psíquico e como estas enquadram ou influenciam a perturbação.

Níveis de organização estrutural psíquica.

Da perspetiva psicanalítica, uma das tarefas de avaliação é determinar se o paciente opera predominantemente ao nível neurótico, *borderline* ou nível psicótico.

Predominantemente, porque, mesmo dentro de uma chamada personalidade normal, pode haver flutuações nos níveis de funcionamento que são ativados em diferentes circunstâncias (Lema, 2003).

Os indivíduos com características de personalidade de nível neurótico geralmente apresentam uma identidade egóica normal e conseqüente controlo dos impulsos, capacidade para o estabelecimento de relações objetais consistentes, eficácia e criatividade no trabalho e capacidade para o amor sexual e intimidade emocional (Gonçalves, Rodrigues, & Brazette, 1997), só perturbados quando se deparam com um conflito, geralmente de origem edipiana, entre o desejo e os obstáculos que impedem a sua satisfação num contexto de um ego forte o suficiente para permanecer enraizado na realidade (Lema, 2003).

Os indivíduos com este nível de organização manifestam representações do *self* e do objeto claramente delimitadas, e capacidade de se avaliar a si próprios e aos outros realisticamente e em profundidade (Gonçalves et al., 1997).

Recorrem especialmente às defesas mais maduras ou de segunda ordem, embora também utilizem defesas primitivas, não sendo estas, porém, tão predominantes (McWilliams, 2005), sendo que, a ausência de quaisquer defesas maduras, apontaria para uma organização mais *borderline* ou psicótica (Lema, 2003). Este grupo inclui as personalidades histéricas, depressivo-masoquistas, obsessivas e evitante (Gonçalves et al., 1997).

Um indivíduo com este nível de organização não está imunizado contra os fluxos e refluxos do equilíbrio narcísico. Contudo é mais provável apresentar um sentido de identidade integrado capaz de incorporar uma mais complexa auto-representação, por exemplo, pode ver-se a si mesmo, tanto como trabalhador e confiável, mas também, por vezes, manipulador (Lema, 2003).

Para McWilliams (2005), os indivíduos neuróticos evidenciam, também, ter alcançado com êxito os resultados próprios dos primeiros dois estádios de Erikson, confiança básica e autonomia básica, e de terem feito algum progresso em direção ao terceiro, o atingir de um sentido de identidade e iniciativa.

A estrutura de personalidade *borderline* caracteriza-se pela difusão da identidade e pela predominância de mecanismos de defesa primitivos, não obstante, mantêm a capacidade de testar a realidade preservada, refletindo, dessa forma, a diferenciação já estabelecida entre as representações do *self* e do objeto, características da fase de separação-individuação do desenvolvimento. Esta categoria inclui, mais frequentemente, características de personalidade *borderline*, esquizoide, paranoide, narcísica, antissocial, entre outras (Gonçalves et al., 1997).

Embora estes pacientes se mostrem, muitas vezes, preocupados com os impulsos destrutivos que residem dentro de si, apresentam-se, predominantemente, mais preocupados com as experiências internas de impotência e vulnerabilidade (Lema, 2003), manifestando, com frequência, incapacidade de integrar o afeto nos comportamentos sexuais, mantendo uma vida sexual caótica ou inibição generalizada de todas as respostas sexuais. Também é frequente encontrar, nestes indivíduos, níveis baixos de tolerância à frustração e dificuldades em controlar os impulsos como manifestações não específicas de fraqueza do ego (Gonçalves et al., 1997).

Ameaças à auto-imagem agem, habitualmente, como precursores de comportamentos destrutivos contra si mesmo e/ou contra outros, refletindo uma tentativa desesperada de manter alguma da sua integridade (Lema, 2003), todavia, muitos pacientes dentro deste espectro conseguem manter uma adaptação social bastante satisfatória, demarcando-se, claramente, do nível inferior da organização *borderline*, acima mencionada, evidenciando um desenvolvimento não conflitual de algumas funções egóicas e de integração superegóica, nos quais se podem incluir, mais frequentemente, as personalidades ciclótímias, histriónicas, dependentes e algumas personalidades narcísicas com melhor funcionamento (Gonçalves et al., 1997).

A organização psicótica da personalidade é caracterizada por deficit na integração do *self*, manifestado pela difusão da identidade e predominância de mecanismos defensivos primitivos, como por exemplo, a identificação projetiva, a negação, idealização projetiva e controlo onnipotente, que atuam no sentido de proteger indivíduos da desintegração do *self* (Gonçalves et al., 1997). Estes indivíduos revelam, portanto, uma estrutura psíquica mais frágil esforçando-se para definir um sentido de identidade (Lema, 2003), de tal forma que, muitos, nem estão completamente seguros que “existem” e muito menos que a sua existência seja satisfatória (McWilliams, 2005).

As alterações do teste de realidade manifestam a ausência de diferenciação entre as representações do *self* e do objeto influenciados por estados afetivos intensos, ou seja, apresentam uma experiência estrutural do estado simbiótico do desenvolvimento (Gonçalves et al., 1997). Assim, o mais importante a compreender sobre as pessoas com um nível de funcionamento simbiótico é que se encontram assustadas, porque estão sempre prontas a acreditar que a aniquilação está eminente, não se devendo portanto adotar qualquer abordagem que dê espaço a muita ambiguidade (Lema, 2003).

Tendo em conta as características de desorganização psíquica de um paciente dentro da organização psicótica, o diagnóstico não é difícil, na medida em que apresentam, frequentemente, sintomatologia delirante, alucinações e pensamento ilógico; porém, há muitas pessoas que, em termos de caráter, estão a um nível de organização psicótica mas cuja confusão interna básica não se evidencia à superfície, exceto no caso de estarem sob considerável stress (McWilliams, 2005).

Processos Defensivos

Conforme apresentado por Freud em 1894, a definição original de um mecanismo de defesa era que esta era uma contra força dirigida contra a expressão de um impulso, de forma a controlá-lo ou modelá-lo, e com o objetivo de proteger o indivíduo de ser oprimido pela ansiedade que resultaria do reconhecimento consciente de impulsos inaceitáveis (Cramer, 2006). As pessoas com perturbações emocionais estavam a tentar evitar reexperienciar o que recebiam como sofrimento insuportável. Faziam-no, com elevados custos para o seu funcionamento global (McWilliams, 2005).

Com o desenvolvimento das teorias, em particular com os trabalhos dos desenvolvimentistas e dos teóricos dos processos de vinculação, a influência dos fatores externos no desenvolvimento dos processos defensivos começa a tomar forma e torna-se importante, pois contribuiu para que o foco da compreensão das defesas não se limitasse a uma resposta a um conflito interno, enfatizando que, estas, tinham origem nas primeiras interações com os outros, permitindo que os processos defensivos passassem a ser vistos como respostas ou adaptações para os conflitos interpessoais recorrentes (Lema, 2003).

Assim, a abordagem contemporânea defende que as defesas desenvolvem-se porque o *ego* está constantemente a tentar satisfazer as exigências impulsivas do *id*, enquanto tenta, ao mesmo tempo, adaptar-se às limitações da realidade e às restrições morais do *superego* (Millon, Grosseman, Millon, Meagher & Ramnath, 2004), isto é, as defesas operam tanto como reação a pressões internas, como descrito na teoria psicanalítica clássica, como em reação às pressões exteriores, especialmente aquelas que ameaçam a auto-estima ou a estrutura e integração do *self*, como por exemplo, as que emanam das relações entre as crianças e os seus cuidadores, principalmente num contexto de falha empática, o que vai fazer com que a criança mobilize barreiras para evitar reconhecer essas falhas (Cramer, 2006), que se perpetuam.

No edificar dessas barreiras podem emergir vários tipos de mecanismos defensivos, que inclusive, podem variar com as circunstâncias mutantes da relação de objeto vigente e atuante, sendo que, no sofrimento psicológico, talvez mais importante do que este processo, é a energia psíquica que se concentra nas defesas contra essa ameaça ou impulso determinado (Matos, 2002).

Todavia, não podemos esquecer que o que acabamos por denominar como defesas nos adultos ditos saudáveis tem origem em formas adaptativas e inevitáveis de experienciar o mundo. Assim, deve-se também ter em conta que os fenômenos a que nos referimos como mecanismos defensivos têm funções úteis. Começam por ser adaptações criativas e saudáveis e podem continuar a funcionar adaptativamente ao longo da vida (McWilliams, 2005).

Embora não haja evidência que as defesas surjam uma após outra, numa sequência ordenada e predizível, à medida que a criança se desenvolve, existe um acordo significativo entre os clínicos de influência analítica, no sentido de algumas defesas representarem um processo mais primitivo que outras. Em geral, as defesas referidas como primárias são as que envolvem o *self* e o mundo externo, enquanto as que são consideradas como secundárias ou mais maduras, lidam com fronteiras internas, nomeadamente entre o ego ou superego e o id, ou entre as partes observadoras ou experienciais do ego (Millon et al., 2004).

Contudo, afigura-se-nos importante conceptualizar as defesas no contexto desenvolvimentista, porque parece claro que considerar uma defesa, imatura ou não, depende da idade da pessoa que a utiliza. Por exemplo, a negação, quando utilizada por um indivíduo de vinte cinco anos de idade, é considerada imatura, mas quando usada por uma criança de cinco anos de idade, considera-se adequada (Cramer, 2006).

McWilliams (2004) acrescenta, também, que, para uma defesa ser considerada primária, tem que ser desenvolvida durante a ausência da conceção do princípio da realidade

e ausência de apreciação do caráter de separação e da constância dos outros externos ao *self*, características associadas à fase pré-verbal do desenvolvimento. Por exemplo, para que algo seja recalcado (processo defensivo secundário), tem de ter sido de alguma forma conhecido e depois remetido para o inconsciente, enquanto a negação (processo defensivo primário) é um processo primário, não racional.

Tornou-se, então, mais ou menos convencional na literatura psicanalítica a identificação das seguintes defesas como fazendo parte das intrinsecamente primárias ou primitivas: retirada, controlo onnipotente, identificação projetiva e introjectiva, idealização e desvalorização primitivas, clivagem, e dissociação. Dentro das secundárias ou mais maduras identificam-se o recalçamento, regressão, isolamento, intelectualização e racionalização, moralização, compartimentalização, anulação, deslocamento, formação reativa, inversão, identificação, *acting out* e sublimação (McWilliams, 2005).

De referir, ainda, que as defesas podem funcionar no terreno da cognição, da emoção ou comportamento e que todas elas constituem uma mistura de tendências pessoais e de causas situacionais, sendo que, do ponto de vista clínico, é útil avaliar se uma dada reação representa melhor as primeiras ou as segundas (McWilliams, 2004).

Em jeito de resumo, poder-se-á dizer então, que a defesa psíquica é, não só um processo mais ou menos específico de luta contra o instinto com vista à obtenção, em regra, de uma distorcida adaptação à circunstância social, como também um processo dirigido contra determinada pulsão mais flagrantemente em desacordo com a estrutura do superego ideal, instância reitora da conduta socializada (Matos, 2002).

Os pensadores analíticos consideram que estas formas de experienciar, existem dentro de nós, quer apresentemos ou não patologia, e que os processos pré-verbais, que antecedem o princípio da realidade e a constância objetal, constituem bases sobre as quais é construída a psicologia e todos nós. Apenas são problemáticas quando não se dispõe de competências

psicológicas mais maduras ou se essas defesas são utilizadas persistentemente com exclusão de outras possíveis (McWilliams, 2005).

A finalidade do processo analítico é reaver os movimentos instintivos afastados da consciência, através da análise das defesas que os bloqueiam. Desmoronada a resistência, a energia pulsional tende a integrar-se no curso normal do desenvolvimento, atendendo, desse modo, tanto ao princípio do prazer como ao princípio da realidade, não se podendo esquecer, porém, que conhecer a irracionalidade dessa defesa só é possível através do conhecimento daquilo que a motiva, ou seja, o impulso recalcado (Matos, 2002).

Enquadramento das Problemáticas dos Estudos Caso

Neste sub-capítulo será apresentada uma breve revisão bibliográfica referente às problemáticas associadas aos casos clínicos apresentados no presente relatório. Em primeiro lugar será feita uma sucinta alusão às características de personalidade narcísica e à depressão e como estes conceitos se associam dentro da perspectiva psicodinâmica. No momento seguinte será efetuado um breve enquadramento dos princípios das teorias da vinculação, as quais parecem sustentar a problemática apresentada no caso clínico B).

Narcisismo e a condição depressiva.

Os indivíduos cujas personalidades se organizam em função da manutenção da auto-estima pela aprovação do exterior, são designados de narcísicos pelos psicanalistas (McWilliams, 2004).

A maioria dos sintomas neuróticos clássicos, associados, em grande parte, a uma sociedade mais repressiva, autoritária e puritana, parece estar a dar lugar às desordens narcísicas que são mais compagináveis com uma sociedade permissiva e indefinida nas suas manifestações como a que vivemos na atualidade. Nos momentos de indefinições e de grandes e rápidas mudanças, o sujeito tende a manifestar um movimento regressivo, um movimento narcísico direcionado a si próprio, comportando-se como objeto do seu próprio

investimento, o qual se caracteriza por uma idealização de si como forma de se sentir pleno (Lazzarini & Viana, 2010).

Assim, a compensação narcísica, pautada pela exaltação ilusória da auto-imagem, funciona como um prémio de consolação que o indivíduo se atribui a si mesmo pelo facto de não se ter sentido e sentir suficientemente amado e admirado pelos seus objetos (Matos, 2001). Estes indivíduos podem ter sido decisivamente importantes para os pais ou seus cuidadores, não pelo que realmente eram, mas pela função que preencheram (McWilliams, 2004).

Quando um indivíduo não se sente amado deprime-se e, a melhor defesa ou reparação dessa depressão é amar-se a si mesmo, investindo-se narcisicamente. O trágico é que o indivíduo que não foi amado não aprendeu a amar e, não sabendo amar, dificilmente será amado. A sua sede de amor é grande mas o seu ódio à relação amorosa ou à sua descrença no amor levam-no a estragá-lo, ou mesmo a nunca o conquistar, devido à relação ambivalente e depressivante ou pela relação perversa e deteriorante às quais adere (Matos, 2001). Este depressivo vê-se, assim, atacado pelo objetal, pelo narcísico e pela ambivalência, travando, desse modo, uma desgastante batalha pulsional (Ramos, 2010).

Neste processo, os danos infligidos a outros, no prosseguimento de projetos orientados narcisicamente, podem ser racionalizados e assumidos como efeitos secundários triviais (McWilliams, 2004).

Segundo Matos (2001) é cada vez mais frequente a organização depressiva básica ou depressividade, com maior ou menor sintomatologia manifesta, na qual é preponderante o defeito narcísico, por carência a vários níveis: ao nível oral (mãe insuficientemente boa), anal-fálico (influência paterna insuficiente) e edipiana (não confirmação do valor da imagem psicosexual). Esta última trata-se de uma patologia narcísica com características de uma pré-neurose, distinguindo-se bem da síndrome *borderline* típica pela boa delimitação entre o

self e o objeto e a realidade interna e externa, podendo estar, estas, mais associadas a organizações *borderline* da personalidade de nível superior (Gonçalves et al., 1997).

Podemos dizer então que, ao nível fenomenológico, a depressão narcísica é principalmente caracterizada por um abatimento, um afeto de mágoa, por um fundo de pessimismo, mas com uma certa esperança, porque o objeto inatingível numa relação total, não está perdido, apenas inacessível por ser um objeto profundamente edipiano (Matos, 2001).

Nos processos defensivos e adaptativos, as pessoas estruturadas narcisicamente podem utilizar todo o leque de defesas, mas aquelas das quais dependem mais são a idealização e a desvalorização, verificando-se uma complementaridade no sentido em que, quando o *self* é idealizado, os outros são desvalorizados e vice-versa (McWilliams, 2004).

Uma posição defensiva relacionada, na qual os indivíduos com motivações narcísicas são apanhados na armadilha, é o perfeccionismo. Como refere Kohut (1971), a perturbação narcísica aparece como uma resposta a uma falha de empatia por parte da mãe. O sentido do *self* da criança fragmenta-se e ela tenta ser perfeita com o fim de receber a ansiada aprovação.

A procura da perfeição é expressa numa crítica constante do *self* ou dos outros, e numa incapacidade para encontrar alegria nas ambiguidades da existência humana, sendo que, as soluções perfeccionistas para os dilemas narcísicos, são inerentemente autodestrutivas, na medida em que, as ideias exageradas para compensar as falhas do *self*, irão esbarrar contra a imperfeição. Com a estratégia condenada, o *self* desvalorizado emerge de novo (McWilliams, 2005).

Assim, se a cura para a depressividade consiste no reconhecimento consciente da má qualidade do objeto arcaico, ou seja, na correção da ilusão idealizante assumindo toda a extensão e profundidade do vazio depressivo que sempre existiu, mas era negado (Matos,

2001), um terapeuta capaz de ajudar um indivíduo narcísico a encontrar a auto-aceitação sem insuflar o *self* nem depreciar os outros, fez uma ação verdadeiramente notável e difícil (McWilliams, 2004).

Vinculação.

A noção de que as primeiras relações mal adaptativas entre pais-filhos desempenham um papel causal na psicopatologia tem sido central para a teoria do desenvolvimento. No entanto, não foi assim até John Bowlby (1988) fornecer um paradigma amplamente sedutor e Mary Ainsworth (1978) desenvolver os meios práticos para verificar se estas relações iniciais e a sua relação com o desenvolvimento de posterior psicopatologia recebiam atenção empírica.

A teoria da vinculação de Bowlby teve um enorme impacto sobre a ciência psicológica, reunindo ideias e observações da psicologia social, psicologia do desenvolvimento, comportamentais, neurociência, psicobiologia, e psicologia clínica (Oliver, Robins, & Pervin, 2008).

A partir deste ponto de vista, a experiência inicial tem um significado especial, pois fornece a base para operações subseqüentes da criança com o meio ambiente. A criança interpreta e cria novas experiências com base em experiências de proximidade emocional desenvolvidas nas primeiras relações significativas (Bowlby, 1988)

Todas as crianças desenvolvem expectativas quanto ao seu comportamento e quanto ao comportamento do seu cuidador. Estas expectativas são baseadas na compreensão que a criança tem das suas experiências precoces que moldam o seu comportamento com a figura de vinculação, acabando, estas, por se estender às suas relações sociais posteriores (Cassidy 1999).

Fonagy (2005) destaca, também, a natureza transgeracional dos modelos internos de funcionamento. As visões que temos de nós mesmos dependem do modelo de

funcionamento relacional desenvolvido, e que estes caracterizam igualmente os nossos cuidadores.

Este modelo de desenvolvimento defende que os comportamentos de fixação, tais como o choro e a procura, são respostas adaptativas à separação da figura primária de vinculação, alguém que tem uma história de prestação de apoio, proteção e cuidado para com a criança. Isto acontece porque os bebés humanos, à semelhança de outros bebés mamíferos, nascem sem a capacidade de se alimentar ou proteger a si mesmos, são altamente dependentes dos cuidados e proteção dos adultos mais velhos e sábios (Oliver, et al., 2008).

Neste sentido, Bowlby (1989) sugere a existência de sistemas comportamentais pulsionais subjacentes a grande parte da vida emocional do ser humano, e que estes se desenvolveram porque conduziam à necessidade de sobrevivência. Assim, o sistema afiliativo ou de sociabilidade é descrito como pertencente ao sistema de vinculação, na medida em que está ligado a uma tendência biologicamente programada.

Toda a interação entre mãe e filho é acompanhada pelas mais fortes emoções e sentimentos, alguns satisfatórios outros não, e se a figura de referência ou o cuidador é próximo, atento, e responde às necessidades psicobiológicas da criança, esta vai-se sentir segura, amada e confiante. Se, por outro lado, estas condições não estiverem reunidas, se a interação resulta em persistente conflito, a criança, vai ativar respostas ansiosas relacionadas com o abandono, sobretudo perante a rejeição do outro (Fonagy, 2005).

Estas experiências de vinculação precoce podem levar ao desespero e à depressão, e têm o potencial de moldar as expectativas que a criança desenvolve sobre a sua auto-estima e sobre a capacidade de se relacionar com os outros significativos (Oliver et al., 2008).

Assim, desde que os relacionamentos iniciais se mantenham favoráveis, não só os padrões iniciais do pensamento, sentimento e comportamento persistem, como a personalidade se torna cada vez mais estruturada de molde a operar de forma

moderadamente controlada e resiliente, mantendo-se este padrão de funcionamento mesmo em condições adversas. Se as primeiras relações forem mal adaptativas podem levar a estruturas de personalidade mais vulneráveis que se caracterizam por uma menor resiliência e controlo deficiente, tendendo, estas, a persistir ao longo do desenvolvimento (Bowlby, 2002).

Como psicólogo do desenvolvimento, Ainsworth (1978), acrescenta que a separação, tanto física como psicológica, é uma construção dimensional, potencialmente implícita em cada interação mãe-filho. A mesma autora explorou a ligação entre as características de vinculação e a sua relação com o desenvolvimento humano em estudos com amostras em variados contextos comunitários e laboratoriais (Atkinson & Goldberg, 2004).

Usando várias metodologias, Ainsworth (1978), nos seus estudos, identificou três padrões de vinculação nas crianças. Enquanto as crianças com um padrão de vinculação evitante minimizam a expressão de emoções negativas na presença da figura de vinculação, percebida como rejeitante ou ignorando essas mesmas emoções, as crianças com um padrão de vinculação resistente/ambivalente, maximizam a expressão de emoções negativas e a exibição de comportamentos de vinculação, de forma a chamar a atenção das figuras parentais, as quais tendem a ser percebidas como inconsistentemente responsivas, podendo permanecer de forma passiva ou com a atenção focada nos pais mesmo quando o ambiente facilita os comportamentos exploratórios.

Pelo contrário, as crianças com um padrão de vinculação segura, em situações geradoras de ansiedade, podem expressar o seu mal-estar à figura de vinculação, que lhes proporciona conforto e serve de base segura para os comportamentos exploratórios (Atkinson & Goldberg, 2004).

A vinculação insegura surge, assim, associado a outras áreas do desenvolvimento sócio-emocional da criança, tal como a relação com os pares (elevados conflitos ou

dependência, punição, vitimização, hostilidade), ou mesmo em termos de construção do *Self* (alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa, depressiva e isolamento) (Sroufe, 2005).

De acrescentar que, quando o objeto da intervenção terapêutica é uma criança ou mesmo um adolescente, é fundamental ter presente que, as manifestações psicopatológicas, em particular aquelas das quais emergem sintomatologia ansiosa, não se caracterizam por um padrão homogêneo e consistente de sintomas, podendo diferir na frequência dos sintomas, na gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reações ao tratamento (Fonseca, 1998).

Em resumo, as perturbações nas relações iniciais de vinculação não são geralmente vistas como patologia ou diretamente causa de patologia; todavia, estas podem estabelecer as bases para o aparecimento de distúrbios ao longo do processo de desenvolvimento que podem levar à psicopatologia (Atkinson & Goldberg, 2004), emergindo, daqui, a necessidade do psicólogo clínico entender os processos subjacentes aos modelos de vinculação, de forma a entender melhor as dinâmicas relacionais intrínsecas aos processos terapêuticos.

Objetivos de estágio

O presente projeto teve quatro vertentes principais, doravante denominadas de objetivos gerais, dentro dos quais se estabeleceram objetivos específicos, conforme descrito:

Objetivo Geral 1

Desenvolver competências na prática do aconselhamento psicológico, apoio psicológico e avaliação Psicológica

Objetivos específicos 1.

- Acompanhar os utentes que recorrem ao GAPPS para apoio psicológico individualizado.
- Desenvolver competências de prática clínica baseadas no trabalho teórico desenvolvido ao longo dos anos.

Objetivo geral 2

Intervenção na comunidade no âmbito da promoção da saúde.

Objetivos específicos 2.

- Desenvolver competências na elaboração de programas de sensibilização e prevenção.
- Participar na implementação das sessões de investigação/ ação a realizar.

Objetivo geral 3

Desenvolver competências na prática da investigação científica.

Objetivos específicos 3.

- Colaborar no desenvolvimento e adaptação de materiais a utilizar nas sessões de investigação/ ação a realizar pelo GAPPS.
- Redação de um artigo de caráter científico.

Objetivo geral 4

Desenvolver competências pessoais de trabalho em equipa e relacionamento interpessoal.

Métodos

Os participantes, os instrumentos e procedimentos serão caracterizados em função das principais atividades desenvolvidas no âmbito do presente estágio, na medida em que, foram diferenciadas quanto ao seu contexto institucional e objetivos.

As principais atividades desenvolvidas estão de acordo com os objetivos propostos, dos quais se destaca o apoio psicológico individualizado efetuado na sede do GAPPS, e a intervenção na comunidade, através da implementação de um programa de promoção de competências pessoais e sociais a jovens de uma escola profissional, integrada no âmbito dos protocolos estabelecidos entre o GAPPS e instituições comunitárias. Desta intervenção resultou a realização de um manual para a promoção de competências pessoais e sociais (Anexo G) e um artigo de carácter científico (Anexo H), no qual serão apresentados e discutidos, de forma mais pormenorizada, os resultados obtidos desta mesma intervenção.

Todas as atividades desenvolvidas (Tabela 1) contribuíram de forma decisiva, para o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para a intervenção do psicólogo clínico no contexto de um gabinete de apoio/aconselhamento psicológico e promoção da saúde.

Tabela 1- Atividades/carga horária

Actividades	Carga Horária
Intervenção clínica individualizada	270
Intervenção comunitária	75
Investigação científica	42
Poster	10
Manual	35
Open Day	13
Relatório	170
Total	615

Participantes

Intervenção clínica individualizada.

A população alvo a que se refere a intervenção psicológica individualizada, caracteriza-se por ser muito diversificada quanto à idade, género e problemáticas apresentadas (Tabela 2). Os participantes nos estudos de caso apresentam a seguinte caracterização: no caso clínico A) trata-se de um indivíduo do sexo feminino, de 45 anos, professora, a residir na área de Lisboa. O caso B) é referente a uma criança do sexo masculino, de 7 anos de idade, estudante do primeiro ciclo, a residir em Lisboa.

Para além dos casos acima assinalados, foram acompanhados mais quatro indivíduos, um do sexo feminino, de 12 anos de idade e três do sexo masculino com 5, 13 e 24 anos respetivamente.

Por questões de confidencialidade, os dados dos utentes foram alterados.

Tabela 2- Acompanhamentos psicológicos individualizados

Pacientes	Pedido	Avaliação psicológica	Nº Sessões	Termo	Obs.
Sara, 45anos (Caso A)	Relação conflituosa com o filho	Entrevista clínica/TAT	27	Em curso	
Tiago 7 anos (Caso B)	Perturbação sono/inibição	Entrevista clínica CAT/Desenho da família	8	Terminado	Interrupção Precoce
Júlia, 12 anos	Luto	Entrevista clínica CAT/CDI	9	Em curso	Absentismo
Emanuel, 13 anos	Problemas comportamento	Entrevista clínica/ Observação	10	Em curso	Absentismo/Encaminhamento de outro Técnico
Carlos, 5 anos	Problemática ao nível da esfera oro-alimentar/Isolamento	Entrevista clínica/Observação	6	Em curso	
Rui, 24 anos	Perturbação de personalidade narcísica	Entrevista clínica/Observação	14	Em curso	Encaminhamento de outro Técnico

Legenda: TAT: *Thematic Apperception Test*; CAT: *Child Apperception Test*; CDI: *Child Depression Inventory*

Intervenção na comunidade.

Os participantes do programa de competências pessoais e sociais caracterizam-se por jovens estudantes, com idades entre os 16 anos e os 20 anos, do curso técnico-profissional em informática, de uma escola secundária da área de Lisboa (Gráfico 1), sendo a maioria do sexo masculino (Gráfico 2). A atribuição do grupo alvo da intervenção foi da responsabilidade da instituição, e está relacionado com o facto de estes serem considerados jovens com problemas comportamento.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por idade

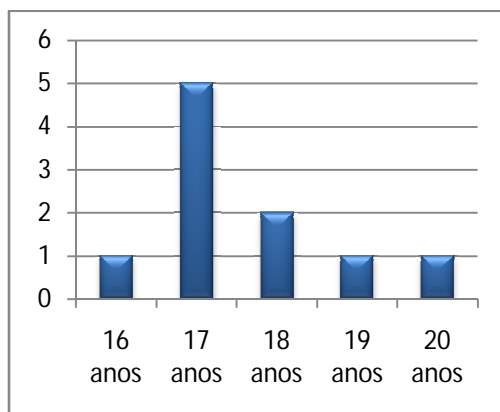
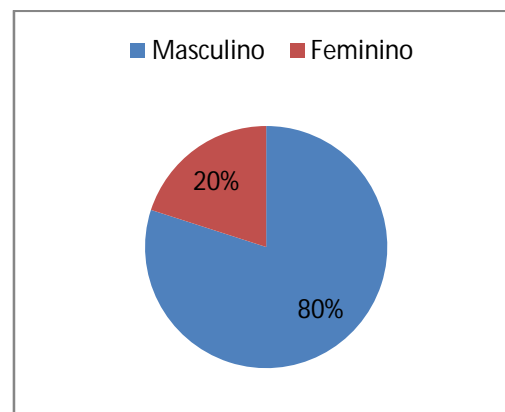


Gráfico 2- Distribuição dos participantes por género



Instrumentos

Os instrumentos utilizados na avaliação psicológica para os casos estudos de caso constantes neste relatório foram os seguintes: observação clínica, entrevista clínica, teste psicológico do desenho da família, CAT (*Children Apperception Test*) animal e TAT (*Thematic Apperception Test*).

Observação Clínica

A observação é um instrumento largamente utilizado nas ciências, em particular nas ciências humanas e sociais, para a obtenção de informação, e serve como base de toda a investigação no campo social. Na sua relação com outros instrumentos de avaliação na

psicologia clínica, tais como a entrevista clínica e as provas psicológicas, a observação representa uma importante forma de obtenção de dados (Ferreira & Mousquer, 2004).

A observação informal de situações quotidianas é diferente da observação científica, pois a última possui uma finalidade previamente conhecida e é descrita através dos objetivos que se procuram alcançar (Danna & Matos, 2006).

Segundo Ciccone (2000) é possível distinguir duas técnicas de observação clínica. A primeira fundamenta-se no modelo médico, é focada nos sinais apresentados pelo paciente e suportada pela teoria e singularidades do caso. A partir desta observação elabora-se um diagnóstico, que permitirá a prescrição de um tratamento. Neste tipo de observação a componente relacional é secundarizada e o foco da atenção é no sintoma. A segunda, menos estruturada, apela a uma atenção flutuante, livre e submetida à relação, e é a mais frequentemente adotada pelos psicólogos em contexto clínico.

O objetivo desta técnica será a recolha de fenómenos comportamentais significativos, concedendo-lhe um sentido contextualizado na história clínica do sujeito e na sua dinâmica relacional (Pedinielli, 1999), sendo especialmente útil quando se procura identificar e obter evidências a respeito do investigado quando os mesmos não possuem consciência de elementos que, de alguma forma, orientam seu comportamento (Ciccone, 2000).

Contudo, devemos ter em conta que a observação do fenómeno desperta sentimentos no observador, que não podem ser ignorados. Os clínicos que utilizam sistematicamente o método de observação encontram dificuldades em eliminar a inferência clínica, reconhecendo que, em certa medida, sua presença é justificável tendo em conta que a própria decisão sobre qual fato deverá ser observado em detrimento de outros implica em um considerável grau de inferência e julgamento. Assim a fidelidade e a validade dos dados obtidos vão do cuidado no treino e constante monitorização dos observadores, bem como de uma precisa definição dos objetivos envolvidos no processo de recolha dos mesmos (Ferreira

& Mousquer, 2004), sendo que, é necessário nessa controvérsia, diferenciar a observação como método de recolha de dados da parte interpretativa e teoria que serve de pano de fundo para a posterior análise da informação recolhida (Pediñelli, 1999).

Esta diferenciação é ainda mais importante devido ao fato da prática da observação clínica, sobretudo quando visa o psiquismo humano, ou seja, um objeto não observável em si, apresentar uma dificuldade epistemológica. É que qualquer observação é sempre uma construção, logo condicionada a uma interpretação, estando esta, assim, sujeita a uma subjetividade não verificável. Este facto exige que a observação tenha em conta não só as unidades do comportamento, mas também o seu contexto e situações em que eles ocorrem, no sentido de alcançar uma objetividade que permita prosseguir e sustentar o trabalho clínico a desenvolver (Ciccione, 2000).

Entrevista clínica.

A entrevista clínica é um processo dinâmico e criativo, considerado como a espinha dorsal de todas as profissões que lidam com a saúde mental (Cunha, 1993).

A entrevista clínica é uma prática utilizada em psicologia clínica que implica duas dimensões essenciais: a interatividade e o discurso, e que utilizada por psicólogos visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, centrando-se no seu vivido e acentuando a relação. Esta faz parte do método clínico e das técnicas de inquérito em ciências sociais, constituindo um dos melhores instrumentos para aceder às representações subjetivas do sujeito (Bénoi & Chahraoui, 2002).

Esta constitui o primeiro contacto com os clientes, é a unidade básica de ligação entre terapeuta e a pessoa que procura ajuda, o início de qualquer intervenção psicológica e a pedra angular da avaliação psicológica (Flanagan & Flanagan, 2003).

Nesta díade dinâmica e de influência mútua, o entrevistador deve, durante o processo, colocar-se como observador participante (Cunha, 1993) e manter uma atitude clínica pautada

pela não directividade e neutralidade benevolente, pelo respeito e pela empatia, (Bénoi & Chahraoui, 2002), conceitos fundamentais que garantem a atitude ética e deontológica do terapeuta.

Tanto as considerações históricas como as psicométricas sugerem que não existe uma maneira única e correta para conduzir uma entrevista clínica, seja ela estruturada ou semi-estruturada, esta é sim, fortemente influenciada pela orientação teórica do entrevistador e por considerações de ordem prática (Marnat, 2006).

A forma de conduzir uma entrevista depende, assim, dos modelos teóricos e formação do clínico e, igualmente, dos objetivos da entrevista, da idade do sujeito e processos da interação no decurso da entrevista, do pedido, do momento e do setting em que ele se realiza (Bénoi & Chahraoui, 2002).

Quer a opção recaia na entrevista estruturada ou semi-estruturada, esta permite aos terapeutas enquadrar os resultados dos testes num contexto mais amplo e significativo e, adicionalmente, a informação biográfica pode ajudar a prever comportamentos futuros, na medida em que, aquilo que uma pessoa fez no passado é um excelente guia para inferir acerca do que pode continuar a vir a fazer no futuro (Marnat, 2006).

O mesmo autor refere que, independentemente do estilo de entrevista usado, os objetivos comuns de todos os terapeutas é o de obter um retrato psicológico e conceptualizar as causas das dificuldades da pessoa, permitindo, assim, a formulação do diagnóstico e elaboração de um plano de intervenção terapêutica.

De forma a garantir que o processo decorrente da entrevista clínica não é influenciado pelo entrevistador, este deve estar atento a uma série de manifestações contratransferenciais, das quais se podem destacar o desejo de reconstruir o paciente de acordo com a sua própria imagem, sentir-se dependente da afeição e apreço do entrevistado, sentir necessidade de

demonstrar poder e competir ou discutir com o paciente (Makinnon e Michels, 1981 citado por Cunha, 1993).

Em resumo, a entrevista clínica, no quadro da avaliação psicológica, é um meio e um método para aceder a informações sobre as perturbações atuais e passadas de um indivíduo, sobre a sua personalidade, sobre o seu modo de funcionamento psíquico mas também sobre as suas aptidões ou dificuldades em apreender a mudança, procurando, por tal forma, desenvolver uma hipótese diagnóstica e avaliar as características psicológicas do indivíduo que procura ajuda (Bénoi & Chahraoui, 2002) para assim contribuir para o encaminhamento ou desenvolvimento de um plano terapêutico eficaz.

Desenho da família.

A prova psicológica do desenho da família é uma prova de fácil aplicação mas de complexa interpretação. Para a sua aplicação são necessárias apenas duas folhas A4 brancas, lápis preto bem afiado e o inquérito; no entanto, segundo Corman (1979) também é possível utilizar lápis de cor, podendo mesmo ser possível obter resultados muito importantes e até mesmo informações complementares.

Este teste tem, como objetivo geral, que a criança expresse através da linguagem pictórica, a forma como vivencia a sua família.

Sendo assim, o Teste de Desenho da Família (TDF) permite que, através do desenho, o sujeito revele como se dão as relações familiares e como ele as vivencia, expressando os seus sentimentos e desejos. Revela os conflitos infantis, os conflitos de rivalidade fraterna, os conflitos edípicos, as tendências e as defesas do ego (Corman, 1979).

A maneira como o desenho é desenhado importa quase tanto, quanto o resultado final. Isso significa que é necessária a presença do psicólogo durante a realização da prova. Este deverá manter-se próximo da criança mas sem lhe dar a impressão que a observa, mantendo-

se vigilante e pronto para dar uma palavra de encorajamento ou uma explicação complementar se a criança assim o solicitar Corman (1979).

Deve-se instruir a criança para que imagine uma família e que a desenhe. Após a realização do primeiro desenho, recolhe-se a folha e pede-se que seja desenhada a própria família. Terminado o desenho, o teste não estará concluído. A partir deste momento devemos proceder à aplicação do inquérito previamente estabelecido.

De acordo com Corman (1979), o objetivo deste questionário visa auxiliar a compreensão das vivências e fantasias da criança, bem como as suas identificações conscientes e inconscientes.

A interpretação proposta por Corman sugere três níveis de análise: o nível gráfico, no qual se deve ter em atenção a amplitude, a força do traço e a zona da folha ocupada pelo desenho. O nível das estruturas formais diz respeito à forma como a criança desenha cada uma das figuras em termos de tamanho, proporção, diferenciação sexual e os elementos que o compõem. A nível do conteúdo, a ênfase é colocada na interpretação dos principais conflitos da criança. Neste nível destaca-se o tipo de família desenhada, valorização ou desvalorização das figuras, distância entre elas, tendências afetivas e o uso da representação simbólica (Corman, 1979).

Outro aspeto a ter em conta aquando da interpretação do TDF é o princípio da realidade e o princípio do prazer. Se a criança que reproduz a sua própria família o faz baseado no princípio da realidade, o que inventa uma família imaginária foca-se no princípio do prazer – desprazer. Sabe-se que esses dois princípios opostos são os fundamentos das condutas humanas. A comparação de ambos os desenhos (família real e família imaginária) torna-se, então, num exercício de grande importância, onde a descoberta de supressões, adições deformações etc., indicam em que sentido e em que medida as tendências afetivas podem transformar a visão que a criança tem do mundo real (Corman, 1979).

CAT (*Children Apperception Test*).

O CAT Animal é um teste projetivo, descendente do Teste de Aperceção Temática (TAT) e que tem como objetivo enquadrar a personalidade da criança, analisando o significado dinâmico das suas respostas aos estímulos padronizados.

A interpretação sob o enfoque projetivo pretende uma análise qualitativa, acedendo, prioritariamente, às dinâmicas das relações interpessoais, à natureza das defesas, estados afetivos e aos conjuntos de impulsos e conflitos (Cunha, 1993).

É constituído por 10 imagens a preto e branco, onde se vêem representados animais familiares e selvagens e pode ser aplicado a crianças entre os 3 e os 10 anos; no entanto pode revelar-se difícil para uma criança de 3 ou 4 anos expressar-se fluentemente, de modo a contar uma história, apesar de muitas delas conseguirem fazê-lo de forma surpreendente, sendo, tal capacidade, um bom elemento prognóstico do seu desenvolvimento psicológico (Bellak & Bellak, 1981).

A administração é individual e o tempo de administração é variável, recomendando-se que não ultrapasse uma hora e tem como principais indicações a investigação diagnóstica com o objetivo de formulação dinâmica a identificação do estágio de desenvolvimento infantil, especialmente para detetar desvios, no mesmo, a indicação da necessidade ou não de intervenção terapêutica e de orientação aos pais e acompanhamento da evolução do processo terapêutico (Cunha, 1993).

TAT (*Tematic Apperception Test*).

O TAT constitui um método para revelar alguns dos impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos dominantes de uma personalidade. O seu valor especial reside na sua capacidade para expor as tendências inibidas subjacentes que o sujeito ou paciente não está disposto a admitir, ou não pode admitir, pelo facto de não ter consciência delas (Murray, 1973).

A prova é composta por 31 lâminas das quais 30 são gravuras e uma em branco. Destas, 11 são universais e as restantes são específicas conforme o sexo e faixa etária. Assim, a forma completa do TAT abrange 20 lâminas para cada sujeito, 11 universais e 9 de acordo com o sexo e a faixa etária (Cunha, 1993).

O procedimento consiste na apresentação de uma série de cartões sobre os quais o sujeito é encorajado a contar uma história inventada e sem premeditação (Murray, 1973), sendo a interpretação realizada através de uma abordagem psicodinâmica, com o objetivo de avaliar a personalidade no sentido de se adquirir entendimento das dinâmicas de personalidade do sujeito, avaliar de condições para indicação terapêutica ou acompanhamento da evolução durante o processo de apoio psicológico (Cunha, 1993).

Os instrumentos utilizados para a intervenção na comunidade, no âmbito da promoção da saúde foram os seguintes: programa de promoção de competências pessoais e sociais; escala de ajustamento social em banda desenhada.

Programa de promoção de competências pessoais e sociais.

O programa é composto por 14 sessões e tem como objetivo trabalhar as dimensões afetivas ao auto-conhecimento, às emoções e assertividade, respectivamente. Apresenta como principal objetivo promover algumas das competências pessoais e sociais fundamentais, que ajudem os sujeitos nos seus processos de socialização, e na optimização da sua capacidade de para escolherem estilos de vida saudáveis (Matos, 1997).

Escala de ajustamento social em banda desenhada.

Instrumento construído e desenvolvido pela Aventura Social/FMH (Matos et al., 1995) com o objectivo de verificar o tipo de respostas comportamentais dos indivíduos perante situações do dia-a-dia. É uma banda desenhada com 14 situações. Todas as respostas implicam escolha de uma de três opções apresentadas. A cada resposta dada é atribuído um valor: agressiva, inibida ou assertiva, e as dimensões sociais para as quais remete as

situações do dia-a-dia representadas, pode dividir-se nas seguintes: família, a que correspondem as questões 6,12,13,14; amigos, a que correspondem as questões 2,4,5,8,9; sociedade, à qual correspondem as questões 1,3,7,10,11.

Procedimentos

De uma forma geral o estágio desenvolveu-se em três fases distintas: A primeira correspondeu à iniciação, adaptação e familiarização com os métodos de trabalho adotados no GAPPS, onde se incluiu a realização de quatro seminários com os temas seguintes: entrevista clínica; instrumentos de avaliação psicológica; relatório de avaliação psicológica e promoção da saúde. Este ciclo de seminários teve como objetivo a consolidação teórica e prática de elementos fundamentais à prática clínica no âmbito do gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde da Universidade Lusíada de Lisboa.

Posteriormente procedeu-se ao desenvolvimento das atividades, de acordo com os objetivos propostos, das quais se destacaram o apoio psicológico individualizado e a intervenção na comunidade, no âmbito da promoção da saúde.

A última fase foi reservada para a realização do relatório que sustenta as atividades desenvolvidas ao longo do estágio académico.

Assim, os procedimentos específicos a cada intervenção, serão caracterizados em função das principais actividades desenvolvidas no âmbito do estágio realizado, na medida em que, foram diferenciadas quanto ao seu contexto institucional e objetivos.

Intervenção clínica individualizada.

No momento que antecedeu a intervenção psicológica individualizada, foi dado início às sessões de orientação clínica com vista à preparação das primeiras consultas psicológicas.

A orientação clínica realizada, teve como objetivo garantir e promover o desenvolvimento de competências práticas necessárias a uma adequada intervenção terapêutica.

As intervenções clínicas individualizadas tiveram uma periodicidade semanal e, de um modo geral, a estrutura dos acompanhamentos considerou os seguintes aspetos: preparação inicial através das sessões com o orientador clínico; entrevista clínica com vista à obtenção dos dados anamnésicos; observação clínica, e, consoante os casos, a aplicação de instrumentos de avaliação psicológica adicionais. A análise dos casos clínicos apresentados neste relatório, foi efetuada de acordo com os princípios gerais da psicoterapia de apoio de orientação analítica, de forma a sustentar a avaliação e compreensão das problemáticas associadas e subjacentes ao pedido de apoio psicológico, bem como, direcionar a intervenção terapêutica a adequar.

Os resultados serão descritos, sustentados e analisados, nos estudos de caso apresentados mais à frente neste relatório.

Intervenção na comunidade.

A implementação do programa de promoção de competências pessoais e sociais numa escola secundária do conselho de Lisboa, deriva dos protocolos estabelecidos entre o gabinete de aconselhamento psicológico e promoção da saúde, da universidade lusíada de Lisboa, e instituições afetas à comunidade.

Os participantes alvos da intervenção foram selecionados pela instituição, por serem considerados jovens com problemas comportamentais.

As sessões foram semanais com a duração de 50 minutos. Os grupos foram formados de acordo com as turmas a que os jovens pertenciam, por questões práticas e de horários.

O programa de promoção de competências pessoais e sociais, implementado, foi composto por 14 sessões. A primeira sessão foi de apresentação e aplicação do pré-teste e a última reservada à aplicação do pós-teste, aplicação de um questionário de satisfação e balanço final. O bloco temático foi constituído por três módulos de quatro sessões cada um,

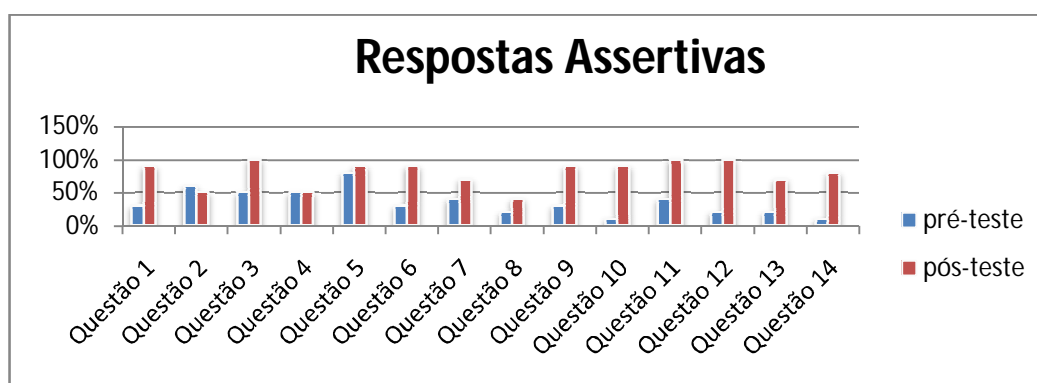
os quais incidiram sobre as questões do autoconhecimento/conceito, sobre as emoções e assertividade, respetivamente.

Como consequência dos baixos níveis de atenção e concentração dos jovens, demonstrados durante alguns momentos das sessões, e tendo em conta as suas necessidades sociais, características de aprendizagem e características motivacionais, procurou-se adaptar o programa às características dos mesmos, tanto nas competências trabalhadas como nas metodologias utilizadas. Esta necessidade de adaptação às características dos participantes culminou no desenvolvimento de um manual de promoção de competências pessoais e sociais, apresentado em anexo (Anexo G). Ainda assim, os jovens mostraram interesse pelos jogos, motivação para vir às sessões e apresentaram resultados positivos, verificados pela análise do pré - teste e pós-teste aplicados.

Resultados.

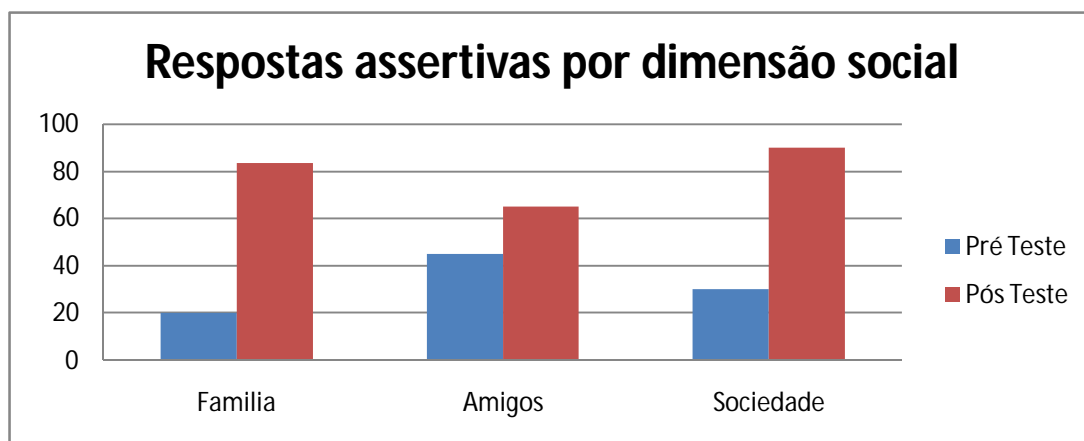
Pela análise dos resultados do grupo que compôs a amostra, verificamos que a relação entre o pré-teste e o pós-teste, em termos de respostas assertivas, apresenta diferenças significativas (Gráfico 3). No momento que antecedeu a implementação do programa (pré-teste), a percentagem global de respostas assertivas verificadas na escala de ajustamento social, situou-se nos 35 %, enquanto, após a implementação do programa (pós-teste), foi obtido um total de 80% de respostas assertivas.

Gráfico 3- Resultados por questão do pré-teste e pós-teste



Pela análise dos resultados das dimensões sociais mais influenciadas pela implementação do programa, e no que concerne às respostas assertivas (Gráfico 4), verifica-se que, na dimensão “família”, o aumento de respostas assertivas foi significativo, com o pré-teste a assinalar 20% e o pós-teste a assinalar 82%. O mesmo se verificou na dimensão “sociedade”, na qual também se verificou uma diferença significativa entre as respostas assertivas ao pré-teste (30%) e pós-teste (90%). Menos acentuada foi a diferença na dimensão “amigos”. Aqui, apesar de se verificar um aumento das respostas assertivas, após a implementação do programa, as diferenças são substancialmente menores, no pré-teste a percentagem situou-se nos 45%, enquanto no pós-teste a percentagem de respostas assertivas ficou nos 65%.

Gráfico 4- Resultados por percentagem de respostas assertivas por dimensão social: família; amigos; sociedade



Os resultados globais e por dimensão social indicam que, os participantes, apesar dos problemas comportamentais, revelaram capacidade de interiorizar os conceitos trabalhados, verificando-se, contudo, mais dificuldade em traduzir a aprendizagem no seu relacionamento com os pares. Esta dificuldade pode estar relacionada com a necessidade de afirmação dentro do grupo de amigos, e da qual poderá depender a sua aceitação, tendo em conta os contextos sociais difíceis nos quais estão inseridos.

Os resultados do questionário de satisfação do programa (Gráfico 5) revelam que, a maioria dos participantes envolvidos, mostraram satisfação por participar no programa implementado, e consideraram que os conceitos aprendidos foram importantes. O número dos sujeitos que manifestaram vontade de repetir o programa revelou-se igualmente positivo.

A análise global do questionário de satisfação indicia que, apesar das dificuldades comportamentais e resistências demonstradas pelos participantes ao longo do programa, este foi bem aceite e reconhecidamente importante, algo que deve ser encarado como um incentivo para a continuidade destas iniciativas no seio da comunidade.

Gráfico 5- Resultados do inquérito de satisfação no âmbito da aplicação do programa CPS



Outros Trabalhos Desenvolvidos

- ✓ Apresentação de uma comunicação em formato poster com o título «Programa de Competências Pessoais e Sociais» no IV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que se realizou na Universidade Lusíada de Lisboa, nos dias 10 e 11 Abril (Anexo I).
- ✓ Colaboração no planeamento, dinamização e implementação do *Open Day* realizado na Universidade Lusíada de Lisboa, no dia 21 Maio (Anexo J).
- ✓ Elaboração de um manual para a promoção de competências pessoais e sociais, sobre autoconhecimento, emoções e assertividade, para estar disponível para futuras utilizações no GAPPS (Anexo G).
- ✓ Elaboração de um artigo de carácter científico (Anexo H)

Todas as atividades assinaladas foram realizadas num contexto de colaboração interpessoal e trabalho em equipa, o que se verificou fundamental para os resultados obtidos em todas as dimensões do desempenho individual.

Conclusões

Face à proposta inicial para a realização do presente estágio académico e consequente relatório, constata-se que os objetivos inicialmente estabelecidos foram alcançados.

Ao nível do atendimento psicológico individualizado, foram realizados seis acompanhamentos para apoio psicológico, dos quais, dois foram apresentados e discutidos à luz dos princípios da psicoterapia de apoio de orientação analítica. Todos os acompanhamentos foram sujeitos a orientação clínica permanente, o que verificou fundamental para os resultados positivos verificados e consequente aumento dos níveis de confiança, indispensável para uma eficaz intervenção terapêutica.

Esta experiência proporcionou o contacto com uma grande heterogeneidade de utentes, tanto quanto às suas características pessoais e idades, bem como, às suas perturbações associadas. Este ponto revelou-se de profunda importância para a aquisição de competências gerais na prática da intervenção psicológica individualizada.

Na valência associada à intervenção com a comunidade no âmbito da promoção da saúde, foi implementado um programa de competências pessoais e sociais, em conjunto com um colega de estágio, direcionado a jovens com problemas comportamentais, o que levantou desafios pessoais e inter-relacionais exigentes, mas muito gratificantes. O programa teve a duração de 14 semanas e os resultados globais foram manifestamente positivos. Contudo, durante a aplicação do mesmo, foram várias as dificuldades sentidas, principalmente ao nível da contenção de comportamentos menos ajustados de alguns dos participantes, o que levou a que as dinâmicas propostas para cada sessão fossem, por vezes, alvo de ajustamentos. Esta particularidade contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de capacidades adaptativas individuais e de trabalho em equipa.

Apesar das dificuldades apontadas, os participantes, de um modo geral, aderiram às sessões, e a sua participação foi consistente, acabando por demonstrar que tinham apreendido os conceitos principais.

Desta experiência emerge a realização de um manual para a promoção de competências pessoais e sociais, adaptado a jovens adolescentes, e um artigo de carácter científico que sustenta a intervenção realizada.

Todas as atividades assinaladas foram realizadas num contexto de colaboração interpessoal e trabalho em equipa, o que se verificou ser fundamental para os resultados obtidos em todas as dimensões do desempenho individual.

Reflexão Final

Refletir sobre nove meses de estágio académico parecia apresentar-se como uma tarefa mais fácil.

Tudo parecia mais pequeno antes de por primeiro pé no caminho que me levou a este momento. Não há tarefas menores, aprendi.

Nove meses estágio académico permitem uma analogia: de embrião passei a recém-nascido, assim me sinto, acabado de nascer para esta nobre missão, ser psicólogo.

São muitas as dúvidas e incertezas que, por vezes, nos limitam os passos, mas rapidamente, estas, dão lugar à força e motivação de quem vê, na prática, o seu sonho a realizar-se.

Do ponto de vista profissional, destaco a possibilidade de ter tido a oportunidade de integrar um ambiente de trabalho tão dinâmico e heterogéneo, o que me proporcionou, não só ter tido o privilégio da experiência em várias áreas deste meio profissional, bem como, a possibilidade de fazer parte de uma equipa de trabalho tão solidária e enriquecedora.

Ambas as áreas de intervenção principais revelaram-se fundamentais para o processo de aprendizagem que culminou nesta reflexão: A intervenção clínica individualizada e a intervenção com a comunidade, no âmbito da implementação de um programa para a promoção de competências pessoais e sociais em jovem sinalizados por problemas comportamentais.

Com a primeira aprendi que, sem os anos de teoria que lavaram a este momento, a prática clínica não existe, e que essas ferramentas teóricas representam apenas o início do estudo. Cada caso, cada pessoa que procura ajuda, obriga a que o profissional comece tudo de novo, com a humildade de quem sabe que continuará todos os dias a aprender. Percebi, igualmente, que, os impactos positivos que temos no bem-estar de quem procura ajuda são

de uma gratificação impagável, tornando-se esse fato no maior incentivo para continuar em frente, com entusiasmo e dedicação, mesmos nos momentos mais difíceis.

Por outro lado, o trabalho desenvolvido com a comunidade, proporcionou o contacto com realidades com as quais, confesso, não tinha antecipado. Esta realidade, pelas particularidades difíceis que a caracterizaram, pôs à prova algumas das capacidades fundamentais para o desempenho do psicólogo clínico, em particular a capacidade para lidar com o imprevisto, a resiliência perante a frustração e, fundamentalmente, a persistência no acreditar, acreditar que aquilo que fazemos é válido e faz a diferença, mesmo quando parece que a corrente nos leva para onde não queremos ir.

Esta reflexão remete para a necessidade de, todos os dias, termos de lidar com a nossa própria humanidade com respeito, atenção e objetividade. É dela que retiramos as principais ferramentas para desempenhar esta nobre profissão.

Por tudo isto, reconheço que, a minha psicoterapia individual tem sido fundamental, em particular no sentido de facilitar o reconhecimento das minhas limitações e potencialidades, fundamentais para um desempenho profissional sério e o mais objetivo possível.

Quanto às limitações deste estágio académico, aquilo que este revelou de mais gratificante, tornou-se, ao mesmo tempo, naquilo que mais limitações levantou. O facto de serem várias as tarefas realizadas causou por vezes alguma dispersão da concentração, o que acabou por condicionar, pontualmente, o desempenho individual ao nível da sua plena eficácia.

Identifico também como limitação o facto de considerar não ter desenvolvido, ainda, sólidas competências no âmbito da avaliação psicológica, o que exigirá continuar a procurar aprofundar essas mesmas competências ao longo do meu processo de aprendizagem.

Quanto a expectativas futuras, estas passam por continuar a procurar soluções no sentido de alcançar este sonho profissional. Acredito que, apesar das dificuldades inerentes aos dias atuais, com perseverança, o sonho será alcançado.

Termino como comecei, a agradecer profundamente a todos aqueles que contribuíram para que este momento fosse possível.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e práticas das psicoterapias* (2^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Beauchamp, M., & Anderson, V. (2010). Social: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136,39-64.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1981). *Teste de percepção temática infantil (CAT) com figuras de animais*. São Paulo: CIP.
- Bénoi, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2002). *Apego, a natureza do vínculo* (3^aed.). in J. Bowlby, *Triologia do Apego e Perda*: vol. 1. Brasil: Martins Fontes.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.

- Cicccone, A. (2000). *Observação Clínica*. Lisboa: Climepsi
- Cloninger, S. (2003). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A., Wagner, C., Cechin, E., & Almeida, E. (2008). Psicoterapia de apoio. In A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp 188 – 203). Porto Alegre: Artmed.
- Corman, L. (1979). *O Teste do desenho da família*. São Paulo: Mestre Jou.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self : Defense mechanisms in action*. New York: Guilford Press.
- Cunha, J. (1993). *Psicodiagnóstico-R* (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Danna, M., & Matos, M. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 233-255.
- Dereli, E. (2009). Examining the permanence of the effect of a social skills training program for the acquisition of social problem-solving skills. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37 (10), 1419-1427.
- Durlak, J., & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-142.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Erikson, E. (1968). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ferreira, V., & Mousquer, D. (2004). Observação em psicologia clínica. *Revista de Psicologia da UnC*, 2(1), 54-61.
- Flanagan, J., & Flanagan, R. (2003). *Clinical interviewing* (3th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Fonagy, P. (2005). Theories of development. In A. Hopkins, B., Barr, R., Michel, G. & Rochat, P. (Ed.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development* (pp.37-89). New York. Cambridge University Press.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 18(2), 7-34.
- Gonçalves, L., Rodrigues, V., & Brazette, M. (1997). *Perturbações da personalidade*. Porto: Medi Bial.
- Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease. In A. Steinberg, J. & Silverman, M. (Ed.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Services.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: Planning and strategies* (2th ed.). London: Sage.
- Hardy, L. (2007). Attachment theory and reative attachment disordes: Teoretical perspectives and treatment implications. *Jornal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 27-39.
- Hopkins, B. (2005). *The cambridge encyclopedia of child development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jonson, D., & Jonson, R. (2001). The three Cs of promoting social and emotional learning: cooperation, conflict resolution, and civic values. *The CEIC Review*, 10 (6), 10-11.
- Kernberg, O. (1990). Psychoanalysis, psychoanalytic psychoterapy and suportive psychoterapy: Contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 1975- 1091.

- Klein, M. (1986). Algumas conclusões teóricas acerca da vida emocional do Bebê, in M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Eds.), *Os progressos da psicanálise* (2ª ed., pp 214-255). Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1971). The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanalytic Study of the Child. Monograph, 4*. New York: International Universities Press.
- Lawson, D. (2009). Understanding and treating children who experience interpersonal maltreatment: Empirical findings. *Journal of Counseling & Development, 87*, 204-215.
- Lazzarini, E., & Viana, T. (2010). Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica, 2*(18), 269-280.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA
- Lema, A. (2003). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artmed
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marnat, G. (2006). *The handbook of psychological assessment* (4th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Matos, A. (2002). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento. Em M. Matos (Org.), *Comunicação e Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 32-55). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M. & col. (1995). Avaliação do comportamento social nos adolescentes: Alguns factores de risco. In Silva & col. (Ed.), *Os Jovens e a Justiça*. Lisboa: APPORT.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Messer, S., & Warren, C. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Millon, T., Grosseman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2ª ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Oliver, J., Robins, R., & Pervin, L. (2008). *Handbook of personality : Theory and research*. (3th ed.). New York: The Guilford Press.
- Pedinelli, J., (1999). Introdução à psicologia clínica. Lisboa: Climepsi.
- Plante, T. G. (2005). *Contemporary clinical psychology*. Hobokane, New Jersey: John Wiley & Sons, inc.
- Ramos, M. (2010). Narcisismo e depressão: um ensaio sobre a desilusão. *Estudos de Psicanálise*, (18), 71-78.
- RESAPES. (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal*. Lisboa: Fim de Século.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Segal, J. (2004). *Key figures in counselling & psychotherapy* (2th ed.). London: SAGE Publication.
- Soares, A., Almeida, L., Diniz, A., & Guisande, M. (2006). Modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias *versus* ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1 (14), 15-27.

- Sroufe, L. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment e Human Development*, 7, 349-367.
- Santos, T, Albergaria, F. & Gaspar, T. (2011). GAPPS – *Relatório de Atividades 2010/2011*. Manuscrito não publicado. Universidade Lusíada de Lisboa, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação.
- Winnicott, D.(1990). *O ambiente e os processos de maturação* (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1975). *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editorial Lda.
- Winston, A., Richard, R., & Pinsker, H. (2004). *Introduction to supportive psychotherapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- World Health Organization (2010). *Mental Health*. Disponível em:
<http://www.euro.who.int/mentalhealth>