



Universidades Lusíada

Monteiro, Luís António Nunes, 1955-

Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes em contexto clínico

<http://hdl.handle.net/11067/566>

Metadados

Data de Publicação	2013-11-07
Resumo	Este relatório pretende apresentar o trabalho efetuado no estágio académico do mestrado em psicologia clínica realizado na Dialógicos. O período do estágio, permitiu compreender os conceitos de psicologia clínica, teoria psicodinâmica, psicoterapia de apoio e ludoterapia, na sua aplicação em prática clínica. A aquisição de novas competências, também possibilitou efetuar em pacientes, a avaliação psicológica, elaboração do psicodiagnóstico, estabelecimento de metas psicoterapêuticas, diagnóstic...
Palavras Chave	Psicoterapia psicodinâmica, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:00:29Z com informação proveniente do Repositório



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

**Diagnóstico e intervenção psicológica
com pacientes em contexto clínico**

Realizado por:
Luís António Nunes Monteiro
Orientado por:
Dr.^a Paula Cristina Ramos Barbosa
Supervisão de:
Mestre Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof. Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva
Vogal: Prof.^a Doutora Maria Leonor Janeiro Segurado de Falé Balancho

Dissertação aprovada em: 28 de Novembro de 2012

Lisboa

2012



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes em contexto clínico

Luís António Nunes Monteiro

Lisboa

Setembro 2012



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes
em contexto clínico**

Luís António Nunes Monteiro

Lisboa

Setembro 2012

Luís António Nunes Monteiro

Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes em contexto clínico

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

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

Supervisora de estágio: Mestre Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Dr.^a Paula Cristina Ramos Barbosa

Lisboa

Setembro 2012

Ficha Técnica

Autor	Luís António Nunes Monteiro
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Mestre Tília Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dr. ^a Paula Cristina Ramos Barbosa
Título	Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes em contexto clínico
Local	Lisboa
Ano	2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MONTEIRO, Luís António Nunes, 1955-

Diagnóstico e intervenção psicológica com pacientes em contexto clínico / Luís António Nunes Monteiro ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Paula Cristina Ramos Barbosa. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

II - BARBOSA, Paula Cristina Ramos, 1973-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

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

1. Psychodynamic psychotherapy

2. Clinical psychology - Practice

3. Dialógicos (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC489.P72 M66 2012

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional.

Agradecimentos

Agradeço aos meus professores da Licenciatura e do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada, pelo modo interessado e competente como transmitiram os seus conhecimentos.

Agradeço a todos aos profissionais da Universidade Lusíada pela atitude cordial e profissional que sempre demonstraram.

Agradeço á orientadora de estágio, Dra. Paula Barbosa, por tudo o que me ensinou através da sua experiência clínica e pela compreensão e apoio prestado durante o estágio clínico.

Agradeço com sincera gratidão à minha supervisora de estágio, Dra. Túlia Cabrita pela total disponibilidade que sempre demonstrou ao longo dos últimos cinco anos, e pela competente orientação do meu relatório de estágio.

Agradeço à coordenadora de mestrado, Professora Doutora Tânia Gaspar pela dedicada coordenação do mestrado.

Agradeço á Professora Doutora Teresa Leite pela generosidade como transmitiu os seus conhecimentos ao longo do meu percurso académico.

Agradeço à Professora Doutora Luísa Carrilho pela energia e dedicação que imprimiu às suas aulas.

Agradeço igualmente a todos os meus colegas de licenciatura, mestrado e de estágio pelo apoio e bons momentos vividos.

Um agradecimento especial e sentido, à Helena e à Teresa, com quem percorri este último ano pleno de trabalho e amizade.

Finalmente, agradeço aos meus pais, Carolino, Isabel, António, Amélia e Luís pelo amor e afeto partilhado.

Resumo

Este relatório pretende apresentar o trabalho efetuado no estágio académico do mestrado em psicologia clínica realizado na Dialógicos.

O período do estágio, permitiu compreender os conceitos de psicologia clínica, teoria psicodinâmica, psicoterapia de apoio e ludoterapia, na sua aplicação em prática clínica. A aquisição de novas competências, também possibilitou efetuar em pacientes, a avaliação psicológica, elaboração do psicodiagnóstico, estabelecimento de metas psicoterapêuticas, diagnóstico diferencial, análise dos mecanismos de defesa e aplicação de técnicas de intervenção.

O relatório descreve a análise de dois casos, uma criança e um adulto, acompanhados durante o período do estágio. A recolha e interpretação dos respetivos dados foi efetuada através da observação, entrevista clínica e aplicação de provas psicológicas, selecionadas com base no modelo de orientação analítica de inspiração psicodinâmica.

Os resultados apurados foram enquadrados nas fases dos autores psicodinâmicos, mencionados no enquadramento teórico. Os sintomas e o tipo de personalidade dos pacientes, são descritos de acordo com a classificação do Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM: Task Force, 2006).

A finalizar, são descritas as conclusões face aos objetivos propostos e concretizados no estágio, assim como uma reflexão final.

Palavras-chave: estágio, psicologia clínica, psicoterapia de apoio, modelo psicodinâmico, criança, adulto.

Abstract

This report aims to present the work done at the internship of the academic master's degree in clinical psychology conducted in Dialógicos.

The period of internship, allowed to understand the concepts of clinical psychology, psychodynamic theory, play therapy and supportive psychotherapy, in its application in clinical practice. The acquisition of new skills also make it possible for patients, the psychological assessment, development of psychodiagnostic, psychotherapeutic setting goals, differential diagnosis, analysis of defense mechanisms and application of intervention techniques.

The report describes the analysis of two cases, one child and one adult, accompanied during the internship. The collection and interpretation of the respective data was made through observation, interview and clinical application of psychological tests, selected based on the model of inspiration analytic psychotherapy.

The results obtained were classified phases of psychodynamic authors, mentioned in the theoretical framework. The symptoms and personality type of patients are described according to the classification of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM: Task Force, 2006).

The complete findings, are those relating to the proposed objectives and achieved the internship and a final reflection.

Keywords: internship, clinical psychology, supportive psychotherapy, psychodynamic model, child, adult.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Participantes nas avaliações psicológicas.....	43
Tabela 2 – Programação semanal.....	46
Tabela 3 – Síntese da atividade realizada ao longo do estágio.	47
Tabela 4 – Formação e <i>workshops</i>	48
Tabela 5 – Instrumentos utilizados.....	49
Tabela 6 – Procedimentos TAT	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- APA: American Psychological Association
- CAT-A: Teste de Aperceção Infantil – Figuras de Animais
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças
- DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- IBM – SPSS: International Business Machines - Statistical Package for the Social Science
- OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses
- PDM: Psycodynamic Diagnostic Manual
- TAT: Teste de Aperceção Temática
- WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa

Índice

Introdução.....	1
Caracterização da Instituição	3
Caracterização da População Alvo.....	9
Enquadramento Teórico	11
Psicologia clínica	11
Psicoterapia de apoio	13
Ludoterapia.....	16
Aconselhamento psicológico	18
Psicoterapia de orientação psicanalítica	20
Ética e deontologia	21
Modelos teóricos de desenvolvimento	23
Freud e o modelo pulsional	23
Margareth Klein e a Teoria das Relações de Objeto	27
Winnicott e a Teoria do <i>Self</i>	30
Bowlby e a Teoria da Vinculação	34
Desenvolvimentos da personalidade e mecanismos de defesa.....	37
Objetivos propostos.....	41
Método	43
Participantes	43
Procedimento.....	45

Programação semanal.....	46
Atividades desenvolvidas durante o estágio.....	47
Formação e <i>Workshops</i>	49
Outras atividades desenvolvidas	49
Instrumentos	50
Entrevista clínica	50
WISC-III.....	52
Bar-Ilan.....	53
Desenho da Família.....	55
CAT-A.....	56
TAT	58
Rorschach - Sistema Compreensivo de Exner	59
PDM	61
Estudo de Casos	65
Estudo de Caso Gustavo.....	65
Apresentação do caso	65
Resultados e interpretação da avaliação psicológica.....	66
Psicodiagnóstico	69
Metas psicoterapêuticas de apoio	71
Análise da progressão psicoterapêutica de apoio	72
Estudo de Caso Tiago.....	74
Apresentação do caso	74

Resultados e interpretação da avaliação psicológica.....	75
Psicodiagnóstico	79
Metas de aconselhamento psicológico	81
Análise da progressão psicoterapêutica.....	81
Conclusões	85
Reflexões Finais	89
Referências	91

Introdução

Este relatório tem por objetivo descrever o trabalho desenvolvido no estágio académico do mestrado em psicologia clínica efetuado na Dialógicos.

A sua descrição, inicia-se com a caracterização da instituição, áreas de intervenção e a população alvo que recorre aos seus serviços, com os mais diversos tipos de problemáticas psicológicas. Em seguida, é efetuado um enquadramento teórico do papel e importância da psicologia clínica e da função do psicólogo clínico em contexto de clínica privada, a psicoterapia de apoio, aconselhamento psicológico, ludoterapia e a ética e deontologia profissional.

Igualmente, mencionam-se os autores e os respetivos modelos teóricos, utilizados na compreensão e análise dos casos clínicos constantes no relatório.

De seguida, referem-se os objetivos propostos para o estágio.

No capítulo do método, são mencionados os participantes, procedimento e instrumentos utilizados na análise dos casos.

Na descrição do estudo de casos, a recolha dos dados foi efetuada através da observação, entrevista clínica e aplicação de provas psicológicas, selecionadas com base no modelo de orientação analítica de inspiração psicodinâmica. As provas utilizadas foram: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa (WISC-III); Bar-Ilan; Desenho da Família Imaginária e Real; Teste de Aperceção para Crianças (CAT-A); Teste de Aperceção para Adultos (TAT) e Teste de Rorschach - Sistema Compreensivo de Exner. Referem-se igualmente, a avaliação psicológica, psicodiagnóstico tendo em conta a classificação do PDM Task Force, 2006, metas psicoterapêuticas e análise da progressão psicoterapêutica.

Os resultados apurados foram enquadrados nas fases dos autores psicodinâmicos

mencionados no enquadramento teórico. Os sintomas e o tipo de personalidade dos pacientes referidos no estudo de casos são descritos de acordo com a classificação do PDM: Task Force, 2006.

Foi ainda efectuada uma conclusão sobre os objetivos propostos e concretizados e uma reflexão final sobre o trabalho desenvolvido durante o estágio e consequentes implicações da experiência adquirida, ao nível pessoal e profissional.

Finalmente, foram incluídas as referências bibliográficas e os respectivos anexos considerados importantes para a compreensão e fundamentação teórica do trabalho realizado.

Caraterização da Instituição

A Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação é uma clínica e centro de formação situada em Mem Martins no Concelho de Sintra. A Instituição em actividade desde 2001, surgiu quando um grupo de psicólogos tomou conhecimento da existência de necessidades emergentes nas diversas áreas da psicologia, quer a nível da oferta de serviços quer da formação dos profissionais (Dialógicos, 2012).

A Dialógicos disponibiliza aos clientes uma série de serviços integrados na área clínica, com técnicos especializados nas diferentes áreas da psicologia clínica e na área formativa, com serviços de formação e realização de *workshops* dos mais variados temas da psicologia, direccionados para profissionais e público em geral. Disponibiliza também serviços de programas de treino e competências sociais, tutoria académica, no nível secundário e universitário, supervisão e investigação em ciências sociais e noutras áreas específicas: psicopedagogia, psicomotricidade e terapia da fala (Dialógicos, 2012).

O objectivo da Instituição é o diagnóstico e a intervenção nas pessoas, desde crianças a idosos, que procuram ajuda para as suas problemáticas como: queixas de depressões, sintomas físicos associados a mal-estar psicológico, pensamento repetitivo e constante focalizado em determinado assunto, distúrbios alimentares, comportamentos aditivos ou agressivos e insucesso escolar entre outros (Dialógicos, 2012).

O método psicoterapêutico de apoio utilizado tem por base o método psicodinâmico com influência da psicoterapia de inspiração psicanalítica. Neste modelo, o psicoterapeuta coloca-se na posição do paciente de modo a lhe ser possível observar o mundo dele e conseguir comunicar-lhe como compreende os seus desejos e sentimentos e o aceita e valoriza enquanto ser humano. Para isso utiliza técnicas não--directivas, sem aconselhar nem interpretar mas sim clarificar os sentimentos do paciente através da reflexão e do ecoar. Este

modelo utiliza as técnicas centradas na emoção para que o paciente reconheça e dê significado e nome à sua experiência emocional. O psicólogo clínico funciona então como continente da experiência emocional do paciente (Dialógicos, 2012).

Nas suas instalações, a Dialógicos disponibiliza diversas consultas de especialidade. Nas consultas de Psicologia do Desporto e da Actividade Física, o psicólogo intervêm na preparação mental e psicológica dos atletas para os treinos e competições desportivas, tão decisiva e fundamental para se atingirem resultados e sucessos desportivos (Tenenbaum & Ecklund, 2007).

A intervenção visa fundamentalmente contribuir para a obtenção do rendimento máximo dos atletas através do desenvolvimento dos recursos intrapessoais como: orientação para o resultado, auto-confiança, pensamento assertivo, auto-consciência, foco na atenção e concentração, gestão do esforço, motivação e controlo do stress e ansiedade a par da recuperação psicológica de atletas nos casos de contraírem lesões desportivos (Gouveia, 2001).

É também importante a intervenção com treinadores para desenvolverem competências que possibilitem melhorias na liderança e na comunicação, estabelecimento de metas e na gestão de equipas. Efectua-se também a avaliação do perfil psicológico dos atletas para os treinadores, à posteriori, adequarem os programas de treino aos atletas (Tenenbaum & Ecklund, 2007).

Na Psicologia Educacional, o objetivo da intervenção psicopedagógica passa por avaliar e diagnosticar as dificuldades da criança ou do jovem para promover o desenvolvimento das suas capacidades e competências académicas e sociais. A intervenção é realizada ao nível do apoio psicopedagógico, aconselhamento a pais/ professores e método e hábitos de estudo. Neste âmbito, a clínica estabelece parcerias com colégios, centros de

ocupação de tempos livres e infantários particulares (Sprinthall & Sprinthall, 1993).

A Terapia Familiar de Casal analisa a interação do indivíduo no seu contexto familiar e social com o foco de análise na relação que existe entre todos, e a partir dessa análise descobrir e solucionar a origem dos seus problemas (Sampaio & Gameiro, 2002).

Na intervenção, o psicólogo tem uma visão de conjunto da família enquanto sistema em constante evolução ao longo do ciclo de vida, ajustando algumas dificuldades que podem surgir em diferentes fases da vida como: a formação do casal, nascimento de filhos, entrada dos filhos na escola, adolescência, saída dos filhos de casa e questões de luto e perda no final da vida. É importante analisar o modo como os elementos da família ou do casal se relacionam entre si, quer ao nível consciente ou inconsciente. A terapia de casal é uma técnica específica da terapia familiar, onde o casal é a unidade de análise (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

Atualmente, a toxicodependência é entendida como um fenómeno complexo ao envolver o indivíduo dependente, a sua família e meio ambiente social e profissional envolvente (Fleming, 1996). A consulta de Alcoologia e Toxicodependência pretende-se promover um espaço de ajuda e de apoio psicológico não só aos indivíduos que apresentam problemas associados ao consumo de álcool e/ou drogas ou substâncias alteradoras do humor como também apoiar e ajudar indivíduos que, apesar de não estarem dependentes deste tipo de substâncias, possuem também comportamentos de risco (Dialógicos, 2012).

Conforme McCrady & Epstein (cit. por Dodgen & Shea, 2000), pretende-se igualmente ajudar, esclarecer e orientar todos aqueles que não sofrendo directamente de dependência, sofrem com os seus efeitos. A família próxima, é um exemplo de que sente o desenrolar da dependência do seu familiar. Nas consultas de alcoologia e toxicodependência pretende-se: informar e esclarecer sobre uso, abuso e dependência de álcool e drogas; orientar

para tratamento e prevenção da recaída; apoiar no pós-tratamento e acompanhar e dar apoio psicológico individual e á família.

Com a consulta de Sexologia, pretende-se ajudar uma pessoa, numa das áreas mais importantes da vida, a melhorar ou eliminar problemas tais como: situações de disfunções sexuais (disfunção erétil, ejaculação prematura, falta ou diminuição do desejo sexual, anorgasmia, dor no acto sexual, a existência de uma má relação interpessoal com o/a parceiro/a ou problemas na respectiva relação (problemas de comunicação, de confiança ou de segurança emocional durante a interação sexual), stress, ansiedade e insegurança e baixa auto-estima. A existência daquelas situações, ocasionam problemas a nível relacional, emocional e no bem-estar do indivíduo, comprometendo o seu regular funcionamento comportamental, emocional e psicológico. O objetivo psicoterapêutico desta terapia é de ajudar o casal a compreender as suas dificuldades específicas e a dar passos concretos para debelar a situação que originou a disfunção e ajudar a interiorizar que é existir necessário uma nova perspetiva perante a vida sexual (Bloch 1999).

Nos projectos de intervenção específicos, a Dialógicos apoia a aquisição de competências sociais que permitem aos jovens identificar problemas pessoais e a encontrarem as melhores respostas através do desenvolvimento de um comportamento e comunicação assertiva, empatia, cooperação, respeito pelos outros, auto-estima, auto-confiança e definição da própria identidade. Na tutoria académica, vários profissionais colaboram para ajudar alunos do ensino secundário e universitário na área da Psicologia, através de explicações individuais ou em grupo. Ao nível universitário, o tratamento e análise de dados com os programas IBM-SPSS para teses de licenciatura, pós-graduação e de mestrado é assegurado por um técnico com vasta experiência em estatística e trabalhos de investigação. Existe também o apoio em mais três áreas específicas como a psicopedagogia, a psicomotricidade e a

terapia da fala, tendo-se estabelecido uma parceria com o Centro Aurora em Mem Martins (Dialógicos, 2012).

Na área da formação, a Dialógicos com base no modelo psicodinâmico, disponibiliza serviços de: supervisão em psicologia clínica, em grupo ou individual; avaliação psicológica nas dimensões do desenvolvimento pré-escolar, cognitiva, personalidade e orientação vocacional escolar e profissional; formação em teste de Rorschach segundo o sistema compreensivo de Exner; avaliação da personalidade da criança através de testes projectivos e ainda especialização em avaliação psicológica (Dialógicos, 2012).

A Clínica tem ainda um protocolo assinado com a Universidade Lusíada de Lisboa para receber estagiários que desejem efetuar os respetivos estágios académicos em psicologia (Dialógicos, 2012).

Caraterização da População Alvo

O conhecimento das características e o perfil das patologias de quem procura apoio psicológico, é o primeiro passo para que uma instituição se torne eficiente e profissional nos serviços que disponibiliza (Silvares, Meyer, Santos & Gerencer, 2006).

A Dialógicos recebe diariamente diversos pedidos de ajuda psicológica para crianças, jovens, adultos e idosos.

A faixa etária dos clientes situa-se entre os 3 e os 80 anos de idade.

O quadro de profissionais da Dialógicos, intervêm nas diversas problemáticas e fases da vida da pessoa com o género feminino tem uma ligeira prevalência.

A tipologia dos principais pedidos de ajuda recebidos de adultos, refere a depressão, sintomas físicos associados a mal-estar psicológico, tais como fortes e constantes dores de cabeça, suores ou dificuldades respiratórias em situações de stress, pensamento repetitivo e constante e focalizado em determinado assunto, distúrbios alimentares, comportamentos aditivos em drogas ou álcool, problemáticas ao nível sexual, do próprio ou do casal e crises no desenvolvimento da personalidade.

Nas crianças e adolescentes, as queixas mais frequentes referem-se a atrasos no desenvolvimento em geral, comportamentos agressivos, disruptivos e de ansiedade e insucesso escolar.

A Instituição recebe também por parte dos adolescentes, inúmeros pedidos para avaliação de orientação escolar e vocacional.

Na procura dos principais problemáticas que são atendidas a pacientes na clínica, registam-se mensalmente uma média de 350 consultas de Psicologia Clínica, 20 de Psicologia Educacional e 25 de Terapia Familiar e de Casal. São pontuais as consultas de Alcoologia e Toxicoddependência, Sexologia e Desporto e Atividade Física (Dialógicos, 2012) (anexo A).

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

A história da psicologia, de acordo com Herrmann Ebbinghaus um dos primeiros psicólogos experimentais, tem um longo passado e uma história recente. Desde a antiguidade, pensadores e filósofos e teólogos de diversas religiões e culturas se dedicaram-se a questões relativas á natureza humana como a percepção, consciência e loucura (Hothersall, 2006)

A psicologia enquanto ciência, tem origem nos filósofos gregos tendo-se separado da filosofia no final do século 19. Wilhelm Wundt em Leipzig na Alemanha no ano de 1879, funda o primeiro laboratório psicológico para estudar os processos mentais mais elementares. Nele foram formados a primeira geração de psicólogos que depois se disseminaram pela Europa e pelos Estados Unidos da América (Freedhein & Weiner, 2003).

A psicologia clínica, surgiu num contexto científico em que a noção de clínica já era entendida e ligada às práticas médicas. A sua definição é inicialmente atribuída a Lightner Witmer, ao apresentar em 1896 na reunião anual da American Psychological Association (APA) um novo método de investigação. Utilizou a palavra clínica para se referir à função prática desenvolvida pelo psicólogo, em oposição ao trabalho de investigação que efetuava em contexto de laboratório (Pedineli, 1999).

Considera-se psicologia clínica como a ciência do comportamento humano baseada na observação e análise aprofundada dos casos individuais, quer normais quer patológicos (Pierón, 1968). Para Garfield (1965), é o ramo da psicologia que se interessa pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade.

A psicologia clínica, é assim um dos mais apaixonantes e mais férteis domínios da ação humana quer na sua orientação prática, que se centra no sofrimento ou nos conflitos de um individuo, quer na produção de conhecimentos que permitem compreender melhor, ou até

explicar, o modo como o homem constrói o seu mundo (Pedinieli, 1999).

A identidade de um psicólogo clínico é definida pelo seu domínio de um conjunto de teorias, técnicas e métodos com o objetivo de procurar compreender qual a razão psicológica da queixa do indivíduo, para lhe ser possível iniciar um processo de intervenção psicológica (Brito, 2008).

O método clínico, é acima de tudo uma aplicação prática de um conjunto de técnicas que forneceram informação concreta sobre determinada pessoa e que expressa a existência de um problema psicológico. O objetivo do trabalho do psicólogo é centrado no indivíduo, pelo que o método clínico está direcionado para o estudo de caso. Deste modo, o método clínico comporta dois níveis: o primeiro, que corresponde à utilização de técnicas de recolha de dados, testes e entrevistas; e o segundo nível que comporta o estudo aprofundado do caso, de modo a compreender a necessidade, ou não, de acompanhamento psicoterapêutico (Pedinieli, 1999).

A intervenção de um psicólogo clínico tem lugar em diversos contextos tais como os hospitais, consultório privado, serviços de saúde, escolas, organizações profissionais e educativas e em contextos de crise (Leal, 2005)

Qualquer que seja o modelo ou orientação teórico seguido pelo psicólogo, existem métodos e técnicas utilizadas de modo transversal de modo a ser possível recolher toda a informação necessária para a análise psicológica do indivíduo. De entre elas, destacamos a entrevista clínica, observação, avaliação e técnicas de entrevista. Nestas, encontramos a reformulação, ecoar, questionamento, silêncio, reflexão, clarificação, exploração, auto-revelação, interpretação, humor e exploração (Leal, 2010).

Em psicologia clínica, o psicólogo tem a responsabilidade de desempenhar determinadas tarefas no âmbito da profissão como, o estudos psicológico de sujeitos e a

elaboração da avaliação psicológica, participação em programas específicos de educação para a saúde, intervenção psicológica e psicoterapia, integração em equipas multidisciplinares de serviços de urgência, responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia e participação em programas de investigação (Leal, 2010).

Na profissão de psicólogo clínico, existem atitudes que devem estar sempre presente, pois são essenciais para a construção de uma autêntica relação terapêutica. Assim, deve: ter uma verdadeira atitude ética e deontológica implicando um profundo respeito para com a dignidade, personalidade, diferenças culturais ou sociais do indivíduo; manter o segredo profissional em todos os casos; ter uma atitude empática, compreendendo o mundo interior do sujeito através da apreensão intuitiva o que implica a necessidade de ter um domínio pessoal das suas emoções e de conseguir manter algum distanciamento com a problemática do sujeito; e por fim deve ter uma neutralidade benevolente não formulando juízos nem críticas, para possibilitar que o indivíduo se expresse num clima de abertura e de confiança mútua (Bényon & Chahraoui, 2002).

Psicoterapia de Apoio

A psicoterapia é uma prática humana com a sua origem nos primórdios da História. Apesar de não ser reconhecida como tal nem ter o caráter sistematizado de agora, em todas as sociedades existiu sempre alguém a quem foi confiado o poder de curar através da palavra. Depois de Hipócrates ser responsável pela antevisão de uma psicoterapia científico-empírica e Mesmer no século 18 tenha iniciado o seu desenho, o conceito moderno de psicoterapia tem a sua génese com Freud (Leal, 2005).

A diminuição do sofrimento humano é para todas as psicoterapias o seu principal objetivo. É neste sentido que, de entre várias definições existentes, a psicoterapia é um

método de tratamento que utiliza os meios psicológico para aliviar e debelar o sofrimento psíquico com vista a que o indivíduo atinja o seu equilíbrio psico-emocional (Doron & Parot, 1991).

Freud, desenvolveu uma série de conceitos que permitiram o acesso à interpretação da neurose em geral. A partir dos seus trabalhos na psicanálise inicia-se não só o estudo e entendimento das diversas psicopatologias mas também o funcionamento do indivíduo normal, com os seus lapsos, actos falhados, sonhos, ou seja, o funcionamento do seu aparelho psíquico. Desta construção de conceitos e da prática clínica desenvolvida por Freud, encontramos outros autores que o seguiram e que a partir da teoria psicanalítica desenvolveram outras teorias e conceitos que vieram enriquecer o universo da psicanálise e da psicoterapia com origem naqueles princípios (Leal, 2005).

O campo da psicoterapia compreende as neuroses, perturbações de carácter, estados-limite, afeções psicossomáticas e determinadas psicoses e perversões (Doron & Parot, 1991).

Um grande número de indivíduos procuram a psicoterapia por diversos motivos, e para eles o psicoterapeuta é aquele a quem podem recorrer para ultrapassar os seus estados disfuncionais e de infelicidade. Estes estados têm cinco causas principais que levam o paciente a procurar tratamento: perda como o luto ou divórcio; desajustamento no desenvolvimento como a passagem para a adolescência; o casamento ou a reforma; conflitos interpessoais com familiares ou amigos; sintomas específicos como a ansiedade ou a depressão; questões de personalidade (Gurman & Messer, 1995).

Apesar de todas as psicoterapias se debruçarem sobre aspetos da vida pessoal, as diferentes escolas diferem entre si quanto ao alvo primário, à orientação temporal, mudar pensamentos, atitudes, comportamentos ou estados emocionais (Bloch, 1999).

A psicoterapia de apoio é a forma de psicoterapia mais praticada, quer em Instituições

quer em clínica privada, apesar de só recentemente lhe ser sido dada o devido relevo. Atualmente, é considerada como um modelo de intervenção indispensável na formação dos psicoterapeutas (Winston, Rosenthal & Pinsker, 2004).

Com não tem uma ligação teórica com qualquer escola de pensamento psicológico, permite-lhe ser utilizada por psicoterapeutas de diferentes orientações e com técnicas de intervenção diversas e ser considerada como uma psicoterapia de cariz essencialmente prático (Viederman, 2008).

O processo psicoterapêutico inicia-se com a construção da relação entre terapeuta e paciente e o estabelecimento do projeto terapêutico através da avaliação das necessidades e expectativas para focalizar a intervenção na problemática do paciente. (Leal, 2005).

Esta técnica de intervenção, é uma forma de tratamento psicológico dirigido a um paciente através do suporte emocional que lhe permita ultrapassar uma inibição ou um sintoma incómodo existente e adquirir as capacidades psicológicas suficientes para gerir o seu quotidiano sem posterior apoio do psicoterapeuta (Cordioli, 2008).

Está indicada para pacientes que apresentem: estados de reatividade, apesar de nos casos de situações normais estarem bem adaptados; grande ansiedade; dificuldades emocionais e interpessoais; depressão; imaturidade; reação à mudança; dificuldades em verbalizar os seus sentimentos; nos casos em têm dificuldade em controlar os próprios impulsos agindo de modo destrutivo contra si ou com outros; nos casos de patologia psicológica grave; se estiverem em situação de acompanhamento farmacológico demorado (Bloch 1999).

A psicoterapia dinâmica procura através do *insight* e da relação construída com o paciente, uma mudança pela tomada de consciência das motivações e dos sentimentos mais profundos que estão ao nível do inconsciente. Baseia-se na compreensão dinâmica do

problema do paciente e no reforço dos seus mecanismos de defesa para se atingir os objetivos determinados, superar as suas angústias e sintomas patológicos e adquirir um duradouro equilíbrio emocional (Charman, 2004).

Como características da psicoterapia de apoio salientamos: limitada no tempo e com objetivos claros e realistas; restabelecimento rápido do equilíbrio psicológico; reforço das defesas; promoção da autonomia e auto-estima; adaptação á realidade: diminuição das pressões ambientais intensas; e promoção do crescimento emocional (Brito, 2008).

É importante que se estabeleça uma aliança terapêutica autêntica e construtiva entre o terapeuta e o paciente. Uma das forma passa por utilizar a escuta seletiva, para ser possível apreender com rigor qual o foco do conflito do paciente (Winston, Rosenthal, & Pinsker, 2004).

O psicólogo deve ser recetivo, entender e aceitar o paciente assinalando os progressos conseguidos, mencionar os aspectos positivos da relação enquanto tarefa conjunta e apoiar o paciente no reforço das defesas úteis. Para reforço das funções do ego do paciente, na intervenção psicoterapêutica deve utilizar a diretividade, sugestão, persuasão, controlo activo, securização, aconselhamento e clarificação (Leal 2005).

Ludoterapia

A ludoterapia, é uma técnica projetiva em que as crianças através do brincar e do desenho, expressam de modo simbólico as suas fantasias, medos, desejos ou experiências reais. O objetivo é de que a criança adquira a capacidade para resolver e ultrapassar os actuais, e prevenir futuros, problemas comportamentais e emocionais com efeitos positivos no seu desenvolvimento pessoal (Klein, 1980).

Para as crianças, o ato de brincar é tão natural como respirar. É uma expressão universal e transcende a questão étnica, de linguagem ou qualquer outro aspeto cultural

(Drewes, 2006).

Para o seu desenvolvimento, é uma função tão importante como alimentar-se ou dormir. Nas suas atividades infantis, a utilização da fantasia, do simbólico e do faz-de-conta vai permitir-lhe adquirir as capacidades de compreensão do mundo que a rodeia e de si própria (Russ, 2007). A intensa estimulação sensorial e física recebida no início do seu desenvolvimento através do brincar, tem como consequências positivas o aumento das ligações neuronais (Perry, 1997).

Quando a criança se confronta com situações traumáticas, crises ou que lhe causem instabilidade emocional, não tem ainda a capacidade suficiente para as verbalizar e expressar os seus sentimentos de modo a que o adulto a compreenda e ajude. É através do jogo simbólico e dos objetos, que a dificuldade de comunicação é ultrapassada conseguindo assim, exprimir as suas emoções para, quando necessário, intervir ao nível psicoterapêutico (Landreth, 2002).

A teoria do brincar permitiu alargar a influência do método psicanalítico na resolução de problemas psicológicos. A liberdade da criança em brincar substituíra as associações livres dos adultos, e a interpretação da brincadeira era igual à dos conteúdos das fantasias inconscientes que com o brincar era possível aceder. Através da interpretação do significado simbólico do ato de brincar, é possível diminuir a ansiedade e a fixação à fantasia inconsciente e aos objetos a ela associados (Hinshelwood, 1992).

A utilização da ludoterapia permite uma sobreposição de duas áreas diferentes do brincar, a do terapeuta e a do paciente com a psicoterapia a ser efetuada através de duas pessoas que brincam juntas. Neste caso, o *setting* é um espaço criativo e real para a criança, considerado por ela como um espaço entre o mundo interno e o externo (Winnicott, 1971/1975).

A relação da criança com o objeto de brincar, no início passa por estar fundido com ele, depois é repudiado e por fim aceite de novo e objetivamente percebido. Enquanto brinca, por vezes o conteúdo da brincadeira não é muito importante, mas sim o estado de concentração que coloca no acto de brincar, alheando-se completamente de crianças mais velhas ou de adultos que estão por perto. A criança habita uma área muito pessoal, com dificuldade de a abandonar não admitindo intrusões de outros (Winnicott, 1964/1982).

O processo terapêutico consiste na inter-relação do terapeuta com a criança através do jogo, de modo a reduzir as suas defesas, adquirir experiências e expressar melhor os seus sentimentos, possibilitando-lhe assim um sólido amadurecimento emocional (Winnicott, 1971/1975).

Aconselhamento Psicológico

O aconselhamento psicológico surgiu nos Estados Unidos da América por volta de 1940 a partir de alguns desenvolvimentos socio-históricos na época. Na fase inicial, houve um reconhecimento de que os psicólogos podiam auxiliar não só em problemas mentais graves mas também nos que surgiam na área profissional, perda ou inter-relacionais. Posteriormente, verificou-se uma procura de psicólogos em hospitais psiquiátricos devido ao facto de se assistir a um elevado número de soldados que regressavam da 2ª. Grande Guerra com distúrbios psicológicos (Whitely, 1984).

Conforme Super (1995), o aconselhamento psicológico surgiu a partir de 1950 para facilitar o desenvolvimento psicológico em todos os níveis de ajustamento mental, incluindo os distúrbios psicológicos graves.

É considerado como uma relação de ajuda que visa a adaptar o indivíduo à situação em que se encontra, com a qual sente dificuldade para a resolver e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, auto-ajuda e autonomia. O seu objetivo é o de

promover o bem-estar psicológico e a autonomia do indivíduo quando confrontado com as dificuldades e situações adversas no seu quotidiano, as quais lhe causam um desconforto emocional (Trindade & Teixeira, 1998).

O aconselhamento psicológico é considerado como uma das diversas especializações em psicologia. Pela sua amplitude e diversidade, é uma área que apresenta uma vasta compreensão dos problemas psicológicos e de intervenção psicoterapêutica em diferentes situações (Grant, 2008).

A sua diferenciação da psicoterapia assenta em aspetos específicos: carácter situacional; mais centrado na resolução de problemas do sujeito; foco no presente; duração mais limitada no tempo; mais orientado para a ação do que para a reflexão; e predominantemente mais centrado na prevenção do que no tratamento. A principal tarefa do terapeuta é de facilitar a mudança de comportamento e ajudar o paciente a desenvolver a sua autonomia (Bond, 1995).

Na área do aconselhamento psicológico, os terapeutas aconselham e intervêm na psicoterapia a nível individual, familiar, de casal, infantil e adolescentes e a grupos para além de efetuarem avaliações e diagnósticos psicológicos. Têm também preparação para trabalharem com uma grande variedade de distúrbios psicopatológicos como a depressão, ansiedade, falta de auto-estima, distúrbios alimentares, pós-stress traumático e distúrbios de personalidade. A nível relacional, encontramos como principais distúrbios os que têm origem em perdas, rutura de relações, violações e alteração de parentalidade (Grant, 2008).

Esta técnica de intervenção centra-se no desenvolvimento emocional, social e profissional do paciente, no sentido de o ajudar na promoção do seu bem-estar interpessoal com os consequentes efeitos positivos. Os seus objetivos são: restabelecimento do equilíbrio psicológico; diminuição dos sintomas; reforço das defesas; e melhoria da adaptação da pessoa

ao meio exterior. Neste caso, é particularmente indicado para pacientes que se apresentam com estados reativos, neuróticos, ansiosos e com um ego mais frágil e incapaz de suportarem outra intervenção sem risco de descompensação e em pacientes com alguma imaturidade no seu desenvolvimento psicológico (Sommer-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004).

O psicoterapeuta procura que os pacientes tornem conscientes os seus pensamentos e emoções inconscientes que afetam o seu comportamento e atitudes, e identifica e ajuda a resolver questões de personalidade ou aspetos psico-sexuais essenciais para o desenvolvimento saudável da sua personalidade (Corey, 2005).

Para Burton & Suss (cit. por Palmer, 2000), a relação estabelecida é considerada fundamental para desenvolver um sentido de identidade mútua possibilitando ao psicoterapeuta com a transferência, aperceber-se como o paciente analisa o seu passado e como este influencia as atuais inter-relações. O aconselhamento pode ainda, em muitos casos, ser utilizado como ponto de partida para uma psicoterapia de maior profundidade

A noção de fazer algo ao paciente para o curar de determinada psicopatologia, foi substituída pela ideia de estar com o paciente, para o ajudar e a facilitar o seu crescimento e o desenvolvimento do seu potencial (Brown & Lent, 2000).

Psicoterapia de Orientação Psicanalítica

Com o decorrer dos anos, surgiram diversas correntes teóricas que utilizaram as psicoterapias adaptadas ao seu próprio modelo. De entre elas, encontramos a psicoterapia de orientação psicanalítica que difere da psicanálise pois a associação de ideias não é livre mas sim orientada para o problema em que o terapeuta circunscreve a área de intervenção (foco) (Cordioli, 2008).

Na intervenção, o paciente é estimulado a verbalizar sentimentos, emoções e atitudes relacionando-as com as pessoas que foram importantes no seu passado e na actualidade. O

objectivo deste processo é de criar condições para o desenvolvimento de *insigh*. É neste contexto terapêutico, sem divã, que o terapeuta intervém, esclarecendo e dando sugestões e elaborando planos em conjunto com o paciente para alterar a visão e os sentimentos associados ao trauma (Leal, 2003).

A psicoterapia de orientação psicanalítica é adequada para pacientes com capacidade para auto-reflexão e em verbalizar os seus pensamentos e sentimentos. Normalmente, é utilizada de uma a três sessões semanais com duração variável (Cordioli, 2008).

Esta psicoterapia possibilita o desenvolvimento da capacidade do indivíduo em refletir sobre si próprio e de identificar situações do passado e que na sua vida actual presente se repetem com pessoas e diferentes. O terapeuta intervém e é dinâmico na forma de procurar soluções com o paciente, utilizando diversas estratégias de intervenção como; sugerir; motivar; reforçar ao longo do tempo sobre uma temática focalizada com a correção de pensamentos; e esclarecimento sobre crenças enraizadas, na busca de uma nova representação da situação traumática (Pediñelli, 1999)

Ética e deontologia

A ética é considerada como o centro de todos os atos humanos, emergindo da interioridade humana (Nunes, 2009).

O objetivo é de que o indivíduo enquanto profissional, assegure um compromisso com padrões elevados de comportamento e atitudes garantindo o correto exercício da profissão, suportado por um código de ética que salvaguarda toda a relação com os clientes, pares profissionais e público em geral (Reimão 1998).

Qualquer que seja a profissão, existem sempre questões éticas que podem ser identificadas em três áreas: a que tem a ver com os fundamentos dos princípios morais; a deontologia, que se refere às regras e deveres profissionais; e a legislação que a enquadra

legalmente (Alonso, 2006).

Para a psicologia clínica, estas questões assumem especial importância, quer no aspecto da investigação quer da prática clínica, pois as pessoas estão numa situação de fragilidade emocional quando recorrem ao psicólogo clínico (Peddinielli 1999).

Na década de 50 do século, passou a Associação Americana de Psicologia publicou os Ethical Standards for Psychologists que eram aplicados aos clínicos e à sua relação com os pacientes. Em França, após atualização em 1987, o Código de Deontologia é extensivo a todos os psicólogos e estabelece como princípios éticos: o respeito pela dignidade da pessoa humana e pela ética profissional: respeito pelo segredo profissional; um cuidado especial quando se mencionam determinados termos técnicos; formação e independência profissional; ética internacional; autonomia técnica (Peddinielli 1999).

Em Portugal, foi publicado em 2011 no Diário da República o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos e em que a Ordem dos Psicólogos passou a ser responsável da sua constante atualização. O Código Deontológico ao pretender efetuar a integração dos princípios éticos da atividade profissional do técnico de psicologia, qualquer que seja a sua área de aplicação e o contexto onde está inserido, tem o objetivo de direcionar o psicólogo no sentido de se pontuar sempre por práticas excelentes e éticas no exercício da sua profissão (de acordo com a Lei nº 57/2008).

O Código Deontológico está organizado por três grandes áreas: o preâmbulo, os princípios gerais e os princípios específicos. No preâmbulo define-se como está organizado, os objetivos e a relação com o enquadramento legal. Os princípios gerais, dizem respeito ao conjunto de princípios considerados relevantes para orientar os profissionais na correcta intervenção psicológica como: o respeito pela dignidade e direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade; e beneficência e não-maleficência. Nos princípios específicos

estão as regras de conduta ética pelas quais os psicólogos se orientam, como: consentimento informado; privacidade e confidencialidade; relações profissionais; avaliação psicológica; prática e intervenção psicológica; investigação; e as declarações públicas (de acordo com a Lei nº 57/2008).

Em psicoterapia, a conduta do psicólogo deve ser sempre enquadrada em princípios éticos transparentes. Os princípios éticos relacionados com a terapia, referem-se a questões como o contrato, pagamento, confidencialidade, proibição de relações sexuais e desencorajamento de relações sociais entre terapeuta e paciente (Bloch 1999).

Modelos teóricos de intervenção

São descritos de modo resumido os modelos teóricos que permitiram efectuar o enquadramento teórico dos casos analisados e descritos neste relatório.

Freud e o Modelo Pulsional

A partir do momento que surgiu a psicanálise não faltou, desde então, diversas formas para a definir. Enquanto para uns é uma teoria da personalidade, para outros é um sistema psicológico. Uma ciência, para os que seguiram a linha de pensamento freudiano (Brenner, 1987).

Para Freud, o inconsciente é constituído por pulsões, desejos e repressões de carácter afectivo e sexual. É dominado pelo instinto de vida, eros, que assegura a satisfação das necessidades básicas e pelo instinto de morte, thanatos, que está presente em todos os comportamentos agressivos e destrutivos. Posteriormente, defende que a mente funcionava de modo mais primário através do princípio do prazer e por outro lado de modo mais secundário através do princípio da realidade (Kahn, 2005).

Em Freud, o aparelho psíquico é constituído por três instâncias intra-psíquicas, o id, o ego e o superego. O id, é inconsciente e funciona como o depósito dos impulsos instintivos,

agressivos e sexuais. Tem muita importância estrutural no início de vida da criança e funciona de acordo com o princípio do prazer exigindo de imediato a satisfação plena das pulsões (Huber, Piron, & Vergote, 1964)

O ego, a parte racional da personalidade, está em contacto com o mundo real e opera através do princípio da realidade por processos secundários. É modelado pelo jogo das identificações e contra-identificações com objetos exteriores incorporados e interiorizados. A ele é dada a função de mediar entre o id, o superego e o mundo exterior dependendo em grande parte a saúde mental da força e da flexibilidade do ego. O superego é considerado a nossa consciência e representa a interiorização mental dos padrões e proibições dos nossos pais e da sociedade. Uma parte dele é consciente pois sabemos o que a consciência nos permite e proíbe, no entanto, outra parte é inconsciente resultando daí o aparecimento da culpa inconsciente quando agimos contra as regras (Cloninger, 2004).

Na primeira década do século 20, Freud na sua teoria psico-sexual do desenvolvimento da personalidade afirmava que o indivíduo evoluía através de cinco fases: oral, anal, fálico, latência e genital. Em cada uma destas fases, uma parte do corpo e as suas atividades assume uma especial importância neles, realçando o prazer como um dos aspetos principais que cada região corporal proporciona. (Greenberg & Mitchell, 1994).

A fase oral oral abrange o primeiro ano de vida e a boca, fonte de prazer, é a zona erógena primária ou fonte de pulsão. As primeiras frustrações são orais tais como a fome, sede e necessidade de sugar para além de também utilizar a boca como órgão agressor para morder ou chorar (Golse, 2005). O objeto de pulsão é representado pelo seio materno com a alimentação a servir como mediadora na relação simbiótica entre a mãe e o filho. Subdividiu esta fase na sub-fase oral primitiva, em que o seio ainda não é classificado bom ou mau e a sub-fase oral tardia que cobre o segundo semestre de vida e onde já surge a ambivalência face

ao objeto. É nesta sub-fase que surge o conflito relacional ligado ao desmame (Marcelli, 2005)

A fase anal compreende o segundo e terceiro ano de vida com o ânus a ser a zona erógena. É um período em que já existe controlo e domínio, para além do prazer em defecar e reter as fezes. Nesta fase existem duas sub-fases: na anal-sádica expulsiva que abrange o terceiro semestre de vida da criança, a expulsão dos objectos funciona como desafio ao adulto; e na anal-masochista retentiva existe um prazer ligado à retenção das fezes. Esta fase é caracterizada por uma grande ambivalência pois as fezes funcionam como bom ou mau objeto. A criança também começa a desenvolver um sentimento de prazer na manipulação das relações com a figura maternal ou sua substituta (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

Na fase fálica, ainda uma fase pré-genital, abrange o período entre os três e os cinco anos de vida e onde a uretra e os órgãos genitais são as zonas erógenas. É o período em que as crianças a ficam curiosas sobre as diferenças anatómicas entre os sexos. A uretra funciona como fonte de pulsão e de prazer pela micção ou retenção. Nesta fase, os conflitos da criança têm origem no complexo de Édipo com o aparecimento de desejos incestuosos e o conseqüente medo da castração dividindo o seu comportamento entre a iniciativa e a culpa (Marcelli, 2005).

A criança entre os dois e os cinco anos desenvolve um sentimento de amor pela figura do sexo oposto e de hostilidade pelo do próprio sexo a quem vê como rival e tem o desejo de o eliminar. Estes sentimentos são percebidos com uma grande intensidade e ambivalência, porque odeia o progenitor do mesmo sexo impedindo-o de realizar os seus sonhos como se fosse um concorrente incómodo e em simultâneo também sente amor e ternura pelo que de bom representa para ele. Assim, surge a culpa e o medo da castração, com tendência a um declínio por volta dos cinco anos e a reativar com o início da puberdade, o que contribui para

a existência da crise da puberdade nos adolescentes. É essencial uma resolução satisfatória do conflito de Édipo para o desenvolvimento de uma boa estruturação da personalidade (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

O período de latência, é uma fase entre os sete e os doze anos e não existe conflito pois a energia psíquica está mais direcionada para atividades não sexuais, como a escola e o desporto. Nesta fase surgem as formações reativas que permitem à criança ultrapassar os conflitos sexuais do período anterior através de sentimentos de ternura e de respeito para com figuras parentais (Harr, 2008). Verifica-se um abrandamento dos pensamentos e comportamentos sexuais pelo seu recalcamento, o que possibilita a respetiva sublimação e resolução do complexo de Édipo através do deslocamento dos conflitos primitivos para substitutos das figuras parentais, que a criança vai encontrar nas suas novas relações sociais (Golse, 2005).

No estágio genital assiste-se ao despertar da sexualidade genital, e apesar das fantasias de partilha de prazeres sexuais se iniciarem e desenvolvem durante a fase fálica, é na fase da puberdade que normalmente se efetivam. (Jesuíno, 1994).

Na fase da puberdade verificam-se as transformações que conduzem a vida sexual infantil à sua forma definitiva. No adolescente, que até então a única finalidade da sexualidade era ter prazer em certas zonas erógenas que os impulsos sexuais despertavam, descobre o objeto sexual (Golse, 2005).

Freud considerava importante as experiências que a criança tinha na sua infância, pelo que considerava que os três primeiros estágios que ocorrem até aos cinco anos de idade, chamados de pré-genitais, eram cruciais na formação do carácter do adulto e na estruturação da futura personalidade. O crescimento da criança acontece quando passa do auto-erotismo para as fantasias e desejos de prazeres sexuais partilhados (Jesuíno, 1994).

Na teoria freudiana, existe uma evolução do tipo de relação de objeto de estágio para estágio de desenvolvimento da criança, como a avidez do estágio oral passivo, inveja do estágio oral-sádico até ao domínio no estágio anal. No estágio oral e anal a relação de objeto é marcada por um narcisismo primário que a torna de tipo homossexual. No estágio fálico a relação de objeto torna-se do tipo heterossexual (Marcelli, 2005).

Melanie Klein e a Teoria da Relação de Objecto

Melanie Klein é considerada como uma das figuras mais importantes no movimento psicanalítico, logo a seguir a Freud (Leal, 2005).

Ao contrário de Freud que começou a trabalhar com adultos e só mais tarde estudou o funcionamento psíquico das crianças, Klein iniciou o seu trabalho teórico e prático com crianças (Klahr, 2005).

A sua contribuição para a teoria e técnica psicanalítica têm três fases distintas: na primeira fase estabeleceu os fundamentos da análise de crianças e delineou o complexo de Édipo e o superego até às raízes do seu desenvolvimento; formulou o conceito da posição depressiva e dos mecanismos de defesa maníaca; preocupou-se em desenvolver o conceito de posição esquizo-paranóide (Cintra, 2003).

Klein defende como pressuposto para o desenvolvimento da sua teoria que o lactente ativa uma dualidade e um conflito pulsional entre as pulsões de vida e de morte por um lado e com o mundo exterior e que é ao mesmo tempo ameaçador e gratificante. É a partir desta ideia, que estabelece relações entre o lactente e os seus objetos internos e externos e os processos que utiliza, tais como a projeção, identificação e identificação projetiva e a clivagem (Klein, 1961/1994).

Através do seu trabalho com crianças, Klein percebeu a importância que na fase precoce, a mãe tem na vida do bebé. Estes nascem com pulsões instintivas e com uma

agressividade inata (Bateman, Brown, & Pedder, 2003). O nascimento do bebé é vivido de forma traumática originando o aparecimento de uma ansiedade persecutória em relação ao mundo exterior. O seio da mãe, é o primeiro objeto separado do *self* que existe na sua mente e é considerado como hostil devido à ansiedade persecutória (Tyson & Tyson, 1990).

Na sua teoria, escolheu a palavra posição como significado de fases de desenvolvimento e para realçar que não é uma fase passageira mas que implica uma configuração específica de relações de objeto, ansiedades e defesas que vão persistir durante toda a vida da criança. É um conceito mais estrutural que cronológico, pois trata-se de fases normais necessárias à evolução de qualquer criança. Podem ser consideradas como subdivisões da fase oral na teoria freudiana (Klein, 1932/1975).

Na década de 1920, Klein começou a analisar o desenvolvimento primitivo da criança através da técnica do brincar. Observou que a criança quando brincava, representava simbolicamente os seus anseios e necessidades, descobrindo como é rico o mundo da fantasia inconsciente e das relações de objeto da criança (Carper 1998).

Foi assim possível confirmar as teorias defendidas por Freud sobre a sexualidade infantil, não só a partir do material infantil mas também observar fenómenos que até então não eram esperados. Por exemplo, pensava-se que o complexo de Édipo se iniciava por volta do três ou quatro anos de idade, contudo verificou que em crianças de dois anos e meio já manifestavam fantasias e ansiedades edipianas (Klein, 1980).

Nesta perspetiva, o bebé possui uma vida mental fantasmática já muito elaborada e um ego parcialmente constituído em que já sente angústia, é capaz de utilizar os mecanismos de defesa e também de estabelecer relações de objeto quer com o fantasma quer com a realidade (Figueiredo, 2006).

Klein, realçou de modo especial os mecanismos primitivos como a introjeção, a

projeção e a clivagem (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

A partir do nascimento, no bebé existe um ego primitivo ao qual lhe falta coesão e que colocado perante a angústia suscitada pelo antagonismo entre a pulsão de vida ligada às pulsões libidinais e amor, e a pulsão de morte ligada às pulsões agressivas destrutivas. Esta coexistência origina o aparecimento de dois tipos de angústia, a de perseguição ou paranóide na posição esquizo-paranóide, e a depressiva na posição depressiva (Malpique, 2010).

Ao referir-se à posição esquizo-paranóide, Klein acentua o carácter esquizóide dos mecanismos em jogo e salienta o carácter persecutório da ansiedade. Esta posição é caracterizada pelo fato de as crianças não tomarem conhecimento do todo, mantendo relacionamento apenas com objetos parciais e pela prevalência dos processos de divisão. Predomina durante os três a quatro primeiros meses de vida (Klahr, 2005).

Desde o nascimento que existe uma imagem, como seio ou biberão, que fica marcada no psiquismo da criança e cuja imagem fica ligada a representações mentais com ligações às solicitações pulsionais. Quando surge uma tensão interna, se a mãe a satisfaz num prazo satisfatório, então para o bebé essa situação é experienciada como um bom seio. Caso isso não aconteça, a experiência não é sentida como ausência mas sim como seio mau perseguidor (Klein, 1957/1991).

Os processos psíquicos essenciais desta posição são a introjeção, ligada ao objeto bom e a projeção, ligada ao objeto mau (Mazet & Soleru, 2003).

A posição depressiva surge por volta dos cinco meses quando a mãe é reconhecida como um objeto total, com a criança a tomar consciência de que a mãe boa e a mãe má é a mesma. Nesta ambivalência confronta-se com o aparecimento da ansiedade depressiva por ter atacado o objeto bom de que necessita, surgindo assim um sentimento de culpabilidade (Segal, 1975).

Esta é a primeira manifestação de um superego emergente. Enquanto que na posição anterior a angústia de perseguição estava ligada ao aniquilamento do ego, na posição depressiva surge a angústia depressiva em relação à perda de objeto. Nesta situação, a criança apela à reparação como um mecanismo de defesa para preservar e reparar o objeto. É através do jogo e o seu próprio desenvolvimento motor e psicológico, que irá conseguir ultrapassar a fase da angústia depressiva (Mazet & Soleru, 2003).

No entanto, no caso de o processo de reparação ser posto em causa, pode ocorrer uma situação de perda de objeto. Assim, a criança dá início à sua atividade simbólica ao desviar parte da energia pulsional para objectos exteriores e substitutos do objecto amado. No desenvolvimento do ego e do superego, é importante o que se passa na posição depressiva, pois é quando a criança constrói a sua relação com o mundo exterior. (Klein, 1975).

Esta perceção da sua dependência leva a que o objeto considerado bom seja introjetado, formando o núcleo do ego e do mundo interno do bebé. (Klein, 1957/1991).

Winnicott e a Teoria do *Self*

Winnicott começou a sua carreira profissional como pediatra o que lhe permitiu, quando enveredou pela psicanálise, utilizar o seu conhecimento psicoterapêutico de crianças e adultos para contribuir de forma inovadora em relação à tradição psicanalítica. Com base na teoria de Freud e Klein desenvolveu a sua própria teoria do desenvolvimento (Mazet & Soleru, 2003).

Na sua teoria, valorizou os aspetos externos no desenvolvimento infantil ao invés dos intrapsíquicos, contrariando as teorias da época (Avellar, 2009).

De modo inato, o desenvolvimento psicológico acompanha o desenvolvimento físico e de certas funções. No entanto, é necessário estarem reunidas condições favoráveis para que se processe o crescimento natural da criança (Sousa, 2004).

A criança, deve dispor de cuidados maternos em ambientes saudáveis e em que o ego da mãe consegue cuidar do ego da criança que se está a formar, evitando assim a existência de distorções precoces (Winnicott, 1965/1994).

Com o nascimento do bebé, a mãe desenvolve uma identificação projectiva para com ele, ao mesmo tempo que se torna completamente disponível para cuidar de todas as suas necessidades. A esta disponibilidade total, Winnicott define como a preocupação materna primária e que passa pela capacidade da mãe de renunciar a alguns dos seus interesses pessoais e canalizar todos os seus recursos afectivo para o bebé, favorecendo desde o início uma estruturação saudável do ego (Abreu, 2005).

Este primeiro estado, é caracterizado pela relação que o bebé tem com os objectos parciais e no modo como se relaciona com o seio da mãe. Não existe ainda a consciência da figura da mãe, embora possa sentir a mãe em momentos de contacto afectuoso. Este processo permite a gradual integração da personalidade da criança com o objeto parcial e passar a ser entendido como pertencente a uma pessoa inteira (Winnicott, 1965/1994).

Nesta fase da vida do bebé, a mãe desempenha o papel de espelho e quando vê o rosto da mãe, vê-se a si próprio, correspondendo ao estágio da identificação primária. Por volta dos três a quatro meses, a vai começando a ter a sensação da realidade e quando vê o rosto da mãe, já vê nele o seu próprio rosto (Abreu, 2005)

Na acriança, o processo de separação do não-ego e do ego vai conduzir á ideia da existência da pessoa como mãe. A função especular da mãe é muito sensível, pois reflete os seus estado de alma para a criança. Toda a informação que passa, será absorvida pela criança, com reflexos positivos, ou não, na sua capacidade criativa. (Newman, 2003).

No início do desenvolvimento da criança, é determinante para a maturação do ego o modo como se pega, o *holding*, como é tratada, o *handling* e o modo de apresentação do

objeto. O *holding*, tem na criança uma função de proteção a todas as experiências angustiantes que sente nas suas relações quotidianas, sejam de natureza sensorial ou psíquica. O *handling*, contribui para a formação do sentido do que é real ou não, favorecendo o desenvolvimento do tónus muscular e coordenação. Com a apresentação de objetos inicia-se a capacidade do bebé de se relacionar com objetos (Winnicott, 1972/1991).

Na maturação do ego da criança na primeira infância, existe uma evolução no tipo de relação de dependência, entre ela e a mãe, através de três fases. Numa primeira fase até aos cinco meses, a dependência é absoluta pela sua completa fusão com a mãe. Numa segunda, de dependência relativa até ao fim o primeiro ano, a criança diferencia-se cada vez mais da mãe e começa a estabelecer uma relação de objeto e a ter capacidade de iniciativa para satisfazerem as suas necessidades. A terceira fase, no início do segundo ano, a criança torna-se cada vez mais independente e a iniciar o seu processo de identificação e socialização com o meio social que a rodeia (Winnicott, 1960/1983).

Esta evolução é efectuada através de três processos: integração com a constituição do *self* e do ego; personalização com o início do desenvolvimento do funcionamento mental; processo de construção das primeiras relações de objecto. (Mazet & Soleru, 2003).

A integração permite que o ego precoce, logo após o nascimento da criança, se organize progressivamente, o qual é determinada por dois tipos de experiências, o *holding* e as experiências sensório-motoras. O ego precoce da criança é reforçado pela empatia transmitida através do ego maternal permitindo-lhe enfrentar as agressões do mundo exterior começando-se a sentir-se existir e aumentando pouco a pouco o sentimento de começar a ter uma identidade (Winnicott, 1972/1991).

A criança com a sublimação, adquire as condições que lhe permite confrontar-se com a realidade e assim diferenciar-se do seu mundo interior. A partir dos 5 meses já apresenta um

ego mais amadurecido e capaz de ultrapassar as ruturas na sua vivência, em parte devidas à educação e à aprendizagem a que passa a ser sujeito (Winnicott, 1960/1983)

Mais tarde, o *self* na criança comporta-se de modo submisso e ao mesmo tempo espontâneo e com a capacidade de simbolizar. No caso de a mãe não estar presente nos momentos em que é necessário para efetivar a onipotência do bebé, pois dá mais prioridade à satisfação das suas próprias necessidades, este irá desenvolver um ego submisso que será o primeiro estágio para o aparecimento de um falso ego (Mazet & Soleru, 2003).

O processo de personalização está ligado diretamente ao modo com a mãe constrói a sua relação com o bebé. Quando se relaciona de forma sensível, o bebé sentirá uma satisfação física e emocionalmente reconfortante que lhe permitirá construir uma unidade estável entre mente e corpo. No terceiro processo da maturação do ego, a apresentação objeto define o modo como a mãe dá a conhecer o mundo exterior ao bebé para que este construa um sentimento de unidade e confiança própria que lhe permita, ou uma ligação ou separação em relação aos outros (Gomez, 2005).

Winnicott, introduz o conceito de objeto de transição e assinalou a importância de existir uma mãe suficientemente boa no desenvolvimento do bebé. O objeto transitivo, construído entre a mãe e o bebé, tem um efeito terapêutico, reduz a angústia e a ansiedade de separação e através deste fenómeno é possível desenvolver o sentimento de vinculação. Em terapia, o objeto de transição é criado entre o terapeuta e o paciente (Barbieri, Jacquemin & Alves, 2005).

O modo como a criança percebe a mãe e o mundo exterior é determinante no modo como vai estabelecer a relação de objeto o qual que é efetuada através de dois esquemas, o fenómeno transitivo e a agressividade (Mazet & Soleru, 2003).

O objeto ou fenómeno transicional, simboliza a unidade interna do bebé com a mãe

carinhosa tornando-o seguro quando tem de enfrentar a separação da mãe. Por vezes, o objeto transicional é mais importante do que a mãe real em situações ansiosas ou quando o bebé vai dormir. A evolução do objeto transicional passará pelas atividades lúdicas como o brincar a sós ou partilhado, e pelas experiências culturais (Gomez, 2005).

A agressividade surge na criança logo a partir dos momentos iniciais da sua existência, pois está directamente ligada à existência de pulsões libidinais primitivas destrutivas e satisfazendo aquelas através de um objeto externo. Neste sentido, a atitude da mãe é determinante no modo harmonioso como a criança evolui, pois na posição depressiva entre os seis meses e o primeiro ano, tem a capacidade de receber as pulsões agressivas e de o continuar a amá-la (Winnicott, 1964/1982).

Para a criança um dos sinais mais evidentes de ter conseguido uma maturação sólida passa pela capacidade de estar só. Esta capacidade desenvolve-se através do modo como a mãe transmite segurança, o que permite à criança experiências de solidão de curta duração. Por volta dos seis meses quando o ego da criança está amadurecido, o símbolo materno já está perfeitamente internalizado, permitindo-se estar só de modo efetivo. A criança inicia assim o percurso para o seu estado de independência com a capacidade de estabelecer relações num quadro familiar e em sociedade (Funck-Brentano, 2005).

Bowlby e a Teoria da Vinculação

John Bowlby, psiquiatra e psicanalista, interessa-se pelos efeitos patológicos da separação entre a mãe e o filho. É um dos primeiros autores a defender um modelo de desenvolvimento e de funcionamento da personalidade, a teoria dos instintos, afastando-se assim da teoria pulsional de Freud, e recorrendo a novos conhecimentos da etologia, comportamento instintivo e vinculação (Viterbo & Renault, 2005).

Foi influenciado pelos trabalhos de Balint, Ferenczi, Fairbairn e Klein e relacionou a

ênfase que deu à vinculação com os últimos trabalho realizados por Freud, onde era dada relevância ao objeto que era visto como o alvo dos instintos libidinais (Gomez, 2005).

Sugere que na vida emocional do homem, existem sistemas comportamentais pulsionais que permitiram a sua sobrevivência ao longo dos tempos, salientando o apego da criança à mãe como um dos sistemas mais importantes. Este apego é mediado por cinco respostas pulsionais, sucção, sorriso, colagem, choro e seguimento e que estão organizados num sistema de controlos e retroações, resultado de um comportamento da manutenção da proximidade (Cassidy, 1999).

Para Bowlby, existem esquemas de comportamento humano de carácter instintivo que vão evoluindo ao longo da vida como, o acasalamento, cuidados com os descendentes e vinculação dos mais novos aos mais velhos. Todos estes comportamentos garantem a sobrevivência da espécie (Viterbo & Renault 2005).

Neste sentido, o comportamento envolve uma dinâmica inter-relacional com o meio envolvente. Esta rede de relações é a base de partida para se compreender o significado de vinculação pois surge no momento que existe relação entre a mãe, ou cuidador, e a criança. Esta relação não é determinada pela figura maternal ou intensidade, mas sim pela sua qualidade (Oliveira, 2000).

A primeira vinculação é quase sempre entre a criança e mãe, ou cuidador substituto, e ambos contribuem para construir e manter laços vinculativos através da experiência e desempenho de comportamentos que se iniciam a diferentes níveis, em modos diferentes e em momentos diferentes (Stevenson-Hinde, 2007).

No período até aos três anos, existe uma fase inicial até aos seis meses em que os bebés demonstram uma vinculação mais geral e não se perturbam se for outro cuidador carinhoso, sem ser a mãe, a tomar conta deles. Para o bebé a base segura da vinculação está na

interação reconfortante e nos jogos interativos que tem com o cuidador (Bénony, 2002). Aos seis meses, já desenvolveu uma vinculação mais intensa com o cuidador principal, para além de existirem vinculações secundárias com outras pessoas com quem se relaciona. Surge então a ansiedade do desconhecido e cada rosto estranho é considerado como ameaçador. É uma fase de menor dependência da mãe, apesar da necessidade interna de a ter sempre por perto (Gomez, 2005).

Dos seis meses até aos três anos, a criança necessita de estar fisicamente próxima do cuidador principal, apenas tolerando a sua ausência por períodos curtos. Quando existe uma separação longa, para a criança é um processo muito traumático se não conseguir estabelecer uma nova vinculação. Por volta dos três anos, a criança tolera ausências temporais mais longas do cuidador se souber onde ele está e quando regressa. Nesta fase começa a ter oportunidade e liberdade de explorar o seu mundo relacional (Cassidy, 1999).

Bowlby formulou a sua teoria do desenvolvimento com base na vinculação, ou a figura de referência ou de apego na fase precoce da vida. No desenvolvimento da sua teoria da vinculação, recorreu aos trabalhos desenvolvidos por Konrad Lorenz na área do comportamento instintivo animal, o qual definiu o *imprintus* como um mecanismo inato ao recém-nascido e em que imediatamente após o seu nascimento estabelece uma ligação afetiva com o primeiro objeto móvel que contacta (Bowlby, 2002).

Também foram considerados os trabalhos realizados por Ainsworth e Bell sobre a relação direta entre a segurança da vinculação e o respetivo desenvolvimento cognitivo das crianças e o grau de segurança que a criança sente junto dos pais, que lhes permite depois munir-se de capacidades para explorar o mundo que a rodeia (Goldlberg, Grusec & Jenkins, 1999).

Ainworth, identificou quatro tipos de vinculação com base no grau de separação entre

a criança e o cuidador: a segura, em que a criança reage no momento da separação e acalma quando a figura maternal regressa e procura de imediato a interação; a insegura-evitante em que a criança mostra que não necessita de apoio, é independente e não reage quando os pais regressam; a insegura-ambivalente, no caso da criança que procura o conforto dos pais pois está assustada e ansiosa pela separação, reagindo de modo irritada ou passiva; e por fim, a vinculação insegura-desorganizada em que a criança apresenta sinais de apreensão com a chegada da mãe. Deste modo, nas crianças que têm uma vinculação segura quando a figura de vinculação se aproxima a angústia é anulada, enquanto que no caso de existir uma vinculação insegura surgem sempre situações de angústia e de evitamento (Bowlby 1997).

Para Bowlby, a qualidade da vinculação nos primeiros momentos de vida de uma criança tem uma especial importância no estabelecimento de relações afetivas futuras. Estudos que realizou em crianças que na sua primeira infância sofreram privações e perdas afetivas significativas e que conduziram a ruturas afetivas na vinculação, identificou à posteriori síndromas de personalidade psicótica, depressão e suicídio e todas elas tiveram uma grande dificuldade em estabelecerem relações seguras e estáveis ao longo da sua vida (Cassidy, 1999)

Desenvolvimento da Personalidade e Mecanismos de Defesa

A estrutura psíquica é determinada em função de diversos fatores. Estes fatores são: hereditários; no modo como a criança se relaciona e vincula com os pais nos seus tempos mais precoces; com as frustrações e os conflitos que vão surgindo; em função das defesas do ego utilizadas para resistir às pressões internas do id e às externas da realidade. Neste processo, gradualmente, o psiquismo consolida-se e não mais será modificado (Bergeret, 2004).

Quando surge uma situação emocionalmente desconfortável num indivíduo, ao nível

interno ou externo, a realidade pode ser deformada ou mesmo anulada com o objetivo de reduzir o nível de ansiedade gerada (Bergeret, 1998).

O ego enquanto função mediadora e integradora, utiliza diversas estratégias para resolver o antagonismo entre as pulsões e os conflitos intra-psíquicos, com origem no id, e as exigências do mundo real. Nestas estratégias enquanto inconscientes, os mecanismos de defesa asseguram a própria segurança do indivíduo ao adaptar a mente para resolver situações de conflitos, impulsos agressivos, frustrações e ansiedades (Cloninger, 1999).

Nenhum indivíduo utiliza todos os mecanismos de defesa. Estes são seleccionados consoante o seu tipo de carácter e ativados quando ocorre uma situação semelhante à original. Quando um indivíduo manifesta um comportamento mais defensivo, está inconscientemente a tentar manter a sua auto-estima e a procurar controlar ou a evitar algum sentimento angustiante ou assustador, ou então alguma situação que lhe cause uma desorganização emocional (McWilliams (2005).

Os mecanismos de defesa são utilizados em momentos de controlo da ansiedade. O estudo e compreensão destes mecanismos são importantes para se compreender o funcionamento psicológico do indivíduo e a sua estrutura de personalidade (Gabbard, 2005).

Para Bergeret (1998), a estrutura de personalidade de um indivíduo tem uma base estável, no entanto passível de ser alterada, onde se estabelece o seu funcionamento psíquico. Esta estrutura inclui os mecanismos de defesa, relação de objeto e evolução libidinal e do ego.

O desenvolvimento do indivíduo, é determinante para a constituição do tipo de estrutura da personalidade do indivíduo. No período mais fusional não existe uma separação entre o eu e o não-eu, evoluindo depois para uma período de pré-organização com o início de desenvolvimento do ego. Surge então, uma estrutura de personalidade psicótica, borderline ou neurótica (McWilliams, 2005).

Na estrutura psicótica, as frustrações ocorrem na fase oral ou anal de rejeição e existe um conflito profundo com a realidade ao recusá-la, pois o ego sofreu séria fixação e permanece bloqueado. Corresponde a um fracasso da organização narcísica primária nos primeiros anos de vida traduzida numa atitude mais ou menos radical, em função do grau regressivo das fixações. A angústia está centrada na fragmentação, pois como está num estado fusional com a mãe não consegue vivenciar uma relação de objecto tipo genital, como um ser isolado da figura maternal (Bergeret, 1998).

A estrutura borderline, é uma estrutura com flutuações e imprecisões, onde o ego superou a fase da relação precoce com a mãe não conseguindo no entanto, efectuar a relação triangular. Nesta estrutura a angústia é a de perda do objecto e apesar de se verificar alguma segurança ao nível do ego não existe garantida uma estabilidade emocional (McWilliams, 2005).

A estrutura neurótica é considerada em termos libidinais com a mais evoluída com o indivíduo a superar a fase anal, sem fixações precoces nem frustrações intensas e acedendo à triangulação genital. Apesar da estrutura ser neurótica, pode suceder que o ego do indivíduo regrida a uma fase psicótica durante a adolescência e sofrer conflitos muito intensos, internos ou externos. Nesta estrutura, o conflito situa-se entre as pulsões e o ego, surgindo a angústia de castração face ao papel primordial do superego. A realidade não é recusada e existe um investimento nas relações de objeto (Bergeret, 1998).

Nas estruturas de personalidades, tendo em conta a relação de objeto no processo dinâmico de desenvolvimento, é possível determinar qual a estrutura de carater de um indivíduo. A avaliação da estrutura de carater, permite ao terapeuta perceber qual o tipo de relação a estabelecer e orientar a respetiva intervenção terapêutica (McWilliams, 2005).

O carater refere-se à organização dinâmica de padrões de comportamento duradouras,

incluindo formas de perceber e de relacionamento com o mundo, que são característica do próprio indivíduo. Uma descrição de caracteres inclui o nível de organização destes padrões de comportamento, o grau de flexibilidade ou rigidez com a qual os comportamentos observados que são adaptáveis ou que interferem com o funcionamento psicossocial (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

Nas estruturas de personalidade, as diferentes organizações de personalidade utilizam determinados grupos de mecanismos de defesa. Na estrutura psicótica: a personalidade anti-social, controlo onnipotente, identificação projetiva, dissociação e clivagem do ego; no esquizóide, a retirada primitiva, projeção, introjeção, idealização e desvalorização. Na estrutura borderline: na personalidade narcísica, a idealização e a desvalorização; na paranóide, a projeção; na masochista, a introjeção, idealização, acting-out, moralização, negação e unir-se contra o *self*; na depressiva-maníacas, a introjeção, a idealização e virar-se contra o *self*. Na estrutura neurótica: na personalidade obsessiva-compulsiva, o isolamento, anulação, formação reativa e deslocamento; na histéricas (histriónicas), o recalçamento, a sexualização, a regressão e o acting-out (McWilliams, 2005).

Objectivos propostos

Os objetivos do estágio académico foram: a avaliação psicológica e acompanhamento psicoterapêutico de apoio sob o modelo psicodinâmico de 2 a 6 casos clínicos; os casos clínicos a acompanhar poderão ter os atendimentos na sede da Dialógicos ou em qualquer dos seus associados; treino aprofundado ao nível da avaliação psicológica cognitiva e da personalidade e do psicodiagnóstico; presença nas ações de formação a decorrer na Dialógicos; frequência de supervisão semanal (mínimo 3 horas/semana); elaboração de um artigo de opinião, num tema à escolha, a publicar posteriormente no *site* da Dialógicos; planificação e ministração de eventuais palestras ou formações na sede da Dialógicos ou junto os seus associados; eventual desenvolvimento de projectos de intervenção junto dos seus associados; eventual colaboração em feiras ou eventos da Dialógicos.

Método

Neste capítulo estão mencionados os pacientes que foram alvo de avaliação psicológica, os procedimentos que a possibilitaram e os instrumentos utilizados nas respectivas avaliações psicológicas.

Participantes

Durante o estágio foram sujeitos a avaliação psicológica, os participantes referidos na Tabela 1. Estão também mencionados, os motivos da vinda à consulta, os instrumentos utilizados na respetiva avaliação psicológica e os momentos de intervenção. A todos os participantes, exceto à Maria, foi aconselhado o acompanhamento em psicoterapia de apoio para reforço dos seus recursos psico-emocionais.

Os nomes dos participantes referidos na tabela são fictícios de modo a manter a sua confidencialidade.

Tabela 1 – Participantes nas avaliações psicológicas

Nome	Gustavo	Isabel	Maria	Magda	Rosa	Tiago
Idade	8	22	45	3	43	31
Pedido	Colégio/ Pais	Próprio	Próprio	Colégio	Próprio	Próprio
Motivo do pedido	Distração Apatia Desinteress e pela vida escolar	Tristeza Apatia Humor deprimido	Avaliação de Orientação vocacional profissional	Atraso no desenvolvimento Isolamento em sala de aula.	Baixa auto- estima Humor deprimido Dependência de drogas	Isolamento social Humor deprimido Baixa auto- estima Apatia
Data da 1ª consulta	19-11-2011	19-11-2011	12-05-012	14-11-2011	04-02-2012	18-02-2012
Instrumentos	WISC-III Bar-Ilan Desenho da Família CAT-A	Entrevista Teste de Rorschach TAT	BPRD COPS	Growing Skills Desenho da Família Ludodiagnóstico	Entrevista Teste de Rorschach TAT	Entrevista Teste de Rorschach TAT
Data da avaliação	26-11-2011	26-11-2011	12-05-2012	14-11-2011	06-02-2012	25-02-2012
Data do início das sessões	28-11-2011	—	—	—	—	05-03-2012
Data da última sessão	16-01-2012	—	—	—	—	05-03-2012
Nº de sessões	7	—	—	—	—	1
Local de intervenção	Dialógicos	Dialógicos	Dialógicos	Colégio Infantil	Dialógico	Dialógico
Conclusão	Dropout	Abordagem problemática	Alta	Alta	Dropout	Alta

Procedimento

O estágio académico iniciou-se em 03 de Outubro de 2011 com uma reunião com a orientadora do estágio, e finalizou no dia 04 de Junho de 2012. Os assuntos abordados na reunião foram: objetivos, procedimentos, papel do psicólogo clínico em contexto de clínica privada, supervisão, modelo de intervenção utilizado em psicoterapia e bibliografia aconselhada. A supervisão semanal de orientação psicodinâmica, com presença obrigatória, realizou-se às segundas-feiras das 18 às 23 horas.

Nas supervisões semanais analisaram-se: os casos de pacientes em acompanhamento pelos psicólogos da clínica, o que permitiu uma melhor compreensão dos conceitos da teoria psicodinâmica; modo de elaboração do psicodiagnóstico; metas psicoterapêuticas; diagnóstico diferencial; mecanismos de defesa; e técnicas de intervenção. A aplicação prática destes conhecimentos, permitiu promover e dotar o paciente dos recursos psico-emocionais necessários para o seu equilíbrio psicológico e bem-estar geral.

Posteriormente, foram atribuídos casos clínicos aos estagiários para avaliação, diagnóstico, devolução de resultados e intervenção psicoterapêutica.

Durante o estágio, para além da supervisão semanal e individual, foram efetuadas na clínica diversas formações e *workshops*, o que permitiu a aquisição de novas competências indispensáveis para a prática clínica.

O processo de consultas realizado ao longo do estágio utilizou a seguinte estrutura: entrevista inicial, avaliação psicológica, devolução de resultados e início do processo terapêutico com base em psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica.

Na primeira consulta, clarifica-se o motivo do pedido e marca-se uma avaliação psicológica. Na segunda, é efetuada a avaliação e na terceira consulta são devolvidos os resultados das provas efetuadas. Após a elaboração do relatório clínico, inicia-se o processo

psicoterapêutico com a 1ª sessão. As consultas têm a duração semanal de 45 minutos, no mesmo dia e hora. Em caso da avaliação ser efetuada a crianças, a respetiva devolução de resultados é efetuada aos pais na presença da criança.

Adicionalmente foram desenvolvidas outras atividades, umas solicitadas pela orientadora do estágio e outras de iniciativa própria: apresentação das atividades da Dialógicos num colégio infantil; trabalho teórico sobre estrutura de personalidade psicótica; Síntese do livro *Psicanálise e Mudança Psíquica-Cartografias para uma Viagem*; tabela das médias e valores interpretativos do teste de Rorschach para adultos; desenvolvimento de modelo em Excel para cálculo dos agrupamentos e constelações do Rorschach, redação de para publicação no sítio da Dialógicos; elaboração de um poster alusivo às atividades decorrentes do estágio académico, realizado em conjunto com dois colegas de estágio. O poster esteve afixado durante o III Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que decorreu na Universidade Lusíada de Lisboa, nos dias 28 e 29 de março de 2012. (Anexo L).

Programação Semanal

A Agenda semanal indica a programação semanal das atividades que ocorreram durante o estágio. Inclui as sessões de psicoterapia, formações e *workshops*.

Tabela 2 - Programação semanal

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
						Sessão (12.15)
14:00						Formação
15:00						Formação
16:00						Formação
17:00	Sessão)					Formação
18:00	Supervisão					Formação
19:00	Supervisão					
20:00	Supervisão				Formação	
21:00	Supervisão				Formação	
22:00	Supervisão				Formação	
23:00	Supervisão				Formação	
24:00						

Atividade desenvolvida durante o estágio

Durante o estágio, foram efetuadas diversas atividades de acordo com os objetivos inicialmente propostos. A seguinte tabela, reflete as respetivas tarefas efetuadas.

Tabela 3 - Atividade realizada ao longo do estágio

Atividades desenvolvidas
Consultas
Avaliação psicológica
Estudo/preparação teórico-prática para aplicação provas psicológicas
Apuramento de resultados das provas, interpretação e preparação para devolução resultados
Supervisão individual
Supervisão de grupo
Redação e análise das sessões (3 horas/caso)
Formação e investigação para aquisição competências
Elaboração de poster
Desenvolvimento em excel de modelo cálculo dos agrupamentos e constelações do Rorschach,- Sistema Compreensivo de Exner.
Apresentação das atividades da Dialógicos num colégio infantil
Elaboração tabela estatística descritiva Rorschach – 14 anos
Redação de um artigo de opinião
Síntese do livro: “Psicanálise e Mudança Psíquica-Cartografias para uma Viagem”
Investigação teórica com incidência na intervenção de orientação psicodinâmica
Levantamento da caracterização da população alvo

Formação e *workshops*

Durante o período do estágio, foram efetuadas diversas formações e *workshops* com o objetivo aquisição de conhecimento pelos estagiários. A Tabela 4, menciona todas as formações e os *workshops* realizados nesse período.

Tabela 4 – Formação e *workshops*

Designação	Tema	Data	Duração/ horas
<i>Workshop</i>	Defesas do Ego-Compreensão e identificação dos mecanismos de defesa do Ego	14/10/2011	6
<i>Workshop</i>	Crianças bipolares - Transtornos de humor na infância	18/11/2011	4
Formação	Avaliação da personalidade da criança - Testes projetivos. CAT-A (Teste de Aperceção Temática) e As Aventuras de Pata Negra	4/02 a 09/3/2012	27
<i>Workshop</i>	Interpretação clínica de resultados de provas psicológicas - Wisc III e Desenho da Família	17/03/2012	8
Formação	Teste de Rorschach - Sistema Compreensivo de EXNER	23/03 a 27/04/2012	27
<i>Workshop</i>	“Perdi-te...E agora? – Processos psicológicos de luto e de perda”	28/04/2012	4
<i>Workshop</i>	Medos e Fobias na Infância	02/06/2012	4

Outras atividades desenvolvidas

Para além das atividade decorridas na Dialógicos, destaca-se: apresentação num colégio infantil das atividades da Dialógicos; participação presencial no VII Encontro Internacional de Musicoterapia da Associação Portuguesa de Musicoterapia, com o tema Dinâmicas e Processos - Por entre a Psicologia e a Música, realizado a 5 de Maio na Universidade Lusíada de Lisboa e participação presencial no III Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que decorreu na Universidade Lusíada de Lisboa, nos dias 28 e 29 de março de 2012.

Instrumentos

Na avaliação psicológica dos pacientes, foram utilizados diversos instrumentos na aplicação das respetivas provas. Na tabela 5, referem-se os instrumentos utilizados que permitiram apurar os resultados que permitiram analisar a estrutura de personalidade e o respectivo funcionamento intra-psíquico dos pacientes.

Tabela 5 – Instrumentos de avaliação psicológica utilizados

Instrumentos de avaliação psicológica
Entrevista Clínica
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa (WISC-II)
Bar-Ilan –Entrevista semi-projetiva
Desenho da Família Real e Imaginária
Teste de Aperceção Temática para Crianças (CAT-A)
Teste de Aperceção Temática para Adultos (TAT)
Teste de Rorschach - Sistema Compreensivo de EXNER
PDM Task Force, 2006

A avaliação psicológica efetuada neste relatório, teve por base o exame da criança através das seguintes provas: WISC-III, Bar-Ilan, Desenho da Família Imaginária e Real e CAT – A.

A avaliação do adulto foi efetuado através do TAT e Teste de Rorschach, Sistema Compreensivo de Exner.

Entrevista Clínica

O termo entrevista, é aceite como sendo um encontro previamente acordado para se obter informação, conhecendo-se á priori o papel de cada interveniente. É sinónimo de partilha e de conversa e faz parte das relações interpessoais em sociedade. (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan , 2003).

Existem dois estilos diferentes de entrevista. Um, próximo do senso comum e utilizado

principalmente por polícias, jornalistas ou juízes e outro, mais utilizado pelas profissões ligadas à saúde e educação, e que não se centram tanto no questionamento. No estilo de entrevista ligado à saúde, e mais precisamente à medicina psiquiátrica, atribui-se a Kraepelin o início do método de entrevista psicológica de modo detalhado, para ser possível efectuar os diagnósticos diferenciais (Leal, 2010).

Surgiram assim algumas diferenças importantes, que foram assinaladas no conceito de entrevista quando utilizada em psiquiatria ou clínica. Na psiquiatria, o objetivo é a recolha de elementos clínicos para efetuar o diagnóstico, enquanto que em psicologia pretende-se compreender o funcionamento psicológico do sujeito em contexto familiar e relacional, os elementos da personalidade e a sua interação com o ambiente. Considera-se entrevista clínica em psicologia clínica aquela em que o cliente espera que, não só lhe coloquem questões mas também lhe dêem respostas aos seus problemas psicológicos (Aguilar, Oliva & Marzani 2003).

A entrevista clínica, envolve uma modificação na interação social entre dois sujeitos, pois a relação estabelecida é de carácter formal. Aquela, é importante para avaliar e ajudar o cliente através de uma atitude de compreensão e de respeito (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2003).

É considerada como um processo dinâmico e interpessoal, com a atenção centrada na relação humana. Neste processo, o terapeuta deve procurar apreender toda a informação através da construção de uma relação positiva com o paciente (Campos, 2012).

Na orientação psicodinâmica, o psicólogo permite que os clientes falem livremente sobre suas preocupações e tenham a liberdade para discutir quaisquer questões ou preocupações pessoais que os afligem. Neste sentido, é considerada como entrevista não-diretiva ao colocar a ênfase nas técnicas de escuta ativa. O clínico não orienta o discurso do

paciente, pois é este que controla e conduz a entrevista. A sua participação é de questionar ou abordar um tema e de seguida se remeter a um papel passivo respeitando os silêncios, pausas e associações do cliente (Bénony & Chahraoui, 2002).

Na entrevista clínica, é muito importante o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre o terapeuta e o paciente de modo a ultrapassar as reações transferenciais regressivas e as resistências colocadas durante a transferência. Uma aliança terapêutica sólida e autêntica é determinante para o sucesso da psicoterapia (Cordioli, 2008).

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa (WISC-III)

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa (WISC-III), é um instrumento clínico de aplicação individual, utilizada para avaliar a inteligência de crianças e adolescentes de acordo com condições padronizadas. Em Portugal, foi a primeira escala de inteligência de Wechsler adaptada e aferida para a população portuguesa, permitindo avaliar sujeitos com idades entre os 6 anos e 16 anos e 11 meses (Simões, Rocha & Ferreira, 2003).

A inteligência é a capacidade global do sujeito em agir com determinado objetivo, pensar de modo racional e agir com eficiência em relação ao meio onde está inserido. Os comportamentos inteligentes utilizam os diversos processos como a perceção, memória e o raciocínio, permitindo que a inteligência seja inferida a partir do desempenho observado em diferentes séries de tarefas (Simões, Rocha & Ferreira, 2003).

A WISC-III na sua adaptação portuguesa, permite calcular uma medida de inteligência global, dois quocientes parcelares segundo a natureza verbal e não verbal das suas provas e outros indicadores a partir de novos agrupamentos dos seus sub-testes. A prova inclui 13 sub-testes, distribuídos por duas sub-escalas, uma verbal e outra de realização. Na sub-escala

verbal existem seis sub-testes: informação; semelhanças; compreensão; vocabulário; aritmética; e memória de dígitos (opcional). Na sub-escala de realização, que apela às capacidades perceptivo-motoras, existem 7 sub-testes: código; cubos; completamento de gravuras; disposição de gravuras; composição de objetos; pesquisa de símbolos (opcional); e labirintos (opcional) (Simões, Rocha & Ferreira, 2003).

Enquanto medida do funcionamento intelectual, pode ser utilizada em diferentes situações por crianças e adolescentes normais ou com algum tipo de problema psicológico. A sua utilização estende-se a áreas como o diagnóstico de deficiência mental, dificuldades de aprendizagem, sobredotação, neuropsicológica ou em contextos clínicos como na avaliação de perturbações neurológicas de sujeitos. Os sub-testes, são muito diversificados e permitem analisar o funcionamento intelectual nos seus diferentes aspetos possibilitando que os sujeitos evidenciem melhor as suas capacidades (Simões, Rocha & Ferreira, 2003).

A WISC-III, é assim considerada como um dos instrumentos mais populares e utilizados para efetuar a avaliação psicológica das crianças (Cunha, 2000).

Bar-Ilan - Entrevista semi-projetiva

O Bar-Ilan é uma prova semi-projetiva construída para crianças dos 4 aos 16 anos de aplicação individual ou em grupo, utilizada para despistar situações reais e significativas de alterações psicológicas, geralmente encontradas em contexto familiar e escolar. A sua aplicação permite detectar qual a perceção da criança em relação ao seu lugar na sociedade, na família e em contexto escolar, os seus pontos fracos e o seu potencial para gerir as diversas situações diárias (Itzkowitz & Strauss, 1980).

É constituída por 15 figuras no total, em que nove são figuras básicas e seis são específicas no caso da criança ser do sexo masculino ou feminino. Cada figura representa uma situação na escola ou em casa e a partir das respostas específicas dadas a perguntas

previamente formuladas, é possível obter informação sobre a problemática em causa, que se tornaria mais difícil de obter apenas através de técnicas projetivas (Werner & Kaplan, 1963).

Para a aplicação da prova foram selecionadas situações representativas do quotidiano da criança, que permitem analisar quais as suas perceções acerca da escola e da família e como as relações com os professores, pais, irmãos e outros pares, podem influenciar as suas próprias atitudes. A importância relativa dada aos outros, permite-nos saber sobre a sua educação familiar e das suas atitudes em relação à escola (Mussen, Conger & Kagan, 1979).

Com esta prova, obtêm-se informação sobre o desempenho da criança em áreas tão distintas como o estado emocional, conflitos, atitudes significativas face aos outros, comportamento interpessoal, locus de controlo, domínio e sentimentos de competência, motivação e processos de pensamento e atividade geral (Strauss, 1975).

Durante a aplicação, para além das respostas dadas pela criança, é importante o psicólogo observar com especial atenção, qual o comportamento da criança, a tensão e o alívio, respiração e movimentos faciais, tempo de reação, a qualidade da voz, o ritmo acelerado do discurso ou o seu bloqueio. A mudança rápida de direcção do conteúdo e frases evasivas são indicações de tensão ou alívio (Strauss, Gottesdiener & Fogel & Tamari, 1981).

O Bar-Ilan, para além da aplicação em crianças também pode ser utilizado na promoção da mudança de atitudes pelos professores através de formação própria, e na implementação de novas atitudes dos pais com efeito direto nas crianças (Itskowitz & Strauss, 1980).

Desenho da Família

O desenho é considerado como uma expressão das representações do mundo interior infantil, tanto ao nível consciente como inconsciente (Malchiodi, 1998).

Para a criança, o desenho é considerado como um jogo, ao qual se pode dedicar em qualquer lugar e sem ser necessário ter um parceiro. No início, a criança através do desenho de riscos imita a escrita para depois tentar desenhar objetos, o mais semelhante possível com a realidade (Luquet, 1979).

Os objetos internos e as fantasias inconscientes da criança são projetadas pelo desenho assim como os seus desejos, angústias e conflitos. Todas as expressões gráficas representam uma linguagem simbólica e a sua interpretação é efetuada com base na teoria psicanalítica (Malchiodi, 1998).

O teste do desenho da família é um teste de personalidade e a sua aplicação permite efetuar a avaliação do estado afetivo da criança e a sua estrutura de personalidade e que o psicólogo compreenda qual a representação que tem do contexto familiar e a sua maturidade psicomotora (Sacco & Decobert, 2000).

Através desta prova, é possível observar o modo com a criança se diferencia dos restantes elementos da família, como eles se relacionam e o tipo de dinâmica afetiva, emocional e relacional no seio familiar (Corman, 1982).

A administração do teste efetua-se em duas partes. Na primeira, solicita-se à criança que desenhe uma família imaginária e na qual se irá projetar mais facilmente. Na segunda parte é solicitada a desenhar a sua família real. Depois de finalizado cada desenho, efetua-se um questionário para analisar as suas identificações conscientes e inconscientes e a compreensão das suas vivências e fantasias. O desenho da família imaginária baseia-se no princípio do prazer enquanto o da família real assenta no princípio da realidade, e na análise

da valorização ou desvalorização de determinadas figuras, laços e relações, identificações, acréscimo de novas personagens, relações fraternas e agressividade (Corman, 1982).

Existem três níveis de interpretação do desenho: o gráfico, revela o grau de psicomotricidade e disposições afetivas, analisa a amplitude, força do traço, tamanho das figuras, localização e ritmo e detalhe do desenho; o das estruturas formais exprime o próprio esquema corporal da criança e o seu grau de maturidade; e o nível de conteúdo e interpretação analítica centra-se na comparação dos desenhos e em que medida as tendências afetivas da criança podem modificar a sua visão do real. (Corman, 1982)

O teste do desenho da família tem a vantagem de ser bem aceite pelas crianças pois é realizado com agrado o que facilita a relação com o técnico. Também permitir que o psicólogo percecionem quais são os conflitos e desejos inconscientes da criança assim como o seu estado afetivo, estruturação da personalidade e a representação do contexto familiar e ainda as problemáticas ao nível do complexo de Édipo, rivalidade fraterna e narcisismo (Corman, 1982).

Teste de Aperceção Temática para Crianças (CAT-A)

O Teste de Aperceção para Crianças, (CAT-A), tem a sua origem no Teste de Aperceção Temática (TAT) de Henry Murray com a substituição das figuras humanas por animais, para facilitar a sua adesão por parte das crianças. É um teste projetivo e perceptivo e é considerado como um dos mais importantes aplicados a crianças dos 3 aos 10 anos. Permite aceder às dinâmicas das relações interpessoais, ao conjunto dos impulsos e à natureza das defesas. (Bellak & Bellak, 1961).

Antes da aplicação da prova, é importante que o psicólogo conheça a história da criança sobre a sua situação familiar, processo de desenvolvimento e questões de saúde e de doença. A sua utilização, permite o diagnóstico e o tratamento nas crianças de diversos

problemas clínicos, tais como os problemas neuróticos, psicóticos e psicossomáticos para além de consequências traumáticas que surgem após abusos, abandono, maus tratos, perdas e situações de negligência. Os seus resultados permitem determinar os fatores dinâmicos que estão relacionados com as reações das crianças quando em grupo, na escola ou em ambiente familiar. (Cunha, 2000).

O CAT-A é constituído por 10 cartões com o formato de 26cm por 26cm, nos quais estão desenhadas figuras, a preto e branco mais ou menos esbatidas, representando animais familiares e selvagens, alterando a espécie de cartão para cartão. A sua aplicação, começa com uma instrução, vamos contar uma história sobre estas imagens, e deves dizer o que vai acontecendo, o que os animais estão a fazer. A partir das respetivas respostas, identifica-se e analisa-se o modo como a criança acedeu ao conteúdo manifesto de cada cartão, ou seja como imagina e descreve o que vê na figura, e ao conteúdo latente expresso pelos conflitos relativos aos fundamentos da identidade, elaboração da posição depressiva e estabelecimento do eixo edipiano (Boekholt, 2000).

A partir da verbalização dos conteúdos das figuras dos cartões do CAT-A, é possível estabelecer hipóteses sobre a organização da personalidade da criança, quer sejam manifestos ou latentes, através da análise de cada história e descrição do tema principal, herói, necessidades do herói, figuras, objetos ou circunstâncias introduzidos ou omitidos, conceção do mundo, naturezas das ansiedades principais defesas, como são vistas as figuras, severidade do superego e pela integração do ego (Cunha, 2000).

Teste de Apercepção Temática para Adultos (TAT)

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é uma prova projetiva importante para investigar e analisar a dinâmica da personalidade do sujeito. É efectuado através da apresentação de cartões com imagens, solicitando-se de seguida para o indivíduo descrever o que está a observar. Inicialmente era composto por 31 imagens que representavam personagens de idade e sexo diferentes, bem como paisagens pouco estruturadas que permitiam diversas interpretações. Os cartões eram divididos em séries, conforme se aplicasse a homens, mulheres ou crianças. (Shentoub e col., 1999).

Em 1954, Bellak reposiciona o TAT na teoria psicanalítica ao dar ênfase ao papel do Ego e das suas funções, resistências e defesas. Posteriormente, em 1958, Scafer acentua as modalidades do discurso permitindo assim o estudo das narrativas dadas, quer na forma quer no conteúdo (Boekholt, 2000).

A partir de 1954, Shentoub começou a desenvolver um trabalho importante, que permitiu recolocar o TAT entre as provas projetivas mais importantes, e com base na perspectiva psicanalítica acentua o papel dos mecanismos de defesa do ego e os envolvimentos edipianos do conteúdo assinaláveis a partir da forma dos relatos. Diminui também a quantidade de cartões, que passam apenas a serem aplicados numa só vez, ao mesmo tempo que elabora uma grelha de decomposição que permite efetuar a cotação das respostas às figuras e agrupar os diferentes procedimentos de elaboração do discurso, incidindo nas estratégias defensivas utilizadas (Shentoub col., 1999).

O TAT pode ser utilizado em qualquer situação que seja necessário efetuar um exame psicológico, para se conhecer de modo profundo o funcionamento psíquico do sujeito. Atualmente são utilizados 18 cartões, com alguns a serem apresentados apenas a indivíduos do sexo masculino e outros apenas ao sexo feminino. De todos, apenas um deles não é

apresentado a crianças. A ordem de apresentação dos cartões deve ser respeitada, na medida em os cartões representam imagens que vão do mais para o menos estruturado. Na sua aplicação é dada a instrução de imagine uma história a partir desta imagem, conduzindo o indivíduo a construir a sua narrativa face aos elementos manifestos e latentes dos cartões, através de um processo mental onde se conjugam elementos da realidade e da fantasia-fantasma (Shentoub e col., 1999).

Como teste projetivo, o TAT permite detetar o conteúdo e a dinâmica das relações do sujeito com os outros e os seus padrões psicodinâmicos de funcionamento. A partir da história contada em cada cartão, é possível efetuar a sua interpretação com base em categorias de classificação como: o tema principal, nível descritivo, nível diagnóstico, nível simbólico, herói principal da história, conceção do meio, atitudes face às figuras de autoridade e conflito significativo. Na análise efetuada às respostas dadas, é possível aceder aos diversos registos conflituais e problemáticos de cada sujeito e no modo como se relaciona consigo e com os outros (Cunha, 2000).

Teste de Rorschach – Sistema Compreensivo de Exner

O Teste de Rorschach Sistema Compreensivo de Exner, é um teste de personalidade e de funcionamento emocional, que pode ser aplicado e interpretado de diversos modos. A sua génese e desenvolvimento atribui-se a Hermann Rorschach, onde na sua obra “Psicodiagnóstico” refere um método e resultados de uma experiência de diagnóstico baseada na perceção. O contacto com Bleuler, Jung e com a psicanálise foram fatores determinantes para o desenvolvimento de um teste de associação que permitisse explorar a personalidade através da análise da reação de um sujeito a um estímulo e utilizar os respetivos resultados em múltiplas perspetivas. Durante alguns anos, teve a preocupação em produzir e apresentar alguns cartões com manchas simétricas a doentes e colegas, o que permitiu a partir das

respostas dadas, efetuar estudos empíricos e escolher as figuras que atualmente compõem este teste (Cunha, 2000).

Mais tarde na década de 1940, vários autores preocupados com o caráter subjetivo e intuitivo que estava ligado ao teste de Rorschach, manifestaram a necessidade de se estabelecer uma base teórica e científica que conduzisse a uma maior objetividade (Pires, 1986).

John Exner criou em 1968 a Rorschach Research Foundation, atualmente conhecida por Rorschach *Workshops*, e iniciou uma série de pesquisas entre os clínicos e investigadores. Concluiu que existiam diversos sistemas desenvolvidos a partir da ideia original de Rorschach consoante a formação teórica dos seus autores, e onde cada um utilizava procedimentos de aplicação e codificação do teste de acordo com a sua experiência pessoal e sem se pautarem por critérios rigorosos. Implementou então, um sistema de classificação, análise e interpretação, com o objetivo de integrar algumas das principais contribuições que os diferentes autores já tinham partilhado (Cunha, 2000).

O Rorschach é um teste projetivo constituído por um conjunto de 10 cartões com manchas de tinta bilateralmente simétricas. O seu objetivo é de avaliar a estrutura da personalidade do sujeito, com ênfase particular na forma como os indivíduos estão estruturados a nível cognitivo e quais os significados atribuídos às suas experiências perceptivas (Exner & Sendin, 1995).

O seu principal pressuposto, é de que os estímulos recebidos do meio ambiente são organizados pelas necessidades, motivos e conflitos específicos do sujeito. Essa necessidade de organização torna-se mais sensível e profunda quando os sujeitos são confrontados com estímulos ambíguos, tais como as manchas de tinta. Assim, eles devem recorrer às suas imagens internas, ideias e relacionamentos para criar uma resposta. (Groth-Marnat, 2003).

Este processo exige que as pessoas organizem as suas perceções através da associação

a experiências e impressões próprias. Assim, a ideia principal da interpretação do teste de Rorschach refere-se ao processo como as pessoas organizam as suas respostas no teste, e é ao mesmo tempo representativa pelo modo de como elas reagem quando confrontadas com situações ambíguas que requerem organização e julgamento. As respostas dadas e registadas são pontuados de acordo com três categorias gerais como a localização ou área da mancha de tinta no qual se concentraram, os determinantes utilizados nas respostas com a cor e a forma e por fim conteúdo, ou classe geral de objetos à qual a resposta pertence como os humanos, arquitetura, anatomia, ou outras. A interpretação global do protocolo global baseia-se no número relativo de respostas que cada uma daquelas categorias contempla (Exner, 2003).

PDM

O Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006), organizado por Stanley I. Greenspan, foi publicado em 2006 com a colaboração das organizações de orientação psicanalítica mais representativas como a International Psychoanalytical Association; American Psychoanalytic Association, Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical SocialWork (agora a American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work) e a American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. O seu objectivo é de complementar o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV TR (DSM-IV TR) e o Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (PDM Task Force, 2006).

Este manual é o primeiro sistema de classificação psicológica de diagnóstico que considera a pessoa como um todo nos vários estágios de desenvolvimento. A sua abordagem considera que os padrões de comportamento, emocional, cognitivo, e funcionamento social envolvem diversas áreas que se articulam no seu conjunto. Apesar de se basear na teoria psicodinâmica e apoiar a investigação, o PDM Task Force, 2006 tem a flexibilidade suficiente

para ser utilizado em conjunto com o CID-10 ou DSM-IV TR devido à sua linguagem acessível a todas as correntes de psicologia. (PDM Task Force, 2006).

O PDM, abrange todo o desenvolvimento humano de adultos, adolescentes, crianças e bebês. Está organizado em três partes:

- Parte I – Classificação dos distúrbios mentais dos adultos.
- Parte II - Classificação dos distúrbios mentais das crianças e adolescentes.
- Parte III – Conceitos e documentos de pesquisa sobre um sistema de classificação psicodinâmico dos distúrbios mentais

O PDM, utiliza a abordagem multidimensional para descrever o modo holístico do funcionamento do paciente e como adere ao processo terapêutico numa abordagem psicodinâmica.

Na parte I e II encontramos três dimensões de avaliação do paciente adulto:

- Dimensão I: Padrões de personalidade e transtornos;
- Dimensão II: Funcionamento mental;
- Dimensão III: Manifestação de sintomas e preocupações.

Na primeira dimensão, os padrões de personalidade são classificados em duas áreas: posicionamento da pessoa numa linha entre o saudável até ao funcionamento de modo mais desorganizado e como a pessoa se organiza mentalmente e se relaciona com os outros. Esta dimensão é necessária para se compreender a vida mental da pessoa quando surgem determinados sintomas ou problemas que necessitam de serem tratados (PDM Task Force, 2006).

A segunda dimensão descreve em detalhe o funcionamento emocional. Esta capacidade contribui para a saúde mental ou patologia. A vida mental é analisada de forma mais detalhada e sistematizada em relação às capacidades de processamento da informação e

auto-regulação, como estabelece e mantêm as suas relações, experiência e organização, como expressa os diferentes níveis afetivos e emocionais, como utiliza as suas defesas e o modo de resolução de problema (PDM Task Force, 2006).

A terceira dimensão inicia-se com as categorias do DSM-IV-TR e descreve os estados afetivos, processos cognitivos, experiências somáticas e padrões relacionais que mais clinicamente estão associados a cada indivíduo. Deste modo, apresenta padrões de sintomas em termos de experiência pessoal e as suas dificuldades prevalentes. A abordagem multi-dimensional permite sistematizar a descrição dos pacientes e o planeamento dos tratamentos adequados (PDM Task Force, 2006).

A Parte III descreve a Classificação de Transtornos da Criança e do Adolescente. Esta seção referente ao desenvolvimento infantil e integra uma dimensão neuropsicológica com um guia para tipos específicos de observação e avaliação (PDM Task Force, 2006).

Estudo de casos

A descrição dos casos refere-se à avaliação psicológica efetuada a uma criança e a um adulto. Na aplicação das provas, foram utilizadas provas cognitivas e projetivas. No primeiro caso foram aplicadas as seguintes provas psicológicas: WISC-III (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa), Teste semiprojectivo- Bar-Ilan (Itzkowitz & Strauss), O Desenho da Família Imaginária e Real (Corman, 1979), CAT – A - Teste de Apercepção para Crianças (Monika Boekholt, 2000).. No segundo estudo de caso, foram aplicadas as provas: Teste de Apercepção Temática e Teste Rorschach – Sistema Compreensivo de EXNER.

Em ambos os casos, foi informado previamente que seriam atendidos por psicólogos clínicos a realizar o estágio académico na Clínica.

Estudo de Caso Gustavo

Apresentação do caso

O Gustavo tem 8 anos, vive com os pais e tem um irmão mais velho. Veio à consulta no âmbito de um protocolo estabelecido entre o colégio e a Clínica. Frequenta o primeiro ano do ensino básico e vem referenciado por uma das coordenadoras que o caracteriza como inteligente e sem dificuldades de aprendizagem mas que *“distrai-se com tudo e no caderno apaga cinquenta vezes e fica igual (...) tanto faz como fez”*.

A figura materna confirma esta opinião, assinalando a sua distração, desatenção, disgrafia e desorganização ao nível do material e cadernos escolares. O pedido de avaliação psicológica prende-se com o despiste de problemáticas ao nível da linguagem, estas já diagnosticadas na figura fraterna.

É a figura materna que acompanha o primeiro processo de avaliação psicológica, e a paterna que se desloca às sessões na fase de intervenção.

O Gustavo durante a aplicação das provas psicológicas foi cooperante, apesar de não se mostrar muito motivado nem interessado na sua realização, comportamento que se acentuou durante o decorrer da sessão.

Resultados e interpretação da avaliação psicológica

Foram aplicados os seguintes testes psicológicos: WISC-III (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III – Aferição Portuguesa), Teste semiprojectivo- Bar-Ilan (Itzkowitz & Strauss), O Desenho da Família Imaginária e Real (Corman, 1979), CAT – A - Teste de Apercepção para Crianças (Monika Boekholt, 2000). A escolha destas provas prende-se com o modelo de orientação analítica adotado, porque permitem a compreensão do desenvolvimento cognitivo, afectivo e relacional da criança.

Ao nível intelectual e cognitivo, nomeadamente nos resultados apurados através da WISC III (anexo F), o Gustavo apresenta o Q.I. Verbal situado na banda Superior, acima do esperado para a idade em que se encontra. O Q.I. de Realização, encontra-se na banda Média. O Q. I. Total situa-se na banda Média.

A pontuação obtida nas provas correspondentes aos sub-testes verbais é superior à pontuação obtida nas provas correspondentes aos sub-testes de realização, o que sugere orientação para a introspecção e fantasia, num registo introversivo.

Os resultados mais elevados sugerem que o Gustavo revela capacidade de expressão verbal e desenvolvimento da linguagem, assim boa capacidade de escolarização, demonstrando capacidade em controlar os processos mentais.

Por outro lado, os resultados mais prejudicados remetem para comprometimento na percepção das partes num todo, depressividade, baixa capacidade de concentração, desinvestimento nas tarefas e eventual prejuízo na relação com a realidade. Denota-se igualmente pouca estimulação emocional por parte do ambiente escolar.

Nos índices fatoriais, verifica-se que estão consentâneos com os Q.I.'s, com exceção para a Velocidade de Processamento, o que parece correlacionar-se com uma depressividade latente.

No Bar-Ilan (Itzkowitz & Strauss), após a análise figura a figura (anexo F) e tendo em conta as áreas a avaliar, regista-se que ao nível emocional o Gustavo apresenta humor triste e apático, sem grandes flutuações visíveis.

Regista-se alguma desmotivação, apesar de revelar consciência da função escolar, o que parece denotar sentimentos de ambivalência entre a postura responsável e o desejo de atividades lúdicas. Manifesta dificuldade na adesão às tarefas, no entanto sem rejeição de um eventual suporte externo. Revela controlo emocional das frustrações.

Ao nível interpessoal com os pares e com a figura fraterna parece ser capaz de iniciativa e integração.

Ao nível do domínio e sentimentos de competência, o Gustavo parece ser dependente de estimulação extrínseca no que respeita à realização das tarefas escolares, pelo que não parece investir nas expectativas dos pais e da professora em relação à sua aprendizagem e ao seu comportamento. Os reforços parentais parecem ser do tipo punitivo, através do castigo, o que parece refletir por um lado o conforto da fuga e evitamento à frustração, como por outro lado a interiorização de sentimentos de revolta pela imposição sentida.

No desenho da família Imaginária (Corman, 1979) (anexo F) regista-se: ao nível gráfico, o Gustavo desenha figuras de pequena amplitude, reveladoras de uma expansão vital contida e tendência para a inibição e introversão da personalidade.

O traço é forte, sem no entanto deixar marcas no papel, o que poderá indiciar alguma inibição dos instintos e contenção ao nível das pulsões.

As figuras só são diferenciadas pela cor, o que poderá indicar perda de espontaneidade devido a ambiente repressivo com regras rígidas.

As figuras do desenho localizam-se na zona inferior da folha, considerada a zona dos instintos primordiais de conservação da vida, sendo esta a principal localização dos sujeitos que apresentam abatimento e depressão.

Ao nível das estruturas formais, parece encontrar-se num tipo de estrutura intermédia uma vez que, apesar de uma certa falta de espontaneidade existe alguma sensibilidade quanto ao tipo de figura que foi desenhada.

Ao nível do conteúdo e interpretação analítica, a colocação de todas as figuras do mesmo tamanho parece sugerir uma inversão de papéis e um investimento em si em termos de ego, o que poderá traduzir desvalorização pessoal no seio familiar.

No desenho da família real (ver anexo F) regista-se: ao nível gráfico, figuras bem diferenciadas, ao contrário da família imaginária, o que parece refletir uma necessidade de investimento afetivo ao nível das figuras cuidadoras.

O traçado é forte sem contudo deixar marcas no papel e as figuras têm contornos arredondados, o que parece indicar alguma contenção pulsional. Não existe preocupação com detalhes, pelo que não demonstra a presença de defesas obsessivas.

As figuras são pequenas, o que parece indiciar dificuldades de afirmação, sendo todas de cores diferentes.

O desenho insere-se maioritariamente na zona inferior da folha, o que pode indicar algum abatimento e depressividade.

A figura paterna é representada sem o seu interior preenchido e em último lugar, um eventual símbolo da sua desvalorização e de fracos vínculos afectivos, ao contrário do aparente investimento na figura fraterna, a primeira a ser desenhada.

Ao nível da estrutura formal, parece continuar inserido no tipo intermédio, aliando um certo isolamento das figuras à rigidez, com predominância de linhas redondas e cores diferentes.

O facto de desenhar-se a si próprio sem mãos, pode indiciar dificuldade ou recusa face à obrigatoriedade de execução de tarefas que não representem prazer ou vontade própria.

De acordo com a análise cartão a cartão do CAT-A (anexo F), o Gustavo apresenta uma excessiva contenção libidinal e emocional. Utiliza como principais defesas emocionais os procedimentos que traduzem o recurso ao evitamento e ao controlo, através da fuga ou da recusa, para não aceder às elaborações emocionais latentes.

Psicodiagnóstico

Segundo o PDM Task Force, 2006, e tendo em conta o resultado da avaliação, assim como o desenrolar das sessões, o Gustavo parece enquadrar-se no estilo de organização borderline e de personalidade emergente evitante (PCA110), que corresponde a personalidades sujeitas a uma demasiada estimulação ambiental nos tempos precoces, tornando-se muito sensíveis e tímidas. Na maior parte dos casos, os pais terão agido de forma superprotetora em relação a situações conflituosas, frustrantes ou desafiadoras. Em resultado disso, nas interações interpessoais evitam o conflito e tornam-se ansiosas ou assustadas, retirando-se do ambiente ameaçador e adotando padrões fóbicos *«estes são três carros da polícia e este é um táxi (...) arrancaram e xiiii... pum! (os carros chocaram) não quero brincar mais com os carros (...) não quero brincar mais com os brinquedos, quero ir fazer um desenho»*. Quando afastadas da família, não demonstram instabilidade emocional ou afectiva, o que se comprovou pela atitude tranquila do Gustavo na primeira vez sozinho com o clínico *«então vou fazer, hummm, eu sei fazer um jogo que se chama quero/quero. Queres ver?»*. Na adolescência, podem ser

muito tímidas evitando os seus pares, especialmente em relação a pares sexuais por quem sentem atração. O padrão de inibição social, timidez e sentimentos inadequados à avaliação negativa pode ser ocasional ou generalizado. As crianças evitantes podem interagir e expressar espontaneamente em locais que considerem conhecidos e seguros, como é exemplo em sessões posteriores *«vamos conversar sobre o que gosto de fazer. Gosto de brincar com carros e também gosto de brincar com os meus amigos à apanhada, às escondidas, e nós na escola inventámos um jogo que é ao rato e ao gato»* (PDM: Task Force, 2006).

Segundo Freud, está na fase anal, na entrada na fase edipiana, ou seja, não consegue avançar para o fluir da libido do Édipo, por isso evita os contactos de cariz sedutor, e talvez por isso esta brincadeira represente controlo e defesas obsessivas, no sentido de fazer tudo certinho, a receita sempre da mesma maneira *“agora quero ir para casa comer” ... Está difícil cortar a plasticina pois está dura. Vou cortá-la com a faca. E isto é arroz, vou misturar tudo e por ao lume”... “agora vou fazer hambúrguer”... “agora agarramos nos hambúrgueres e no arroz e misturamos tudo e depois vamos transformar tudo numa mini pizza e por ao lume”... “sim, mas parece que é mais fácil esmagar com as mãos”*.

Segundo Melanie Klein, o Gustavo parece encontrar-se fixado na posição esquizo-paranóide, em que predominam as angústias persecutórias. As partes persecutórias e as idealizadas (as fantasias inconscientes que exprimem forças pulsionais) são projetadas no objeto e causam empobrecimento e esvaziamento do *self*. Há que recuperá-las e integrá-las no *self*, na superação da inveja e do medo de retaliação, na tentativa de unificação. Surge a angústia de perda de amor de objeto, onde o conflito afetivo é principalmente de raiva originada pelo controlo do objeto exercido sobre si

versus o receio de punição pela fantasia de agredir esse mesmo objeto «*terapeuta: podemos fazer tudo o que o Gustavo quiser; Gustavo: então não sei o que vou fazer*» (Malpique, 2010).

De acordo com Winnicott, se a mãe não oferecer *holding* suficiente e não permitir manter a ilusão no tempo suficiente para que a criança seja ela própria a encontrar e a criar o objeto, então forma-se um falso-*self* traduzido numa estrutura defensiva que provoca um bloqueio no desenvolvimento emocional «*pois é, gosto muito de brincar. Em casa quase nunca brinco e só nas férias e fins de semana é que posso e quando é dia de escola não tenho muito tempo para brincar*» (Malpique, 2010).

Segundo os trabalhos desenvolvidos por Bowlby e Mary Ainsworth parece que, ao nível da vinculação, o Gustavo não obteve a proximidade mãe-bebé positiva, pelo que terá experienciado um tipo de vinculação insegura-evitante. A criança pode ou não chorar quando a mãe sai da sala, é independente e não reage quando os pais regressam e não utiliza o pai como base segura «*estou pai, sim, a que horas? Está bem, mas não posso estar aí ao meio-dia (...) hoje quero brincar às escondidas. Conta até 20 e eu vou esconder-me e o depois vai encontrar-me (...) estava a dizer tudo errado para o pai não me encontrar, mas já estava a ficar cansado e disse onde estava*» (Bénony, 2002).

Metas psicoterapêuticas de apoio

De acordo com os motivos e queixas que trouxeram o Gustavo à psicoterapia de apoio, sugerem-se:

- Fomentar o contacto afetivo com o conflito interno;
- Distinguir confronto de conflito, enquanto forma de substituição das defesas fóbicas;
- Incrementar as capacidades de gestão emocional;

- Elevar a valorização pessoal e a auto-estima;
- Fomentar a sociabilidade através da expressão individual, eventualmente sujeita à crítica.

Análise de progressão psicoterapêutica de apoio

Na 1ª consulta, o Gustavo pareceu demonstrar uma atitude evitante ao assumir um papel expectante, com pouco à vontade num ambiente que não lhe era familiar e no qual preferiu uma actividade estruturada. As suas atitudes pareciam reflectir mecanismos do foro obsessivo, manifestos na organização dos materiais.

Registou-se alguma desinibição na 2ª sessão, expressa com mais à vontade e tomadas de iniciativa. Partilhou brincadeiras *«agora é o Luís a ver se consegue acertar (...) não parece fácil»* e fez apelo à representação da figura paterna ou de autoridade *«estes são três carros da polícia e este é um táxi»*. Os afetos alternaram entre a manifestação da agressividade e uma aparente regressão, apesar de num tema primário e precoce a acção de cortar simbolizar igualmente agressividade contida *«são bocadinhos de carne (...) como não há faca, corto com a tesoura, e quero fazer uma pizza (...) agora quero cortar»*. A utilização da plasticina, funcionou como um mecanismo de moldagem e de criação simbólica de objetos internos. A utilização da tesoura quando cortava a plasticina, representou um instrumento de reparação do material e como processo criativo que possibilita e facilita a descarga da pulsão agressiva.

A atitude evitante e de indiferença foi dando lugar ao entusiasmo e, poranto, ao envolvimento afetivo *«para a próxima vez já sei como vou brincar!»*.

Na 3ª sessão, denota-se a capacidade de expressão afetiva quanto à presença nas sessões *«primeiro eu queria sair logo e depois comecei a gostar e queria ficar mais»*. A escolha de brincadeiras centradas na fase oral parecia procurar a reparação do vínculo

precoce, numa relação estabelecida de modo dual, ao contrário da posição individual e evitante inicialmente observada *«agora vou comer a sopa e este é para ti»*.

Na sessão seguinte, o Gustavo parece entrar em contacto com o seu mundo interno e com o seu *self* verdadeiro, assumindo que não se envolve e não intervém, mesmo que goste ou deseje *«eu gosto de ver tudo arrumado, mas não gosto de arrumar as minhas coisas nem as dos outros»*. A relação com a figura materna parece ser apresentada como distante e inacessível, portanto difícil de encontrar *«agora vou ligar à minha mãe para saber onde ela mora. Estou, mãe, onde é que tu vives? Está bem já vou lá ter, adeus»*. Ao invés da posição evitante do conflito, o Gustavo parece denotar o recurso ao acting out, quando de seguida expressa raiva face à figura materna, como reclamação do vínculo. A procura de contacto pareceu denotar-se igualmente no uso lúdico do telefone na comunicação com o exterior.

A tomada de iniciativa pareceu refletir uma crescente autonomia e auto-estima *«é uma brincadeira muito gira. Ao princípio gostei, depois queria que acabasse rápido, mas agora queria mais tempo para brincar»*.

Nas sessões seguintes, o Gustavo introduziu o jogo das escondidas, no qual manifestava grande satisfação e alegria quando era encontrado pelo clínico, como se conseguisse substituir a indiferença e o evitamento pela expressão afetiva pelo contacto interpessoal, mas também como se necessitasse de recriar o investimento relacional primário na sua individualidade.

O Gustavo estava a ter progressos positivos face aos objectivos propostos. Assistia-se a um incremento de uma relação interpessoal mais aberta e desinibida e com uma maior capacidade de decisão, introduzindo novas iniciativas lúdicas que visivelmente lhe traziam prazer, o qual expressava com maior espontaneidade. A psicoterapia de apoio foi interrompida por iniciativa da figura materna, com natural prejuízo para o seu crescimento e

amadurecimento psico-emocional.

Estudo de Caso Tiago

Apresentação do caso

O Tiago tem 31 anos. É o segundo filho de três irmãos. Sempre viveu com os pais e irmãos. Os pais pertencem à classe média-alta de Lisboa e frequentou um colégio particular até iniciar os estudos universitários. Descreve a relação com a figura paterna como distante e com a figura materna de amor-ódio. Houveram decisões de vida em que sentiu a pressão de corresponder às expectativas da figura materna, nomeadamente a escolha de um curso universitário na área agrária e o seu posterior abandono pela discordância da mãe, seguido do ingresso no curso por esta aprovado e nova desistência pela falta de identificação pessoal com os conteúdos abordados. Posteriormente, frequentou e concluiu o curso de engenharia agrónoma.

Desde a adolescência que mantém o interesse pela música, tocando numa banda, embora actualmente mais desmotivado. Este, no entanto, é o interesse que parece prolongar-se mais temporalmente, visto referir abandonar frequentemente a actividade pouco tempo após o seu início.

A consulta de psicologia foi marcada e sugerida pela figura materna.

Denotou-se descontração e capacidade de abordagem directa dos seus conflitos, apesar da presença de ansiedade. Explica: *“tenho uma obsessão sexual muito grande e um vício nas drogas leves, mas neste momento considero que está controlado (...) a minha maneira de ser é de uma instabilidade emocional (...) quero resolver a minha relação amorosa e tudo isso está um pouco condicionado, se vai ou não haver casamento porque as coisas não estão bem... e depois está tudo pago e estar-me a casar e depois chegar daqui uns meses e estar numa situação insuportável...”*.

Indicou igualmente a frequência, há alguns anos atrás, de consultas de psicologia devido a uma depressão.

Resultados da Avaliação Psicológica

Foram escolhidas as seguintes provas: TAT - Teste de Aperceção para Adultos e Teste de Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional - Sistema Compreensivo de Exner.

A escolha destas provas prende-se com a necessidade de determinação do esquema defensivo do Tiago.

O Tiago durante a avaliação esteve colaborante e com uma postura descontraída. Em ambos as provas aderiu facilmente e não mostrou relutância em responder quando os cartões foram apresentados.

No TAT - Teste de Aperceção para Adultos (Boekholt, 2000) (anexo H), a análise dos procedimentos aponta para tendência à labilidade emocional ao nível do contacto interpessoal, este pautado pela sexualização, bem como tentativa de controlo intrapessoal. Assiste-se também a uma tentativa de fuga á realidade, através do recurso á intelectualização e simbolização dos sentimentos e emoções.

Tabela 6 – Procedimentos TAT

Procedimentos	Designação	Quantificação	Abordagem Quantitativa
A2.2	Justificação interpretações através de pormenores	1	Presente
A2.3	Precauções verbais	2	Presente
A2.4	Afastamento temporo-espacial	4	Frequente
A2.5	Precisões numéricas	2	Presente
A2.6	Hesitações entre interpretações diferentes	2	Presente
A2.9	Anulação	1	Presente
A2.11	Denegação	1	Presente
A2.13	Intelectualização (abstração, simbolização)	4	Frequente
A2.14	Alteração brusca de direção no curso da história	1	Presente
A2.16	Grande pormenor e/ou grande pormenor evocado e não integrado	1	Presente
B1.2	História construída à volta de uma fantasia pessoal	1	Presente
B2.3	Acento inscrito nas relações interpessoais. Relato em diálogo.	1	Presente
B2.4	Expressões afetos fortes	2	Presente
B2.5	Dramatização	1	Presente
B2.6	Representações contrastadas. Alternâncias entre estados emocionais opostos.	2	Presente
B2.7	Vai e vem entre desejos contraditórios. Fim com realização mágica dos desejos.	1	Presente
B2.9	Erotização relações, invasão da temática sexual e/ou simbolismo transparente.	4	Frequente
B2.10	Apego aos pormenores narcísicos com valência relacional.	3	Presente
B2.13	Presença de temas de medo, catástrofe, vertigem, etc, num contexto dramatizado	1	Presente
CFo1	Tempo latência inicial longo e/ou importantes silêncios intra-relato	1	Presente
CFa.1	Apego ao conteúdo manifesto	1	Presente
C/N1	Acento inscrito na vivência subjetiva (não relacional)	1	Presente
C/N2	Referências pessoais ou autobiográficas	1	Presente
E.6	Perceção de objetos fragmentos. Fabulação fora da imagem	1	Presente
E.14	Perceção de mau objeto. Temas de perseguição	1	Presente

No Teste de Rorschach (anexo H), obtiveram-se 29 respostas, pelo que se considera válido.

No processamento da informação, o Tiago simplifica exageradamente as suas percepções e tenta evitar o processamento das emoções e dos afetos. Esta atitude não permite que tenha acesso a pontos-chave/importantes da informação externa em seu redor, o que condiciona a elaboração e a riqueza das suas respostas ($L=1.07$). Revela energia mental para o processamento da informação ($Zf=12$), embora se apresente marcadamente apático perante os estímulos do meio circundante ($Zd=-9$). Coloca a si próprio metas e objetivos superiores às suas capacidades funcionais, o que favorece o fracasso e a frustração ($W:M=11:3$). Denuncia rigidez no processamento da informação, que pode estar associada a deterioração neurológica, deficit intelectual ou, mais frequentemente, a bloqueio emocional ($PSV=6$). Tem pouca capacidade de análise e de síntese da informação ($DQ+=3$).

Na mediação cognitiva demonstra ser pouco convencional nas suas percepções, ou seja, não percebe as coisas como a maioria dos indivíduos ($X+\%=34\%$). Utiliza ineficazmente os processos de simplificação perceptiva e tem dificuldade em mediar as emoções ($F+\%=37\%$). Denunciou grave tendência à distorção da percepção da realidade, associado ao risco de aparecimento de condutas bizarras, inapropriadas ou desajustadas das exigências reais ($X-\%=27\%$). Existe personalização, individualização e centramento nos seus pontos de vista ($Xu\% = 34\%$).

Na ideação, registam-se falhas significativas embora esporádicas na qualidade ideativa, apoiadas por tentativas de intelectualização e negação/neutralização dos afectos subjacentes à realidade ($WgtdSum6 = 15$; $2AB+(Art+Ay)=3$). Regista-se uma tonalidade pessimista em toda a atividade ideativa, o que favorece o fatalismo e a antecipação negativa ($MOR=3$). O estilo vivencial é extratensivo, pelo que prefere recorrer aos aspectos afetivos na

tomada de decisões e na resolução de problemas, tendendo à impulsividade (EB=3:5.5).

Ao nível da capacidade de controlo e tolerância ao stress, o Tiago tem disparadores internos de tensão essencialmente do tipo emocional que provocam mal-estar e aumento de tensão interna (ansiedade, entre outras sensações) (eb=4:6). Os recursos disponíveis são insuficientes para fazer face aos disparadores internos de tensão (EA=8.5/es=10).

Nos aspetos afetivos, apresenta-se preocupado com a manutenção do seu espaço vital e não sente o contacto com os outros como algo de positivo, mas antes invasivo (T=0). Revelou não ter desejo ou interesse em processar estímulos afetivos, adotando um comportamento mais evitativo perante situações de sobrecarga emocional (Afr = 0,45). Mostrou tendência para a impulsividade ao não controlar as descargas afectivas, por vezes pulsionais e primárias (FC:CF+C=1:4; C=2). São frequentes os estados depressivos (DEPI=4).

No aspeto da representação de si, demonstrou um nível de egocentrismo alto, ou seja, tende a centrar-se em si mesmo mais do que seria esperado, demonstrando uma preocupação com o self, conjugada com uma despreocupação com o mundo exterior ($3r+(2)/R=0.34$). Registou-se uma excessiva preocupação com o seu corpo, pelo que poderão ocorrer transtornos psicossomáticos ou hipocondríacos ($An+Xy=4$). Denotou uma tonalidade pessimista em todos os seus pensamentos, o que favorece o fatalismo e a antecipação negativa das suas condutas, o que reflete normalmente o modo como se vê a si mesmo e os outros (MOR=3).

Na perceção e relações interpessoais, o Tiago não prevê aspetos positivos ou negativos nas inter-relações, sendo usualmente distante e desligado, bem como não apresenta a capacidade de assertividade necessária à defesa da sua integridade pessoal quando em relação (COP=0 e AG=0). Tem dos outros uma perceção fantasiada, o que favorece sentimentos de

desilusão/revolta (H:(H)+Hd+(Hd)=3:4).

Psicodiagnóstico

Segundo o PDM Task Force, 2006, e tendo em conta o resultado da avaliação psicológica, assim como o desenrolar das sessões, o Tiago parece enquadrar-se no tipo de personalidade dependente (P109). Os indivíduos com carácter dependente procuram satisfação e segurança na relação com os outros, tornando-os o seu suporte de vida. Os sintomas psicológicos podem ocorrer quando algo de errado surge no relacionamento primário. No nível neurótico, os indivíduos dependentes podem procurar tratamento na fase adulta depois de uma situação de luto ou divórcio. Em algumas culturas, uma estrutura de personalidade dependente é adaptativa mas, nas culturas ocidentais, onde o pensamento independente e a realização individual são recompensados, uma personalidade dependente pode ser problemática. A dependência patológica pode surgir devido a demasiada proteção ou pais autoritários, ou à influência do papel de género no plano cultural ao nível dos relacionamentos interpessoais. Indivíduos com transtorno de personalidade dependente sentem-se ineficazes quando entregues a si próprios, pelo que dependem do reforço dos que os rodeiam «*Sempre precisei que as pessoas me elogiassem para me puxarem pela auto-confiança para cima*». As preocupações emocionais incluem a ansiedade do desempenho, os receios de críticas e o medo de abandono. A tensão central da sua vida é a segurança obtida através de um relacionamento, e sentem tristeza e medo no caso de terem de enfrentar a solidão e o isolamento (PDM: Task Force, 2006).

O Tiago utiliza como mecanismo de defesa a idealização, manifesto na sobrevalorização da mulher com quem tem casamento marcado «*pois é uma pessoa que tenho grande empatia e que vejo como mãe dos meus filhos e a fazer família comigo*». No entanto, à idealização segue-se frequentemente a desvalorização, que parece estar em relação com

sentimentos de desilusão *«as conversas dela andam sempre à volta do que fez no dia a dia e isso não me interessa (...) ou fala dos miúdos ou dos hobbies dela, que são os cavalos, que eu detesto... descreve todos os pormenores e eu não sou descritivo ... Sou capaz de estar 3 horas a falar de um tema que gosto, mas do dia a dia não gosto mesmo nada e não faz parte da minha maneira de ser (...) eu interesso-me muito pelas áreas das ciências e ela, não digo que é limitada, mas não se esforça por aprofundar mais o que se passa à volta dela».*

A auto-estima do Tiago organiza-se em função da aprovação do exterior *«Eu tive problemas de auto-estima devido à relação amor-ódio com a minha mãe e sempre precisei que as pessoas me elogiassem para puxarem-me para a auto-confiança para cima»* o que parece confirmar uma personalidade narcísica, em que demonstra um isolamento do afeto em relação ao intelecto (McWilliams, 2005).

O evitamento parece conduzir a um estado de isolamento social *«...e depois tenho muita dificuldade em fazer amigos. Não tenho muitos, mas tenho bons amigos. Tenho dificuldade por exemplo quando estou com pessoas novas, tenho dificuldade em abrir-me e depois ficam com uma imagem diferente do que eu sou»* e, conseqüentemente, a sentimentos de carência afetiva *«eu até tenho pensado muito e gostava de conhecer pessoas novas, e envolver-me com pessoas novas».*

Para Klein, na posição depressiva surge a ambivalência relativa ao objeto total. O indivíduo toma consciência de que o objeto é, ao mesmo tempo, bom e mau e isso conduz à depressividade. A angústia de perda de objeto tem origem nos fantasmas destrutivos da criança ao crer ter danificado e destruído o objeto total. A primeira manifestação do superego surge então devido ao aparecimento de um forte sentimento de culpa (Golse, 2005).

Em Winnicott, é importante que exista uma mãe suficientemente boa que assegure que os processos de *holding*, *handling* e da apresentação do objeto sejam efetuados de forma

competente e internalizados por parte do bebé de modo consistente. O bebé vai gradualmente aumentando o seu sentimento de ser real e de ter uma identidade, com o ego a tornar-se uma unidade diferenciada do exterior, e conduzindo à constituição do *self*. O *self* é portanto, o ego maturo e a criança vai tendo resistências para resistir a roturas derivadas do ambiente a que está exposta. Caso a criança não disponha dos recursos necessários para enfrentar as frustrações, adapta uma posição de submissão funcionando através de um falso-*self* (McWilliams, 2005)

De acordo com a teoria da vinculação defendida por Bowlby e Ainsworth, na vinculação insegura-ambivalente, a criança procura o conforto e mostra-se assustada e ansiosa quando acontece a separação. Muitas vezes procura o contacto, do mesmo modo que tenta libertar-se recusando o consolo ou coloca-se numa situação de aflição passiva (Bénony, 2002).

Metas de aconselhamento psicológico

De acordo com as dificuldades emocionais apresentadas pelo Tiago, pelas quais procurou apoio psicológico, sugerem-se em contexto de aconselhamento psicológico as seguintes metas:

- Possibilitar um aumento de auto-estima e auto-confiança;
- Fortalecer recursos internos para melhorar a interação social;
- Promover o bem-estar psicológico e a autonomia;
- Facilitar a tomada de decisão com a consciencialização das situações a ultrapassar e que causam mal-estar psicológico.

Análise da progressão terapêutica

Na entrevista inicial, o Tiago admitiu ser-lhe difícil a gestão da realidade, pelo que relatou formas de refúgio na fantasia e no prazer “*tenho uma obsessão sexual muito grande e*

um vício nas drogas leves, mas neste momento considero que está controlado (...) resolver a minha relação amorosa e tudo isso está um pouco condicionado, se vai ou não haver casamento, e se as coisas não estão bem, está tudo pago... e estar-me a casar e depois chegar daqui uns meses e estar numa situação insuportável...”. Denotaram-se sentimentos de ambivalência face à motivação de manter a decisão do casamento, entre a necessidade de enfrentar a realidade, apesar da tendência em colocar-se numa posição dependente na relação conjugal, e o aparente medo da transição de uma dependência actual mais satisfatória do que a nova a que se propunha *«É por isso que também estou aqui, pois são dez anos de relação que também não quero deitar fora, pois é uma pessoa que tenho grande empatia e que vejo como mãe dos meus filhos e a fazer família comigo (...) parece que somos dois amigos que vivem numa casa e assim eu comecei a desligar um bocado e sinto que chegou a um ponto de falta de comunicação e não me importo se ela vai lá ficar a casa ou não. E sinto que a parte que me está afetar mais é a parte sexual»*. Apesar do desânimo, o Tiago não apresenta capacidade de autonomia nas suas decisões, característica de uma personalidade dependente, pelo que não se permite impor a sua vontade *«ela já anda com a minha mãe a ver tudo e a minha própria mãe quer um casamento grande... eu acho que, por um dia, não é necessário gastar um balúrdio e as duas acham que tem de ser uma coisa em grande»*. Esta ambivalência observada parece ter surgido unicamente no decorrer da imposição do casamento, que parecia representar para o Tiago uma entrada na vida adulta, e que poderia contrariar a posição dependente até então assumida. A sua namorada parece, porém, substituir a sua mãe na liderança da relação.

Na primeira sessão, o Tiago surpreende com a tomada de decisão *«No domingo fui jantar com os meus supostos padrinhos para lhes informar que o casamento foi adiado»*, como se parecesse ter sido o psicólogo um elemento aliado ao reforço da segurança pessoal,

que permitiu a sua afirmação. Esta aconteceu igualmente perante as figuras parentais *«Primeiro falei com o meu pai (...) depois falei com a minha mãe e ao princípio foi um bocado de choque, pois ela estava mais motivada com o casamento e a sua organização, mas agora tem dado todo o apoio e afinal ela quer o melhor para mim e diz que tomámos a melhor decisão e que devemos pensar melhor»*. De realçar a significativa alteração do estado de humor, agora ausente de frustração perante a possibilidade de refúgio na fantasia e no princípio do prazer *«agora parece que estou um pouco mais aliviado e sem aquele peso nos ombros (...) levei a bateria eletrónica para a quinta e há cerca de duas semanas tenho tocado um pouco. Ao nível mental faz-me muito bem (...) estou a pensar em juntar-me a alguns amigos ou conhecer alguém na zona, e era uma forma de fazer alguma ligação com o pessoal»*.

A satisfação pessoal e, portanto, a fuga à frustração da realidade pareceram conduzir à busca de gratificações, em projetos individuais, ao contrário do de casamento *«eu até gostava de conhecer alguém daquela zona, e até já pensei por exemplo no voluntariado... assim até podia ser mais fácil para mim, pois ali não conheço ninguém»*.

O aconselhamento psicológico permitiu ao Tiago ultrapassar o bloqueio emocional gerador de fortes angústias, no sentido da fuga à realidade. No entanto, considera-se pertinente a intervenção em psicoterapia de apoio no sentido de fazer refletir sobre os aspectos dependentes da personalidade e promover uma maior maturação do ego.

Conclusões

Após a conclusão do estágio académico, os objetivos determinados no seu início foram concretizados na sua totalidade.

O período de estágio foi importante para permitir a aplicação na prática clínica, dos conhecimentos teóricos adquiridos nos anos antecedentes. O estágio, realizado sob orientação psicodinâmica, possibilitou que se adquirisse competências como a observação clínica, avaliação psicológica, elaboração do psicodiagnóstico, estabelecimento de metas psicoterapêuticas, diagnóstico diferencial, análise dos mecanismos de defesa, aplicação de técnicas de intervenção e ludoterapia, que foram utilizadas nos pacientes sob acompanhamento psicológico.

A presença nas sessões de supervisão, com a análise das diferentes hipóteses de diagnóstico, metas psicoterapêuticas, técnicas de intervenção, mecanismos de defesas e diagnósticos diferenciais dos vários casos em acompanhamento na clínica, permitiram a aquisição de novas competências. A presença em diversas formações e *workshops* realizados no local de estágio, foram igualmente importantes para a aprendizagem de conhecimentos indispensáveis para a prática clínica.

A redação de um artigo de opinião, foi também realizado. Apesar de ser um artigo de opinião, foi necessário recorrer a alguma pesquisa teórica para a sua concretização.

Igualmente, procedeu-se à apresentação num colégio infantil dos serviços disponibilizados pela clínica. Estes serviços, estão disponíveis na sede ou nos colégios e escolas, com os quais a clínica tem protocolos celebrados.

Para além dos objetivos iniciais, um outro foi determinado á posteriori através da elaboração de um poster, em conjunto com colegas integrantes no estágio académico, para a participação no III Congresso Internacional de Psicologia da Criança realizado na

Universidade Lusíada. Este objetivo que foi igualmente concretizado.

Em relação aos objetivos específicos da intervenção psicoterapêutica, em ambos os casos, as metas terapêuticas propostas para os respectivos casos, não foram atingidas na sua totalidade.

No caso do Gustavo, face aos objetivos propostas, verificou-se a um incremento de uma relação interpessoal mais aberta e desinibida. Igualmente se verificou uma maior capacidade de decisão através da introdução de novas iniciativas lúdicas que lhe davam natural satisfação. O facto da psicoterapia de apoio ter sido interrompida por iniciativa materna, teve como consequência um natural prejuízo para o seu crescimento e amadurecimento psico-emocional.

No caso do Tiago, constatou-se que a sua vinda à psicoterapia tinha como objetivo ultrapassar as suas dificuldades emocionais, desmotivação, grande dependência em relação aos outros e dificuldade na gestão da realidade. Deste modo, através do aconselhamento psicológico, foi possível ao Tiago ultrapassar o bloqueio emocional que lhe estava a gerar angústia e uma dependência excessiva. De notar no entanto, que é pertinente continuar em psicoterapia de apoio de modo a que seja possível refletir sobre os aspectos dependentes da sua personalidade e, simultaneamente, promover uma maior maturação do ego.

De acordo com os objetivos propostos e concretizados no final do estágio, podemos concluir que as expectativas iniciais foram globalmente satisfeitas.

Algumas dificuldades foram no entanto sentidas. O facto de existir a tendência para a intelectualização e racionalização na relação terapêutica, poderá ser considerada como uma dificuldade na construção de uma relação psicoterapêutica mais próxima com o paciente. Outro constrangimento sentido, foi o facto de existirem pedidos expresso de diversos paciente, para que lhe fossem disponibilizados os serviços de uma psicóloga, em detrimento

de um psicólogo do género masculino. Por fim, saliente-se que este estágio foi realizado em horário pós-laboral, o que se traduziu num esforço adicional, após a actividade profissional diária.

De modo a ultrapassar as dificuldades sentidas no estabelecimento de um vínculo psicoterapêutico positivo, é meu propósito iniciar o processo de psicoterapia individual.

Concluindo, o período do estágio permitiu que a aquisição de conhecimentos e de experiência prática fosse uma realidade, considerada de vital importância para a prática clínica futura.

Quanto a expectativas futuras, é minha intenção realizar o estágio profissional e iniciar uma formação numa sociedade de psicologia.

Reflexão final

O estágio acadêmico é o culminar de uma aprendizagem teórica adquirida nos anos anteriores, na licenciatura e no primeiro ano do mestrado em psicologia clínica.

A realização do estágio possibilitou confirmar que no caso particular da psicologia, existe uma enorme diferença entre o que se adquire a nível académico e o modo como temos de reagir, quando confrontados com a presença de um paciente em ambiente psicoterapêutico.

Posso afirmar, que os primeiros momentos dessa experiência são seguramente angustiantes, pois é nesse momento que sentimos o que nós representamos para o outro, que procura em nós a solução dos seus problemas psicológicos, e que se apresenta numa situação de verdadeira vulnerabilidade emocional.

Apesar de todos os conhecimentos teórico que transportamos connosco, os momentos iniciais da prática clínica são marcantes e dificilmente serão esquecidos. Sentimos, e tomamos consciência nesse momento, das nossas próprias limitações e do caminho que teremos ainda de percorrer para considerarmos a nós próprios, um psicólogo.

Na concretização das tarefas inerentes ao estágio, foram sentidas algumas limitações, principalmente em termos de disponibilidade de tempo e conhecimentos técnicos, e que não permitiram que outros níveis de exigência fossem atingidos.

A formação complementar em psicoterapia psicodinâmica adquirida na clínica através de formações e *workshops*, permitiu colmatar muitas das debilidades que sentia em termos de conhecimentos de avaliação psicológica, psicodiagnóstico e técnicas de intervenção psicológica na psicoterapia de apoio com os pacientes.

No entanto, relembrar todos os momentos passados na estágio, é de certo modo reconfortante, na medida em que se pode efetuar um balanço muito positivo entre o momento inicial e o final do estágio. É então, que percebemos o quanto é útil a prática clínica, para se

conseguir aos poucos, com muito trabalho interior, desenvolver uma capacidade de perceber e conhecer o paciente, com uma maior confiança própria.

No final do estágio, é possível afirmar que foi um período enriquecedor e de novas aprendizagens, com contribuições importantes de todos colegas que integravam o corpo clínico da clínica. Uma ressalva especial para a Dra. Paula Barbosa, com a sua incansável disponibilidade e competente orientação permitiu transformar muitas das minhas angústias iniciais, num percurso mais tranquilo até ao final do estágio.

Referências

- Abreu, N. (2005). *Teoria do apego: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aguilar, J., Oliva, M., & Marzani, C. (2003). *A entrevista psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Alonso, A. (2006). *Ética das profissões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Anzieu, D. (1988). *Os métodos projetivos* (5ª ed.) Rio de Janeiro: Campus
- Avellar, L. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura e obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17.
- Barbieri, V., Jacquemin, A., & Alves, Z. (2005). Personalidade materna e resultados de crianças no psicodiagnóstico interventivo: o que significa mãe suficientemente boa? *Psico*, 36(2), 117-125.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1961). *Children's apperception test manual* (4ª ed). Larchmont: CPS.
- Bénony, H. (2002). *O desenvolvimento da criança e as suas psicopatologias*. Lisboa: Climepsi.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J. (1988). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. (2004). *Psicopatologia, teoria e clínica*. São Paulo: Artmed.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi.
- Bloch, S. (Coord.) (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi
- Bond, T. (1995). The nature and outcomes of counselling. In Jane Keithley, & Geoffrey Marsh (Eds.), *Counselling in primary health care* (pp. 3-26). Oxford: Oxford

- University Press.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento de vínculos afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). Apego: a natureza do vínculo. In J. Bowlby, *Triologia Apego e Perda* (vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brenner, C. (1987). *Noções básicas de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5(1), 63-68.
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (2000). *Handbook of counseling psychology*. New York: Wiley
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi.
- Caper, R. (1998). *A mind for one's own: a kleinian view of self and object*. New York: Routledge.
- Charman, D. P., (2004). *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: advancing effective practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Cintra, E., & Figueiredo, L. (2003). *Melanie Klein: estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Cloninger, S. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Corman, L. (1982). *Test du dessin de famille*. Paris: P.U.F.
- Cunha, J. e colaboradores (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.). Porto Alegre : Artmed.

- Dialogicos (2012). O que fazemos (em linha). *Consulta e avaliação psicológica*. Web site. Acedido fevereiro 12, 2012, em <http://www.dialogicos.pt/home.aspx>
- Dodgen, C. E. & Shea, W. M. (2000). *Substance abuse*. London: Academic Press.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi
- Drewes, A. A. (2006). Play-based interventions. *Journal of Early childhood and infant psychology*, 2, 139-156.
- Exner, J., & Sendin, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el sistema comprensivo*. Madrid: Prismática.
- Exner, J. E. (2003). *O Rorschach: um sistema abrangente: fundamentos básicos e princípios de interpretação* (vol.1. 4ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Fleming, M. (1996). *Família e toxicoddependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Figueiredo, L. C. (2006). A clínica psicanalítica a partir de Melanie Klein: o que isto pode significar? *Jornal de Psicanálise*, 39(71).
- Freedheim, D. & Weiner, I. (2003). *Handbook of psychology: history of psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Funck-Brentano, I. (2005). Donald W. Winnicott. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 91-161). Lisboa: Climepsi.
- Gabbard, G. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Garfield, S. L. (1965). Historical Introduction. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill.
- Golse, B. (2005). Sigmund Freud. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 23-56). Lisboa: Climepsi.

- Goldberg, S. & Grusec, J. & Jenkins, J. M. (1999). Confidence in protection: arguments for a narrow definition of attachment. *Journal of Family Psychology*, 13, 475-483.
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto*. Lisboa: Climepsi
- Gouveia, M. (2001). Tendências da investigação na psicologia do desporto, exercício e actividade física. *Análise Psicológica*, 1(19), 5-14.
- Grant, J. (2008). Counselling psychology in Australia: past, present and future –parte one. *The Australian Journal of Counselling Psychology*. Vol. 9(2)
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Gurman, A. S. & Messer, S. B. (1995). *Essential Psychotherapies*. New York: The Guilford Press
- Harr, M. (2008). *Introdução à Psicanálise Freud*. Lisboa: Edições 70
- Hothersall, D. (2006). *História da Psicologia*. Rio de Janeiro: McGraw Hill
- Huber, W., Piron, H. & Vergote, A. (1964). *A psicanálise. Ciência do homem. De Freud aos nossos dias*. Lisboa: Livros do Brasil
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Izkowitz, R. & Strauss, H. (1980). The Bar-Ilan Test – a semi-projective technique for diagnosing problems in the educational setting. *Comunicação apresentada no International Congress for Early Child Developmente*, Tel-Aviv.
- Kahn, M. (2005). *Freud básico, pensamentos psicanalíticos para o século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Jesuíno, J. C. (1994). *O que é Psicologia*. Lisboa: Quimera.
- Klahr, M. (2005). Melanie Klein. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 77-90). Lisboa: Climepsi.
- Klein, M. (1975). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932)
- Klein, M. (1980). A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e significado. In M. Klein, P. Heinman, & R. Money-Kyrle (Eds.), *Novas tendências na psicanálise* (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Zahar.
- Klein, M. (1991). *Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1957)
- Klein, M. (1994). *Narrativa da análise de uma criança*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1961).
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: the art of relationship*. Taylor & Francis Books, Inc.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Leal, M. (2003). *A psicoterapia como aprendizagem: um processo dinâmico de transformações* (2ª ed.) Lisboa: Fim de Século.
- Lei nº 57/2008 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 171 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lenzenweger, M. F. & Clarkin, J. F. (2005). *Major Theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press
- Luquet, G-H. (1979). *O desenho infantil*. Porto: Livraria Civilização.
- Malchiodi, C.A. (1998). *Understanding Children's Drawings*. London: Jessica Kingsley Publishers

- Malpique, C. (2010). *Psicanálise e mudança psíquica: cartografias para uma viagem*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Marcelli, D. (2005). *A Infância e a psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Mazet, P & Soleru, S (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Mussen, P. H. & Conger, J. J. & Kagan, J. (1979). *Child development and personality*. New York: Harper & Row.
- Newman, A. (2003). *As ideias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Nunes, L. (2009). *Ética: raízes e florescências em todos os caminhos*. Lisboa: Lusociência.
- Oliveira, R. A. (2000). Do vínculo às relações sociais: aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2, 157-170
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.
- Palmer, S. (2000). *Introduction to counselling and psychotherapy, the essential guide*. London: Sage.
- Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: neuro developmental factors in the “cycle of violence.” In J. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 124–149). New York: Guilford Press.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Pires, A. A. (1986). O teste de Rorschach alguns aspectos relacionados com as críticas e as

- novas prespectivas de utilização. *Jornal de psicologia*, 5, 5, 8-13.
- Reimão, C. (coord.) (2008). *Ética e profissão: desafios da modernidade: atas de colóquio*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Russ, S.W. (2007). Pretend play: a resource for children who are coping with stress and managing anxiety. *NYS Psychologist*, XIX, 5, 13–17.
- Sacco, F., & Decobert, S. (2000). *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança*. Lisboa: Climepsi.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2002). *Terapia familiar*. Lisboa: Afrontamento.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Shentoub, V. e colaboradores (1999). *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi.
- Simões, M. R., Rocha, A.M. & Ferreira, C. (2003). Manual da Escala de Inteligência da Wechsler para Crianças . Terceira Edição (WISC-III). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E. F. M. Silvares (Org.), *Atendimento Psicológico em Clínicas-escola* (pp. 59-72). Campinas: Editora Alínea
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2003). *Clinical interviewing*. New Jersey: Wiley
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2004). *Conseling and psychotherapy theories in context and practice*. New Jersey: Wiley
- Sprinthall, N. A. & Sprinthall R. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: Editora McGraw-HILL
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi.

- Stevenson-Hinde, J. (2007). Attachment theory and John Bowlby: some reflections. *Attachment & Human Development*, 9(4), 337-342.
- Strauss, H. (1975). *Expectations of Kindergarten children toward entering the first grade*. Elementary Education, 13 (Hebrew).
- Strauss, H., Gottesdiener, H., Fogel, R., & Tamari, D. (1981). *The impact of parent`s attitudes toward school in the expectations of Kindergarten children toward entering first gade*. Educational Studies, 30, 27-36 (Hebrew with English summary).
- Super, D. E. (1955) Transition: from vocational guidance to counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 3-9.
- Tenenbaum, G., & Ecklund, C. R. (2007). *Handbook of sport psychology*. New Jersey: Wiley
- Trindade, I., & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2), 217-229.
- Tyson, P., & Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development: an integration*. New Haven: Yale University Press.
- Viterbo, E., & Renault, M. (2005). John Bowlby. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 153-161). Lisboa: Climepsi.
- Werner, H., & Kaplan, B. (1963). *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*. New York: Wiley.
- Vierderman, M. (2008). A model for interpretive supportive dynamic psychotherapy. *Psychiatry*, 71, 349-358.
- Winnicott, D.(1994). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes Editores. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

- Winnicott, D. (1982). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. (1991). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1972).
- Winston, A., Rosenthal, M.D. & Pinsky, H. (2004). *Introduction to supportive psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Whitely, J.M. (1984). Counselling psychology: a historical perspective. *The counseling psychologist*, 12, 3-109.

ANEXOS

Anexos

Anexo A – Caracterização da população alvo e problemáticas frequentes

Anexo B – Objetivos e horas de estágio

Anexo C – Formações e *workshops*

Anexo D – Modelo cálculo de agrupamentos e constelações Rorschach – Sistema
Compreensivo de Exner”

Anexo E – Tabela médias valores Rorschach – adolescente 14 anos

Anexo F – Resultado da avaliação psicológica do caso Gustavo

Anexo G – Análise das sessões do caso Gustavo

Anexo H – Resultado da avaliação psicológica do caso Tiago

Anexo I – Análise das sessões do caso Tiago

Anexo J – Artigo de opinião “Mais vale prevenir”

Anexo L – Poster apresentado no congresso

ANEXO A

Caraterização da população alvo e problemáticas frequentes

ANEXO B

Objetivos e horas de estágio

ANEXO C

Formações e *workshops*

ANEXO D

Modelo cálculo de agrupamentos e constelações Rorschach – Sistema Compreensivo de Exner

ANEXO E

Tabela médias valores – adolescente 14 anos- Rorschach – Sistema Compreensivo de Exner

ANEXO F

Resultados da avaliação psicológica do caso Gustavo

ANEXO G

Análise das sessões do Caso Gustavo

ANEXO H

Resultados da avaliação psicológica do Caso Tiago

ANEXO I

Análise das sessões do caso Tiago

ANEXO J

Artigo de opinião “ Mais vale prevenir”

Anexo L

Poster apresentado no congresso