

## **Dedicatória**

Todo este percurso que realizei até chegar onde estou, em grande parte deve-se a toda a força e trabalho que tive ao longo destes anos, por isso quero dedicar este vasto e exaustivo trabalho a mim própria.

Por tudo isso e muito mais a mim dedico este trabalho porque sempre acreditei em mim e, sempre consegui realizar com grande empenho tudo aquilo a que me proponho atingindo sempre, as metas que pretendo alcançar.

Devido ao sucedido ultimamente, o falecimento do meu pai, quero dedicar a ele todo este trabalho, pois é devido a ele que o fiz. Só tenho pena que não o tenha visto completo em vida.

Dedico também a minha querida mãe que muito contribuiu para este relatório, não só a nível moral como afectivo.

## **Agradecimentos**

O mundo em que me insiro, é traçado por diversas interações, realizadas socialmente, com as quais se foram entrelaçando no meu caminho, possibilitando a realização de inúmeras vivências assim como interações. Assim, todos os meus agradecimentos dirigem-se a todos aqueles que tornaram possível a minha formação a nível da Psicologia.

Agradeço aos professores da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) todo o apoio, colaboração e disponibilidade que tiveram para comigo, assim como o carinho e amizade que demonstraram ao longo destes anos.

Em seguida quero agradecer a duas grandes amigas de longa data, psicólogas clínicas, à Dra. Isabel e à Dra. Mónica que para além de uma grande amizade carinho e afeição que sempre tiveram por mim, demonstraram-se sempre disponíveis para me ajudar em tudo o que necessitasse e inclusive para discutir com elas, casos clínicos que tivesse por resolver.

Obrigada aos meus colegas especialmente à minha colega Mara Nicolau, por termos partilhado as nossas dificuldades, dúvidas, decepções, tristezas e alegrias, auxiliando-nos e ajudando-nos ao longo destes anos e que me ajudou a não desistir.

Agradeço também à minha família e ao meu namorado pelo apoio dado em fases de desmotivação e pela presença que manifestaram aquando da execução de diversos trabalhos. Agradeço ainda à minha cadela Tuxa por ter estado sempre a meu lado, a fazer-me companhia, enquanto estudava e realizava os diversos trabalhos.

Agradeço também ao Centro de Medicina Naval da Marinha, por ter aceite o meu estágio auto-proposto, possibilitando-me a integração na mesma e proporcionando-me trabalhar numa área que sempre me agradou e fascinou.

Por fim agradeço á minha coordenadora do estágio do CMN, Dra. Carolina Mesquita por toda a sua disponibilidade e auxilio sempre que necessário e toda a ajuda que me tem fornecido ao longo do estágio.

Agradeço ainda à minha grande amiga e companheira Joana Almeida.

## **Resumo**

O presente relatório enquadra-se no trabalho final a ser apresentado na conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa.

O estágio foi realizado na instituição do Centro de Medicina Naval, na Base Naval do Alfeite. Sendo um período de aprendizagem, o estágio permitiu não só conhecer a instituição, como ter contacto directo com o contexto profissional, a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica e, fomentou a reflexão sobre a prática desenvolvida.

Neste relatório apresentar-se-á o trabalho desenvolvido na área da Psicologia Clínica, ao mesmo tempo que é feito um paralelismo com a literatura com o intuito de explicar as problemáticas mais evidentes na população alvo.~

É apresentado também de dois casos clínicos e uma avaliação psicológica.

Por último é apresentada uma conclusão de toda a parte teórica e prática.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, AVC, Depressão, Distúrbio da Personalidade *Borderline* e Dependente e população militar

## **Abstract**

This report is part of the final work to be presented in the conclusion of the Master in Clinical Psychology and Counseling, of the Autonomous University of Lisbon.

The stage was made in the Naval Medical Center, precisely at the Naval Base of Alfeite.

Being a learning period, the stage has led not only to get to know the institution itself, but to have direct contact with the professionals working there, through the application of knowledge acquired during the academic time and fostered the reflection on the skills developed.

This report will present the work developed in the area of Clinical Psychology, together with the literature in order to explain the most obvious problems in the target population.

It also presents two case reports and a psychological evaluation.

Finally, we present a conclusion of all the theoretical and practical part.

Keywords: Clinical Psychology, CVA, Depression, Borderline personality disorder, Dependent personality disorder and military population.

## Índice

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	II
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Parte I Introdução.....	1
Parte II Enquadramento Teórico.....	5
2.1 Contextualização do local de estágio.....	5
2.1.1 Tabela nº 1.....	8
2.1.2 Cronograma projecto de estágio.....	8
2.2 Psicologia Clínica e Psicoogia Ocupacional.....	11
2.2.1 AVC´S.....	12
2.2.2 Depressão.....	15
2.2.3 Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i> .....	18
2.2.4 Personalidade Dependente.....	21
Parte III Actividades realizadas no âmbito do estágio.....	23
3.1 Trabalho de estágio.....	23
3.2 Trabalho de estágio.....	25
3.2.1 Avaliação Psicológica.....	25
3.2.2 Apresentação Clínica de dois casos.....	28
3.2.2.1 Apresentação do caso “G”.....	30
Conclusão.....	33
Reflexão Pessoal.....	34
3.2.3 Apresentação do Caso “M”.....	35

Análise do Caso.....	45
Discussão do Caso.....	47
Reflexão Pessoal.....	48
3.2.4 Apresentação do Caso “F” .....	49
Análise Do Caso.....	65
Discussão Clínica.....	73
Reflexão Pessoal.....	74
Parte IV Discussão global do trabalho.....	76
4.1 Reflexão Global.....	84
Referências.....	86
Anexos.....	89
Anexo 1 Relatório de Avaliação Psicológica do Caso Clínico “G”.....	90
Anexo 2 Descrição das Sessões do Caso Clínico “T” .....	97





## 1. Introdução

O presente relatório, ocorre no âmbito do estágio de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, executado na instituição do Centro de Medicina Naval, na Base Naval do Alfeite.

A escolha da Instituição consistiu não só por ser de grande prestígio como pela possibilidade de poder contactar e ajudar, pessoas que vivem grandes temporadas afastadas dos seus familiares e amigos, por vezes em condições um pouco degradantes e de tal forma rotineiras, que nem sempre a adaptação é fácil, conduzindo-os muitas vezes á procura de ajuda do foro psicológico, com o intuito de arranjar soluções que lhes facultem essas mesmas adaptações; não só nos embarques como dentro da própria Instituição, que muitas vezes, conduz a conflitos e à detenção de grande *stress*.

Possibilitou-me também trabalhar, aprofundando e desenvolvendo competências na minha área de formação com uma população alvo, que sempre me despertou interesse e curiosidade.

O objectivo primordial e fulcral deste relatório de estágio, consiste essencialmente em analisar pormenorizadamente cada um dos casos clínicos escolhidos; nomeadamente, descrever a anamnese em cada um dos casos, relatar todo o acompanhamento efectuado acerca dos mesmos, assim como analisar e discutir cada um, em articulação com a revisão de literatura.

Uma vez que todas as intervenções psicológicas, assim como o acompanhamento psicológico realizado em todos os casos clínicos, foram executadas no âmbito do Modelo de Intervenção da Abordagem Centrada na Pessoa, considero pertinente abordar de uma forma sucinta esta mesma abordagem, visando explica-la e como ela se processa

face “à pessoa” ou seja, qual a função do terapeuta e quais as condições que lhe são essenciais para a sua possível realização.

A Abordagem Centrada na Pessoa, insere-se na corrente Humanista, desenvolvendo-se nos anos 40, progredindo nos Estados Unidos da América. Rogers (1902-1987) introduz para a psicoterapia um panorama distinto do Homem, e, naturalmente, uma maneira explícita de acompanhar a pessoa, que solicita apoio e a ligação que se determina entre o terapeuta e o paciente ou seja, uma abordagem não-directiva desta mesma ligação (Santos, 2004).

A noção de Abordagem Centrada na Pessoa começou a ser comum, com um sentido mais restrito, após a expressão de Terapia Centrada no Cliente (Amatuzzi *et al*, 2002). Rogers, (1980 citado por Wood, 1998, p. 19) afirma que A Abordagem Centrada na Pessoa é “uma postura psicológica, se assim o preferir, a partir da qual pensamentos ou acções podem ser organizadas. É um jeito de ser”.

Esta Abordagem assenta na confiança que se cria entre o paciente e o terapeuta, persistindo a vontade em ajudar o outro ou seja, o paciente, confiando que é possível.

Regula-se também num propósito de ser segura nos seus objectivos nomeadamente, ajudar o outro a atingir transformações construtivas de personalidade; em ter compaixão pelo indivíduo que está perante nós, tê-lo em consideração, entre outras (Wood, 1998).

Nesta abordagem, a tarefa do profissional consiste em actuar de modo a que o cliente conceba a sua situação e consiga perceber-se melhor a si próprio (Rafael, 2000) ou seja, tem como finalidade, propiciar-lhe uma maior apropriação dele próprio, em que ele se compreenda melhor; incidindo-se, especialmente no próprio indivíduo e não no dilema que ele exterioriza (Valduga & Hoch, 2010).

A relação terapêutica, criada entre o próprio terapeuta e o seu cliente, consiste num novo estabelecer, da conformidade desaparecida entre a vivência integral do sujeito e, a

sua vivência do *self* que tem conhecimento que existe, tornando o sujeito livre para um amadurecimento e crescimento habitual (Santos, 2004).

No entanto, para se conseguir desenvolver um ambiente psicológico facilitador de liberação do indivíduo na compreensão e condução da sua vida, numa relação terapêutica, são necessárias três condições essenciais: autenticidade, veracidade e congruência, que revela a aptidão que o terapeuta manifesta em ser ele próprio, em ser autêntico mediante o cliente (Penacchi & Carvalho, 2007), se o terapeuta for congruente na sua relação com o cliente, torna-se maior a viabilidade de que o cliente se transformará e se desenvolverá de forma construtiva e edificante (Taveira, 2003); a aceitação, atenção ou seja a aceitação incondicional, que tem como objectivo, ajudar na alteração terapêutica, o terapeuta deve receber o outro incondicionalmente ou seja inteiramente, não o julgando. Se a pessoa for inteiramente aceite, torna-se livre para ser ela própria e progressivamente, irá aceitar o seu *self* (eu) real (Almeida 2009). e por último, a compreensão empática (Rogers, s.d. citado por Taveira, 2003), que consiste na percepção do outro, mediante o que ele está a comunicar e vivenciar, de acordo com o seu quadro de referências (Gonçalves, 2008).

No entanto, para que seja possível a reorganização da estruturação da personalidade do sujeito, é fundamental que o cliente e o sujeito permaneçam em contacto psicológico, que o cliente se encontre vulnerável, que o terapeuta esteja congruente ao longo da entrevista, que o terapeuta receba a pessoa que pede ajuda, incondicionalmente ou seja inteiramente, não a julgando, nem fazendo juízos de valor (Rogers, 1977 citado por Rafael, 2000).

O terapeuta deve também perceber de forma empática o sujeito ou seja, deve compreender tudo o que o sujeito está a vivenciar e experienciar e por último, que o

sujeita compreenda estas duas atitudes que o terapeuta tem perante ele (Rogers, 1977 citado por Rafael, 2000).

Respeitante ainda a este modelo, Carl Rogers desenvolveu duas noções fundamentais, tornando-se indispensáveis nomeadamente a Tendência Actualizante e a Não Directividade (Rogers & Kinget, 1977 citado por Gobbi *et al*, 1998).

A Tendência actualizante consente a confirmação própria do Self e a precaução do organismo, permitindo assim, a concordância entre a experiência vivida e o que dela simboliza (Rogers e Kinget, 1977 citado por Gobbi *et al*, 1998).

Esta Tendência, pertence à preposição de que “todo organismo é movido por uma tendência inerente para desenvolver suas potencialidades de maneira a favorecer sua conservação e seu enriquecimento” (Rogers & Kinget, 1977, p. 157 citado por Souza, 2008).

Por sua vez a Não-Directividade é uma atitude em que o terapeuta declara que confia na capacidade de auto-direção do seu cliente (Pagès, 1976, citado por Gobbi *et al*, 1998).

Tendo este relatório por base a vertente/área da Psicologia Clínica, suponho ser fundamental definir este conceito.

Este relatório encontra-se dividido em três partes, numa primeira parte é apresentada a contextualização da Instituição do respectivo local de estágio: a Saúde Ocupacional, a Psicologia da Saúde Ocupacional, os Riscos Psicossociais e o Stress.

Seguidamente, expõe-se a teoria que envolve as problemáticas identificadas nos devidos casos clínicos.

Numa segunda parte, aprofunda-se as actividades realizadas ao longo do âmbito de estágio e, todo o trabalho executado ao longo das intervenções psicológicas.

Apresenta-se ainda uma avaliação psicológica, a qual menciona que tipo de plano de testagem foi usado, qual o motivo que conduziu o uso de certos instrumentos do foro psicológico (testes) e por fim, os resultados dos testes, acompanhados de um relatório de avaliação.

Numa terceira e última parte, este relatório comportará uma discussão/conclusão, onde se remete a síntese de todo o trabalho realizado, como a contextualização das problemáticas, a sua revisão de literatura e a análise dos casos e de todo o trabalho consumado. Uma avaliação realizada por mim de todo o meu trabalho, assim como as, as mais-valias do próprio estágio e da minha experiência no mesmo, as dificuldades sentidas e como as ultrapassei, que tipo de perspectivas tenho para o futuro e, quais as minhas perspectivas de intervenção e ainda, a que tipo de contribuição conduziu, todo o trabalho.

## **2.Enquadramento Teórico/Revisão da Literatura**

### **2.1 Contextualização do local de Estágio**

O estágio que realizei situa-se no Laranjeiro, no Centro de Medicina Naval na Base Naval do Alfeite.

O Alfeite encontra-se situado num local privilegiado à beira da margem sul do rio Tejo, com vistas para Lisboa, ocupando uma área com cerca de 440 hectares, desde a ponta dos Corvos, frente ao Seixal, até ao Caramujo e Romeira, na Cova da Piedade.

É património do Estado afecto à Marinha, desde 1918, e aí estão instalados alguns dos mais importantes organismos e unidades dos quais se destacam: Base Naval de Lisboa, Arsenal do Alfeite, Base de Fuzileiros, Centro de Abastecimento Sanitário, Centro de Apoio Social do Alfeite, Centro de Educação Física da Armada, Centro de

Instrução de Tática Naval, Centro de Guerra Electrónica, Centro de Medicina Naval, Comando do Corpo de Fuzileiros, Direcção de Abastecimento, Direcção de Navios, Direcção de Transportes, Escola Naval, Esquadrinha de Escoltas Oceânicos, Esquadilha de Navios Patrulha, Esquadilha de Submarinos, Flotilha, Grupo nº 2 de Escolas da Armada, Laboratório de Explosivos da Marinha e Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo.

A Base Naval de Lisboa – Alfeite é actualmente e continuará a ser certamente no futuro, um dos pilares fundamentais da logística da Marinha.

O Centro de Medicina Naval está sediado num edifício – antiga Casa de Saúde do Alfeite – que, ao longo de trinta anos, tem servido a saúde naval com diferentes funções. Poderemos dividir este período desde 1973 até á presente data em quatro fases.

A primeira diz respeito á inauguração da Casa de Saúde do Alfeite em 1973 e ao seu funcionamento até 1982. Numa segunda fase de 1984 até 1991, funcionou como Central de Consultas do Hospital da Marinha. Em 1992, instalou-se no edifício o Serviço de Saúde da Base Naval de Lisboa, que, em 19 de Novembro de 1999, deu lugar ao centro de Medicina Naval.

O Centro de Medicina Naval criou-se, dado a Necessidade de introduzir na marinha novos conceitos de intervenção no âmbito da logística médico-sanitária, foi criada, na dependência da direcção do serviço de saúde, o centro de medicina naval que assumiu as atribuições e instalações do serviço de saúde da base naval de Lisboa.

O Centro tem como missão coordenar e controlar a actividade médico-sanitária de apoio às unidades e as evacuações sanitárias necessárias ao funcionamento dos escalões de cuidados de saúde instituídos, coordenar os cuidados de saúde primários na marinha, em conformidade superiormente definidos.

Coordena também, os Serviços de Saúde Ocupacional e de Medicina Preventiva, bem como propor normas e princípios orientadores nestas áreas, propor os princípios orientadores e as normas para a execução da Saúde Operacional, apoiar os Comandos e unidades do ponto de vista operacional e, compete-lhe assegurar as funções atribuídas ao Serviço de Saúde da Base Naval de Lisboa no âmbito da assistência médico sanitária e da coordenação das tarefas relativas á colheita e análise de amostras fisiológicas para despiste do alcoolismo e toxicodependência.

No que respeita á estrutura do Centro de Medicina Naval, este compreende um Director, um Departamento de Cuidados de Saúde Primários, um Departamento de Saúde Ocupacional de Medicina Preventiva e um Departamento de Saúde Operacional. No Departamento de Saúde Ocupacional de Medicina Preventiva, insere-se também o Serviço de Apoio á Saúde Mental, na qual se integra a psicologia; logo a área da psicologia debruça-se no âmbito da Psicologia da Saúde Ocupacional, que está ligada ao apoio á Saúde Mental.

No que respeita às funções, que o Psicólogo desempenha no Centro de Medicina Naval, destacam-se: a coordenação, organização e supervisão do SASM, compete-lhe intervir e desenvolver as acções do SASM que compreendem a promoção da Saúde Mental no Trabalho, a Vigilância Psicossocial das Doenças e Acidentes Profissionais que compreende a Avaliação e Monitorização Psicológica do Pessoal (em contexto ocupacional, em contexto operacional, caracterização do Posto de Trabalho, adequabilidade entre o pessoal e o seu posto de trabalho).

Destaca-se também a Implementação do Grupo de Trabalho de Intervenções psicológicas em situações de crise, Investigação no domínio da Psicologia da Saúde Ocupacional, Supervisão de Estágios de Psicologia, colaboração com o arsenal do Alfeite na área PSO, Organização e recolha de dados estatísticos, utilização e

implementação de meio e técnicas que possibilitem o registo dos dados e a intervenção psicológica e por último a elaboração do relatório anual de actividades.

### **2.1.1 Tabela nº 1**

#### ***2.1.2 Cronograma do Projecto de Estágio***

Referentes ao projecto de estágio, realizado com a Orientadora do mesmo, definiram-se os objectivos gerais e específicos que o mesmo iria integrar nomeadamente: numa primeira fase, procedeu-se à integração na Instituição, que abrange o enquadramento teórico do CMN, compreensão do seu funcionamento e da sua integração orgânica na Marinha, Integração na equipa multidisciplinar do DSOMP e, o enquadramento nos objectivos do SASM, no papel do psicólogo de saúde ocupacional e na realidade do meio naval.

Numa outra etapa, procedeu-se a uma adaptação, aos procedimentos do Serviço de Saúde Mental, ou seja, a uma inserção nos modelos de funcionamento e modalidades habituais do SASM e, ao estudo dos instrumentos e técnicas usados na Promoção de Saúde Mental no Trabalho, como as acções de promoção da saúde e bem-estar, em contexto ocupacional e operacional, acções de prevenção de factores de risco psicossociais de natureza profissional em contexto ocupacional e operacional e, uma observação da realização de promoção da saúde no trabalho.

Por fim, procedeu-se então a uma última etapa, a realização das intervenções de promoção e vigilância da saúde mental, colaborando nas acções informativas e educativas de promoção da saúde mental e de prevenção dos factores de risco psicossociais de natureza profissional, em contexto ocupacional e operacional, na



realização de avaliação e monitorização psicológica dos utentes (entrevista clínica, aplicação e cotação de provas psicológicas, conducente a psicodiagnóstico, diagnóstico diferencial, avaliação cognitiva e psicométrica, deterioração mental, avaliação da personalidade e perfil ocupacional específico, avaliação do contexto e da realidade profissional, avaliação de factores sócio-económicos e familiares, avaliação de comportamentos ligados á saúde, á doença e incapacidades.

Nesta fase, também se colabora no processo de encaminhamento e de articulação com outras unidades, participa-se nas reuniões de discussão dos casos e supervisão, colaboração com a investigação e os trabalhos a decorrer no SASM e, por último elabora-se um trabalho inserido nas actividades desenvolvidas no SASM.

O estágio realizava-se duas vezes por semana no horário compreendido entre as 9H00 e as 17H00, havendo dias em que se prolongava até às 18H00. Iniciou-se em Novembro e terminou no final de Julho.

Contudo, devido á própria instituição e á disponibilidade da sua população, era impossível realizar os acompanhamentos em dias fixos, uma vez que os mesmos andavam embarcadas, os quais tinham tarefas que não lhes permitia deslocarem-se às consultas em dias fixos, solicitando, as consultas para outra dia da mesma semana de acordo com as suas tarefas a nível profissional.

Respeitante ao cronograma, este é mostrado em seguida, apresentando todas as actividades realizadas (previstas) desde o começo até ao final do estágio

	Nov.				Dez.				Jan.				Fev.				Março				Abril			
SEMANAS	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Integração na Instituição	X	X	X																					
Papel do Psicólogo			X	X																				
Recolha Bibliográfica				X		X																		



SEMANAS	Maio				Junho				Julho				
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	
Formação – Riscos Psic.			X				X					X	
Realização das Intervenções	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Gestão de Cargas Replayable							X						
Formação Drogas e Alcool								X					
Reunião – Orientadora e Estagiária			X				X					X	
Última semana de estágio													X

## 2.2 Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde Ocupacional

A fonte de origem da palavra Clínica deriva do grego Kliné que traduz “procedimento de observação directa e minuciosa” (Barbier, 1985, p.45).

A Psicologia é uma ciência que busca as igualdades que lhe estão subjacentes possuindo distintos acontecimentos em comum (Gleitman, 2002).

A Psicologia define-se como a ciência do comportamento, ou seja, empenha-se no como e pelo sucedido do que os organismos executam (Gleitman,2002).

Hoje em dia, a expansão da Psicologia manifesta-se através de uma grande variação dos campos da sua singularidade e mediante uma vasta extensão das suas utilizações em diversos domínios da vida quotidiana (Doron e Parot, 2001).

O Psicólogo trabalha em diversas competências profissionais como segurança, lazer, justiça entre outras, tendo como finalidade a promoção do seu trabalho a nível do respeito dignidade e integridade do ser humano (Teixeira, 1997).

## **2.2.1 AVC'S**

### **2.2.1.1 Definição**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Portugal é comum a origem de morte e incapacidade, fundamentalmente em pessoas idosas.

Este distúrbio é responsável pela maioria dos internamentos hospitalares (Martins,2006 citado por Pires,2014).

O AVC define-se como uma ocorrência a nível cerebral, suscitando a morte repentina de células cerebrais num foco localizado face a um fluxo desajustado de sangue (Chamberlim & Brigham, 2005) ou seja, sucede quando ocorre uma deficiência nos vasos que conduzem o sangue ao cérebro, originando a paralisia da área que ficou sem circulação sanguínea apropriada (Manual Merck, 2012 citado por Pires, s.d. Chamberlim & Brigham, 2005).

Normalmente, sucede quando o fluxo do sangue é detido numa zona do cérebro. Sem sangue, as células cerebrais depressa começam a morrer (Chamberlim & Brigham, 2005).

Estas lesões ocorrem como resultado de um enfarte, em prol de uma isquemia ou hemorragia, afectando a função cerebral (Martins, 2002 citado por Cancela, 2008).

A comparência de lesões neurológicas causa défices face às funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e da linguagem. Os danos motores caracterizam-se em paralias completas ou parciais/incompletas (Cancela,2008).

#### **2.2.1.2 Causas e Riscos dos AVC'S**

Existem diversas causas e variados riscos que originam os AVC'S. De acordo com Dubois & Rosa (1998) as causas que estão na sua origem, devem-se essencialmente, às embolias, os trombos e as hemorragias. As embolias “são pequenos fragmentos de coágulo sanguíneo, de tumor, de gordura ou de aglomerados de bactérias vindos do coração e que vêm obstruir uma artéria” (Dubois & Rosa, 1998, p. 20). O trombo “é um coágulo que se forma no lume de uma artéria já atingida pela arteriosclerose (Dubois & Rosa, 1998, p. 20).

Por outro lado, Martins (2006) citado por Cancela (2008) referem outras causas para a origem de AVC'S, nomeadamente a hipertensão arterial, o tabaco, o colesterol alto, o Diabetes Mellitus, a obesidade, doenças das válvulas e arritmias cardíacas, dilatações do coração entre outros (Lopes, 2008 citado por Pires,2014; Chamberlim & Brigham, 2005).

#### **2.2.1.3 AVC Isquémico e Hemorrágico**

No que respeita aos AVC'S, estes podem ser de dois tipos: AVC isquémico e AVC hemorrágico.

O AVC isquémico refere-se a um processo face ao qual um tecido não recebe os nutrientes, essencialmente o oxigénio, imprescindível ao metabolismo das suas células ou seja, este AVC é impelido por cerramento de um vaso ou diminuição da pressão da

perfusão cerebral, seja determinada por diminuição do débito cardíaco ou por hipotensão grave e suportada (Garett, 1994 citado por Cancela, 2008).

Estes AVC'S podem se subdividir em dois tipos: AVC Trombótico e AVC Embólico (associação de AVC, 2009 citado por Pires 2014).

Estamos perante um AVC Trombótico quando o sistema patológico responsável pela oclusão do vaso se expande no próprio sítio da oclusão (Cancela, 2008) ou seja, sucede quando coágulo que comprime a artéria que encaminha o sangue ao cérebro, denominada de trombose cerebral, que dá origem á organização de um coágulo de sangue numa artéria principal (Associação de AVC, 2009 citado por Pires 2014).

Trombose cerebral sucede geralmente durante a noite ou de manhã cedo, sendo procedida por um ataque isquémico transitório (Chamberlim & Brigham, 2005).

Referente ainda trombose, esta divide-se em trombose venosa e trombose arterial. As trombozes arteriais são as que ocorrem com maior frequência, resultantes de material ateromatoso que oclui o lúmen de um vaso. As trombozes venosas estabelecem uma escassez no conjunto dos quadros de patologia vascular cerebral (Cancela, 2008).

Por sua vez os AVC'S embólicos (embolia cerebral) ocorrem quando o bloqueio se deve a um coágulo, bolha de ar ou bloco de gordura que se produz num vaso sanguíneo, sendo transportado para o cérebro ou por um bloqueio de baixos vasos sanguíneos numa parte enorme do cérebro (Associação de AVC, 2009 citado por Pires, 2014).

A trombose cerebral e embolia cerebral que são originados por coágulos sanguíneos cercam o fornecimento de uma artéria do cérebro (Chamberlim & Brigham, 2005).

No que concerne ao AVC hemorrágico este deriva de um derrame que ocorre quando explode um vaso sanguíneo no cérebro, fomentado uma hemorragia intracerebral ou parenquimatosa resultante de um vaso sanguíneo que explode dentro do cérebro, e ainda

subaracnóide, resultante de um vaso que sangra a superfície para uma área subaracnóide (Valverde et al, 2010, Associação de AVC, 2009 citado por Pires 2014).

Esta hemorragia pode surgir de algumas formas, a nível de um aneurisma (“um ponto fraco ou fino na parede de uma artéria” (Cancela 2008, p. 5) e devido a uma ruptura de uma parede arterial (“ as paredes arteriais encrostadas de placa perdem a sua elasticidade, ficam rígidas, finas e sujeitas a quebrarem “ (Cancela 2008, p. 5).

## **2.2.2 Depressão**

### **2.2.2.1 Definição**

A Depressão é uma das doenças mais comuns no dia-a-dia que atinge parte da população.

Designadamente, esta depressão pode originar uma depressão do foro médico ou qualquer desordem mental. Maioritariamente, tem o intuito de dissimular alterações mentais importantes, surgindo muitas vezes inquietações do estado depressivo (Schneider,1983)

Uma das características presentes nesta patologia é a melancolia porém, podem ser distinguidos dois tipos de sinais da depressão nomeadamente do foro psíquico e do foro corporal. Uma das grandes características predominantes deste estado (psíquico) tem a ver com o humor. Há uma diminuição em que a pessoa quebra a vontade de viver, sendo esta diminuída, instituem-se o desespero e renúncia. Nesta primeira fase os projectos que a pessoas tinha em vista para a sua vida futura e por vezes presente, deixam de ter significado. Pode perder o gosto em viver acarretando para eventuais suicídios (Schneider,1983; Canova, 1994).

A nível das perturbações corporais, distinguem-se as insónias e as constantes alterações corporais. O indivíduo acorda muito mais cedo, não se sente bem nem

repousado como anteriormente. Esta perturbação deve ser tratada por si mesmo devido aos benefícios que trará ao paciente, dormir uma quantidade de sono, considerada suficiente (Schneider,1983).

Contudo se o paciente passar diversas horas com insónias, causar-lhe-á um grande cansaço e provoca modificações no seu estado físico (Schneider,1983).

### **2.2.2.2 Sinais e Sintomas da Depressão**

A semiologia desta patologia é designada pela corporação de um humor depressivo e de uma lentidão psicomotora. Factores como a culpabilidade, o desespero, a visão da pessimista da existência e os sinais somáticos, comportam toda esta patologia (Duron & Parot, 2001).

Para além de tristeza prolongada e desinteresse, a pessoa deprimida fica sem vontade ou prazer em levar a cabo actividades que, anteriormente, pensava como agradáveis e sente-se sem energia ou com cansaço obstinado. De uma forma geral, encontram-se queixas expostas com as funções vitais do seu organismo. Assim, dá-se normalmente uma alteração do apetite (falta ou excesso de apetite), das horas de sono também ficam modificadas (sonolência ou perda de sono) e o desejo sexual abranda de forma gradual, atenção a estes sinais que são muito importantes. Ao mesmo tempo que todo o corpo inicia a presença da depressão, é constante as pessoas deprimidas sentirem-se inúteis e sem valor, com a auto-estima muito diminuída, terem ideias relacionadas com a morte, sentirem-se incapazes de dar início e desenvolvimento tarefas que executavam com facilidade (Horiunto, Ayache & Souza, 2005; CID 10 & DSM IV; Canova, 1994; Wilkinsom, Moore & Moore, 2005).



Canova (1994) menciona que as depressões podem ser reactivas, ou seja, esta depressão está ligada a casos de perdas dolorosas como morte de um ente querido, perda de emprego entre outras.

Esta depressão para alguns psiquiatras não se envolvia nas verdadeiras depressões, pelo facto de se considerarem imprevistos dolorosos que ocorrem na vida. Porém, se ocorresse um isolamento, insónias, mutismo, excitação psíquica então sim, poderiam ser incluídas e falar-se de uma depressão (Canova, 1994).

Sempre que o indivíduo padeça de uma perda que lhe faça diminuir o impulso do desejo e da esperança, acompanhando-se de um vazio emotivo, estamos perante de uma depressão (Canova, 1994).

As depressões neuróticas evidenciam-se por possuir uma grande componente ansiosa. Predomina nesta depressão o factor ansiedade um grande contributo para a mesma. Nesta depressão o sujeito manifesta dificuldade em concentrar-se no que faz, levando-se a observar e examinar-se constantemente (Canova, 1994). Sobressai também neste tipo de depressão angústia sendo um factor elementar e crucial.

Por último as depressões cíclico-maniacas caracterizam-se por indivíduos que mantêm uma mudança mais ou menos longa de humor negro, mutismo e uma enorme desconfiança, alternando com ciclos de grande euforia alimentando-se, por ideias de grande grandeza (Canova, 1994).

De acordo com o CID 10, os episódios depressivos podem ser leves em que predomina um humor deprimido, perda de interesse e qualquer prazer e um aumento da fadigabilidade. Um indivíduo que padeça desta depressão, normalmente sente uma angústia pelos sintomas e realça-se a dificuldade em executar tarefas do seu dia-a-dia.

O episódio depressivo moderado ocorre quando predominam pelo menos três sintomas do episódio leve. O indivíduo que padeça desta depressão, normalmente

apresenta dificuldades em continuar o seu trabalho no que respeita ao meio social ou doméstico (CID 10).

Segue-se o episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos sucedendo uma grande angústia, perda da auto-estima, sentimentos de culpa e inutabilidade podendo suceder o suicídio no caso de a patologia ser grave. Neste episódio o sujeito está incapaz de realizar actividades sociais, laboratoriais e domésticas.

Por outro lado, no episódio depressivo grave com sintomas psicóticos para além de permanecerem os sintomas dos outros episódios, neste destacam-se delírios e alucinações. Normalmente estes delírios abrangem ideias de pecado, pobreza ou desastres eminentes, dos quais o sujeito pode adoptar responsabilidade (CID 10).

### **2.2.3 Transtorno da Personalidade *Borderline* (Estado-limite)**

#### **2.2.3.1 Definição**

O termo *Borderline* é usado por inúmeros autores, há mais de um século para designar um grupo de pacientes que se definem, por apresentarem uma modificação entre a neurose e psicose (Zanini, 1997).

Este termo surge em 1884. De acordo com Hughes (1884) citado por Zanini (1997) caracteriza estes estados da loucura, designando essas pessoas que passaram toda a sua vida de um lado para o outro da linha da sanidade.

Por outro lado Bleuler (s.d) citado por Zanini (1997) considerava a esquizofrenia latente como se fossem *borderline*.

Consequentemente, Henry Claude (s.d) citado por Zanini (1997) designava-os de esquizomaniás, entre outros.

Alexander (1927) citado por Zanini (1997) designa os estados *borderline* como “carácter neurótico”.

Finalmente Sters (1938) citado por Zanini (1997) formaliza o termo *Borderline*, dominando-o de “hemorragia mental” desencadeada por uma vasta intolerância à frustração.

Em 1967 Grinker (s.d) citado por zanini (1997) designa a síndrome *borderline* de acordo com os seguintes aspectos: sentimento de raiva como afecto fulcral, análise com transtorno nas relações auto-identidade consistente e depressão sem sentimento de culpa sem auto acusação ou remorso.

Ao longo dos anos este termo foi evoluindo sendo comparado ao paciente *borderline* actual com os histéricos do final do século XIX e princípio do século XX.

O Transtorno *Borderline* foi assim dividido em 4 grupos: 1 *borderline* com predomínio de características esquizóides e/ou paranoides mais próximas das psicoses, 2 *borderline* com predomínio de características distimicas e afectivas, 3 com predomínio de características anti-sociais e perversas e por último, com predomínio de características neuróticas (Zanini, 1997).

A personalidade é a parte biológica de cada indivíduo, somada ao que apropriamos da cultura. A união dessas duas partes vai originar uma variedade de comportamentos recorrentes que classificam a parte de cada um.

A *borderline* por sua vez é marcada pela dificuldade nas relações interpessoais, baixa auto-estima, instabilidade reactiva do humor e impulsividade (Jansem, 2012; Fernandes, 2002).

### **2.2.3.2 Sinais e Sintomas**

O Transtorno de Personalidade *Borderline* é uma doença mental grave que se denomina por uma instabilidade prevalente do humor, dos relacionamentos interpessoais, da imagem que o indivíduo tem de si mesmo e do seu comportamento (Swatz, Blazer & Winfield, 1990).

Este transtorno afecta aproximadamente 2% dos adultos, essencialmente mulheres jovens. Ocorre uma grande frequência elevada auto-agressões sem intenção de suicídio, assim como, algumas tentativas de suicídio mais significativo e em casos graves, o suicídio ocorre com êxito (Swatz, Blazer & Winfield, 1990).

Uma pessoa que padeça deste transtorno apresenta episódios intensos de raiva, depressão e ansiedade que podem durar algumas horas, ou um dia no máximo. Estes podem ainda unir-se a episódios de agressividade impulsiva, auto-agressão e ingestão de álcool ou drogas. A longo prazo, ocorrem mudanças da cognição e consciência ou em objectivos a longo prazo (Swatz, Blazer & Winfield, 1990).

O indivíduo que sofre deste transtorno combate com o intuito de evitar uma perda ou abandono, real ou imaginário, fazendo com que o mesmo padeça de grandes modificações comportamentais, afectivas e ocasionais, suscitando alterações na sua auto imagem (Pasini & Dametto, 2010).

De acordo com Kaplan, Sadock & Grebb (1997, p. 694) citado por Pasini e Dametto (2010) “ Os indivíduos com Personalidade *Borderline* podem ser muito dependentes daqueles com quem convivem, e expressam uma cólera intensa contra seus amigos íntimos, quando frustrados; contudo não conseguem tolerar a solidão e preferem uma busca desenfreada de companhia, não importando quão insatisfatória, a ficarem sós consigo mesmos. Para evitarem esta solidão, mesmo que por breves períodos de tempo, aceitarão um estranho como amigo ou serão promíscuos”.

Referente aos mecanismos de defesa do sujeito *Borderline*, podemos aferir em primeiro a *clivagem* que consiste em ressaltar os aspectos bons e maus do seu próprio eu e dos objectos, proporcionando uma discordância e ambivalência emocional; em segundo lugar: *a ideação primitiva* que consiste em realizar imagens não reais do outro como bom ou mau na totalidade; em terceiro lugar: *a onipotência e desvalorização* onde o sujeito, se comporta de uma forma sublime, inabilitando os sujeitos em seu redor, dos quais podem ser vítimas de projecções más do seu próprio eu; quarto lugar: *identificação projectiva* que tem o intuito de realizar a externalização dos aspectos agressivos e maus de si mesmo e por último, *a denegação* na qual o sujeito anula um sentimento (Kernberg, O. *Et al* 1991).”

## **2.2.4 Perturbação Dependente da Personalidade**

### **2.2.4.1 Características de Diagnóstico**

Esta Perturbação apresenta como principal característica uma enorme e excessiva necessidade de ser cuidado, reflectindo uma conduta obediente, uma grande angústia de separação. Esta perturbação inicia se na idade adulta e persiste numa variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e obedientes, determinam uma obtenção de cuidados tendo origem essencialmente na autopercepção de incapacidade para mover-se adequadamente sem ajuda dos outros (DSM IV)

Manifestam grande dificuldade em tomar as decisões do seu dia-a-dia, sem um reforço e aconselhamento excessivo dos outros (Zanin & Valerio, 2004).

Pessoas que sofram desta perturbação manifestam uma grade passividade e consentem que os outros tomem iniciativas e assumam as responsabilidades nas suas áreas de maior impacto das suas vidas (DSM IV).

Quem padeça deste distúrbio, rendem-se aos excessos para receber apoio, até mesmo como voluntários na execução de tarefas menos agradáveis. Submetem-se ao desejo de outros mesmo que acarrete exigências pouco razoáveis (DSM IV).

Indivíduos com este distúrbio manifestam desconforto ou desamparo quando estão sozinhos, devido ao medo exaltado de serem incapazes de cuidar de si próprios. Muitas vezes, podem “ficar colados” mediante pessoas que possam ser vistas importantes nas suas vidas com o intuito de não ficarem sozinhos, mesmo que não tenham interesse ou envolvimento do que está em seu redor. Quando um relacionamento significativo termina, esses indivíduos podem sair urgentemente em busca de outro relacionamento que ofereça cuidados e o apoio de que necessitam. A crença na incapacidade de funcionar na ausência de um relacionamento íntimo motiva-os a se envolverem rápida e indiscriminadamente com outra pessoa. (Zanin & Valerio, 2004).

“Assim, as cognições mais marcantes nos indivíduos com Transtorno de Personalidade Dependente são referentes à baixa auto-estima, abandono e medo de errar; geralmente, referem-se a si mesmos como sendo incapazes de fazer qualquer coisa sozinhos. Do ponto de vista comportamental, a falta de iniciativa é marcante e não percebem os prejuízos que este comportamento pode acarretar na vida (Safran & MacMain, 1992; Ventura, 1998 citado por Zanin & Valério, 2004).es, e quando esses são excessivos e irrealistas (Zanin & Valerio, 2004).”

#### **2.2.4.2 Estratégias e Técnicas Cognitivo – Comportamental**

O paciente deve aprender gradualmente a separar-se de outras pessoas significativas para aumentar sua autoconfiança e senso de auto-eficácia em todos os aspectos da vida (Beck & Freeman, 1993 citado por Zanin & Valerio, 2004).

Para estes fins, pesquisas enfatizam a utilização de estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais, como treino de assertividade (resposta social apropriada para as situações, envolvendo expressão direta, honesta e adequada de sentimentos e pensamentos) (Rangé, Gorayeb, Lettner, Oliveira, Souza, Conceição & Poser 1998), treino de habilidade social (desenvolvimento de um repertório novo e mais aceito socialmente que vai capacitá-lo a influenciar seu ambiente social, em seu esforço para alcançar metas específicas) (Overholser, 1996; Rangé, Gorayeb, Lettner, Oliveira, Souza, Conceição & Poser 1998), orientações familiares (Head, Baker & Williamson, 1991), relaxamento, reestruturação cognitiva e ensaio comportamental, para uma melhor evolução no tratamento de indivíduos com TPD (Beck e Freeman, 1993; Overholser e Fine, 1994; Safran e McMain, 1992, citado por Zanin & Valerio, 2004). No entanto, a realização de estudos cada vez mais recentes na área acerca da eficácia da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento dos pacientes com TPD são fundamentais para a confirmação destes dados e para programas de tratamento adequados baseados em estudos empíricos e científicos.

### **3 Atividades realizadas no âmbito de estágio**

#### **3.1 Trabalho de estágio**

Inicialmente, no que respeita às actividades realizadas no âmbito do estágio, comecei por conceber um guia/tabela referente aos psicofármacos mais usados na Instituição nomeadamente: os Ansiolíticos, os Antidepressivos e os Antipsicóticos.

Seguidamente, foi-me fornecido um caso já com o diagnóstico determinado, em que tive a tarefa de o conceptualizar de acordo a Abordagem Centrada na Pessoa ou seja, tive a função de demonstrar de que forma a Abordagem

Centrada na Pessoa trabalha com este tipo de distúrbio; por outro lado, foi-me incumbido o papel de conceptualizar um outro caso, de acordo com os eixos do DSM IV.

Uma outra actividade realizada consistiu, na elaboração dos passos que seriam fulcrais, fundamentais, essenciais e pertinentes para a realização do diagnóstico.

Observei uma palestra que teve a finalidade de apresentar na Escola de Tecnologias Navais, no Departamento de Limitação de Avarias, um curso de aperfeiçoamento de Higiene e Segurança no Trabalho acerca dos Riscos Psicossociais nomeadamente: o que são, a que nível pode afectar um indivíduo, a que tipos de riscos psicossociais pode o sujeito estar sujeito, quais os riscos psicossociais que podem surgir no ambiente naval, as consequências dos mesmos, o que é o stress, o que o próprio sujeito pode fazer para combater esse mesmo stress e por último o que as entidades patronais também pode fazer para combater o mesmo nos trabalhadores. Após esta observação foi-me solicitado a tarefa de elaborar uma reflexão sobre a mesma.

Realizei ainda um projecto que teve como finalidade, referir a caracterização da Instituição, os objectivos gerais da mesma e, os objectivos gerais e específicos do estágio de Psicologia. Em conjunto com o projecto foi criado também um cronograma que visava demonstrar todas as actividades realizadas (previstas) desde o começo até ao final do estágio.

Produzi a elaboração de um Poster que tinha como intuito fornecer informação aos sujeitos sobre a população alvo a que se destinava as consultas de Psicologia, quais os propostos e finalidades da mesma, onde se podem dirigir para efectuar a marcação de consultas e por fim informava-os da confidencialidade de toda a informação que era partilhada e exposta ao longo das consultas.



Numa outra actividade realizada no estágio, foi-me dado a oportunidade de visitar dois NRP Portugueses: o NRP Arpão e o NRP Bartolomeu Dias. Esta visita levou-me a observar a realidade a que os militares estão sujeitos, quais e que tipos de dificuldades enfrentam, as restrições a que estão sujeitos, os problemas que podem surgir a bordo, no âmbito das condições a que podem estar sujeitos devido às operações que têm que executar. Seguidamente, elaborei uma reflexão acerca da visita.

Desde Janeiro que comecei a dar a formação sobre os Riscos Psicossociais na Escola de Tecnologias Navais, no Departamento de Limitação de Avarias, sendo esta realizada mensalmente.

Iniciei a observação de consultas, assim como os acompanhamentos e intervenções psicológicas nos finais de Janeiro, tendo reuniões de supervisão sempre que possível semanalmente, onde apresentei e discuti os casos que estava acompanhar.

## **3.2 Trabalho de Estágio**

### **3.2.1 Avaliação Psicológica**

No que respeita a avaliação psicológica, efectuou-se uma avaliação a um paciente tendo sido reencaminhado único e exclusivamente para esta respectiva avaliação.

G do sexo masculino, com 56 anos de idade, 3 irmãos e 4 irmãs, é casado, com uma filha de 22 anos e um filho de 20 anos, sendo este autista, como habilitações literárias tem o 2º ano de escolaridade, pois não quis estudar mais.

Profissionalmente é militar exercendo a função de chefe de divisão num gabinete durante o dia.

G é alto, de cabelos brancos, e olhos castanhos, um pouco forte apresentando também um pouco de barriga. Não apresenta qualquer tipo de deficiência e é de raça caucasiana. Não demonstra qualquer tipo de tatuagens nem piercings.

Ao longo da aplicação das provas, apresentou ao longo de todo o processo de avaliação, um contacto adequado correspondendo às tarefas que lhe foram propostas.

Demonstrou interesse, evidenciando satisfação pelas respectivas tarefas apresentando sempre um comportamento calmo e seguro.

Mostrou uma grande concentração e apresentação nas tarefas que ia realizando, não sendo visíveis qualquer deficiência quer a nível visual auditiva e motora.

Aplicou-se A Escala de Inteligência para Adultos (WAIS) devido a queixas de diferentes habilidades cognitivas, facultando também a averiguação do impacto de problemas do foro emocional psiquiátrico e neurológico do funcionamento cognitivo, uma vez que padeceu de um AVC, queixando-se de lesões a nível da falta de memória e dificuldade de concentração. O objectivo foi avaliar se havia deterioração nas capacidades cognitivas.

A WAIS compreende 14 subtestes que combina os conjuntos Verbal e de Manipulação, executados com o intuito de avaliar diversos aspectos do funcionamento cognitivo.

### **Resultados da Avaliação**

Respeitante aos resultados globais, apresenta um QI Verbal de 53, QI de Realização 74 e QI Total de 127.

No que concerne ao QI Total, verifica-se que os resultados que apresenta (127), encontram-se acima da média.

Apesar deste nível de inteligência, regista-se uma evidente discrepância entre os subtestes verbais e as provas de realização, ou seja, apresenta um QI Realização superior ao QI Verbal, diferença significativa superior a 20 pontos podendo ser considerada extrema. Esta discrepância poderá sugerir uma falta de educação formal ou factores culturais como o meio onde cresceu, problemas com o raciocínio verbal, consequências do próprio AVC.

No que respeita aos Índices Factoriais, nomeadamente o de Compreensão Verbal de 82, incide o conhecimento verbal adquirido e o processo mental essencial para responder às questões, sendo a capacidade de compreensão; o índice Factorial IOP de 105 que se baseia na medida do raciocínio não-verbal, raciocínio fluído, na atenção voltada para os detalhes e na integração visomotora.

O terceiro índice, Velocidade de Processamento com um índice de 90, familiariza-se com a capacidade de atentar-se para a informação, mantê-la por breves instantes emitindo-a na memória para em seguida proferir uma resposta.

Por último, a Velocidade de Processamento com um índice de 103 que consiste em resistir á distratibilidade tendo em conta os métodos face á atenção, memória e concentração para realizar a informação visual.

Verifica-se que não existe uma grande discrepância entre os índices factoriais quando agrupados em pares ressaltando de 27 pontos entre o grupo ICV-IOP que apresenta um valor superior a 27 pontos.

Aplicou-se também o MMPI devido não só ao aneurisma que teve como conhecer as características da personalidade do sujeito e detectar eventual existência de sintomas psicológicos. Possibilita também conhecer o comportamento vulgar no examinado com base nestes comportamentos, podem ser feitos hipóteses ou inferência acerca dos seus comportamentos no seu dia-a-dia.

No que respeita ao Protocolo de Validade, o Sr. A apresenta um como resultado da escala L 60, uma escala F 62 e uma escala K 55.

A escala L (mentira) indica-nos “ os pontos fracos ou pequenas falhas, que as pessoas admitem que têm, embora em geral não sejam considerados como positivos, de um ponto de vista sociocultural” (Jurema, 2000, p.455)

A escala F (frequência) “detecta respostas atípicas, inusitadas, incluindo sensações bizarras, ideias estranhas, experiências peculiares, até sentimentos de alienação...” (Dahlstrom, Welsh & Dahlstrom, 1972, pp.114-115 citado por Jurema,200).

A escala K possibilita “ a identificação de factores subtis, mas eficazes, aumentando a sensibilidade do instrumento e proporcionando um meio de correcção estatísticas das escalas clínicas (Dahlstrom, Welsh & Dahlstrom, 1972, p 120 citado por Jurema, 2000).

Segundo Jurema (2000) protocolos com L entre 60 e 69, F menos que 70 e K menos que 60, o protocolo é válido.

Seguidamente e de acordo com o gráfico do teste (ver gráfico em anexo), destaca-se escalonagem das etapas de interpretação do perfil clínico, no qual se destaca como resultados mais elevados duas escalas, nomeadamente a escala (d) depressão e a escala (pa) paranoia.

A elevação da escala d T-71 a qual indica a medição do sinal clínico da depressão, pode ser relacionada a um comportamento auto-agressivo. A sua elevação, não se associa apenas com depressão, mas associa-se a uma indicação de que as defesas face à ansiedade não são suficientes (Jurema, 2000).

Finalmente face ao PA T- 59 que nos indica o diagnóstico do quadro clínico da paranoia. Abrange categorias que compreendem sintomatologia paranoide (Dahlstrom, Welsh & Dahlstrom, 1972 citado por Jurema 2000).

Pequenas elevações conduzem a interpretações mais negativas, apontando para uma orientação paranoide, em relação a um meio circundante, que é exigente e pouco eficiente.

### **3.2.2 Apresentação Clínica de dois casos**

Foi possível realizar o acompanhamento de dois casos clínicos.

Os pacientes foram escolhidos à empatia criada entre ambos e à assiduidade dos mesmos, assim como a facilidade em se estabelecer a relação, ou seja, não faltavam às consultas que lhes eram marcadas e eram bastantes participativos.

Tive a possibilidade de acompanhar 10 pessoas dos quais padeciam essencialmente de depressão; no entanto, não eram assíduos nas mesmas, iniciando simplesmente e exclusivamente uma só consulta.

Dirigiam-se simplesmente ao gabinete por ordem do seu chefe.

Dos dois casos que foram acompanhados, foi possível gravar as sessões, embora tenhamos tido dificuldade na audição das mesmas. Foi possíveis as transcrições de um dos casos, de duas sessões seguidas da síntese directa de cada entrevista com o intuito de enriquecer o trabalho, colmatando esta dificuldade.

No final de cada caso irei elaborar uma reflexão pessoal acerca do mesmo.

#### **Apresentação caso G.**

##### **Identificação**

G, do sexo masculino, com 56 anos de idade, 3 irmãos e 4 irmãs, é casado, com uma filha de 22 anos e um filho de 20 anos, sendo este autista, como habilitações literárias tem o 2º ano de escolaridade, pois não quis estudar mais.

Profissionalmente é militar exercendo a função de chefe de divisão num gabinete durante o dia.

O paciente é alto, de cabelos brancos, e olhos castanhos, um pouco forte apresentando também um pouco de barriga. Não apresenta qualquer tipo de deficiência e é de raça caucasiana. Não demonstra qualquer tipo de tatuagens nem piercings.

As entrevistas que se destinavam à recolha da história clínica do cliente realizaram-se ao longo de 3 sessões.

### **Dados da 1ª consulta**

Na 1ª consulta apresentava quanto ao seu aspecto, um aspecto cuidado apesar de simples, usando vestuário do próprio trabalho, a barba estava por fazer, manteve o contacto visual, prestando atenção ao que o examinador lhe comunicava (vígil).

Permaneceu sentado numa cadeira para trás, mexendo-se por vezes, dando ênfase aos seus gestos face ao que comunicava. A sua expressão facial revelava indignação, sentimento de injustiça e oscilava entre o entusiasmo e quando falou do seu filho.

Quanto à sua atitude, demonstrou uma atitude colaborante e participativa. Apresentou um humor e emoção eutímico (calmo, confortável) oscilando para um humor e emoção apreensiva (ansioso nervoso preocupado).

A altura do discurso é normal. O seu discurso foi fluente, gramatical e espontâneo porém, por vezes teve dificuldade em encontrar determinadas palavras. Discurso rápido com erros gramaticais

Quanto ao pensamento, processo de pensamento e percepção, todo ele estava centrado no AVC e nas injustiças que sente no seu local de trabalho. Refere ainda que o tempo que esteve em casa, sentiu-se calmo e tranquilo.

Face ao *insight* e juízo crítico, reconhece que teve o AVC e que lhe custa executar determinadas tarefas.

### **Motivo da Consulta**

Avaliação da Personalidade e funções Cognitivas.

### **Descrição das queixas actuais**

O militar queixa-se de sentimentos de frustração, tristeza, angústia e injustiça a par da sua sintomatologia depressiva, que se manteve, no ambiente de trabalho para o qual foi destacado.

Ao longo dos anos toda a situação clínica iniciada pelo AVC que teve em 2007 causando danos psicológicos e emocionais, nomeadamente tristeza e injustiça profunda, desmotivação, ansiedade e perturbações do sono.

Vê na sua vida conjugal e familiar, o apoio e compreensão necessárias ao seu bem-estar.

Na dimensão social verifica-se uma tendência a evitar as pessoas que não o apoiaram

### **História da Doença Actual**

G situa o início da sua sintomatologia em 2007 quando teve o AVC, sendo Internado no Hospital Garcia da Horta, tendo sido dispensado pela junta durante 60 dias de licença.

Entre 2007 e 2009, voltou a serviço, podendo apenas executar trabalhos moderados.

Os chefes e colegas não acreditaram no sucedido o que começou a gerar em G sentimentos de nervosismo, tristeza e injustiça e crises de ansiedade e perda do sono.

Refere após o AVC em 2007, se iniciaram os internamentos e hospitalizações, não só derivado do AVC mas também a má circulação nas pernas, uma artéria dilatada e um rim atrofiado.

### **Antecedentes Familiares**

1. Pai. Faleceu há 42 anos, em 69. Refere que seu pai caiu e bateu parede e bateu com a cabeça e morreu. Tinha 5/6 anos quando o seu pai faleceu, não se recordando da relação entre ambos. Era agricultor
2. Mãe: recorda a relação com a mãe como sendo boa, tendo ocorrido um certo afastamento após se ter casado.
3. Irmãos. No que concerne ao relacionamento com os irmãos, o paciente referiu que eram unidos e sempre foram muito amigos. Brincavam muito quando eram crianças.
4. Ambiente familiar durante a infância e adolescência do paciente: não referiu
5. Qualidade das relações familiares/ familiares: refere relacionamento afectivo e uma grande amizade com os seus avós não mencionando se correspondem á parte paterna ou materna.
6. Antecedentes médico-psiquiátricos na família: não referiu.

### **Observação Psicopatológica**

Ao longo das sessões G mostrou uma atitude colaborante e participativa.

Aparenta uma idade coincidente com a real, vestindo-se de forma prática e simples.



Ao longo das consultas, revelou sempre um humor e emoção eutímica, e apreensiva sucendo alguma oscilação entre as mesmas, quando abordava temas que o aborreciam e incomodavam nomeadamente o ambiente de trabalho. O discurso é fluente e gramatical, espontâneo, acompanhando-o mediante gesticulação.

Conteúdo centrado no seu ambiente de trabalho e família.

Encontra-se orientado no tempo e no espaço auto e alopsiquicamente

Revela capacidade de *Insight* e juízo crítico, tem a consciência que é uma pessoa doente e sobre a realidade do seu ambiente de trabalho.

### **Conclusão**

Após a observação clínica, observação psicopatológica e análise do exame psicométrico verifica-se o seguinte; no que concerne ao MMPI conclui-se que o sujeito revela desconforto pessoal e insatisfação com a sua situação profissional, presente, tal como exposto pelo próprio em situação de entrevista. Para além deste aspecto o protocolo do MMPI conclui que o indicador X pode ser discreto como desconfiado, defensivo e crítico, com tendência a culpar os outros.

Expressa a sua hostilidade abertamente como sendo o resultado daquilo os chefias que...tal como também explorando em entrevista e que vai de encontro ao perfil obtido, os contactos com os elementos que o rodeiam em contexto de trabalho são difíceis devido à sua grande desconfiança.

Por último, as queixas somáticas apresentadas pelo indivíduo, parecem ter então com base psicológica/emocional como forma de lidar com a situação.

No concerne à WAIS, respeitante aos resultados globais, o paciente apresenta um QI Verbal de 53, QI de Realização 74 e QI Total de 127.

No que concerne ao QI Total, verifica-se que os resultados que apresenta (127), encontram-se acima da média.

Apesar deste nível de inteligência, regista-se uma evidente discrepância entre os subtestes verbais e as provas de realização, ou seja, apresenta um QI Realização superior ao QI Verbal, diferença significativa superior a 20 pontos podendo ser considerada extrema. Esta discrepância poderá sugerir uma falta de educação formal ou factores culturais como o meio onde cresceu, problemas com o raciocínio verbal, consequências do próprio AVC como é verificado na sua história clínica.

### **Reflexão Pessoal**

Desde a primeira consulta, G demonstrou ser participativo e interessado.

Apresenta um discurso fluente e gramatical.

Foi-me fácil reverter para G a compreensão empática.

Não manifestei qualquer tipo de receio em aplicar os testes a G colaborou e participou de forma positiva e interessada nos mesmos.

Fiquei sensibilizada como G falava da sua família em especial dos filhos, em particular do seu filho autista.

Demonstrou ser um pai presente e preocupado com o quotidiano e escolha dos seus filhos no dia-a-dia.

Impressionou-me de forma positiva o cuidado que teve na realização dos testes, a atenção evidenciada e o gosto na execução das provas.

Tocou-me a forma como G é tratado na sua unidade de trabalho e os nervos e ansiedade que isso lhe causa.

Senti que manifesta uma grande ansiedade quando chega a hora de ir trabalhar e está no seu local de trabalho com os seus colegas.

Apresentação Caso M.

### **Identificação**

M do sexo masculino, com 33 anos de idade, reside no Alto do Moinho, tem uma irmã, é solteiro, com uma filha de seis meses aproximadamente (do antigo relacionamento que durou 4 anos tendo terminado em dezembro de 2011), como habilitações literárias tem o 10º ano com um curso técnico profissional.

Profissionalmente é militar exercendo a função de cabo na direcção de navios, na parte informática na respectiva marinha.

O paciente é baixo, de cabelos e olhos castanhos, um pouco forte apresentando também um pouco de barriga. Não apresenta qualquer tipo de deficiência e é de raça caucasiana. Não demonstra qualquer tipo de tatuagens nem piercings.

### **Dados de observação na 1ª consulta**

Na 1ª consulta apresentava um aspecto cuidado apesar de simples, usando vestuário prático, usava umas calças de ganga, uma camisa e um casaco e tinha calçado uns ténis, a barba estava por fazer, manteve o contacto visual, prestando atenção ao que o examinador lhe comunicava (vígil). Por vezes (poucas), manteve o olhar baixo o que poderá revelar um certo desânimo.

Permaneceu sentado numa cadeira, inclinado para a frente, com os braços em cima da mesa. A sua expressão facial revelava alguma tristeza face ao assunto por ele abordado nessa mesma consulta nomeadamente o seu passado e essencialmente todo o conflito interpessoal que estava nesse momento a vivenciar com a sua namorada.

Quanto à sua atitude, demonstrou uma atitude colaborante e participativa. Apresentou um humor e emoção disfórica (triste, desanimado e abatido) e um humor e emoção deprimido (triste). A altura do discurso é normal e a sua articulação também. O seu discurso foi fluente, gramatical e espontâneo.

Quanto ao pensamento, processo de pensamento e percepção, todo ele estava centrado em todo o conflito interpessoal que estava a vivenciar com a sua namorada nomeadamente sobre o que fazer em face à própria relação e uma vez que tinha sido pai há tão pouco tempo.

### **Motivo da consulta**

M é quem faz o pedido, o qual afirmou desde início querer ter acompanhamento psicológico, devido a queixas de não conseguir dormir durante a noite e não se sentir cansado por isso, no entanto, afirma também que lhe foi dito que antes de vir à consulta de psicologia teria que ser visto pela psiquiatria. Referiu que a médica psiquiatra lhe receitou Dumirox 50, Diazepan 5 e Zulpide 10 mas, não queria tomar antes de vir à consulta de psicologia e pelo facto de fazer trabalhos nocturnos e ainda pelo facto de anteriormente ter padecido de uma depressão tomou medicação e afirma, que nessa altura se sentia “drogado”. Referiu ainda que neste momento achava que a medicação não era necessária e que tinha receio de criar habituação.

Quando se perguntou ao paciente o que o tinha trazido à consulta de psicologia, qual o motivo que o conduziu, referiu apenas que queria apoio psicológico e que a sua intenção sempre tinha sido essa, no entanto quando tentou vir à consulta de psicologia foi-lhe dito que teria de se deslocar primeiramente à consulta de psiquiatria.

O que o conduziu a procurar apoio foi o facto de não conseguir dormir, não se sentindo cansado com tal facto, devido a problemas que estava a vivenciar com a sua

namorada, receando uma nova depressão como já tinha tido anteriormente. Mencionou também que o facto de não ter vontade de fazer nada nem mesmo o trabalho o interessava, também impulsionou a busca de ajuda.

### **Descrição das queixas actuais**

M queixa-se de ter tido uma fase em que não conseguia dormir e outra em que não dormia e não se sentia cansado, não tendo vontade em fazer nada nem mesmo trabalhar. Refere que sentia estar perante um enorme dilema sem saber o que poderia e deveria fazer face ao que estava a suceder entre ele e a namorada nomeadamente o facto de ter deixado de gostar dela, terem acabado de ter uma filha e, não sabia o que deveria fazer, afirma muitas vezes que sempre tentou de tudo para dar resultado mas já não conseguia mais, apesar de ser uma mulher incrível, tinha simplesmente deixado de a amar. Menciona também que esses sintomas persistiram enquanto se confrontava com este dilema, tendo acabado após tê-lo resolvido, ou seja, após ter terminado a relação em Dezembro de 2011. Sentia que estava sobre uma enorme pressão, quase a explodir, receoso das decisões que teria que tomar e de magoar e desiludir as pessoas.

Estava também perante uma situação que o preocupava nomeadamente a operação que teria que fazer devido ao vírus HPV.

A par da sintomatologia, queixa-se de sentimentos de desgaste e exaustão devido às discussões que predominam com a mãe, referindo diversas dificuldades não só na relação em si mas também, dificuldades a nível de comunicação, conduzindo a uma alteração do seu sistema nervoso (aumento dos batimentos cardíacos), levando-o a perder a paciência para determinadas situações no seu dia-a-dia.

Para além da falta de paciência, afirma ainda uma certa ansiedade e revolta, sentindo um aumento das batidas do coração e uma alteração do ritmo cardíaco e uma vontade

em “explodir”. Refere que estes sintomas sucedem quando se sente enervado nomeadamente, por exemplo se uma pessoa lhe comunica que tem algo para lhe dizer e, se não lho diz, sente estes sintomas até que a pessoa lhe comunique o que queria dizer.

Queixa-se também, que quando perde a paciência, torna-se mais bruto e mais frio no diálogo com certas pessoas como a ex-namorada

A par da sintomatologia, queixa-se de sentimentos de injustiça e de desrespeito que se passaram com ele na marinha nomeadamente um superior ter-lhe faltado ao respeito e ter sido indelicado para com ele.

### **História da doença actual**

O militar situa o agravamento da sua sintomatologia nomeadamente o não conseguir dormir nem ter vontade para fazer nada, em Dezembro de 2011 (altura do nascimento da filha) o qual sentia uma enorme pressão em cima acerca do que deveria face à sua relação “A pressão toda que havia naquela altura, de ter que tomar decisões, magoar pessoas e desiludi-las e talvez fosse isso que me fazia assim” (sic.) “Tinha uma pressão enorme em cima de mim e eu não sabia o que havia de fazer como fazer não sabia nada e não sei explicar” (sic.) e ainda sobre a operação que teria que passar devido ao vírus do HPV.

Refere que após ter resolvido a sua situação “conjugal” que os sintomas melhoraram bastante, iniciando-se outros devido a problemas e discussões que tem com a sua mãe tendo-se agravado após a separação com a sua namorada, a mãe da sua filha, salientando que a sua mãe o ataca e discute com ele por tudo e por nada, tendo sido contra com o rompimento da relação, afirmando que ela pensa que poderá estar a reviver o passado ou seja, o sucedido entre ela e o pai e M.

Refere também sentir-se bastante enervado e desgastado quando sucede uma discussão com a mãe, e, que ultimamente tem perdido a paciência para diversas situações sentindo uma ansiedade com situações que a desencadeiam como quando lhe querem confidenciar algo e não realizam no momento.

Menciona que quando teve a depressão em 2004-2005, devido a problemas pessoais (com a companheira da altura e o pai) e problemas na marinha, tentou fazer mal a si próprio tendo estado de baixa psiquiátrica. Nesta altura do que se lembra, tomava *socian zoloft e diazepam*.

Refere ter sido internado para a execução de uma operação ao pénis devido ao vírus HPV no dia 20 de janeiro de 2012, tendo sido apoiado e acompanhado por um colega de trabalho, relatando que a mãe esteve ausente e que não o apoiou.

### **Antecedentes familiares**

1. Pai pouco afectuoso e pouco presente, tendo-se ausentado e saído de casa quando tinha 10 anos. Afirma que o pai batia nele e na irmã de forma violenta com a favela do cinto. Padeceu de cancro, tendo morrido à sua frente e da sua outra filha.
2. Mãe reside no alto do moinho, criou M e a sua irmã sozinha, passando dificuldades financeiras, sendo-lhe difícil ter um bom ordenado que conseguisse pagar todas as contas devido à sua idade (aproximadamente 38 anos). Descrita como uma mãe afectuosa que cuidava dele quando o pai lhe agredia com o cinto. Actualmente descreve-a como uma pessoa que não o apoia nem compreende, que não o ajuda, com a qual nunca contou e, que independentemente do que fez ou faça, a sua mãe não se orgulha.

3. Irmãos: no que concerne ao relacionamento com a irmã, o militar referiu uma relação de afastamento desde muito cedo, não sendo próximos um do outro sem motivo aparente; porém menciona que a sua irmã o apoiou quando foi operado em janeiro e, apoiou-o na decisão que tomou face o seu relacionamento
4. Ambiente familiar durante a infância e adolescência descreve uma infância pela qual passou dificuldades financeiras devido à saída e ausência do pai quando tinha 10 anos. Referiu que gostava de ter tido uma infância melhor mas, em termos de educação menciona ter tido uma boa educação pela parte da sua mãe.
5. Antecedentes médico-psiquiátricos na família não referiu
6. Qualidade das relações familiares/outros familiares não menciona qualquer tipo de relacionamento

### **Anamnese biográfica e história familiar**

M afirma ter tido uma infância difícil e complicada, passando dificuldades financeiras após a saída do seu pai de casa, quando tinha 10 anos, afirmando também que lhe foi complicado e difícil, toda ausência do pai após a sua saída de casa. Afirma que gostaria de ter tido uma melhor infância.

Menciona ainda que o pai nunca ajudou a nível financeiro, só o fez após imposição pelo tribunal.

Estas dificuldades a nível financeiro permaneceram até o Cabo T. ter completado 18/19 e ter ido para a tropa. Refere ainda que a comida nunca faltou em casa mas, para nunca faltar, não podia ter outras coisas de que gostava como roupa

Até aos 6 anos de idade ficou em casa com a mãe, nunca tendo frequentado creche nem infantário.



Iniciou o seu percurso escolar com 6 anos numa escola no Alto do Moinho acabando por percorrê-lo até ao 10º ano, acabando por tirar um curso profissional. Mudou de escola no 5º ano permanecendo nessa mesma escola até ao 7º ano e por último, muda novamente após completar o 7º ano, onde depois permaneceu até ao 10º ano, todas as escolas eram no Alto do Moinho. Refere que a sua adaptação à escola foi normal, não lhe sendo difícil a mesma.

Durante este percurso passou por três reprovações, a primeira no 5º ano e as restantes no 10º ano. No 5º ano refere ter chumbado pelo facto de o seu pai ter saído de casa, afirmando que era bom aluno e que tinha um bom desempenho na escola e, nesse ano chumbou a quase tudo, até Educação Física. As reprovações que teve no 10º ano, não apontou nenhum aspecto para as mesmas.

Relata que a relação entre os professores e colegas ao longo do seu percurso escolar sempre foi boa, uma relação sem conflitos, porém por vezes com os colegas refere que aconteciam algumas coisas mas que não era nada de mais. Relata ainda que os professores gostavam muito dele e que tinha um bom desempenho a Filosofia, História e Desenho.

Nos seus tempos livres, fora do horário escolar, costumava jogar à bola, jogar computador e quando a partir de uma certa idade teve mota, andava muito nela.

Com 14/15 anos até aos 17 anos, refere que passou momentos complicados, pelo facto de se ter começado a desviar por maus caminhos, nomeadamente começou a envolver-se com más companhias as quais roubavam, fumavam, e consumiam. Porém afirma nunca ter fumado nem roubado nem consumido, simplesmente convivia com eles, não praticando esses mesmos actos. No entanto afirma ter-se tornado mais rebelde e mais respondão para com a mãe, tendo a relação entre eles se alterado nesta altura devido a estes acontecimentos. Contudo, refere ter tido a noção de que esse caminho

não seria o mais correcto para ele, optando por deixar essas mesmas companhias e, seguir num outro caminho. Refere ainda que escolheu um outro caminho devido a ter maturidade suficiente pelo facto de ter crescido sem pai desde os seus 10 anos.

Por volta dos 18/19 anos entrou para a marinha com o objectivo de melhorar a sua vida, tentando também organizá-la e devido às dificuldades porque estava a passar.

Menciona que quando entrou na marinha arranjou novos amigos e deparou-se com um ambiente totalmente diferente do que tinha até aí.

Refere que através da Internet, começou a conhecer muita gente.

A partir do momento que entra na marinha começou a ter namorada pela primeira vez, iniciando assim a sua vida sexual.

Com 19/20 anos começa a ter problemas graves com o álcool, referindo que muitas vezes não sabe como chegava a casa, inclusive fora da marinha também abusava do álcool. Afirma não saber o que o conduziu a abusar do consumo de álcool porém refere que quando estava embarcado, era mais difícil de se controlar devido ao tempo que permanecia longe de casa, longe da namorada e pelo facto de andar muito sozinho, levavam-no a refugiar-se no álcool.

Afirma ter perdido namoradas devido ao seu consumo abusivo de álcool, afirmando também que quando se deparava com algum problema socorria ao mesmo.

Menciona também ter sido castigado duas vezes na marinha, afirmando ter sido castigado injustamente essencialmente no 2º castigo, sucedido quando tinha 23-24 anos, conduzindo-o a descer da base de comportamento, não podendo recuperá-lo.

Na altura que teve a depressão (25-26anos), refere que houve uma fase em que deixou de ingerir álcool. Nesta altura menciona ter-se deslocado até ao médico devido a problemas de saúde, o médico disse-lhe que padecia de problemas hepáticos.

Afirma ter deixado os consumos de álcool a partir desta altura (26 anos). Nessa altura também, menciona ainda ter começado a criar bolhas e “coisas nas unhas” que após ter parado o consumo abusivo de álcool, desapareceram.

Hoje em dia bebe apenas esporadicamente em festas, afirmando que sabe até que ponto deve ingerir, referindo que chega a estar muito tempo sem beber.

Em 2005 refere ter tido uma depressão tentando “fazer mal a si próprio” (não foi explorado na 1º consulta de observação), teve de baixa psiquiátrica tomando sendo prescrita medicação psiquiátrica (anti-depressivos e ansiolíticos).

Relata ainda que na altura que estava a fazer a medicação, se sentia adormecido, um sono tremendo, não se incomodando com o que lhe fosse dito e, tinha grandes dificuldades em acordar. Nesta altura também surgiu a possibilidade de ser promovido e, a psiquiatra o deu como apto, para poder ser promovido, no entanto afirma que apesar de estar interessado nessa promoção, o seu grande objectivo era resolver o seu “problema”.

Expõe também que na altura que estava deprimido, não tinha vontade em realizar nenhuma actividade, sentia-se bastante triste e chorava muitas vezes.

Afirma que essa depressão se deveu a problemas a nível pessoal nomeadamente, dilemas com a companheira que tinha na altura e com o pai e devido a problemas que existiram dentro da marinha, sobretudo na lancha em que M se encontrava, dilemas estes que sucederam com o sargento, o qual lhe fez uma ameaça e M respondeu a essa mesma ameaça afirmando que lhes fazia mal. Afirma que nesta altura a sua especialidade era em armas e que não se orgulha desta mesma atitude.

Relata que na altura da depressão se sentiu muito só sem o apoio da família e amigos, dizendo que sempre teve muitos amigos. Afirma ainda que nessa fase não contou também com o apoio nem protecção da sua mãe no entanto afirma ter desde sempre

uma boa relação com a mãe; tendo-se alterado com os seus 15 anos devido a ter-se tornado mais rebelde e respondão.

Recentemente, refere que a relação com a mãe se alterou por completo após ter terminado a relação com a sua companheira, mãe da sua filha, tendo permanecido com ela 4 anos.

Em Dezembro de 2011 separa-se da sua companheira (mãe da sua filha).

No dia 20 de Janeiro foi operado devido ao vírus do HPV, tendo sido submetido a uma circuncisão referindo mais uma vez que não contou com a presença nem apoio da mãe, sendo apoiado por um camarada seu e, sempre que possível comunicava com a irmã pela internet.

Desde Março de 2011 que arranjou uma nova namorada.

Profissionalmente encontra-se na Direcção de Navios na parte informática, afirmando gosto e prazer pelo trabalho que executa, referindo sentimentos de desilusão e de decepção unicamente, por ser militar, mencionando que como vantagem detém o sistema de saúde e o ordenado mas, por outro lado não manifesta preocupação em proteger os seus.

Tem estado em acompanhamento psicológico, tendo este sido interrompido em finais de Março pelo facto de ter tirado a licença de parto e ter ficado a tomar conta da sua filha. Afirma não ter conseguido arranjar ninguém que pudesse tomar conta dela enquanto estaria em consulta.

### **Observação Psicopatológica**

Ao longo das sessões M mostrou uma atitude colaborante e participativa.

Aparenta uma idade coincidente com a real, vestindo-se de forma prática e simples.

Ao longo das consultas, revelou sempre um humor e emoção eutímica, sucendo alguma oscilação entre as mesmas, quando abordava temas que o aborreciam e incomodavam nomeadamente a relação com a sua mãe e os castigos que teve na Marinha.

O discurso é fluente e gramatical, espontâneo, acompanhando-o mediante gesticulação.

Conteúdo centrado no seu trabalho e na satisfação que demonstrou pelo mesmo e toda o seu processo na Marinha.

Encontra-se orientado no tempo e no espaço auto e alopsiquicamente

### **Análise do Caso**

M demonstra ser uma pessoa cheia de conflitos, mostrando uma grande ambivalência no que respeita às decisões que é capaz de tomar, nas quais sente que a sua mãe não o acompanha.

Evidencia uma certa incongruência no que diz não a nível das suas relações pessoais como a relação que mantém com a mãe, necessitando sempre que o compreenda e aprove. Sente-se mal e inquieto por a mãe não o compreender mas ao mesmo tempo refere que não necessita da sua opinião.

Não apresenta uma estrutura de personalidade definida, não sendo estruturada, é uma pessoa muito dependente, não confia nele próprio, apresentando uma auto estima reduzida, arrançando desculpas para tudo.

Evidencia-se uma dificuldade inicial de adaptação na Marinha, devido a ter saído de um meio liberal para um padrão meio rígido, demonstrando uma alteração no comportamento.

Sente que o seu pai foi ausente, porém quando a filha nasce, separa-se dela, repetindo o mesmo padrão de ausência.

Apresenta como mecanismo de defesa, a fuga, pois exprime-a como escape, quando se confronta com as discussões com a sua mãe.

Do que foi possível apurar, não consegue estabelecer relações sendo estas, meramente superficiais.

M demonstra ser pouco autónomo e independente a nível emocional, necessitando sempre dos outros ou seja, revela uma grande necessidade da compreensão e aprovação por parte da sua mãe.

Refere não sentir-se bem por este mesmo facto acima mencionado, não assumindo deste modo a decisão e as consequências que podem acarretar, essas decisões, culpabilizando sempre os outros.

Não faz nada por ele, ficando apenas na intenção de o fazer.

A sua auto-estima é pouco estruturada e inconsistente ou seja, o seu *self* real não se aproxima do seu *self* desejado ou seja, demonstra uma idealização do *self* do que gostaria de ser e fazer mas não consegue, não se encontra estruturado para agir de acordo com a sua “vontade”.

*Locus* externalizado atribui a responsabilidade de problemas que lhe sucederam a outras pessoas, nomeadamente o seu chumbo, culpabilizando o pai pela sua saída de casa, culpabiliza a mãe por ter desaprovado o seu comportamento quando tinha 14/15 anos e quando ela não o apoiou quando precisou na relação que mantinha com a mãe da sua filha. Não tem capacidade de assumir as suas responsabilidades, nem de tomar decisões adultas.

### **Hipóteses de Diagnóstico**

Como hipóteses de diagnóstico coloca-se um Transtorno de Personalidade *Borderline*, visto que predominam características de instabilidade emocional, em adição, a auto-imagem, objectivos e preferências internas do paciente, tornando-se pouco claras ou perturbadoras, apresenta sentimentos crónicos de vazio e uma propensão em envolver-se em relacionamentos intensos e instáveis, podendo conduzir a repetidas crises emocionais e ainda, apresenta um Transtorno de Personalidade Dependente, visto que predominam características de subordinação das suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente e aquiescência aos desejos dos mesmos, preocupações com medos de ser abandonado por uma pessoa com a qual tem um relacionamento íntimo e de ser deixado para cuidar de si próprio e ainda uma capacidade limitada de tomar decisões cotidianas sem um excesso de conselhos e reassuramento pelos outros.

### **Discussão do caso**

De acordo com toda a sua anamnese e análise do caso, podemos verificar que a personalidade é a parte biológica de cada indivíduo, somada ao que apropriamos da cultura. A união dessas duas partes vai originar uma variedade de comportamentos recorrentes que classificam a parte de cada um.

A *borderline* por sua vez é marcada pela dificuldade nas relações interpessoais, baixa auto-estima, instabilidade reactiva do humor e impulsividade (Jansem, 2012; Fernandes, 2002) tal é visível na história clínica do próprio paciente falada interiormente nomeadamente face à sua auto-estima, episódios depressivos, instabilidade nas relações interpessoais entre outros.

O indivíduo que sofre deste transtorno combate com o intuito de evitar uma perda ou abandono, real ou imaginário, fazendo com que o mesmo padeça de grandes

modificações comportamentais, afectivas e ocasionais, suscitando alterações na sua auto imagem (Pasini & Dametto, 2010).

O Transtorno de Personalidade Borderline é uma doença mental grave que se denomina por uma instabilidade prevalente do humor, dos relacionamentos interpessoais, da imagem que o indivíduo tem de si mesmo e do seu comportamento (Swatz, Blazer & Winfield, 1990).

Não apresenta uma estrutura de personalidade definida, não sendo estruturada, é uma pessoa muito dependente, não confia nele próprio, apresentando uma auto estima reduzida, arranjanho desculpas para tudo.

### **Reflexão Pessoal**

Desenvolveu-se uma grande empatia entre ambos, mostrando sempre manifestar uma atitude colaborante e participativa.

Foi o primeiro caso que pude acompanhar, em que M manifestou um pouco de ansiedade pelo facto de ser o primeiro, porém devido á confiança e empatia que se criou não só ao longo das sessões mas como na primeira consulta conduziu a uma menor ansiedade da minha parte.

Como ponto positivo ressalto o facto de o paciente ter confiado em mim, logo desde a primeira consulta e ter falado abertamente sobre a sua vida.

Negativamente, o paciente deixou de vir às consultas, deixando o acompanhamento a meio.

Ao longo das consultas, apesar de serem reduzidas, o paciente foi capaz de verbalizar os seus receios, angústias e preocupações, relatando também os acontecimentos de vida que o marcaram.



Tive sempre uma sensibilidade em compreender o que vivenciava em cada consulta, adotando uma postura não só de escuta activa, mas também a minha compreensão face ao que comunicava.

Senti que o paciente comunicava livremente, sem receio de ser julgado, sendo aceite e respeitado na sua singularidade.

Devido ao consumo de álcool que manifestou e devido à sua hipótese de diagnóstico, seria pertinente ter aplicado WAIS para despiste de incapacidades cognitivas e um teste da sua personalidade.

Este caso possibilitou-me compreender a sua problemática e o motivo que o levou ao acompanhamento; apesar de o mesmo, ter desistido do acompanhamento.

Caso F.

### **Identificação**

F, do sexo masculino, com 38 anos de idade, filho único, de raça caucasiana. Casado pela 2ª vez, com três filhos (dois do primeiro casamento, uma rapariga de 13 anos e um rapaz de 10 anos e outro do segundo matrimónio), habilitações literárias com equivalência do 10º ano.

Profissionalmente é militar do Ramo da Marinha, com o posto de cabo e tem a especialidade de cozinheiro.

### **Motivo da consulta**

Reencaminhado pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital da Marinha devido a queixas de perturbação da ansiedade com agarofobia. Referiu também (de acordo com documento

escrito pela Psiquiatra) a existência de conflitos na unidade em que se encontra, na gestão de conflitos entre dois camaradas. Mencionou também que o cliente se sente só e, que beneficiaria de acompanhamento, tendo receitado cipralex 10 e diazepam 5g.

Quando questionado sobre as razões da consulta, referiu que tinha sido reecaminhado pelo psiquiatra devido a ataques de pânico.

### **Dados de observação na 1ª consulta**

F é baixo, forte, de cabelos e olhos escuros.

As entrevistas que se destinavam à recolha da história clínica do cliente realizaram-se ao longo de 4 sessões

Na 1ª consulta apresentava um vestuário simples mas cuidado, usava umas calças de ganga, uma *sweat* e uns ténis, a barba estava por fazer, manteve o contacto visual, desviando-o algumas vezes.

Permaneceu sentado na cadeira, com os ombros descidos e os braços colocados por cima das suas pernas, colocando-os também por vezes por cima das costas da cadeira. Ao longo da primeira consulta expressou alguns sentimentos de desconfiança e angústia, desgosto, zanga e desilusão face ao assunto por ele abordado nessa mesma consulta nomeadamente todo o seu passado face à sua ex-mulher e aos problemas que teve com o álcool.

Quanto à sua atitude, demonstrou uma atitude colaborante e participativa. Apresentou um humor eutímico e uma emoção egosintónica (humor e emoção apropriado/adequado ao contexto), mas ligeiramente ansioso, desiludido e com alguma raiva quando abordou o sucedido com a sua ex-mulher a partir de 1998. O seu discurso foi espontâneo, rápido e acompanhando por gestos.

Quanto ao processo de pensamento todo ele estava centrado em tudo o que vivenciou e experienciou com a sua ex-mulher e as fases por que passou no período em que consumia excessivamente álcool.

Face ao *insight* e juízo crítico, F reconhece que abusou exageradamente do consumo de álcool, e assume este comportamento como uma estratégia de *coping* para fazer face ao sofrimento psíquico.

### **Descrição das queixas actuais**

Queixa-se de ataques de pânico, sentindo vômitos, palpitações no peito, taquicardia, por vezes suores, falta de ar, uma necessidade em querer respirar e não conseguir, sempre que se encontra rodeado por muita gente. Estes sintomas em diversos contextos tais como: no seu local de trabalho (navio), em supermercados e centros comerciais, nas filas de espera ou trânsito. Referiu sentir também estes sintomas quando viaja de automóvel, carro ou comboio. Perante estas circunstâncias por vezes recorre ao evitamento ou ao confronto mas sempre com considerável sofrimento.

A par da sintomatologia supramencionada, F queixou-se de sentimentos de preocupação, frustração e injustiça, estes relacionados, com a dificuldade de relacionamento que mantém com a sua ex-mulher no que concerne à prestação de cuidados que a mesma demonstra ter em relação aos filhos, nomeadamente ao nível da higiene, da alimentação e de cuidados médicos.

Refere também sentir sentimentos de desconfiança, manifestando dificuldades de relações interpessoais gratificantes, na sequência das traições conjugais sofridas durante o primeiro casamento.

Vê na sua vida familiar actual, os seus filhos serem “bem tratados” pela sua esposa e pelos seus pais, mencionando ter a noção que os mesmos estariam melhor com ele a todos os níveis, possibilitando-lhes uma melhor educação e, estabilidade financeira.

### **História da doença actual**

F situa o início da sintomatologia em 2001 (na sequência de conflitos conjugais no seu primeiro matrimónio e traição por parte da mulher com um amigo comum) sentindo-se traído, indignado e zangado. Sentiu também uma grande tristeza e desenvolveu crises de ansiedade.

Refere que após esta traição em 2001, teve dois anos de baixa pela junta médica devido aos ataques de pânico.

Menciona também que os ataques de pânico manifestavam-se sempre que tinha que ir para o trabalho, essencialmente por estar num navio fechado cheio de gente e pelos boatos que teria que escutar sobre a segunda traição da sua esposa com o seu chefe, sentindo-se humilhado, com receio que os seus colegas o perseguissem com esse assunto.

Refere também sentir-se ansioso sempre que o telemóvel toca e quando recebe uma mensagem da sua filha, pensando logo que aconteceu alguma coisa.

Menciona que houve uma altura em que se sentiu melhor dos ataques de pânico (não mencionou essa altura quando lhe foi questionado), mas que após ter decorrido um incêndio em Setembro de 2011, no navio em que trabalhava, essa situação, despoletou novamente os ataques de pânico, agravando o seu estado inicial.

Mencionou ainda tratamento psicofarmacológico continuado cipralax (antidepressivo) e o unisedil (benzodiazepina). Deixou de tomar esta medicação há três anos.

Refere ter tido tratamentos e internamentos desde 2004 a 2010, inclusive na altura em que bebia, também tomava a medicação.

### **Antecedentes familiares**

1. Pai nasceu em Vila Nova de Mil Fontes, reformado há 8 anos sendo um pai mais presente que a mãe. Passava mais tempo com ele referindo que era um homem trabalhador e dedicado à família “o meu pai sempre trabalhou e sempre foi um homem apegado á família” (sic.). Sofreu de cancro na próstata tendo recuperado.
2. Mãe inicialmente trabalhou num restaurante, acabando depois por trabalhar como doméstica numa casa de médicos. Mãe pouco presente tendo pouco tempo para o filho “a minha mãe não tinha muito tempo para mim, nem estava muito em casa, saía cedo e por vezes só chegava à meia-noite, quase não a via” (sic.) A mãe padece de fibromialgia, trabalhando como doméstica duas vezes por semana.
3. Avô paterno faleceu há uns anos (não mencionou quando) não sabe a causa da morte. Era alcoólico e padecia de uma patologia de jogo, tendo perdido a sua fortuna no mesmo. Refere só ter visto o avô uma única vez, tendo uma relação distante com ele. Afirma “o meu avô reencarnou em mim” (sic.)
4. Avó paterna vivia em Sines, tendo também falecidos á uns anos. Não sabe a causa da morte. Menciona ter uma relação mais próxima com esta avó (via a minha avó mais vezes que ao meu avô”

5. Avó materna faleceu devido a um enfarte quando tinha 13 anos. Menciona que estava muito debilitada e apenas a via uma vez por ano. Antes do seu falecimento residia num lar no Cercal
6. Avô materno residia no lar em Sines, Cercal com a sua esposa, mas no entanto como não tinha qualquer tipo de debilidade e tinha as suas capacidades plenas, saiu do lar e de três em três meses ia para casa de um dos filhos. Acabou por ficar num lar em sines. Menciona ter tido uma relação distante com os avôs.
7. Descreve uma infância feliz, referindo que uma das memórias de que se recorda com alegria foi passar férias com os seus primos no Alentejo, com os quais tinha uma boa relação e a idade não diferencia quase nada.
8. Antecedentes médico-psiquiátricos na família referiu perturbações aditivas por parte do avo paterno
9. Qualidade das relações familiares/outros familiares refere um relacionamento de protecção, de apoio e de ajuda com os pais, um relacionamento afastado com os avôs e, não revela outros relacionamentos com outros familiares.

### **Anamnese biográfica e história familiar**

Afirma ter tido uma infância feliz, recordando como memórias de infância, o tempo em que ia para o Alentejo com os primos de férias, com os quais mantinha uma boa relação “tive uma infância muito feliz talvez pelo facto de ter primos mais ou menos da

minha idade que nos dávamos bem e íamos no verão todos juntos de férias para o Alentejo” (sic.)

Não se evidencia doenças infantis, para além daquelas consideradas normais como a varicela, apanhando-a com 18 anos transmitida pela namorada da altura, tendo sido hospitalizado pela primeira vez. Até aos 18 anos não teve nenhuma hospitalização.

Até aos 6 anos de idade, ficou em casa de uma vizinha, que cuidava dele e por vezes brincava ao pé de casa “com uns meninos da rua” (sic.) no entanto afirma que desde sempre, brincou muito sozinho e com as suas coisas.

Iniciou o seu percurso escolar com 6 anos, até ao 10º ano, acabando por tirar um curso profissional. Não se recorda de experiências marcantes; apenas refere que a sua adaptação à escola não foi muito fácil devido a ser filho único, e ser muito fechado e tímido e muito cioso pelas suas coisas “custou-me a adaptação à escola por ser um rapaz muito tímido e fechado também por ser filho único e ser muito agarrado às minhas coisas por isso talvez tenha dificultado a minha adaptação” (sic.)

Durante este percurso teve duas reprovações; a primeira no 8º ano e a segunda no 9º ano, devido a passar muito tempo a namorar e devido a duas situações nomeadamente a dificuldade e falta de gosto pela matemática e físico química, logo, se outra disciplina corria menos bem, acabava por chumbar. Refere ainda não conseguir explicar muito bem essas reprovações. Menciona ter havido um ano (não referindo qual mesmo após ter-se perguntado) em que chumbou com muitas negativas. Afirmou também ter bom desempenho nas disciplinas de História, Português, Inglês, Francês e Educação Visual; “na cadeira de biologia por vezes escorregava, não era certo” (sic).

Refere também que sempre teve muitas namoradas, contudo sente-se admirado com essa facto uma vez que sempre foi muito reservado no entanto, afirma que era incentivado por outras pessoas e que só pedia alguém em namoro quando tinha certeza

que iriam aceitar “sabe, sempre tive muitas namoradas mas nem sei como sempre fui tao tímido e reservado mas também acho que era pelas outras pessoas me incentivarem não sei... mas não ia com qualquer uma só quando tinha certeza que não levava nega” (sic.)

No início do seu percurso escolar, somente tinha aulas no período da manha, acabando depois por ir almoçar a casa da vizinha que o criou, indo o pai buscá-lo quando saísse do trabalho “quando o meu pai me ia buscar as vezes íamos para casa outras íamos até ao café um bocado, mas depois era sempre ele que cuidava de mim não a minha mãe” (sic.)

Relata que a relação que teve entre os professores e colegas sempre foi boa, sem conflitos.

Com 15 anos, começou a beber e fumar, tendo também experimentado haxixe “todos os miúdos nesta idade experimentam é normal, experimentei só não consumi mais” (sic.) Relata ainda que teve outro único consumo de haxixe com 21 anos.

Em 1994 entrou para a marinha cheio de expectativas afirmando “entrei para a marinha porque quis sempre gostei da marinha tinha grandes expectativas e gosto em seguir uma carreira militar” (sic.)

Nesta altura referia já namorar, tendo ido viver com a namorada em 1995 para casa dos seus pais (pais do paciente) devido a problemas familiares, que a sua namorada tinha em casa viu-se obrigado a ir buscá-la. Refere que os pais o apoiaram e ajudaram “os meus pais disseram-me que eu é que sabia mas que me apoiavam, também tinham pena dela devido à situação dela em casa, não se dava com a madrasta e como já tinha 18 anos a madrasta queria pô-la na rua e eu então fui busca-la” (sic.)



Relata que em 95 ainda não estava nos quadros permanentes, estava a fazer os exercícios para tentar ser colocado, sentiu que não tinha tido tempo de organizar a sua vida e que começou cedo demais a assumir responsabilidade.

Da sua vida conjugal refere um relacionamento um pouco conflituoso, agravando-se em 98 após o nascimento da filha. Caracteriza a esposa como uma pessoa desorganizada, nervosa, com um grande desequilíbrio emocional, irresponsável, cheia de problemas a nível familiar e, relata ainda que os feitios eram muito diferentes.

Em 98, dois meses antes de a sua filha nascer, comprou casa na Cruz Quebrada e foi para lá viver com a sua esposa. A sua esposa trabalhava no Continente do seixal.

Afirma que sempre bebeu socialmente mas que em 96 começou a ingerir álcool com mais frequência e regularidade, relatando que não era nada de mais, que era o próprio ambiente da marinha que conduziu tal facto “ ao fim de dois anos de estar na marinha em 96, quando comecei a embarcar, já ingeria um pouco mais mas acho que não era nada, o ambiente também era propicio a isso” (sic.)

Refere também que a relação conflituosa que tinha com a sua esposa, também o conduzia a ingerir mais álcool.

Em 2000, presencia uma traição da sua esposa, com um grande amigo seu em sua casa “apanhei o meu amigo com a minha mulher em flagrante em minha casa, foi um choque tremendo fiquei completamente de rastos” (sic.)

Expõe que este facto presenciado o conduziu a ingerir ainda mais álcool. Em 2002 alega que começara a notar que já ingeria álcool excessivamente.

Afastou-se da sua esposa, sendo confrontado por ela com ameaças de que se suicidava se ele saísse da casa, contudo F sai e volta para casa dos pais.

Sempre que se dirigia à sua própria casa, refere que havia violência, incluindo física e sexual “não fazia amor era mesmo sexo ela permitia-o e eu estava cheio de raiva dela”.

Em Fevereiro de 2001 a sua esposa aparece novamente grávida (tinha deixado de tomar a pílula por que estava separada de F) deixando-o confuso e desorientado. Em maio desse ano embarca para a Madeira havendo indícios de um comportamento já adição “andava sempre bêbado e fazia directas” (sic.)

Em maio desse mesmo ano, a mulher vai ter com ele à Madeira tentando uma reconciliação. Acredita que pelo facto de ter ido ter com ele à Madeira, tinha vontade em permanecer junto dele.

Em Dezembro de 2001 nasce o segundo filho. Nesta altura aluga a casa da Cruz quebrada devido a dificuldades financeiras e volta para casa dos seus pais com a sua esposa e os seus filhos.

Quando regressou da Madeira foi para outro navio. Por volta de maio de 2001 F coloca a sua esposa a trabalhar na marinha.

Após estar colocada na Marinha, (não mencionando datas exactas) começam a surgir boatas de que a sua esposa estava a ter um caso com o chefe conduzindo-o segundo o próprio a consumos cada vez maiores de álcool.

Afirma que voltou a sentir-se mal, perturbado, uma vez que ela já o tinha traído anteriormente.

Menciona que o chefe trocou-os de posto e desmentiu tudo.

Refere que os boatos persistiam e que era notório que o chefe a ia buscar e levar a casa “os meus pais alertavam-me desta situação mas eu não ligava não queria saber”

Expõe ter-se sentido perturbado e envergonhado, tendo deixado de ir ao emprego “sentia-me desorientado perdido sem rumo não sabia o que fazer, tinha vergonha e então deixei de ir trabalhar”

O excesso de boatos levaram-no a agredi-la violentamente.

Refere que nesta altura foi internado na Utita durante 1 mês. Menciona que antes deste internamento já tinha sido internado devido ao álcool e em 2004 e 2010 teve alguns internamentos na Utita (quando se perguntou quando/em que altura tinha sido esses internamentos o sujeito refere apenas “ há alguns anos”.

Quando permaneceu no 2º tratamento/internamento da Utita refere que via a sua esposa a passear de carro com o seu chefe. Ao longo do tempo que esteve em tratamento, a sua esposa esteve na casa dos pais, desrespeitava-os e tratava-os mal.

Durante o tempo que esteve na Utita, refere que lhe diziam que não se estava a passar nada entre a sua esposa e o chefe que era tudo fruto da sua imaginação devido ao álcool, inclusive o próprio chefe lhe referia isso.

Quando saiu do 2º tratamento, resolveu dar outra oportunidade ao relacionamento no entanto, refere que os boatos persistiam no trabalho.

Com a segunda traição da sua esposa, F ficou como desertor pelo facto de não aparecer no seu local de trabalho.

A partir destes dados fornecidos por F o seu discurso começa a ser ainda mais desorganizado no sentido em que refere que realizou dois tratamentos na Utita mas no entanto, perante o seu discurso pensa-se que houve um terceiro internamento, não sendo o seu discurso muito conciso com o que refere antes “quando fui despensado da utita no 2º tratamento, disseram-me que tinha que fazer outro, devem ter-se apercebido de alguma coisa grave, não sei” (sic.)

Neste segundo tratamento refere que se sentiu muito deprimido, pensando em suicídio. “Cheguei mesmo a parar nas bombas para ir em direcção à ponte mas depois chamaram a polícia e mandaram-me para o hospital Garcia da Horta, depois para o Curry Cabral e depois para o Miguel Bombarda (não se conseguiu apurar a data deste acontecimento, quando foi perguntado F responde vagamente)

Refere que em 2004 chegou a casa bastante alcoolizado e que a agrediu violentamente “ cheguei a casa podre de bêbado e batilhe completamente”

Pensa que que no terceiro tratamento da Utita, os problemas com a sua mulher persistiam, ela continuava a visitá-lo e sempre que os seus pais (de F) o visitavam também, alertavam-no sobre a sua mulher persistindo discussões pelo facto de acharem que se devia separar até porque o advogado já estava pago “sentia-me uma bola de ping pong a minha esposa dizia uma coisa os meus pais outras”.

Afirma que sempre que saia da Utita ía sempre beber, por achar que o álcool era o menor dos seus problemas.

Menciona que quando saiu, resolveu dar outra oportunidade ao casamento (pensa-se que esta nova oportunidade poderá ter sucedido em 2004), foram de férias 1 mês para o norte. Quando regressaram, retira as pessoas que estavam na sua casa (Cruz Quebrada) para ir viver com a sua esposa e os seus filhos.

Após ter retirado as pessoas de sua casa, a sua esposa instala-se sozinha não o deixando entrar, o paciente considera que a situação já estava planeada que o seu objectivo era gastar-lhe o subsídio de férias e nunca voltar para ele. Volta novamente para casa dos pais, onde estes o alertaram novamente.

Menciona que após este facto, foi internado no hospital da marinha devido a uma depressão grave, recebia telefonemas do chefe a chamar-lhe nomes acusando-o que o mesmo não queria trabalhar. Relata também que antes do 1º tratamento da Utita, tinha estado internado no hospital da marinha para ser desintoxicado para que pudesse integrar o programa de reabilitação da utita, mais uma vez apresenta um discurso incoerente não mencionando todos os internamentos de desintoxicação.

Separa-se em 2004 saindo apenas o divórcio em 2005 “a minha mulher fugia ao divórcio por isso demorou tanto” (sic.)

Relata não conseguir ficar na mesma unidade e serviço que o chefe e pede transferência, sendo transferido para Vila Franca durante três anos.

Não executava o trajecto por completo, afirma sair muitas vezes do comboio para ir beber, também devido aos ataques de pânico que sentia lá dentro, acabando por chegar tarde ao trabalho numas vezes, e noutras não aparecia ficando a beber “só me apetecia beber, era o meu único objectivo” (sic.)

Afirma que o” divórcio ficou mal feito devido á pensão de alimentos, às despesas escolares e o facto de ter ficado a residir na casa”.

Relata que durante este percurso, os consumos de álcool foram sempre maiores, não conseguindo parar de beber. Tendo em conta o que foi referido anteriormente, e as dificuldades com que se debatia, acrescem os problemas financeiros, a ruptura conjugal, os ataques de pânico, tudo era uma justificação para os consumos.

Refere também que durante a altura em que tinha consumos exagerados de álcool, ficava menos reservado, que por vezes provocava o vómito porque estava cheio mas no entanto sentia que ainda precisava de ingerir mais por isso vomitava para ingerir mais álcool.

Menciona ainda que chegava a vomitar muitas vezes sangue e que durante a noite bebia quatro a cinco litros de água. Não se alimentava em condições e chegou a ver coisas, a delirar como afirma. Não dormia e sonhava muito (durante muitos anos não dormi.” (sic.)

Mencionou que Chegou a fazer uma endoscopia

Refere ainda que bebia e não pagava, pedindo dinheiro emprestado mas nunca conseguindo pagá-lo, acabando por ir cada vez menos ao trabalho, fechar-se em casa,

sítio este que considera o seu refúgio o seu lugar seguro, onde se sente bem e protegido. Quando batiam à porta ou o telefone tocava, sentia uma enorme angústia, com medo que fossem os seus chefes. Menciona também que durante a noite suava muito.

Expõe que o seu pai chegou a orientar o seu dinheiro senão ia todo em bebida.

Quando passou pelas dificuldades financeiras foi ajudado pelos pais onde o próprio afirma muitas vezes “se não fossem os meus pais o que seria de mim? Eles é que me ajudam sempre” (sic.)

Relata também ter períodos sóbrios e, que durante o dia estava de ressaca e que à noite estava bem devido ao pico atingido pelo excesso de bebida ingerido ao longo do dia.

Menciona ter sido internado nessa altura no hospital da marinha afirmando “nessa altura não servia para nada nem como pessoa nem como trabalhador, sentia-me acabado e sem valor” (sic.)

Na altura que bebia, também tomava medicação (não se recordava da medicação da altura).

Afirma que o álcool o ajudava nos ataques de pânico e ansiedade e como agora nãoingere, torna-se mais difícil combater-los. Sentia-se todo inchado pelo facto de tomar medicação e ao mesmo tempo ingerir álcool.

Em 2006 conhece a sua actual esposa no Hospital da Marinha devido a um anúncio que coloca no jornal para conhecer mulheres.

Menciona ter conhecido “algumas mulheres e que muitas eram mais malucas que ele, no entanto quando conheceu esta nova mulher relata que ela foi mais teimosa, lutando por ele e não desistiu dele”. Era brasileira e tinha 22 anos, menos 10 anos que F.

Afirma que inicialmente os seus pais não aceitaram bem o relacionamento devido não só à nacionalidade e idade mas também com receio que se instituísse novamente um novo problema.

Narra ainda que no início não a levou muito a sério, caracterizando inicialmente o namoro como “esquisito” “ela é que namorava comigo não eu com ela” (sic.)

Refere também que sempre o ajudou e apoiou, ajudando-a a levantar a sua auto-estima que a considerava bastante baixa.

Em 2007 acabam por casar. Após já estar casado, refere 5 a 6 internamentos devido a depressão e ansiedade no trabalho “profissão de cozinheiro era stressante” (sic.)

Relata ter fases em que saía do internamento voltava a trabalhar e sentia-se bem durante um mês mas depois voltava sistematicamente a faltar ao trabalho devido às ressacas e aos ataques de pânico, saindo várias vezes do seu “trajecto “para beber.

Quando viajava com a sua esposa, refere ter que arranjar desculpas para sair do carro e ir beber para conseguir prosseguir viagem “só conseguia controlar os ataques de pânico bebendo” (sic.).

Refere que para conseguir estar no navio tinha que ingerir álcool.

Relata que após estarem casados, passado um tempo a esposa farta-se e deixa-o durante 8 meses. Durante essa altura continuava a beber, não aparecia no trabalho nem em casa, dormindo no carro.

Expõe que após a separação “tive um click que realmente precisava para me endireitar e recuperar, não a queria perder” (sic.). Menciona que se dirigiu aos alcoólicos anónimos e começou a recuperar bem, aumentando também a sua auto-estima. Abstraiu-se totalmente da marinha durante 6 meses afirmando que contribuiu bastante na sua recuperação e, que o encobriram no serviço para auxiliar a mesma “há

peças que gostam muito de mim e tenho uma grande gratidão por eles e pela marinha”  
(sic.)

Seguidamente narra que sentia que não se iria reconciliar com a sua esposa logo, conheceu outras pessoas e, apercebeu-se que gostava mesmo dela reconciliando-se com ela.

Desde 2 de Abril de 2010 que refere não ter consumos, tendo consumido excessivamente até à respectiva data.

Relata que também já não fuma há alguns anos pelo facto de se ter alterado o sítio onde se fumava sendo um sítio pequeno onde se aglomera muita gente.

No dia 1 de Março de 2012 foi fazer um teste de ADN para saber se o segundo filho que teve do primeiro casamento é seu, ou se é fruto da 1ª traição.

Está à espera do 3º filho que deverá nascer em Maio de 2012. Vive com actual esposa em casa dos pais e vê os filhos do 1º casamento de 15 em 15 dias.

Já esteve dois anos de baixa médica devido aos ataques de pânico, e actualmente encontra-se de junta médica, estando à espera do nascimento do filho e aguardando uma nova unidade em terra.

Desde 2009 que deixou de tomar Cipralex e Nisedil, não precisando o momento em que iniciou esta medicação mesmo quando lhe foi questionado.

No que respeita à medicação não sabe o que toma nem se lembra do que tomava, e recentemente sabe que está a tomar cipralex em caso de SOS e catoplomax. Desde Abril de 2011 que continua esta medicação mas numa dose mais elevada.

Foi acompanhado e neste momento também é acompanhado pela psiquiatria.

### **Observação Psicopatológica**

Ao longo das sessões F mostrou uma atitude colaborante e participativa.



Apresenta uma idade coincidente com a real, vestindo-se de forma simples.

Revela um humor eutímico, mostrando por vezes uma certa ansiedade e preocupação com os seus problemas, não se apresentando demasiadamente assustado ou agitado. Por vezes o seu humor altera-se para um humor disfórico e apreensivo quando por exemplo, aborda assuntos relacionados com a preocupação, face aos seus filhos.

Revela também um humor disfórico quando refere que deixou de realizar actividades que antes lhe davam prazer como por exemplo o cozinhar e lavar o seu carro.

Essencialmente, ao longo das sessões mostrava um humor apreensivo.

O discurso é fluente e gramatical, sendo nas primeiras sessões desorganizado. Conteúdo centrado no seu passado a nível do álcool e do sucedido com a sua ex-mulher e ainda em toda a preocupação face às dificuldades e necessidades dos próprios filhos.

Discurso monocórdico

Neste momento o seu pensamento está centrado nos problemas que o envolvem, como os seus filhos, o resultado do teste de ADN, o seu trabalho, e os seus receios que falem e saibam do seu passado.

Encontra-se orientado no tempo e no espaço auto e alopsiquicamente.

### **Análise do Caso**

F demonstra ser inseguro e pouco confiante não só pelo facto de que as pessoas possam pensar dele, mas também na execução das suas tarefas profissionais, evidenciando receio em ser criticado caso não as execute bem ou seja, tem medo que o chamem atenção por ter executado algo de forma errada, menciona também que não consegue ser ele próprio no trabalho, recorrendo a outra forma de ser e estar que não é a sua, mostra também que é pouco decidido e determinado, mediante não só pelo facto de querer a guarda dos seus filhos mas também pelo desejo que demonstra em ir busca-los

a casa da sua ex-mulher quando é o seu fim-de-semana e, não concluir esse desejo e vontade pelo facto da sua mãe e da sua actual esposa, acharem melhor não o fazer, submetendo-se á vontade delas

Na altura em que ingeria álcool, demonstra alguma agressividade que foi concomitantes com as traições da sua ex-mulher ou seja, as traições que teve, despoletaram-lhe uma certa frustração, que conduziu á agressão.

Revela uma grande sensibilidade ao ponto de se comover quando aborda o assunto relacionado com os seus filhos, sobre a preocupação que sente pelos mesmos, face às dificuldades e necessidades por que passam e, ainda devido á saudade e vontade que sente em estar com eles “seria melhor para os meus filhos estarem comigo não só porque seria melhor para eles em termos da educação das regras e ate porque estariam bem melhor e não passavam as dificuldades que vejo” (sic.)

Refere ter mudado desde que se casou pela 2ª vez, tornando-o um homem de família, sendo fiel e honesto para com a sua esposa e sendo presente na vida conjugal “...desde que casei que mudei como eu era, sou uma pessoa de família, faço as coisas em família, não penso sequer em traições e comecei até a ir á igreja porque a minha mulher gosta” (sic.)

Relata ser uma pessoa trabalhadora e que gosta do trabalho que executa porém, o facto de trabalhar sem parar, leva a que os outros abusem dele “eu sou trabalhador e gosto do que faço mas como tenho aqueles problemas no navio e como agora já não bebo, trabalho e trabalho para estar ocupado e conseguir aguentar estar lá, os outros vêm isso e abusam de mim mas também não me ajudam” (sic.)

Refere ser reservado, não gostando de partilhar os seus assuntos com ninguém, porém menciona que quando detém assuntos que condicionam o seu local de trabalho, sente-se na “obrigação” de ter que os expor “quando tive agora este problema para saber

se o meu filho é ou não meu, tive que faltar, não queria contar a ninguém mas tive de ir contar ao meu chefe para poder-me ausentar” (sic.)

Evidencia uma grande revolta, frustração e indignação quando presencia as dificuldades e necessidades financeiras higiénicas de que os filhos padecem, porém nada faz para as resolver. Esta revolta também sucede pelo facto de todos os meses enviar 400€ á sua ex-mulher para os seus filhos e, questionar-se sobre que uso é dado ao mesmo visto presenciar tais acontecimentos.

Relata também uma grande revolta, repulsão e incompreensão sobre as traição sucedida entre a sua ex e o seu antigo chefe, não conseguindo ultrapassá-la questionando-se sobre esse acontecimento sucedido à 12 anos atrás.

Demonstra sentir-se incompreendido e desconfortável no seu local de trabalho pela falta de apoio e de compreensão por parte dos seus colegas na realização das tarefas, levando-o a sentir-se só.

Revela também uma grande preocupação no seu trabalho afirmando receio que falte algo, sentindo uma dor no peito e falta de ar “por vezes quando há palestras no navio almoçam mais pessoas e penso que a comida pode não chegar e começo logo a sentir uma dor no peito e falta de ar” (sic.)

Revela gostar de ajudar os outros, estando presente para os ouvir “acho que sou mais permeável ouço as criticas e estou presente para os ouvir” (sic.)

Relata ainda que não gosta de passar vergonhas e que olhem para ele porque fez algo errado, logo revela de nova esta enorme insegurança que persiste.

Refere também ter noção do que o rodeia e do que se passa em seu redor.

Evidencia ainda um certo descontentamento por ter perdido coisas, devido ao seu excessivo consumo de álcool.

Predomina ainda uma certa anedonia, pela falta de prazer nas actividades que antes executava e lhe davam prazer “sinto agora a minha vida um pouco monótona não sei não se passa nada em especial... por exemplo tenho um carro novo antes passava a vida a lavá-lo agora já nem me apetece, adoro também cozinhar e era sempre eu que cozinha e também já não tenho vontade” (sic.)

Pensa-se que poderá prevalecer alguma ideacção paranoide devido às desconfianças excessivas que manifesta nas pessoas e os próprios pais sustentarem essas mesmas ideacções não só a nível dessa mesma confiança mas também pelo facto da desconfiança surgida face ao teste de ADN “não contei aos meus pais da primeira traição mas depois com a segunda e isso contei e houve uma vez que me disseram epá o filho nem parece teu não é nada parecido contigo se calhar nem é teu” (sic.)

Apresenta um mecanismo de defesa imaturo, a externalização pois revela uma certa tendência em culpabilizar os acontecimentos e pessoas externas a ele próprio, pelos acontecimentos que prejudicam a sua vida ou seja, evidencia que consumia álcool, pelos problemas com que se deparava e pelo que ia sucedendo com a sua ex-mulher.

Apresenta também como mecanismo de defesa, a fuga/evitamento pois sempre que se deparava com um determinado local (como o trabalho por exemplo) que pensava que o podiam ridicularizar e com o qual tinha medo que falassem dele sobre a traição da sua ex-mulher, evitava-o. A fuga é outro mecanismo de defesa apresentada pelo paciente, pois exprime-a como escape, quando se confronta com determinados locais que lhe causam ansiedade e determinados sintomas com os quais se identifica a agrofobia “muitas vezes quando tenho que ir a um centro comercial ou a um supermercado por exemplo, mando logo a minha mulher para a fila enquanto eu rápido vou logo buscar o que é preciso, quando por vezes não consigo e vejo que é impossível venho-me logo embora, não aguento” (sic.)

As suas relações interpessoais manifestam ser dependentes com alguns familiares mais próximos, persistindo por vezes um ou outro conflito, sendo que ele os considera normais e, refere algumas relações duradouras com amigos da secundária.

O relacionamento que mantém com os pais relata que sempre foi muito bom ou seja, sempre o ajudaram, apoiaram em tudo o que precisou e que sempre o alertaram para diversas situações. Sempre que se depara com algum problema, relata que os seus pais o ajudam, referindo o que deve fazer; porém esta relação alterou-se na altura em que ingeria álcool, afirmando que tinham deixado de confiar nele dizendo-lhe que já estaria perdido para a vida. Os conflitos surgiram, aquando sucedeu todas aquelas complicações com a sua ex-mulher.

No que respeita aos seus tios da parte do pai, apenas referiu que tem uma boa relação com eles, relação esta sem conflitos e, que os seus tios mantêm uma relação harmoniosa entre eles.

Face à relação entre os seus tios da parte da mãe, revela uma relação conflituosa entre eles devido a partilhas.

Quanto ao relacionamento com os seus avôs maternos e paternos, este foi caracterizado como sendo distante e ausente com os quais não manteve uma relação.

A relação que manteve com a sua 1ª esposa é caracterizada como conflituoso, tendo-se agravado após o nascimento da filha. Caracteriza a ex-mulher como uma pessoa instável financeiramente, desorganizada, nada higiénica, conflituosa, sem valores, tentando denegrir a sua imagem perante os seus filhos.

Pensa-se que poderá existir uma síndrome de alienação parental, pelo facto da ex-mulher de C tentar denegrir usualmente a sua imagem perante os seus filhos.

A relação que mantém com os seus filhos é caracterizada como sendo muito boa ou seja, menciona ser um pai presente, cuidado, e afectivo. Desde o início que sempre foi

ele que se preocupava e cuidava dos seus filhos. Hoje em dia menciona que a relação entre eles evidencia-se um pouco afastada, devido a imposições e chantagens da sua ex-mulher para com os seus filhos.

A relação que mantém com a sua esposa é caracterizada como sendo boa ou seja, dão-se bem, gostam muito um do outro e refere que sempre foi apoiado e ajudado pela sua esposa nos momentos mais difíceis por que passou. Refere existir alguns conflitos, apenas quando os seus sogros estão presentes pelo facto de a sua esposa querer mostra uma vida que não é a realidade.

A relação com os seus sogros é indicada como boa, respeita-os e admira-os por serem demasiado sinceros porém, por vezes surgem alguns atritos por eles querem impor a sua forma de ver, encarar e estar na vida.

Quanto às relações mantidas com os seus amigos, refere que sempre teve poucos amigos e sempre brincou muito sozinho, porém mantém contacto com os seus amigos da secundária, referindo que costumam encontrar-se e reunir-se com eles pelo menos uma vez por ano.

Ao nível de traumas, verifica-se o choque inesperado das traições da sua ex-mulher, particularmente a traição cometida entre ela e o seu antigo chefe, facto que ainda hoje não conseguiu esquecer nem ultrapassar; questionando-se desse mesmo acontecimento “a traição foi um choque para mim não estava á espera não sabia o que fazer fiquei sem rumo e perdido, senti vergonha revolta e uma raiva tão grande.” (sic) Estas traições, essencialmente a segunda, conduzem-no a sentimentos de decepção, desilusão e desconfiança pelas pessoas.

No que respeita às suas condições de valor pode-se apurar que evidencia ser inseguro, e pouco determinado face ao que pretende alcançar nomeadamente a guarda dos seus filhos.

Evidencia uma perda de gosto e apreço pela marinha, devido á falta de confiança que sente nas pessoas.

Afirma ainda sentir uma falta de apreço e de reconhecimento pela parte da sua filha “gostava que ela olhasse mais para mim e visse também o meu lado, me desse mais valor” (sic.)

A mentira está em desacordo com as suas próprias condições de valor, referindo que é honesto e que não gosta que lhe mintam.

Face ao *locus* de control externo, e do que foi possível apurar, atribui a responsabilidade de problemas que lhe sucederam a outras pessoas, facto este que o conduziu a ingerir abusivamente álcool ou seja, culpabiliza os problemas pelo facto de o terem transportado para um excessivo consumo de álcool nomeadamente as traições com a sua ex-mulher e todos os conflitos que mantinha com ela. Refere ainda que foi devido às traições que ela cometeu, que o conduziram a despoletar comportamentos agressivos para com ela nomeadamente a violência física.

No que se refere à sua autonomia, demonstra ser pouco autónomo e independente, necessitando sempre dos outros ou seja, durante a sua vida, tudo o que fez, foi feito por causa de alguém nomeadamente a sua recuperação com o álcool, recuperou-se após a sua esposa o ter deixado e como não a queria perder resolveu recuperar-se, a sua auto-estima refere que aumentou devido à sua esposa, sempre que se deparou com algum problema recorria aos pais com o intuito que o ajudassem, que o resolvessem, sente uma certa limitação para tomar decisões sem conselhos dos outros como o teste de ADN, fê-lo por os pais acharem que deveria fazê-lo, revela ter uma grande necessidade e prazer em ir buscar os filhos porém subordina-se á vontade da mãe e da sua esposa, não fazendo exigências acerca das mesmas.

No entanto, recentemente refere estar a passar dificuldades financeiras e, não vai recorrer aos pais.

Quanto aos seus projectos de vida, neste momento está centrado no resultado do teste de ADN para pedir a guarda ou não e, em cuidar do seu outro filho que acabou de nascer.

### **Hipóteses de Diagnóstico**

Como hipóteses de diagnóstico o militar poderá apresentar um transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) visto que apresenta características de sentimentos persistentes e invasivos de tensão e apreensão, existe uma preocupação excessiva em ser criticado ou rejeitado em situações sociais e predomina uma evitação de actividades sociais e ocupacionais que envolvam contacto interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição; pode também apresentar um transtorno de personalidade dependente visto que apresenta uma subordinação das suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente e aquiescência aos desejos desses, existe uma relutância em fazer exigências ainda que razoáveis às pessoas das quais depende, uma capacidade limitada de tomar decisões cotidianas sem um excesso de conselhos e reassuramento pelos outros por último poderá ainda padecer de um Transtorno de Personalidade Borderline uma vez que apresenta esforços frenéticos para evitar o abandono geral ou imaginário, um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização, instabilidade afectiva por reactividade de humor, sentimentos crónicos de vazio, raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar.

### **Discussão Clínica**



Analisando o caso, tendo em conta os aspectos acima mencionados, podemos dizer que o relacionamento que mantém com os pais relata que sempre foi muito bom ou seja, sempre o ajudaram, apoiaram em tudo o que precisou e que sempre o alertaram para diversas situações. Sempre que se depara com algum problema, relata que os seus pais o ajudam, referindo o que deve fazer; porém esta relação alterou-se na altura em que ingeria álcool, afirmando que tinham deixado de confiar nele dizendo-lhe que já estaria perdido para a vida. Os conflitos surgiram, aquando sucedeu todas aquelas complicações com a sua ex-mulher.

Podemos salientar também, que o paciente demonstra ser inseguro e pouco confiante não só pelo facto do que as pessoas possam pensar dele, mas também na execução das suas tarefas profissionais, evidenciando receio em ser criticado caso não as execute bem ou seja, tem medo que o chamem atenção por ter executado algo de forma errada, menciona também que não consegue ser ele próprio no trabalho, recorrendo a outra forma de ser e estar que não é a sua, mostra também que é pouco decidido e determinado, mediante não só pelo facto de querer a guarda dos seus filhos mas também pelo desejo que demonstra em ir busca-los a casa da sua ex-mulher quando é o seu fim-de-semana e, não concluir esse desejo e vontade pelo facto da sua mãe e da sua actual esposa, acharem melhor não o fazer, submetendo-se á vontade delas.

Apresenta uma subordinação das suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente e adesão aos desejos dos mesmos, existe uma relutância em fazer exigências ainda que razoáveis às pessoas das quais depende, uma capacidade limitada de tomar decisões cotidianas sem um excesso de conselhos e reassseguramento pelos outros.

De acordo com o CID 10 (2008), o Transtorno de Personalidade Dependente é caracterizado por encorajar ou permitir a outros que tomem a maior parte das decisões

da vida do próprio indivíduo, ocorre uma subordinação das suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente e a uma adesão dos desejos deles, demonstra também uma preocupação com medo de ser abandonado por uma pessoa com a qual tem um relacionamento íntimo e ser deixado para cuidar de si próprio e ainda, apresenta uma capacidade limitada de tomar decisões cotidianas sem um excesso de conselho e reassuramento pelos outros. Tais aspectos são visíveis ao longo da história clínica do paciente.

De acordo com Kaplan, Sadock & Grebb (1997, p. 694) citado por Pasini & Dametto (2010) “ Os indivíduos com Personalidade Borderline podem ser muito dependentes daqueles com quem convivem, e expressam uma cólera intensa contra seus amigos íntimos, quando frustrados; contudo não conseguem tolerar a solidão e preferem uma busca desenfreada de companhia, não importando quão insatisfatória, a ficarem sós consigo mesmos. Para evitarem esta solidão, mesmo que por breves períodos de tempo, aceitarão um estranho como amigo ou serão promíscuos”, tal aspecto é visível neste caso face à relação de dependência que mantém com os pais, submetendo-se às vontades e conselhos dos mesmos ou seja ter tido que se mudar novamente para casa dos pais com a sua esposa, depender deles face a aspectos financeiros ou seja, necessita sempre de um alicerce na sua vida. Submete-se às necessidades dos pais e da sua esposa.

### **Reflexão Pessoal**

No que respeita a este paciente, mostrou desde a primeira consulta, uma atitude colaborante e participativa. Contudo, ao longo das primeiras consultas foi-me difícil estabelecer alguns limites, nomeadamente reverter para o paciente a compreensão empática pois o discurso do mesmo era rápido e repetido, e nem sempre a sua

compreensão era lógica, misturando datas e acontecimentos, apresentando um discurso desorganizado. Nas primeiras consultas o paciente não me deu espaço suficiente para ser mais interventiva.

Inicialmente, senti também uma dificuldade em terminar as consultas, uma vez que o paciente mantinha um discurso sucessivo, originando a dificuldade em terminar as mesmas.

Senti que este caso, foi um grande desafio, do qual consegui estabelecer os princípios pressupostos para criar uma ligação entre o paciente e o entrevistador.

Senti-me também satisfeita por ter acompanhado este paciente até ao fim e tê-lo ajudado na sua situação no entanto, considero que seria bastante útil, ter aplicado a wais devido aos consumos excessivos de álcool por um longo período de tempo, para certificação de problemas a nível cognitivo.

Senti-me gratificada com este acompanhamento devido á sua grande problemática, tendo sido deveras útil a minha ajuda.

Demonstra ser inseguro e pouco confiante não só pelo facto do que as pessoas possam pensar dele, mas também na execução das suas tarefas profissionais, evidenciando receio em ser criticado caso não as execute bem ou seja, tem medo que o chamem atenção por ter executado algo de forma errada, menciona também que não consegue ser ele próprio no trabalho, recorrendo a outra forma de ser e esta que não é a sua, mostra também que é pouco decidido e determinado, mediante não só pelo facto de querer a guarda dos seus filhos mas também pelo desejo que demonstra em ir busca-los a casa da sua ex-mulher quando é o seu fim-de-semana e, não concluir esse desejo e vontade pelo facto da sua mãe e da sua actual esposa, acharem melhor não o fazer, submetendo-se á vontade delas.

É um indivíduo reservado, não gostando de partilhar os seus assuntos com ninguém.

#### **4. Discussão Global do Trabalho De Estágio**

Neste ponto, será apresentado uma discussão geral de todo o trabalho desenvolvido no local de estágio e uma contemplação às problemáticas da população alvo e formas de intervenção, tendo por base a literatura científica, e uma reflexão pessoal sobre as aprendizagens adquiridas.

Como já foi referido anteriormente, no local de estágio executei várias tarefas nomeadamente: procedi à integração na Instituição, que abrange o enquadramento teórico do CMN, compreensão do seu funcionamento e da sua integração orgânica na Marinha, Integração na equipa multidisciplinar do DSOMP e, o enquadramento nos objectivos do SASM, no papel do psicólogo de saúde ocupacional e na realidade do meio naval.

Numa outra etapa, procedeu-se a uma adaptação, aos procedimentos do Serviço de Saúde Mental, ou seja, a uma inserção nos modelos de funcionamento e modalidades habituais do SASM e, ao estudo dos instrumentos e técnicas usados na Promoção de Saúde Mental no Trabalho, como as acções de promoção da saúde e bem-estar, em contexto ocupacional e operacional, acções de prevenção de factores de risco psicossociais de natureza profissional em contexto ocupacional e operacional e, uma observação da realização de promoção da saúde no trabalho.

Por fim, procedeu-se então a uma última etapa, a realização das intervenções de promoção e vigilância da saúde mental, colaborando nas acções informativas e educativas de promoção da saúde mental e de prevenção dos factores de risco psicossociais de natureza profissional, em contexto ocupacional e operacional, na realização de avaliação e monitorização psicológica dos utentes (entrevista clínica, aplicação e cotação de provas psicológicas, conducente a psicodiagnóstico, diagnóstico

diferencial, avaliação cognitiva e psicométrica, deterioração mental, avaliação da personalidade e perfil ocupacional específico, avaliação do contexto e da realidade profissional, avaliação de factores sócio-económicos e familiares, avaliação de comportamentos ligados á saúde, á doença e incapacidades.

Nesta fase, também se colabora no processo de encaminhamento e de articulação com outras unidades, participa-se nas reuniões de discussão dos casos e supervisão, colaboração com a investigação e os trabalhos a decorrer no SASM e, por último elabora-se um trabalho inserido nas actividades desenvolvidas no SASM.

A população alvo com a qual trabalhei era militante da qual padecia essencialmente do distúrbio de depressão.

De acordo Schneider (1983) & Canova, (1994) a depressão pode originar uma depressão do foro médico ou qualquer desordem mental. Maioritariamente, tem o intuito de dissimular alterações mentais importantes, surgindo muitas vezes inquietações do estado depressivo (Schneider,1983)

Uma das características presentes nesta patologia é a melancolia porém, podem ser distinguidos dois tipos de sinais da depressão nomeadamente do foro psíquico e do foro corporal. Uma das grandes características predominantes deste estado (psíquico) tem a ver com o humor. Há uma diminuição em que a pessoa quebra a vontade de viver, sendo esta diminuída, instituem-se o desespero e renúncia. Nesta primeira fase os projectos que a pessoas tinha em vista para a sua vida futura e por vezes presente, deixam de ter significado. Pode perder o gosto em viver acarretando para eventuais suicídios (Schneider,1983; Canova, 1994).

A nível das perturbações corporais, distinguem-se as insónias e as constantes alterações corporais.

Um outro ponto que também foi por mim abordado, refere-se ao AVC, uma vez que um dos pacientes que me foi reencaminhado para avaliação, tivesse padecido de um, o que desencadeou alterações cognitivas.

De acordo com Dubois e Rosa (1998) as causas que estão na sua origem, devem-se essencialmente, às embolias, os trombos e as hemorragias. As embolias “são pequenos fragmentos de coágulo sanguíneo, de tumor, de gordura ou de aglomerados de bactérias vindos do coração e que vêm obstruir uma artéria” (Dubois & Rosa, 1998, p. 20). O trombo “ é um coágulo que se forma no lume de uma artéria já atingida pela arteriosclerose (Dubois & Rosa, 1998, p. 20).

Por outro lado, Martins (2006) citado por Cancela (2008) referem outras causas para a origem de AVC’S, nomeadamente a hipertensão arterial, o tabaco, o colesterol alto, o Diabetes Mellitus, a obesidade, doenças das válvulas e arritmias cardíacas, dilatações do coração entre outros (Lopes, 2008 citado por Pires,2014; Chamberlim & Brigham, 2005).

De entre outras problemáticas, destaca-se também o Distúrbio da Personalidade *Borderline* e Distúrbio da Personalidade Dependente, concluindo que em 1967 Grinker (s.d) citado por zanini (1997) designa a síndrome *borderline* de acordo com os seguintes aspectos: sentimento de raiva como afecto fulcral, análise com transtorno nas relações auto-identidade consistente e depressão sem sentimento de culpa sem auto acusação ou remorso.

Ao longo dos anos este termo foi evoluindo sendo comparado ao paciente *borderline* actual com os históricos do final do século XIX e princípio do século XX.

O Transtorno *Borderline* foi assim dividido em 4 grupos: 1 *borderline* com predomínio de características esquizóides e/ou paranoides mais próximas das psicoses, 2 *borderline* com predomínio de características distímicas e afectivas, 3 com predomínio

de características anti-sociais e perversas e por último, com predomínio de características neuróticas (Zanini, 1997).

A personalidade é a parte biológica de cada indivíduo, somada ao que apropriamos da cultura. A união dessas duas partes vai originar uma variedade de comportamentos recorrentes que classificam a parte de cada um.

A *borderline* por sua vez é marcada pela dificuldade nas relações interpessoais, baixa auto-estima, instabilidade reactiva do humor e impulsividade (Jansem, 2012; Fernandes, 2002).

Por outro lado o Distúrbio de Personalidade Dependente, caracteriza-se como uma enorme e excessiva necessidade de ser cuidado, reflectindo uma conduta obediente, uma grande angústia de separação. Esta perturbação inicia se na idade adulta e persiste numa variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e obedientes, determinam uma obtenção de cuidados tendo origem essencialmente na autopercepção de incapacidade para mover-se adequadamente sem ajuda dos outros (DSM IV)

Manifestam grande dificuldade em tomar as decisões do seu dia-a-dia, sem um reforço e aconselhamento excessivo dos outros (Zanin & Valerio, 2004).

Foram realizados dois acompanhamentos, e uma avaliação psicológica.

Pode-se ainda concluir que no primeiro acompanhamento que M demonstra ser uma pessoa cheia de conflitos, mostrando uma grande ambivalência no que respeita às decisões que é capaz de tomar, nas quais sente que a sua mãe não o acompanha.

Evidencia uma certa incongruência no que diz não a nível das suas relações pessoais como a relação que mantém com a mãe, necessitando sempre que o compreenda e aprove. Sente-se mal e inquieto por a mãe não o compreender mas ao mesmo tempo refere que não necessita da sua opinião.

Não apresenta uma estrutura de personalidade definida, não sendo estruturada, é uma pessoa muito dependente, não confia nele próprio, apresentando uma auto estima reduzida, arranjanado desculpas para tudo.

Evidencia-se uma dificuldade inicial de adaptação na Marinha, devido a ter saído de um meio liberal para um padrão meio rígido, demonstrando uma alteração no comportamento.

Sente que o seu pai foi ausente, porém quando a filha nasce, separa-se dela, repetindo o mesmo padrão de ausência.

M demonstra ser pouco autónomo e independente a nível emocional, necessitando sempre dos outros ou seja, revela uma grande necessidade da compreensão e aprovação por parte da sua mãe.

A sua auto-estima é pouco estruturada e inconsistente ou seja, o seu *self* real não se aproxima do seu *self* desejado ou seja, demonstra uma idealização do *self* do que gostaria de ser e fazer mas não consegue, não se encontra estruturado para agir de acordo com a sua “vontade”.

*Locus* externalizado atribui a responsabilidade de problemas que lhe sucederam a outras pessoas, nomeadamente o seu chumbo, culpabilizando o pai pela sua saída de casa, culpabiliza a mãe por ter desaprovado o seu comportamento quando tinha 14/15 anos e quando ela não o apoiou quando precisou na relação que mantinha com a mãe da sua filha. Não tem capacidade de assumir as suas responsabilidades, nem de tomar decisões adultas.

No segundo caso conclui-se que F demonstra ser inseguro e pouco confiante não só pelo facto do que as pessoas possam pensar dele, mas também na execução das suas tarefas profissionais, evidenciando receio em ser criticado caso não as execute bem ou seja, tem medo que o chamem atenção por ter executado algo de forma errada,



menciona também que não consegue ser ele próprio no trabalho, recorrendo a outra forma de ser e estar que não é a sua, mostra também que é pouco decidido e determinado. Na altura em que ingeria álcool, demonstra alguma agressividade que foi concomitantes com as traições da sua ex-mulher ou seja, as traições que teve, despoletaram-lhe uma certa frustração, que conduziu á agressão e ate porque estariam bem melhor e não passavam as dificuldades que vejo” (sic.)

Refere ter mudado desde que se casou pela 2ª vez, tornando-o um homem de família, sendo fiel e honesto para com a sua esposa e sendo presente na vida conjugal “...desde que casei que mudei como eu era, sou uma pessoa de família, faço as coisas em família, não penso sequer em traições e comecei até a ir á igreja porque a minha mulher gosta” (sic.)

Relata ser uma pessoa trabalhadora e que gosta do trabalho que executa porém, o facto de trabalhar sem parar, leva a que os outros abusem dele. Refere ainda ser reservado, não gostando de partilhar os seus assuntos com ninguém, porém menciona que quando detém assuntos que condicionam o seu local de trabalho

Predomina ainda uma certa anedonia, pela falta de prazer nas actividades que antes executava e lhe davam prazer “sinto agora a minha vida um pouco monótona não sei não se passa nada em especial... por exemplo tenho um carro novo antes passava a vida a lavá-lo agora já nem me apetece, adoro também cozinhar e era sempre eu que cozinha e também já não tenho vontade” (sic.)

Pensa-se que poderá prevalecer alguma ideacção paranoide devido às desconfianças excessivas que manifesta nas pessoas e os próprios pais sustentarem essas mesmas ideacções não só a nível dessa mesma confiança mas também pelo facto da desconfiança surgida face ao teste de ADN.

Apresenta um mecanismo de defesa imaturo, a externalização pois revela uma certa tendência em culpabilizar os acontecimentos e pessoas externas a ele próprio, pelos acontecimentos que prejudicam a sua vida ou seja, evidencia que consumia álcool, pelos problemas com que se deparava e pelo que ia sucedendo com a sua ex-mulher

Apresenta também como mecanismo de defesa, a fuga/evitamento pois sempre que se deparava com um determinado local (como o trabalho por exemplo) que pensava que o podiam ridicularizar e com o qual tinha medo que falassem dele sobre a traição.

As suas relações interpessoais manifestam ser dependentes com alguns familiares mais próximos, persistindo por vezes um ou outro conflito, sendo que ele os considera normais e, refere algumas relações duradouras com amigos da secundária.

Pensa-se que poderá existir uma síndrome de alienação parental, pelo facto da ex-mulher de C tentar denegrir usualmente a sua imagem perante os seus filhos.

A relação que mantém com os seus filhos é caracterizada como sendo muito boa ou seja, menciona ser um pai presente, cuidado, e afectivo. Desde o início que sempre foi ele que se preocupava e cuidava dos seus filhos. Hoje em dia menciona que a relação entre eles evidencia-se um pouco afastada, devido a imposições e chantagens da sua ex-mulher para com os seus filhos.

Ao nível de traumas, verifica-se o choque inesperado das traições da sua ex-mulher, particularmente a traição cometida entre ela e o seu antigo chefe, facto que ainda hoje não conseguiu esquecer nem ultrapassar; questionando-se desse mesmo acontecimento “a traição foi um choque para mim não estava á espera não sabia o que fazer fiquei sem rumo e perdido, senti vergonha revolta e uma raiva tão grande.” (sic) Estas traições, essencialmente a segunda, conduzem-no a sentimentos de decepção, desilusão e desconfiança pelas pessoas.

No que respeita às suas condições de valor pode-se apurar que evidencia ser inseguro, e pouco determinado face ao que pretende alcançar nomeadamente a guarda dos seus filhos.

Face ao *locus* de control externo, e do que foi possível apurar, atribui a responsabilidade de problemas que lhe sucederam a outras pessoas, facto este que o conduziu a ingerir abusivamente álcool ou seja, culpabiliza os problemas pelo facto de o terem transportado para um excessivo consumo de álcool nomeadamente as traições com a sua ex-mulher e todos os conflitos que mantinha com ela. Refere ainda que foi devido às traições que ela cometeu, que o conduziram a despoletar comportamentos agressivos para com ela nomeadamente a violência física.

No que se refere à sua autonomia, demonstra ser pouco autónomo e independente, necessitando sempre dos outros ou seja, durante a sua vida, tudo o que fez, foi feito por causa de alguém nomeadamente a sua recuperação com o álcool, recuperou-se após a sua esposa o ter deixado e como não a queria perder resolveu recuperar-se, a sua auto-estima refere que aumentou devido à sua esposa, sempre que se deparou com algum problema recorria aos pais com o intuito que o ajudassem, que o resolvessem, sente uma certa limitação para tomar decisões sem conselhos dos outros como o teste de ADN, fê-lo por os pais acharem que deveria fazê-lo, revela ter uma grande necessidade e prazer em ir buscar os filhos porém subordina-se á vontade da mãe e da sua esposa, não fazendo exigências acerca das mesmas.

De acordo com estes acompanhamentos, aplicou-se em ambos o modelo Rogeriano.

Paralelamente às questões apresentadas anteriormente, importa mencionar que a população alvo da marinha só recebe consultas de Psicologia e acompanhamentos, quando enviados pelo chefe ou psiquiatria.

Tendo em consideração a experiência e a revisão bibliográfica apresentada anteriormente, constato que trabalhar na marinha requer cuidados específicos, compreendendo-os na sua verdadeira forma de ser e estar, para que se sintam aceites como são e percebam que compreendemos a sua forma de vida, e que estamos presentes para os ajudar.

#### **4.1 Reflexão Global**

A minha escolha passou por trabalhar com uma população alvo comumente militar com a qual adorei trabalhar, pessoas que vivem grandes temporadas afastadas dos seus familiares e amigos, por vezes em condições um pouco degradantes e de tal forma rotineiras, que nem sempre a adaptação é fácil, conduzindo-os muitas vezes á procura de ajuda do foro psicológico, com o intuito de arranjar soluções que lhes facultem essas mesmas adaptações; não só nos embarques como dentro da própria Instituição, que muitas vezes, conduz a conflitos e à detenção de grande *stress*, dai ter escolhido realizar as intervenções neste local de estágio.

Tive conhecimentos de uma nova instituição, com a qual fui de encontro não só às suas necessidades, como às necessidades do meu estágio.

Foi empolgante e muito benéfico estar independente no meu trabalho, apesar das reuniões de estágio, e de agendar os meus próprios acompanhamentos.

Ao longo do estágio desenvolvi várias competências forma a conciliar a teoria com a prática, o que implicou um grande esforço, sem o qual, não seria possível, um resultado final tão positivo.

No que respeita às dificuldades sentidas, ressalto o facto de num dos casos, inicialmente não conseguir estabelecer respostas de compreensão empática, devido a ter um discurso sem paragens e desorganizado.

Uma outra dificuldade, surgiu com um paciente que me foi dado, no qual predominou pela parte do mesmo, desconfiança face aos acompanhamentos e o papel do psicólogo, assim como a fraca adesão ao processo terapêutico.

No entanto todas estas dificuldades foram passando devido ao apoio disponibilizado pela orientadora de estágio.

Quanto a perspectivas futuras, tenciono abrir o meu próprio consultório, e trabalhar na área da Toxicodependência ou na Marinha.

## Referências

- Almeida, L. R. (2009). Consideração Positiva Incondicional no sistema teórico de Carl,Rogers. *Temas em Psicologia*, vol.17, n.1, pp.177-190.
- Amatuzzi, M. M. *et al* (2002). A Atitude de Boa Vontade e a Abordagem Centrada na Pessoa. *Revista Estudos de Psicologia – Puc-Campinas*, vol. 19, n. 2, pp.5-16.
- Cancela, D. M. G. (2008). O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação. *Trabalho realizado no Estágio ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*.
- Canova, F. (1994). Cansaço E Depressão. São Paulo. Edições Paulistas.
- Chamberlim, S. L. & Brigham (2005). *The Gale Encyclopedia of Neurological Disorders*. Thompson.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Artmed
- CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. vol.1. 5.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Climepsi editores.
- Gleitman, H., Fridlund, A.J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. (6ª ed.) (D.R. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (obra original publicada em 1999).
- Dubois, G. & Rosa, E. (1998). *Prevenir as Doenças Cardiovasculares*. Editorial: Presença.
- Gobbi, S. L. & Missel, S. T. (1998). *Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e Noções Básicas*. São Paulo: Editora Universitária UNISUL.
- Gonçalves, L. S. S. (2008). *Atitudes Empáticas e Aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Graciete, A. T. (2014). *O Perfil do Utente com Acidente Vascular Cerebral*.

- Duarte, M. J. S. (s.d). Cuidados Paliativos em Fase Aguda.
- Horiunto, C. H.; Ayache, D. C. G. & Souza, J. A. (2005). *Depressão: Diagnóstico e Tratamento Clínico*. São Paulo: Roca.
- Jasen, R. (2012). *Borderline, um Transtorno da Personalidade no Limite das Emoções*.
- Kernberg, O. *Et Al*, (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Penachi, A. C. & Carvalho, L. G. (2007). *A Pessoa em Crescimento: Contribuições da “Tendência Actualizante” para a Relação Terapêutica*. Monografia, da Universidade de Minas Gerais.
- Rafael, M. G. F. (2000). *A Relação de Ajuda: Uma Abordagem Rogeriana*. Dissertação de Pós Graduação, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, C. B. (2004). *Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança*. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, pp.18-23.
- Souza, L. S. (2008). *Atitudes Empáticas e Aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal, Rio de Janeiro.
- Schneider, P. (1983). *A Depressão*. Coleção saúde. Publicações Europa América.
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 1990; 4(3): 257-72.
- Taveira, L. (2003). *A Psicologia Fenomenológica Existencial Abordagem Centrada na Pessoa*. Monografia de conclusão de curso, Centro Universitário de Brasília.
- Valduga, E. Q. & Hoch, V. A. (2010). *Características de personalidade que motivam que levam acadêmicos a optar pelo referencial teórico humanista na prática terapêutica*. *Unoesc & Ciência - ACHS, Joaçaba*, vol. 1, n. 1, pp.29-38.

Wilkinson, G.; Moore B. & Moore, P. (2007). Guia Prático do Tratamento da Depressão. Climepsi.

Wood, J. K. (1998). A abordagem Centrada na Pessoa: Rumo a uma Compreensão das suas Implicações. *Revista de Estudos Rogerianos – A Pessoa Como Centro*, n.1, pp.13-29.

Zanarini, M.C (1997). Reported pathological Child hood experiences Associated with The Development Off Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*.

Zanin, C. R. & Valério, N. I. (2004). Técnicas e Estratégias Cognitivo – Comportamentais. *Revista Brasileira – Comportamento Cognitivo*, n. 1, vol. 6.