



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**A PRÁTICA CLÍNICA À LUZ DO MODELO RELACIONAL
DIALÓGICO**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Vanda Marisa Ferreira Garcia

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 30007048

Janeiro de 2022

Lisboa

Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito do estágio académico, para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio realizou-se numa clínica privada, entre outubro de 2021 e junho de 2022. A escolha deste local para estagiar baseou-se na sua localização, na flexibilidade de horários, na ampla população alvo e diversidade de problemáticas que foram surgindo, possibilitando-me a aquisição de diferentes conhecimentos teóricos e práticos, assim como desenvolver competências relacionais, permitindo-me um crescimento sustentado, tanto a nível pessoal, como profissional. A instituição segue uma vertente psicodinâmica e um modelo específico, sendo apresentado, inicialmente, neste relatório, uma descrição do Modelo Relacional Dialógico, quanto às suas fases de desenvolvimento socioemocional e às estruturas de personalidade. Com base neste modelo, e após uma formação inicial sobre o mesmo, realizaram-se os acompanhamentos psicológicos, acompanhados de avaliação psicológica. Deste modo, serão apresentados dois casos clínicos de acompanhamentos efetuados, com registo das respetivas sínteses das sessões, resultados das avaliações realizadas e uma discussão clínica. Este estágio permitiu vários momentos de aprendizagem que possibilitaram um aprofundamento de aprendizagem clínica, promovendo a reflexão dos casos apresentados.

Palavras-Chave: Estágio; Psicologia Clínica; Modelo Relacional Dialógico; Desenvolvimento Socio Afetivo; Avaliação Psicológica

Abstract

This report was carried out as part of an academic internship to obtain a Master's degree in Clinical and Counseling Psychology at the Universidade Autónoma de Lisboa. The internship took place in a private clinic, between October 2021 and June 2022. The choice of the internship was based on the location, flexibility of schedules, the larger target population and the diversity of problems that may arise. This makes it possible to acquire different theoretical and practical knowledge that together with the development of relational skills allow personal and professional growth. Since the institution follows a psychodynamic approach and a specific model, a description of the Dialogical Relational Model will be initially presented in this report, regarding the stages of socio-emotional development and personality structures. Using this model, and after an initial training on it, psychological follow-ups were carried out, accompanied by a psychological assessment. In this way, two clinical cases of the follow-ups performed will be presented, with a record of the respective summaries of the sessions, results of the evaluations carried out and a clinical discussion. This internship presented several key learnings that promoted a deeper clinical knowledge and evaluation of the cases highlighted.

Keywords: Internship; Clinical Psychology; Dialogical Relational Model; Socio Affective Development; Psychological Assessment

Índice

| | |
|--|----|
| Parte I – Enquadramento Teórico | 6 |
| 1. Modelo Relacional Dialógico | 6 |
| 1.1 Passos do Desenvolvimento Sócio Emocional – Afetologia genética | 9 |
| 1.1.1. 1º Passo – Construção do “Eu” emergente | 10 |
| 1.1.2. 2º Passo – Da relação dual à relação triádica | 11 |
| 1.1.3. 3º Passo – Significado como Signo | 12 |
| 1.1.4. 4º Passo – Processo de separação/individualização | 13 |
| 1.1.5. 5º Passo – Diferenciação do EU como pessoa | 14 |
| 1.1.6. 6º Passo – Pertença a grupo de pares | 14 |
| 1.1.7. 7º Passo – Nível evolutivo e maturativo | 15 |
| 1.2. Estruturas da personalidade e psicopatologias | 16 |
| 1.2.1. Psicose autística | 16 |
| 1.2.2. Psicose Afetiva | 18 |
| 1.2.3. Patologia <i>Borderline</i> | 18 |
| 1.2.4. Psicopatia | 19 |
| 1.2.5. Neurose | 20 |
| 1.2.6. Distúrbios na Adolescência e Adulterz | 22 |
| 1.3. A intervenção terapêutica segundo o MDR | 22 |
| 1.4. Abordagem Centrada na Pessoa | 25 |
| 1.4.1 Desenvolvimento Psicoafetivo | 28 |
| 1.4.2 Processo terapêutico na ACP | 30 |
| Parte II – Trabalho de estágio | 32 |
| 2.1. Caracterização do Local de Estágio | 32 |
| 2.2. Objetivos | 33 |
| 2.3. O papel do psicólogo na instituição | 35 |
| 2.4 Atividades de Estágio | 36 |

| | |
|--|----|
| Parte III – Apresentação de Casos Clínicos | 42 |
| 3.1. Instrumentos utilizados para avaliação psicológica | 43 |
| 3.2. Acompanhamento individual e avaliação psicológica | 47 |
| 3.2.1. Caso T. | 47 |
| História Clínica | 48 |
| Síntese das sessões de acompanhamento psicológico | 50 |
| Avaliação Psicológica | 55 |
| Discussão clínica | 61 |
| 3.2.2. Caso I. | 67 |
| História Clínica | 68 |
| Síntese das sessões de acompanhamento psicológico | 70 |
| Avaliação Psicológica | 76 |
| Discussão clínica | 83 |
| Reflexão Global do Estágio | 87 |
| Referências Bibliográficas | 90 |

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio académico para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, no ano letivo de 2021/2022, tendo o estágio sido realizado durante o período de 1 de outubro a 30 de julho, num centro de psicologia privado.

O local de estágio foi autoproposto por diversas razões, nomeadamente: realização de avaliações psicológicas, sendo uma forte componente desta clínica; pela curiosidade pelo contexto clínico-privado, pela localização e pela flexibilidade de ajuste de horários com o meu contexto laboral. Além disso, a ampla população alvo, não sendo restrita a uma faixa etária específica e a nenhuma problemática em particular, despertou o meu interesse, possibilitando um maior leque de oportunidades clínicas que permitem o contacto com diferentes tipos de casos que, por sua vez, permitem uma aprendizagem fundamental para a prática profissional.

Este relatório encontra-se organizado em quatro partes: a primeira corresponde à parte teórica, onde serão expostos os conceitos essenciais para a compreensão dos casos, tal como a descrição do modelo teórico utilizado na prática clínica da instituição e o modelo teórico lecionado na Universidade Autónoma, para a compreensão dos casos clínicos. A segunda parte será dedicada ao trabalho de estágio, no qual será feita a caracterização da instituição, qual o seu foco de trabalho, objetivos de estágio e o papel do psicólogo neste contexto. Na terceira parte, serão apresentados dois casos clínicos e correspondente avaliação psicológica, sendo apresentados os seus resultados. Na quarta parte, será feita a discussão desses casos clínicos à luz dos modelos utilizados. Por fim, será feita uma reflexão pessoal do trabalho realizado ao longo do estágio.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Modelo Relacional Dialógico

A abordagem psicanalítica tem como pioneiro Freud, na qual se interessava pela associação livre e interpretação resultante da comunicação entre duas pessoas. A intervenção assenta em compreender o inconsciente, recalcamientos e lacunas da memória. Em 1906, Freud deu os primeiros contributos para o papel da família na terapia, tanto na origem, manutenção ou agravante ou atenuante dos sintomas patológicos (Leal, 2018).

Para os pioneiros nesta abordagem, Freud, Klein e Bion, o foco deve incidir na forma como cada indivíduo funciona internamente. Estes autores acreditavam na predominância de pensamentos e aprendizagens dentro da família, geradores de padrões, com base em processos de identificação, tais como, introjetivos, adesivos, projetivos, que funcionavam como uma realidade interna. Deste modo, a aprendizagem pode-se realizar através de experiência, depender de mecanismos narcisistas ou podem funcionar como “parasitas nível”, sendo que estes diferentes tipos de aprendizagem exercem influência na formação da personalidade e no desenvolvimento (Brodie & Wright, 2002).

No exercício deste modelo psicanalítico, vemos as condutas dos indivíduos como resultado da comunicação com outros. Pode-se dizer que existe uma conexão entre os membros, mas isso não pode vedar a natureza desta comunicação (Nichols & Schwartz, 2007).

Baseando-se nesta abordagem, o Modelo Relacional Dialógico (MRD) foi concetualizado por Maria Rita Mendes Leal, tendo por base diversos autores, como Freud, Foulkes, Klein, Winnicott, Bion, entre outros, estando o processo dinâmico-relacional centrado nas emoções e nos seus significados, enquadrando-se nas psicoterapias dinâmicas (Leal, 2010).

Este modelo visa duas matrizes: Matriz Dialógica, que se refere a um padrão inato de busca do Outro como interlocutor; e Matriz Relacional Interna, que se relaciona com a análise de consistência das expressões de reciprocidade. Trata-se então de uma proposta para a compreensão do Eu como uma entidade biopsicossocial, estabelecendo relações entre os passos desenvolvimentais e as estruturas da personalidade, quanto à forma de processamento e mediação da realidade, às defesas que adquire e à percepção que tem dos outros, tal como o modo como se relaciona (Leal, 1994; 2010).

As relações sociais permitem a compreensão do modo como o indivíduo interage com o objeto e como essa relação interfere com o desenvolvimento da linguagem e com a forma como o indivíduo se molda perante o ambiente envolvente. Assim, este modelo assume uma perspectiva biopsicossocial que incide na interação entre o biológico, a psique e o ambiente social, no qual ocorre modelação de experiências que contribuem para a organização do aparelho mental dos indivíduos (Leal, 2010; Trevizan & Pessoa, 2018).

O desenvolvimento humano é um processo dinâmico no qual ocorre a alternância de estágios, com períodos de mudanças mais radicais que podem levar a uma alteração de conceitos já concebidos e à criação de novas possibilidades de respostas perante o ambiente e os outros. Para a compreensão deste processo é necessário compreender a dialética de duas linguagens essenciais: biológica e cultural. A linguagem não surge primariamente de imitações e treinos sucessivos, mas sim da atribuição de significados do bebê de modo a rotular objetos e eventos partilhados com relação a figuras de relação primária (Leal, 2010).

O cuidador apresenta um papel ativo no desenvolvimento da criança, modificando-o, prestando o seu apoio perante a sua vulnerabilidade durante a imaturidade, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento a nível físico, social, cognitivo, afetivo, emocional e valorativo e favorecendo o autoconhecimento. Deste modo, parte-se da ideia que o ser humano ambiciona ser avaliado pelos pares, sendo esta avaliação nos primeiros anos de vida

por parte dos progenitores, internalizando e construindo uma personalidade forte. No entanto, se o contrário se verifica, e se os nossos progenitores são não-responsivos e apáticos, esta ambição não se desenvolve. Em adultos, verifica-se uma alternância entre o desejo de atenção e a ausência. Uma criança que cresce com pais presentes, está segura e consegue desenvolver-se de forma autónoma. Pelo contrário, uma criança que cresce privada destes indicadores, desenvolve-se ambicionando a atenção que não lhe foi dada (Nichols & Schwartz, 2007; Pires, 2009).

Nesta perspetiva, as primeiras interações com o cuidador influenciam a construção da representação e de competências de atenção e mecanismos de socialização, sendo a forma de lidar com as pulsões básicas determinada na infância, a partir das respostas dos outros perante as necessidades. A criança procura um interlocutor válido que permita uma reação psicofisiológica de prazer, de modo a construir a sua identidade pessoal. As compreensões e incompreensões partilhadas entre o cuidador e a criança servem de contexto primário para as aprendizagens e ações futuras da criança. Assim, a análise constante da ação do próprio espelhada e devolvida pelo outro é fundamental para a organização das fronteiras do “Eu” (Leal, 2010).

Quando o cuidador responde aos gestos do bebé, seja de forma verbal ou por imitação, clarificam-lhe que esses gestos lhe dizem respeito. Este elo comunicacional, baseado na reciprocidade de ações, depende da perceção da contingência da reação do “Outro” à própria ação. Quando o bebé perceciona uma resposta do cuidador às suas expressões, começa a diferenciar-se progressivamente e a descobrir-se como “Eu”, tendo em consideração os seus sentimentos, desejos e pensamentos. Nesta interação com o cuidador, o bebé procura a contingência dos atos do cuidador (Leal, 2010).

Esta contingência surge através de um mecanismo de “vai-e-vem”, que se refere a uma resposta perante uma iniciativa do bebé, havendo a possibilidade de repetir esse gesto e

umentando o interesse em continuar essa interação. Este diálogo por via da dinâmica “vai-e- vem” é a estimulação ambiental necessária para o desenvolvimento pós-natal do cérebro, tanto a nível cognitivo, como a nível emocional (Leal, 2010; Papalia et. al, 2001; Watson, 1972).

Se esta interação do cuidador for contingente com o comportamento da criança, este será percebido como uma base segura, permitindo que a criança continue a explorar o ambiente. Caso a criança não obtenha uma resposta do cuidador ou esta seja desadequada, não sendo contingente, a reação psicofisiológica será de desprazer, inibindo o comportamento. Deste modo, caso a relação com o cuidador não seja gratificante, pode conduzir a um desajuste emocional, interferindo na estruturação do “Eu” (Leal, 2010; Schmidt et al., 2022).

A relação dialógica permite a evolução através destas trocas recíprocas. A comunicação e a necessidade de complementaridade permitem o desencadeamento e a organização de emoções, construindo características e padrões relacionais com o meio envolvente (Leal, 2010).

Deste modo, a comunicação permite a estruturação do aparelho mental, através da relação estabelecida com o outro e as necessidades de mudança, sendo o processamento interno das experiências influenciado pela relação e vinculação com o cuidador, que contribuirá para a regularização do seu campo afetivo e comportamental (Leal, 2010; Schmidt et al., 2022).

1.1 Passos do Desenvolvimento Sócio Emocional – Afetologia genética

A Afetologia Genética tem como objeto de estudo as fases de desenvolvimento social e emocional do ser humano, visando a construção e estruturação do Eu num contexto organizado e contínuo caracterizado por sete passos, desde o nascimento à idade adulta (Leal, 2010).

Aqui, o desenvolvimento psicossocial ou psicoafectivo ocorre através da estruturação de matrizes relacionais, que afeta a forma como o Eu reage e se sente perante o Outro. O indivíduo apresenta uma tendência em se autocomplexificar, atualizando-se perante os outros, através das dinâmicas experienciais. Deste modo, o desenvolvimento saudável da criança surge num ambiente sob condições biopsicossociais favoráveis à atualização das suas potencialidades (Hipólito, 2011; Papalia et.al, 2001).

1.1.1. 1º Passo – Construção do “Eu” emergente

Nos primeiros anos, o bebé inicia a procura e discriminação de estímulos que são contingentes às suas emoções, tendo um comportamento de orientação e procura de uma resposta vinda do ambiente que seja contingente à sua ação. Num momento inicial de primeiro contacto com o mundo, o bebé não distingue o que é de si do que é fora de si e é através de trocas recíprocas que encontra o prazer no que é externo a si, começando a sentir-se como parte do mundo e tendo a noção de que o que vai também volta, o que causa intenso prazer. Também o mecanismo de *turn-taking*, isto é, ritmos de dar a vez, corresponde à expectativa de que irão completar o seu ato, dando a noção de um “Eu físico”, um “Eu dialógico” e a sensação de prazer e interesse (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997; Trevarthen & Reddy, 2017).

Surge uma relação de união-dual, na qual o bebé vê no outro alguém que lhe responde, iniciando um envolver espontâneo de trocas recíprocas e, posteriormente, recorre a sons e movimentos para ter atenção do cuidador em busca de contingência. Deste modo, ao descobrir a dinâmica, cria metábolos, que consistem em esquemas mentais que promovem a organização mental através de experiências de ação. Ou seja, esses esquemas que acontecem com interações com o exterior, permitem uma apreensão gradual e construção do seu mundo interno de significados, orientando o seu comportamento, tendo a capacidade de prever e

interpretar comportamentos com a pessoa com quem está vinculada (Gergely & Unoka, 2008; Mahler, 1974; Papalia et. al, 2001).

1.1.2. 2º Passo – Da relação dual à relação triádica

Nesta fase pré-simbólica, que surge no final do primeiro ano de vida, o bebê ainda não tem representação da relação. É o interesse da criança e as suas necessidades que condicionam a probabilidade de repetição de um gesto. Havendo uma resposta da sua parte e um retorno do interlocutor, os objetivos adquirem um uso transicional, onde são analisados, manipulados e utilizados como forma de expressar elaborações mentais básicas. Nesta fase, a criança é impelida a brincar e as trocas recíprocas permitem a representação da sua existência e da do outro, separados entre si. A criança passa a ter um envolvimento ativo no ambiente ajustando-se e moldando-se, fazendo mudanças para satisfazer as suas necessidades. Assim, não apenas reage ao ambiente, como também procura estímulos e seleciona e organiza o comportamento consoante os seus objetivos. (Leal, 2010; Sroufe, 1979).

A organização do aparelho mental deve-se a estas interações, denominadas de metabólos, sendo símbolos indispensáveis para colocar ordem no caos e promover a organização interna na categorização subjetiva das experiências. É estabelecida uma vinculação exclusiva com o cuidador, desenvolvendo outros laços, menos fortes, com outras pessoas. Através destas interações, o bebê descobre e aceita as suas dúvidas, emocionalmente dolorosas, de ter ou não lugar dentro da mãe, os seus medos de ausência e proximidade, aceitação e rejeição e de sentir-se importante ou esquecido. Esta forte vinculação acompanha-se por um sentimento intenso de angústia, sobretudo devido ao afastamento da mãe, que pode levar a medos e desânimos em situações novas (Leal, 2010; Sroufe, 1979).

Através destes metabólos, surge uma nova forma comunicacional com maiores interações e explorações que adquirem uma significação pessoal. Ocorre assim uma

estruturação das relações socioemocionais e adquire uma estrutura perceptual que irá regular e caracterizar experiências, ordenando conceitualmente de modo a regularizar as ocorrências do que virá a acontecer. Isto permite uma comparação de experiências através das diferentes emoções, tal como a representação de um “Outro”, reconhecendo o “Eu físico” e o “Outro físico”, devido aos metabólos, mediadores da interação (Leal, 2010).

Assim, os adultos têm um papel de reconhecimento e repetição de iniciativas conversacionais da criança, passando esta a ter um desejo de se expressar através dos diálogos sustentados pelos mais velhos, alargando assim o seu repertório de significados (Bloom & Margulis, 1996).

1.1.3. 3º Passo – Significado como Signo

Os signos são definidos como representação ou expressão de objetos ou eventos que medeia a relação social, possibilitando a comunicação (Trevizan & Pessoa, 2018).

Este passo surge por volta dos 12 aos 24 meses, no qual a relação com o Outro permite a partilha de significados, por um processo de elaboração de significados que ocorre nesta fase, desenvolvendo assim a linguagem. Esta construção interna de significados apontados, rotulados e partilhados com o Outro, permite uma triangulação de experiências, entre o Eu, o Outro e o Objeto, que permite uma representação do outro como forma do sentir, ganhando distanciamento em relação aos seus pais. A elaboração de significados apenas é possível na relação com o Outro, na qual a linguagem surge como um ato intencional da partilha consensual com o Outro, em que atribuem um signo a um objeto ou experiência. Esta atribuição de significados permite a construção de um vocabulário partilhado que, por sua vez, permite um sentimento de pertença (Leal, 2010; Mahler et al., 1973).

Este processo de significação conduz a mudanças ao nível cognitivo da criança, ocorrendo uma reestruturação de funções psicológicas. Permite que aceda às intenções dos

outros por via de significados e sentir o “Outro psicológico”, ponderando também intenções próprias, dos outros e da partilha entre ambos, sendo algo além de uma mera troca de informação, passando a criança também a ser mediadora da construção cognitiva das realidades coletivas (Leal, 2010; Moll & Tomasello, 2007; Tomasello et al., 2005).

1.1.4. 4º Passo – Processo de separação/individualização

A vinculação exclusiva, com a criação de significados, permite que a criança inicie os primeiros passos para a sua autonomia e também uma melhor expressão no seu diálogo (Leal, 2010).

Dos dois aos três anos ocorre um processo de separação/individualização, no qual os aspetos frustrantes e prazerosos da realidade levam a que a criança experiencie um sentimento de individualidade, afastando-se, lentamente, da relação simbiótica que tinha. Além disso, surgem sentimentos de vergonha/dúvida que permitem que a criança reconheça a necessidade que os adultos têm de estabelecer limites (Erikson, 1950; Leal, 2010).

No entanto, continua com a necessidade de se sentir aceite pelas pessoas que lhe são mais próximas, uma vez que descobre que a sua relação não é exclusiva, levando a sentimentos alternantes de domínio total e desamparo, desvalorização e depreciação e amor funcional e perda de segurança, procurando um equilíbrio emocional. Isto leva a que a criança se afaste, mas volta para assegurar que o adulto cuidador está lá, descobrindo novas formas de agir com a mesma. Surge assim um narcisismo saudável e autoestima, através de representações da própria identidade, adquirindo a capacidade de lidar e integrar diferentes estados emocionais, de forma assertiva, sentindo-se mais competente e tendo uma maior crença nos seus próprios recursos. Assim, perante a responsividade da figura cuidadora, surge uma complexificação das capacidades simbólicas, com níveis de inteligência mais elevados (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994; Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

1.1.5. 5º Passo – Diferenciação do EU como pessoa

Uma vez que o processo de separação/individualização ocorreu de forma saudável, o foco passa de si e do outro para a realidade exterior. Deste modo, inicia a procura de interação com os seus pares. Através de um discurso adquirido pela interação com os seus pais, apresenta-se aos outros, distanciando-se mais da família de origem. Ocorre assim a passagem do viver dos pais para o viver da criança e a aceitação de não ter ainda competências adultas, fantasiando sobre o seu futuro, tanto em termos de papéis sociais como sexuais, não havendo ainda um símbolo da realidade exterior, sendo algo desconhecido (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

Verifica-se então um processo de socialização, no qual os amigos passam a ter maior importância, fazendo assim parte da sua diferenciação do EU como pessoa, devido às suas vivências e aprendizagem de novas estratégias de partilha, reciprocidade e tolerância e aprender a lidar de modo saudável com sentimentos de raiva e reivindicação (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

Esta é uma fase de competição social, de luta contra o sentimento de inferioridade e de desamparo para a construção do Ego e formação de identidade, onde os intercâmbios sociais são cruciais para novas aprendizagens (Papalia et. al, 2001; Leal, 2010).

1.1.6. 6º Passo – Pertença a grupo de pares

Na continuidade do seu desenvolvimento social e na sua procura de si vão surgindo comparações com os outros e assumem-se papéis sociais e pessoais que refletem a significação sobre a presença no mundo, descobrindo assim que os cuidadores não são perfeitos. Deste modo, assume-se uma posição perante crenças adquiridas até ao momento,

surgindo a necessidade de ter a própria identidade e o próprio discurso (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

Além do reconhecimento de regras sociais, surge também a noção de amizade e sentimento de pertença a um grupo de pares. Uma vez que a dinâmica de grupo não seja saudável, pode ocorrer tensão, desorganização e desistência, de modo a diminuir a ansiedade. É através da dinâmica de grupo que desenvolve uma nova compreensão dos desenvolvimentos socioemocionais para a fase adulta, tendo o grupo um papel importante de apoio e fortalecimento da personalidade. Assim, o objetivo passa pela construção de normas internas e na coerência nas relações interpessoais que permitem maior autonomia nos movimentos sociais, adoção de novos papéis de família, autorregulação, projeção no futuro e redefinição das relações com a sociedade (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

1.1.7. 7º Passo – Nível evolutivo e maturativo

Este passo caracteriza-se pela busca pela congruência, procurando novas formas de satisfazer as necessidades básicas e preencher lacunas. Caracteriza-se ainda por tentativas de separação e aproximação com os pares, sendo possível ter relações impessoais, amigáveis ou não, reconhecendo que as intenções dos outros podem ou não ser iguais às suas (Leal & Garcia, 1997; Leal, 2010).

Dá-se a alternância entre ser cuidador e ser cuidado e a criação de laços emocionais que permitem terminar o processo de separação/individualização. Deste modo procura satisfazer carências básicas e realizar propósitos e significados íntimos, possibilitando a construção de uma relação estável e íntima com um parceiro e experienciar o papel de pai/mãe, atingindo uma configuração interna que permite tornar-se uma referência para gerações futuras (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

1.2. Estruturas da personalidade e psicopatologias

Uma vez encontradas dificuldades na responsividade, seja por má qualidade ou por insuficiência, e na contingência da figura cuidadora, surgem consequências a nível do desenvolvimento das crianças em diversas áreas (Bergeret, 2006; Dix et al, 2004).

Isto irá dificultar o reconhecimento e regulação do seu mundo afetivo, apresentando problemas comportamentais. Esses problemas são caracterizados por internalização e externalização, estando relacionados com as diferentes experiências da criança, o que pode afetar a comunicação com os outros, a sua visão dos outros e de si mesma (Schmidt et al., 2022).

De facto, a relação com os outros impacta a saúde mental, uma vez que desencadeia sintomas psicopatológicos e influencia a forma como cada um se comporta durante o processo terapêutico. Tal como afirmado por Bowlby (2012), a capacidade de estabelecer ligações afetivas advém da vinculação vivenciada durante a infância, tal como disfunções na vida adulta. Estas experiências durante a infância persistem ao longo da vida, desempenhando um papel importante na formação da personalidade (Schmidt et al., 2022).

Deste modo, é importante a elaboração de um quadro clínico, através da análise da organização estrutural do indivíduo, considerando um conjunto de elementos dinâmicos e relacionais para uma melhor compreensão do indivíduo, tal como uma melhor adequação do tratamento (Bergeret, 2006; Dix et al, 2004).

1.2.1. Psicose autística

Se a interação com o cuidador não for emocionalmente prazerosa, não surge a criação de significados, não ocorrendo a maturação do Eu. Quando tal acontece, podem surgir barreiras para possíveis associações, tendo dificuldade em encontrar o estímulo, organizar informação e resolver problemas, podendo-se fixar no campo do autismo (Leal, 2010).

Este tipo de psicose deve-se a uma dificuldade com a relação primária. Ao querer entrar na relação e o Outro não ser sentido como contingente, a criança não se irá sentir como distinta da mãe, levando a uma relação fusional com uma mãe simbiótica, que poderá ser permanentemente repetida no plano interpessoal. Esta perturbação, a nível confusional, conduz a dificuldades posteriores na individuação do Eu (Bergeret, 2006; Crespo, 2002; Leal, 2010).

Deste modo, as dificuldades na interação social e na capacidade comunicacional, são características nas crianças autistas, levando a padrões comportamentais repetitivos, restritos e estereotipados e a uma menor atividade, desistindo de tomar iniciativas. Isto pode levá-las a uma tendência ao isolamento ou retraimento, insegurança e carência afetiva (Papalia et. al, 2001; Zhao et al., 2018).

Em terapia, devido à dificuldade de entrar em contacto com o outro é necessária a criação de uma relação confiável que permitirá a construção de um Eu. O terapeuta deve optar por uma posição de observação participante, selecionar um ato ou impulso e corroborá-lo, repetindo-o, dando-lhe assim um sentido e direcionando-o para que possa ter um significado mais amplo. Assim os atos ocasionais do sujeito e os impulsos manifestados estão a ser entendidos e validados. Isto permite que desenvolva competências que permitam a construção pessoal e que exprima os seus desejos e sentimentos, através desta criação de relação dual. Estabelecida esta relação, o Outro é percebido como contingente, sendo então possível inserir um terceiro elemento através da triangulação, de modo a transmitir normas sociais ou comportamentos adaptativos, por exemplo, que permitam o vínculo social com outros indivíduos. Deste modo, as atividades são focadas na construção do EU, sendo um processo individualizado (Leal, 2010; Vecchiato et al., 2016).

1.2.2. Psicose Afetiva

Difere da psicose autística, na medida em que, para além de nesta fase sentir contingência com o Outro, passa também a sentir-se contingente. Porém, esta relação pode ser perturbada, na medida em que o Outro pode não ser contingente, não conseguindo assim estar em relação com ele. Deste modo, a relação triádica não foi conseguida, o que pode levar a comportamentos maníacos, depressivos ou desvitalizados, à falta de capacidade para deitar fora o que não presta, fingimento de que não se passa nada e não se confrontam com a realidade. Sente que o mais importante é estar na relação e não ficar sozinho, a qualquer curso, tendo uma idealização da relação perfeita que acaba por não conseguir obter, uma vez que procura uma fusão completa, podendo levar à perda de contacto com a realidade (Bergeret, 2006; Leal, 2010; Ménéchal, 2002).

Tal como na psicose autística, deve ser promovida em terapia uma relação dual antes de um sistema em formato de “vai-e-vem”, estabelecendo gradualmente a comunicação, recorrendo ao espelhamento para proporcionar um novo começo. Tendo uma sensação de unidade e criando uma aliança terapêutica que contribui para uma experiência simbiótica, podendo-se passar ao formato de vaivém para a construção do modo triádico (Leal, 2010; Restek-Petrovic et al., 2018).

1.2.3. Patologia *Borderline*

A falha na partilha de significados interfere na comunicação, ocorrendo também uma desorientação nas funções de elaboração de sentimentos de pertença e não pertença, de incorporação e desincorporação, de estar junto e de estar separado, de ser contido e de se perder na relação com o outro, pode levar a um vazio interior. Deste modo, verifica-se uma desorganização e desorientação do Eu que desencadeia uma necessidade excessiva de

compreensão, respeito, apoio e afeto, podendo surgir a depressão (Bergeret, 2006; Leal, 2010).

Esta falha de comunicação leva a que o cuidador não compreenda as necessidades da criança, não as satisfazendo. Isto leva a que a criança cresça sem segurança interna, levando a que tenha pouca tolerância a separações (Bion, 2013).

Esta diferença de representações entre o Eu e o Outro desencadeia também alterações de humor, insegurança e desvalorização. Esta instabilidade emocional pode ainda levar a comportamentos impulsivos e agressivos, tanto para o Outro como para si mesmo, podendo ocorrer comportamentos autolesivos. Apesar da dependência do Outro e da necessidade de amor e afeto, podem ocorrer momentos hostis com o mesmo por sentirem medo dessa dependência (Bion, 2013).

Nestes casos, o terapeuta necessita de apostar numa atitude mais ativa, uma vez que o silêncio causará desconforto e angústia. Deve utilizar o eco básico e a mutualidade de intercâmbio que permita a experiência básica de partilha de intenções e assim a organização do Eu de estrutura triádica. Assim, é necessário que o terapeuta demonstre o seu apoio e que sinta a dor do cliente (Santos & Neto, 2018).

1.2.4. Psicopatia

Ao sentir dificuldade em integrar todos os aspetos da sua experiência num todo com coerência, pode levar a uma confusão interna e na relação com os outros. Assim, desenvolve-se baixa autoestima e um isolamento defensivo mascarado por uma organização grandiosa do *self*, agressividade, dificuldade em respeitar as regras e falta de empatia, mas com forte necessidade de afeto. A envolvimento em comportamentos antissociais aumenta quando colocado num contexto desfavorável, não tendo adultos de confiança com quem estabelecer

vinculação, sente-se incapaz de obter aceitação para dar um sentido ao seu ambiente, bloqueando o seu desenvolvimento (Leal, 2010).

A interdição da liberdade entre a fantasia e a realidade, pode levar a uma fragmentação/cisão (*splitting*), havendo uma recusa no crescimento, acompanhada por um sentimento de injustiça permanente, tal como sentimentos de raiva, revolta, desamparo, perda da fonte de prazer e um vazio interior (Leal, 2010).

O distanciamento emocional leva a apatia, preocupação com objetos materiais e a não demonstração de emoções. Têm uma visão positiva de si mesmo e negativa dos outros, conseguindo rejeitar os pais, distanciando-se e tornando-se autossuficientes, inoculando-se contra a desvalorização que aprenderam a esperar (Meloy & Yakeley, 2020).

É possível diferenciar a psicopatia em dois tipos: psicopatia imatura relacionada com perturbação da personalidade com instabilidade social e psicopatia de humilhação pela personalidade dissocial. Independentemente do tipo, o adulto assume um papel importante para desenvolver comportamentos positivos e procurar condições para a realização, tal como um sentido de valores impessoais relativamente ao bom/mau e enfrentar a vida com abertura e esperança (Leal, 2010).

Considera-se importante que o terapeuta se resguarde na ressonância e na contingência, de forma a criar uma narrativa partilhada a dois, estimulando a que o sujeito cresça interiormente, a um nível pré-cognitivo do intercâmbio, e seja capaz de consolidar objetos transicionais adequados (Leal, 2010).

1.2.5. Neurose

Se o processo de individuação e formação da identidade apresentar falhas, surgem os sentimentos de desilusão com a vida e perda de esperança nos pais, levando-o a desistir de se esforçar para lidar com os desafios da vida e ceder assim às dificuldades e às ansiedades do

Eu até então ocultadas, devido a carências frustradas. Isto pode levar a raiva e descontrole e também a um medo ou vergonha de censura por não corresponder às expectativas dos outros (Leal, 2010).

A neurose pode-se manifestar de três formas: fóbico-ansiosa, histeriforme ou obsessiva-compulsiva.

Na neurose fóbico-ansiosa, há uma necessidade de controle da atenção do outro, ansiedade elevada e sentimentos de vergonha. Devido à perda de esperança nos pais, sente que ninguém o ajuda e procura sistematicamente a presença física do outro (Bergeret, 2006; Leal, 2010; Ménechal, 2022).

No que respeita à neurose histeriforme, verifica-se uma dificuldade em lidar com o sofrimento, fugindo dele. Além disso, devido à sua labilidade emocional tem tendência ao exagero e dramatização, apresentando também egocentrismo, histerionismo, dependência, erotização das relações sociais, utilizando a sedução como forma de relação (Bergeret, 2006; Leal, 2010; Ménechal, 2022).

Por fim, a neurose obsessiva-compulsiva relaciona-se com a busca de uma explicação lógica para tudo, com o desprezo pelo outro, constrição emocional, dúvida de si mesmo, superego severo, rigidez e perseverança (Bergeret, 2006; Leal, 2010; Ménechal, 2022).

Em terapia é necessário assegurar uma experiência de ser ouvido e respondido sem condições, aceitando a associação livre e promovendo o *insight*. Isto leva à compreensão dos conflitos existentes que se expressam em sintomas, produtos de mecanismos de defesa regidos pelo inconsciente. Esses mecanismos podem levar a distorções de processos mentais como forma de combater a ansiedade, sendo necessária a reconstrução desses mecanismos neuróticos, por mecanismos mais maduros. Assim, as descrições do acontecer da pessoa podem tornar-se os mediadores adequados, permitindo uma nova construção do seu mundo interno (Estevão & Metzger, 2015; Rodziński et al., 2019).

1.2.6. Distúrbios na Adolescência e Adulterz

Correspondentes à sexta e sétimas estruturas. No que respeita à sexta estrutura, as carências sociais, dificuldades relacionais com os outros e comportamentos de provocação devem ser encarados como uma fase de experimentação e confirmação no sentido da construção de um Eu interior autónomo (Leal, 2010).

Na sétima estrutura de personalidade, o indivíduo tem a capacidade de satisfazer as suas necessidades básicas e preencher lacunas, procurando constantemente um significado básico da vida. Assim, alcança um nível de evolução/maturação, adquirindo uma configuração interna que permite lidar com possíveis desafios que possam surgir. No entanto, o indivíduo pode-se deparar com um teste de realidade que desencadeia desilusão, podendo desenvolver uma estrutura depressiva (Leal, 1994; Leal & Garcia, 1997; Leal, 2010).

1.3. A intervenção terapêutica segundo o MDR

No caso das crianças, recorre-se à ludoterapia para permitir que a criança se sinta confortável e livre para poder manifestar as suas emoções, pensamentos, sentimentos e preocupações. Muitas vezes, a expressão oral ainda não está desenvolvida, sendo a ludoterapia uma forma eficaz e adequada para ultrapassar essa barreira. A sua não diretividade permite que a criança assuma as escolhas das suas ações de forma livre, sendo que o terapeuta deve-se orientar pela linguagem corporal e pelo simbolismo dos objetos utilizados, pelos momentos de silêncio e sequências simbólicas, adotando sempre uma atitude não intrusiva. (Blalock, Lindo & Ray, 2019; Blanco & Sheeley-Moore, 2012; Leal, 2010).

É de salientar as bases de filosofia humanista deste tipo de intervenção, na qual se dá primazia à relação, em que as crianças são merecedoras de confiança e têm capacidades e competências a desenvolver e onde o ambiente ludoterapêutico permite o desenvolvimento

dessas capacidades, tal como a experiência e gestão de emoções (Blalock, Lindo & Ray, 2019).

Axline (1969), uma das pioneiras desta terapia, defende a necessidade em estabelecer fronteiras afetivas no relacionamento terapêutico, de modo a não interferir na terapia. Deste modo, destaca a criança de um relacionamento genuinamente agradável e amigável e rege-se por vários princípios: aceitação da criança; estabelecer um sentimento de permissividade para que sinta liberdade de se expressar; reconhecer e refletir sentimentos da criança, de modo a que esta tenha percepção do seu comportamento; manter o respeito pela mesma, contribuindo para a sua autonomia na resolução de problemas; a criança direciona a própria sessão; não apressar a terapia e estabelecer limites, adequando a criança à realidade.

Neste *setting*, o terapeuta procura a comunicação ao devolver à criança a sua iniciativa, regulando os mecanismos de vai-e-vem, sendo reconhecido como um interlocutor confiável, emergindo o diálogo numa relação triádica. Ao emergirem símbolos e fantasias da criança, ocorre uma projeção dos seus afetos e emoções, tal como a transferência de significados internos para o material externo, devido a uma necessidade de dar expressão ao sentir. Nesta relação, o adulto e a criança criam e partilham significados juntos, havendo reciprocidade e criação de símbolos que facilitam novas formas de comunicação (Leal, 2010; Leal & Garcia, 1997).

Já nos adultos, o foco do processo visa igualmente promover o bem-estar psicológico, ao favorecer a aquisição de capacidades e competências para um encontro harmonioso com o mundo exterior. A intervenção psicológica como processo dialógico-relacional surge como um espaço de associação livre, o qual foca-se nas emoções e significados construídos pelo indivíduo durante a sua história de vida (Jardim, 2005).

O terapeuta surge como um mediador da relação EU-Outro-Realidade, num ambiente dinâmico no qual o diálogo é recíproco e alternante entre o Eu e o Outro. Este ambiente é

convidativo à mudança, levando à construção de novos significados, novas formas de pensar, sentimentos e formas de agir e de estar no mundo e de relacionar-se com os outros, levando à reflexão e a novos esquemas de conhecimentos, o que conduz à mudança (Marangoni & Aires, 2006).

Deste modo, pretende-se a reconstrução relacional do objeto e uma estruturação do Eu. Assim, o terapeuta tem um papel de interlocutor orientado pela dinâmica, tendo em conta o que é relatado e os momentos de silêncio, e assume o rumo do primeiro passo da organização do Eu, o vai-e-vem recíproco e alternante, o *turn-taking* emocional. A partir daí, cria-se uma relação cliente-terapeuta, na qual o sucesso terapêutico depende da atitude do terapeuta de escuta ativa e compreensão das experiências do cliente e da disponibilidade e iniciativa para a mudança do cliente (Leal, 2000).

Neste sentido, são utilizadas técnicas de intervenção para a promoção da mudança, que se podem categorizar em dois grupos: técnicas gerais que o psicólogo deve adotar sempre na relação com o cliente ao longo da terapia e técnicas específicas que são utilizadas consoante o conteúdo abordado.

Quanto às técnicas gerais inserem-se: compreensão empática, análise contingente do intercurso e nomeação/pôr verbo. A compreensão empática, proveniente da corrente humanista, relaciona-se com a procura em ver como o cliente se sente e sentir o mundo do cliente como se fosse o dele, permitindo a sua compreensão sem juízos de valor e pré-conceitos. Isto permite criar confiança na comunicação da compreensão, o cliente sente-se compreendido e aceite perante as atitudes de genuinidade, empatia e consideração incondicional do terapeuta que permitem o seu crescimento. A análise contingente do intercurso diz respeito às trocas recíprocas e alternantes que promovem a organização do aparelho mental, através da escuta e compreensão, criando uma sintonia entre os dois. Na nomeação/pôr verbo, colocando-se por palavras os acontecimentos e os sentimentos, tendo o

verbo um papel organizador e na atribuição de significados. (Hipólito, 2011; Leal, 2003; Murphy & Joseph, 2018).

Ao longo da terapia, consoante o conteúdo abordado pelo cliente, o terapeuta pode optar por: (1) repetição: de uma parte final do discurso ou de algo considerado mais relevante dito pelo cliente, de forma a que ele se ouça a si mesmo; (2) marcação: utilização de interlocuções que marcam a presença do terapeuta e que apoiam o discurso do cliente, de modo a não o interromper (e.g. “hum-hum...”); (3) eco emocional: realce das emoções, nomeando-as, de modo a que o cliente as identifique, manifeste-se e as compreenda melhor; (4) re-expressão: síntese do que foi proferido pelo cliente de uma forma mais curta, clara e organizada; (5) focagem: a atenção direciona-se para a emoção em concreto, levando a uma maior aproximação da vivência dessa emoção, o que aumenta a ansiedade e, conseqüentemente, conduz à reflexão sobre a mesma; (6) generalização: visando a diminuição da ansiedade, apontam-se as similaridades da experiência do cliente com os restantes humanos, mostrando que outros sentem o mesmo; (7) tradução: explicar determinado aspeto comportamental através do ponto de vista da psicologia; (8) Interpretação: apontar conflitos internos, dando uma nova configuração aos factos referidos pelo cliente (Leal, 2003).

Deste modo, procura-se promover o *insight*, criando um ambiente de contingência e de liberdade para falar das suas preocupações, promovendo sentidos e significados intrínsecos a si, de modo a descobrir o seu potencial humano.

1.4. Abordagem Centrada na Pessoa

A perspetiva humanista provém de duas correntes filosóficas: existencialista e fenomenológica. A corrente existencialista incide-se nas experiências dos indivíduos e o seu livre-arbítrio, sendo importante a tomada de consciência e aceitação da responsabilidade, como forma de liberdade, afirmando assim que cada um se constrói a si mesmo. Já a corrente

fenomenológica refere que as experiências são subjetivas, subjetivas em que cada indivíduo aprende a realidade de forma única tendo cada um a sua (Rabasco et al., 2022; Stenzel, 2022).

Esta abordagem, surge em discordância a outras perspectivas existentes, como a psicanálise. Os humanistas consideravam que a perspectiva psicanalítica tinha uma visão mais fatalista e pessimista, tendo estudado apenas indivíduos com perturbações levando a essa visão mais negativa do ser humano. Deste modo, seria importante visar as características positivas do sujeito, não se focando apenas na psicopatologia, mas também nas suas capacidades saudáveis (Rabasco et al., 2022; Rocha & Farinha, 2022).

Abrahan Maslow trouxe a esta perspectiva conceitos como motivação e autorrealização, uma vez considerava a existência de fatores motivacionais que servem de base à personalidade, sendo a motivação um processo para os indivíduos atingirem os seus fins. Estes dois conceitos permitiram a Rogers aperfeiçoar as suas ideias, levando a desenvolver a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), apresentando uma visão holística do indivíduo, o qual é dotado de capacidade e tendência permanente de atualização e de autorrealização para que ocorra uma mudança (Strowbrige & Woofe, 2010; Hipólito, 2011; Rabasco, 2022).

A ideia basilar de Rogers rege-se pela tendência atualizante do indivíduo, tendo este, desde a sua origem celular, a capacidade de atualizar as suas potencialidades, em função das experiências. As percepções que têm são um processo interno, pelo qual cada indivíduo tem a sua realidade, diferenciando-se dos outros. Assim, apresenta a sua própria maneira de perceber o mundo e as suas experiências, sejam positivas ou negativas, influenciam o processo de autorrealização, mantendo as experiências que não atualizadas e evitando as que não são. Deste modo, em comum com o MDR, o processo de socialização influencia a sua personalidade, dando origem a um autoconceito formado pelos valores familiares e sociais que contribuem para o seu crescimento. Ou seja, acredita-se que o indivíduo tem capacidades

naturais de se descobrir as suas potencialidades e de as desenvolver (Hipólito, 2011; Eremie & Ubulom, 2016).

Visa-se o crescimento autónomo do indivíduo através dos seus próprios recursos, promovendo-se o *insight* em contexto terapêutico (Eremie & Ubulom, 2016).

Esta abordagem permitiu ainda a criação de uma nova forma de valorizar a pessoa, substituindo o conceito “paciente” por “cliente”, de forma a descartar associações a doenças e diagnósticos. Deste modo, não sendo a elaboração de diagnósticos prioridade, realça-se a essência e genuinidade do sujeito, não ignorando, nem reduzindo a sua identidade, sendo assim mais importante o trabalho da qualidade da relação que irá desencadear a mudança (Mearns, 2003; Messias & Curty, 2006).

No entanto, segundo Rogers (1957), a mudança terapêutica apenas ocorrerá caso estejam presentes as seguintes condições necessárias e suficientes ao crescimento: (1) existência de contacto psicológico entre cliente e terapeuta; (2) incongruência do cliente, na medida em que o cliente não se encontra consciente da sua incongruência, tornando-se uma pessoa vulnerável (3) congruência do terapeuta, apresentando uma postura genuína e livre durante a terapia; (4) consideração positiva do terapeuta, fazendo com que o cliente se sinta livre e confortável; (5) compreensão empática do terapeuta e (6) comunicação da compreensão empática do terapeuta ao cliente.

Estas condições pretendem primeiramente avaliar a estrutura do indivíduo, para de modo a compreender e analisar que experiências podem ser inconsistentes. Importa também que o indivíduo entenda e aceite as experiências que de alguma forma negou a sua simbolização. O objetivo do terapeuta será ajudar o cliente a explorar tais experiências na sua consciência, reorganizando-as (Rogers, 1957; Paulino e Brites, 2001).

Deste modo, a terapia centrada na pessoa pretende ajudar e apoiar o desenvolvimento do indivíduo, de modo que seja capaz de encarar a situação pela qual está a passar e outros

problemas futuros que possam surgir, de forma mais adequada, não pretendendo resolver uma situação específica (Hipólito, 2011).

1.4.1 Desenvolvimento Psicoafetivo

Um dos conceitos centrais da Teoria da Abordagem na Pessoa é a “Tendência Formativa”. Esta ideia surge com base da teoria organísmica, na qual o indivíduo, desde a sua conceção até ao fim da sua vida, o indivíduo vai-se autocomplexificando através de uma tendência a se atualizar a si mesmo, comparando-se com outros seres vivos ou através das suas experiências, ele atualiza as suas capacidades (Hipólito, 2011).

Consequentemente, revela-se uma “tendência de autorrealização” no decurso do desenvolvimento psicoafetivo da pessoa, de modo a cumprir as suas potencialidades e em se desenvolver até à maturidade (Hipólito, 2011).

Desde o desenvolvimento embrionário que o indivíduo se encontra sujeito a traumas que podem afetar o desenvolvimento das suas potencialidades e atualização.

Após o nascimento, o bebé continua num processo de hipercomplexificação vai conhecendo progressivamente as barreiras do *self* organísmico e passa a reconhecer o mundo exterior, de modo a experienciá-lo e desenvolve condições de valor, tendo uma perceção do Outro significativo (mãe) e o não-significativo (outros). Assim, o bebé passa a ter uma dependência e necessidade conscientes do amor do Outro, modelando as suas ações de acordo com os seus valores. A interação do indivíduo com os outros, contribui para a evolução do autoconceito, ou seja, uma perceção de si e da própria pessoa, atribuindo valores, positivos ou negativos, aos seus atributos (Hipólito, 2011).

São esses valores que vão originar uma dissociação entre a experiência (o que sente) e o que vai simbolizar (na sua perceção). Ou seja, uma dissociação entre o *self* organísmico e o *self* real ou percecionado, que se refere à forma como a criança se percebe; e *self* ideal ou

desejado, que se refere à forma como a criança deverá ser para ser aceite pelo Outro (Hipólito, 2011).

A dissociação entre os *self*'s cria uma tensão difícil de equilibrar, conduzindo a sintomas. Neste sentido, quanto maior for essa dissociação, menor será a estima de si e, quando essa dissociação envolve cognição e emoção, pode gerar como sintoma alexitimia, que pode afetar a percepção dos próprios sentimentos ou numa dificuldade em exprimir emoções e sentimentos. Um sintoma, surge então de uma equilibração do organismo de modo a se organizar e continuar o seu funcionamento (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento saudável da criança surge num ambiente sob condições biopsicossociais favoráveis à sua atualização das suas potencialidades. No entanto, podem surgir traumas tanto nas suas potencialidades como em condições ótimas para a sua atualização com consequências para o seu desenvolvimento. Estes podem ser considerados *locus* de controlo interno, caso o processo de complexificação depende de si ou *locus* de controlo externo, referente a decisões que fogem do controlo da pessoa, mesmo que lhe digam respeito (Hipólito, 2011)

Estes traumas, sejam biológicos, psicológicos ou sociais, são frequentes no decurso da vida, conduzindo a sintomas o que, por sua vez, pode dificultar a distinção entre o real e o imaginário, originando psicose (Hipólito, 2011).

Além disso, a ausência da capacidade discriminativa do real e do imaginário pode causar uma perda da capacidade de relação, manifestando-se em situações, física ou psicológica, podendo levar a uma situação vegetativa ou a uma degeneração (Hipólito, 2011).

Os traumas que podem interferir com as potencialidades do indivíduo ou à sua atualização, podem fornecer informações psicopatológicas relativamente ao mesmo. Quanto aos sintomas manifestados, para os eliminar, é necessário que a pessoa tenha antes tentado encontrar um equilíbrio alternativo. Por norma, eles desaparecem quando deixam de ser

utilizados para lidar com os conflitos e também com o auxílio de processos de autocura. Deste modo, um indivíduo sem traumas e sintomas apresentaria uma conformidade quanto ao *self* organísmico, o *self* real e o ideal (Hipólito, 2011).

1.4.2 Processo terapêutico na ACP

O processo terapêutico procura a diminuição da discrepância entre o *self* real e o *self* ideal, através da reorganização interna (Hipólito, 2011).

Nesta perspectiva humanista, o foco não se centra nos problemas apresentados pelo indivíduo, mas sim nele na totalidade, de modo a ajudá-lo ter uma visão mais realistas das suas perceções, ser autónomo e confiante. Para tal, a realidade do cliente é compreendida com recurso a condições básicas de congruência do terapeuta, empatia e consideração positiva incondicional (Hipólito, 2011; Eremi & Ubulom, 2016).

A congruência diz respeito ao estado do terapeuta, cujos seus pensamentos e comportamentos, sejam consciente ou inconsciente, devem estar em harmonia, conduzindo assim à transparência na relação do terapeuta com o indivíduo, pautada pela autenticidade e sinceridade, que permite uma melhor comunicação de sentimentos. (Rogers, 1980).

A consideração positiva refere-se à aceitação do sujeito, quando à forma como este se sente, pensa e age, mesmo que discorde com ele. De modo a que esta seja reconhecida pelo cliente, é necessário estabelecer uma relação empática. Esta atitude empática que o terapeuta deve adotar refere-se à capacidade do terapeuta em procurar ver como o cliente se sente e sentir o mundo do cliente como se fosse o dele, permitindo a sua compreensão sem juízos de valor e pré-conceitos. Assim, o principal método de intervenção terapêutica são as respostas empáticas, que consistem na demonstração de compreensão pelo indivíduo, revelando preocupação e compreensão pelo conteúdo apresentado pelo indivíduo (Rogers, 1980; Hipólito, 2011; Murphy & Joseph, 2018).

Deste modo, o terapeuta opta por uma abordagem não diretiva, caracterizada pela ausência de julgamentos, sejam estes positivos ou negativos. O cliente possui toda a liberdade e assume a direção da própria sessão, sendo o papel do terapeuta acompanhá-lo e compreendê-lo, respeitando o seu ritmo e todas as crenças e valores que fazem parte da sua vida. Esta abordagem, permite o desenvolvimento da confiança e respeito do sujeito pelo terapeuta e a autonomia do próprio (Brodley, 1997; Moon & Rice, 2012).

Assim, o terapeuta deve criar um ambiente favorável ao crescimento, livre de obstáculos, sabendo que todo o tipo de comportamento do terapeuta influencia a terapia, tal como gestos e expressões faciais, devendo este optar por uma atitude não diretiva. Esta não diretividade é considerada como uma atitude do terapeuta em que consiste na convicção de que as pessoas não necessitam de serem guiadas para se ajustarem, podendo fazê-lo por si mesmas, reconhecendo as responsabilidades das suas próprias ações. Esta abordagem não diretiva, permite uma aprendizagem autodirigida pelo cliente, não havendo interferências do terapeuta, sendo que este apenas tem o papel de acompanhá-lo e compreendê-lo, respeitando o seu ritmo, crenças e valores, sem julgamentos ou opiniões, permitindo assim o desenvolvimento de confiança e respeito do cliente e aumento a sua autonomia (Moon & Rice, 2012; Murphy & Joseph, 2018).

Este ambiente, livre de julgamentos, é essencial para o desenvolvimento de *insights* do cliente, sendo que posteriormente o cliente transmitirá esse conhecimento adquirido para a sua vida diária, salientando ainda que o terapeuta deve adotar uma atitude de respeito pela integridade da pessoa, destacando: respeito pela autonomia pessoal do cliente, crença na capacidade de ajustamento do cliente, considerar a pessoa na totalidade e não se focar apenas em alguns fragmentos, aceitar as diferenças e desejo se ajudar o cliente a compreender e a aceitar-se a si mesmo. O terapeuta deve ainda optar por expressar aceitação ao que lhe é dito

pelo cliente e reformulação do sentimento, devendo atuar como um espelho, permitindo o reconhecimento e reformulação das atitudes emocionais do cliente (Rogers, 2000).

Parte II – Trabalho de estágio

2.1. Caracterização do Local de Estágio

Fundado em 2001, o local de estágio é caracterizado como um centro de psicologia privado e é constituído por uma equipa de psicólogas com uma ampla experiência e escala de competências. A sua atuação em clínica privada leva a que a sua população alvo seja abrangente, trabalhando-se com crianças, adolescentes, adultos, famílias, casais e grupos, nas mais variadíssimas patologias e temáticas que vão surgindo.

Como base de trabalho, encontra-se presente o modelo psicoterapêutico dinâmico, recorrendo à psicoterapia relacional-dialógica-histórica, estando também a terapia familiar sistémica e de casal e a logoterapia presentes na prática clínica. Esta abordagem dinâmica está assente no Modelo Relacional Dialógico, que refere a comunicação e o relacionamento com os outros como uma aptidão importante para o desenvolvimento psíquico.

Os serviços prestados pela clínica são variados, onde se incluem: psicologia clínica, neuropsicologia, psicoterapia, avaliação de condutores, supervisão de psicólogos e avaliação psicológica e neuropsicológica, sendo o objetivo deste estágio o acompanhamento psicológico na área da psicologia clínica e a avaliação psicológica. No entanto, ao longo do decurso do estágio, foi possível acompanhar o trabalho dos profissionais da clínica a atuar nas diferentes áreas.

No âmbito da psicologia clínica, insere-se o acompanhamento psicológico e a mediação familiar/terapia familiar e conjugal, tal como a realização de exames psicológicos em: (1) Crianças: Avaliação do desenvolvimento cognitivo e da inteligência; avaliação de

perturbações e competências escolares (e.g. dislexia, disortografia, discalculia, dificuldades de atenção/concentração); avaliação do desenvolvimento da linguagem e da motricidade; exame de personalidade e avaliação do desenvolvimento sócio - emocional (e.g. hiperatividade, agressividade, dificuldades de relacionamento, neurose, psicose, entre outros); (2) Adolescentes, adultos, idosos: avaliação cognitiva e da inteligência; avaliação neuropsicológica; exame de personalidade.

No que diz respeito à avaliação de condutores, são realizados exames psicológicos a condutores e procede-se à elaboração de relatórios para o Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT), seja para renovação de carta de condução ou para obtenção de outra categoria da carta de condução.

Relativamente à neuropsicologia, envolve a avaliação diagnóstica e reabilitação, realizando exames diagnósticos de modo a determinar a presença ou não de patologia, lateralização ou localização de lesões cerebrais e compromissos focais ou difusos. Envolve ainda reabilitação após Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Trauma Crânio Encefálico (TCE), de modo a maximizar as competências funcionais dos clientes em consonância com as exigências do seu meio ambiente, através de exercícios precisos, mobilizações provocadas, estímulos especialmente desenhados e projetados, entre outros, sendo ainda dada orientação à família de modo a lidarem com os casos, estabelecendo estratégias para controlar e cuidar o comportamento inadequado. Ainda nesta área, a neuropsicologia escolar envolve diversos programas com vista à promoção cognitiva de crianças com dificuldades de aprendizagem.

2.2. Objetivos

O estágio teve como principal objetivo proporcionar um contacto direto com a prática de profissionais no campo da psicologia. Numa fase inicial, pretendeu-se obter os conhecimentos teóricos necessários à prática clínica e elaborar relatórios de avaliação

psicológica, para posteriormente aplicá-los na prática em consulta. Para tal, foram realizadas semanalmente reuniões individuais e de equipa, consultas e supervisões constantes com a orientadora de estágio e os outros profissionais da equipa, tendo o acompanhamento necessário para uma melhor aprendizagem e evolução enquanto profissional.

Deste modo, integram-se os seguintes objetivos e respetivas atividades:

1. Conhecer o funcionamento da instituição.
 - 1.1. Conhecer o regulamento geral do centro e a ética em psicologia através de reuniões entre a orientadora de estágio e os estagiários.
 - 1.2. Conhecer a teoria sobre o modelo terapêutico usado, tal como as técnicas de intervenção, através de exposição teórica, nas supervisões com a orientadora de estágio.
2. Observação, análise e discussão de casos clínicos.
 - 2.1. Observar consultas de clientes que consintam a presença da estagiária em consultório.
 - 2.2. Pesquisar sobre as temáticas abordadas nas sessões.
 - 2.3. Identificar diagnósticos das consultas assistidas consoante o modelo terapêutico utilizado.
 - 2.4. Participar em supervisões com as profissionais da equipa, de forma a conhecer e discutir casos.
3. Conhecer e manusear os diversos testes de avaliação psicológica.
 - 3.1. Pesquisar e estudar os testes a serem aplicados
 - 3.2. Selecionar as melhores estratégias de avaliação mediante as necessidades apresentadas
 - 3.3. Elaborar relatórios de avaliação psicológica: relatórios de crianças, adolescentes e adultos, relatórios neuropsicológicos, relatórios escolares, relatórios para

acompanhamento psicológico e psicoterapêutico, relatórios para tribunais e outras instituições ou técnicos de saúde, entre outros.

4. Iniciar a prática clínica.

4.1. Observar consultas de outros profissionais, percebendo todo o procedimento efetuado.

4.2. Realizar avaliações psicológicas completas, consoante os casos que possam surgir: avaliações a crianças e adultos, avaliações neuropsicológicas, avaliações de motoristas para o IMT, orientações profissionais, entre outras.

4.3. Acompanhamento de casos sob supervisão da orientadora de estágio.

4.2. Refletir e discutir sobre os casos, identificando diagnóstico e o modo de intervenção mais adequado.

2.3. O papel do psicólogo na instituição

Através de métodos de análise a avaliação, o psicólogo clínico procura identificar as características de comportamentos dos indivíduos e as suas capacidades, sendo os resultados dessa avaliação um contributo para a intervenção, potenciando um melhor ajustamento do indivíduo. Assim, a psicologia clínica rege-se pela relação entre o psicólogo e o cliente, de modo a resolver problemáticas que surjam em consultório (Leal, 2012; Mackay, 2018).

Nesta instituição, o psicólogo recorre a técnicas e métodos variados que permitem um contacto com a realidade psíquica e comportamental dos indivíduos, de modo a promover a saúde mental e o seu bem-estar.

Desde modo, ao chegar o pedido para o acompanhamento psicológico, o psicólogo realiza numa primeira consulta a anamnese, de modo a perceber o motivo da consulta e identificar as variáveis que causam mal-estar ao indivíduo. De seguida, realiza-se uma

avaliação psicológica, adequada aos sintomas apresentados pelos indivíduos, podendo esta ser realizada através da aplicação de provas de avaliação psicológica projetivas e não projetivas.

Com os resultados das provas aplicadas em conjunto com a informação recolhida na anamnese, o psicólogo irá realizar um relatório, no qual descreve os resultados dessas mesmas provas e a adequada proposta terapêutica.

De seguida, se o cliente consentir procede-se ao acompanhamento psicológico, e através de técnicas e metodologias variadas identifica-se o pedido e a problemática em causa e procura-se desenvolver a capacidade de *insight* dos indivíduos, promovendo um melhor ajustamento psicológico dos mesmos a eventos externos, de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

Assim, junto com o cliente, o psicólogo traça um caminho e percorre-o de modo a alcançar as metas desejadas, estabelecendo uma relação segura e empática que promove a confiança e o bem-estar do cliente, tanto durante as consultas, como no seu dia a dia.

2.4 Atividades de Estágio

2.4.1. Reuniões

A equipa nesta instituição realizou diversas reuniões, numa fase inicial, de forma a acolher e integrar os novos estagiários. Para tal, numa primeira reunião, foram realizadas dinâmicas de grupo, para que a equipa se conhecesse. As reuniões seguintes foram teóricas, sendo dado a conhecer o regulamento de funcionamento e de ética da clínica e os fundamentos teóricos pela qual se rege a abordagem de trabalho da clínica.

Semanalmente, foram realizadas reuniões entre a orientadora e a orientanda para falar sobre o trabalho que tem sido feito, discutir casos e esclarecer dúvidas que possam ter surgido.

As reuniões de coordenação de estagiários aconteceram mensalmente, promovendo a partilha e discussões de casos, dúvidas e conhecimentos entre os colegas, tal como identificação de falhas tendo em vista melhorias futuras. Além disso, foi comum falar dos vários projetos nos quais a clínica está envolvida, como a meditação nas escolas, projetos de divulgação, elaboração de textos para newsletters e o projeto de apoio aos refugiados.

É ainda comum na clínica a realização de reuniões semestrais, nas quais também participei, de modo a fazer uma avaliação do trabalho realizado nesse semestre, consoante o número de acompanhamentos, avaliações e relatórios realizados, com consequente autoavaliação do desempenho. Nessas reuniões, realizam-se atividades dinâmicas entre os vários integrantes da equipa, seguindo-se do balanço de cada um respeitante ao trabalho realizado durante esse semestre, sendo possível a partilha de experiências.

2.4.2. Semanários

De forma a supervisionar o trabalho realizado pelos estagiários foram enviados semanalmente à orientadora de estágio semanários, relatando o trabalho realizado nessa semana, identificando diagnósticos e técnicas utilizadas nas sessões, promovendo uma reflexão crítica perante os casos. Foram ainda realizadas transcrições de sessões que foram analisadas pela orientadora de estágio, fazendo as devidas correções e sugestões para aplicar na sessão seguinte.

2.4.3. Pesquisas bibliográficas

Foi necessária uma pesquisa constante e leitura de investigação científica e manuais de testes de avaliação psicológica, de forma a aprofundar as temáticas que foram surgindo, tal como para aplicação e interpretação de testes de avaliação psicológica, bem como para a elaboração de relatórios.

2.4.4. Observação de consultas e avaliações

Ao longo do estágio, foi possível assistir a sessões realizadas por outros profissionais da equipa, de forma a promover uma familiarização com a prática e a abordagem da clínica. Foi dada ainda a oportunidade de assistir à prática de meditação em crianças nas escolas, no entanto, não me foi possível assistir.

De modo a familiarizar-me com os instrumentos utilizados na avaliação psicológica foi possível observar algumas sessões de avaliação, para conseguir aplicá-los posteriormente.

2.4.5. Avaliação psicológica e acompanhamento

Neste estágio foi dada a oportunidade de intervenção direta com os clientes, de modo a prestar acompanhamento psicológico, com uma constante supervisão da orientadora. Em cada sessão de anamnese foi exigida a transcrição da mesma, com o objetivo de fazer o diagnóstico e a planear a avaliação psicológica.

Os acompanhamentos realizados iniciaram-se sempre com uma primeira consulta de anamnese, procedendo-se às avaliações psicológicas dos clientes. Estas avaliações foram planeadas e aplicadas consoante as necessidades individuais de cada cliente, de acordo com as informações recolhidas durante a anamnese.

A clínica disponibilizou aos estagiários os testes de avaliação psicológica e correspondentes materiais de suporte, de modo a aplicar, analisar e interpretar os resultados para a realização de relatórios de avaliação psicológica.

Foram realizadas diversas avaliações psicológicas e relatórios psicológicos, envolvendo os seguintes instrumentos: Desenho da Família de Corman, Bar-Ilan, Ludo Diagnóstico, Teste das Cores de Luscher, Questionário Sentido de Vida, Questionário de Inteligência Espiritual, Escala de Inteligência de Weschler para Crianças (WISC III), Matrizes Progressivas de Raven, Mini Mult e Rorschach.

Posteriormente, os relatórios da avaliação psicológica foram realizados e devolvidos ao cliente, de forma clara e objetiva, de modo que este se deparasse com informações sobre si próprio e de como se vê ou sente a sua realidade, visando uma reflexão por parte do mesmo e uma mudança em detrimento da saúde mental.

Além disso, foram ainda realizadas avaliações de motoristas e respeitante elaboração de relatórios para o IMT, para renovações de cartas de condução e obtenção de novas categorias.

Ao longo do estágio, foi possível prestar acompanhamento psicológico a 7 pessoas, das quais houve uma desistência de uma adolescente de 13 anos que estava em terapia contra a sua vontade e uma alta de um jovem adulto de 25 anos. Foi também realizada uma sessão de anamnese, sendo o cliente posteriormente remetido para outro profissional, devido a incompatibilidade de horários. Em seguida, será apresentado, na tabela 1, o registo dos acompanhamentos realizados, indicando a idade, género, a data da primeira consulta e a frequência de sessões.

Tabela 1*Acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio*

| Nome (iniciais) | Gênero | Idade | Data da 1ª consulta | Frequência |
|-----------------|-----------|-------|---------------------|---------------|
| R.C. | Masculino | 14 | 04/10/2021 | Semanal |
| L.C. | Masculino | 24 | 20/10/2021 | Alta |
| I.R. | Feminino | 20 | 30/10/2021 | Semanal |
| I.A. | Feminino | 13 | 30/10/2021 | Cessão |
| T.L. | Masculino | 37 | 04/02/2022 | Semanal |
| D.T. | Feminino | 48 | 04/03/2022 | Reencaminhado |
| A.N. | Feminino | 34 | 26/03/2022 | Quinzenal |
| A.H. | Feminino | 19 | 20/05/2022 | Semanal |

No que respeita a avaliações psicológicas, foram realizadas 11 avaliações psicológicas e respetivos relatórios, 6 relatórios encaminhados de avaliações feitas por outros profissionais da clínica e foram realizadas 4 avaliações de motoristas (ver tabela 2).

Tabela 2*Avaliações psicológicas e relatórios realizados durante o estágio*

| Nome | Género | Idade | Data | Tipologia |
|-------|-----------|-------|------------|-----------------------|
| R.C. | Masculino | 30 | 22/09/2021 | Relatório |
| L.P. | Masculino | 8 | 30/08/2021 | Relatório |
| C.C. | Feminino | 16 | 30/09/2021 | Relatório |
| N.R. | Masculino | 28 | 09/10/2021 | Relatório |
| R.C. | Masculino | 14 | 18/10/2021 | Avaliação + relatório |
| L.C. | Masculino | 24 | 27/10/2021 | Avaliação + relatório |
| I.R. | Feminino | 20 | 07/10/2021 | Avaliação + relatório |
| I.A. | Feminino | 13 | 30/11/2021 | Avaliação + relatório |
| E.C. | Masculino | 54 | 18/01/2022 | Avaliação motorista |
| T.L. | Masculino | 37 | 11/02/2022 | Avaliação + relatório |
| I.M. | Feminino | 13 | 29/02/2022 | Avaliação + relatório |
| D.T. | Feminino | 48 | 11/03/2022 | Avaliação + relatório |
| G.D. | Masculino | 28 | 19/03/2022 | Avaliação motorista |
| A.N. | Feminino | 34 | 31/03/2022 | Avaliação + relatório |
| M. F. | Feminino | 14 | 02/04/2022 | Avaliação + relatório |
| I.P. | Feminino | 13 | 14/05/2022 | Relatório |
| J.C. | Masculino | 58 | 14/05/2022 | Avaliação motorista |
| J.N. | Masculino | 26 | 14/05/2022 | Avaliação motorista |
| M.G. | Feminino | 48 | 22/05/2022 | Avaliação + relatório |
| A.H. | Feminino | 19 | 28/05/2022 | Avaliação + relatório |

No próximo capítulo, serão apresentados dois dos casos de acompanhamento: o caso de T. e o caso de I. No primeiro caso, T. iniciou no dia 04 de fevereiro de 2022, sendo realizadas 14 sessões: 1 de anamnese, 3 para aplicação das provas psicológicas, 1 para devolução do relatório e as restantes 9 dedicadas ao acompanhamento psicológico. No caso de I, iniciou no dia 30 de outubro de 2021, tenho totalizado 17 sessões, das quais 1 dedicada a anamnese, 4 para aplicação de testes e devolução de relatório e as restantes 12 de acompanhamento psicológico.

Parte III – Apresentação de Casos Clínicos

Neste capítulo irão ser apresentados dois casos clínicos que foram alvo de acompanhamento no decorrer de estágio, bem como a realização de avaliação psicológica dos mesmos.

Quanto ao *setting*, tanto as avaliações como os acompanhamentos psicológicos foram realizados em consultório, sendo este constituído por uma secretária e computador onde são aplicadas as provas de avaliação psicológica e sendo o acompanhamento psicológico realizado num *setting* clínico face-a-face, estando o terapeuta sentado numa cadeira cómoda e os clientes podem optar por sentar-se na cadeira ou num sofá. Os consultórios estão sob iluminação natural ou uma iluminação baixa e intimista e quanto à sonorização, embora não estejam acusticamente revestidos, na sala de espera é colocado um rádio com música, de modo a garantir que não seja ouvido o que está a ser falado no consultório.

3.1. Instrumentos utilizados para avaliação psicológica

A avaliação psicológica fornece informações importantes sobre o cliente, tendo um papel importante no processo terapêutico. Não só a recolha destes dados é importante, como também o *feedback* dos resultados dados ao cliente, que levam a um *insight* e melhor autoconhecimento (Smith, 2007).

Para a realização da avaliação dos casos em análise, foram utilizadas as seguintes provas: Inventário de Personalidade Mini-Mult (Kincannon, 1968), Questionário do Sentido da Vida (QSV) (Portugal, Crespo & Pires, 2017), Teste das Cores de Luscher (Luscher, 1949), Desenho da Família de Corman (1967) e Teste do Rorschach Exner (1921).

Inventário de Personalidade Mini-Mult (Kincannon, 1968):

Originário do Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (MMPI), criado em 1939 por Hathaway e McKinley, avalia diversos padrões de personalidade e perturbações emocionais, através de 566 itens, permitindo traçar o perfil psicológico do indivíduo (Cunha, 2007).

Ao longo dos tempos, o MMPI foi sofrendo alterações, sendo o Mini-Mult uma versão reduzida do MMPI, desenvolvido por Kincannon (1968), sendo os 71 itens que o constituem representativos das escalas do MMPI. Estes itens apresentam uma escala de resposta dicotómica de verdadeiro ou falso e distribuem-se por três escalas de validade: Mentira/Sinceridade (L), Frequência/Infrequência (F) e Atitude do sujeito (K) e 8 escalas clínicas: Hipocondria (Hs), Depressão (D), Histeria (Hy), Desvio psicopático (Pd), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Ma Hipomania (Ma) (Kincannon, 1968; Cunha, 2007).

Como referido anteriormente, a prova é de resposta dicotómica de Verdadeiro ou Falso, sendo de fácil aplicação, indicada para sujeitos com idade superior a 16 anos (Cunha, 2007).

Consoante os valores pontuados nestas escalas, a zona de normalidade compreende-se nos valores entre 45 e 55. Os valores inferiores a 40 podem indicar a presença de alguma patologia. No caso dos valores superiores entre 56 e 64, revela-se psicopatologia moderada, valores situados no intervalo de 65 a 75 demonstram um alto nível psicopatológico e valores superiores a 75 consideram-se níveis muito elevados de patologia (Cunha, 2007).

Questionário do Sentido da Vida (QSV) (Portugal, Crespo & Pires, 2017)

Uma adaptação do *The Meaning in Life Questionnaire* de Steger, Frazier, Oishi e Kaler (2006), tem como objetivo avaliar e identificar a existência de sentido da vida. Este instrumento de autorrelato, é constituído por 10 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos, na qual 1 corresponde a “absolutamente falso” e 7 a “absolutamente verdadeiro”. Estes itens distribuem-se por duas escalas: procura de sentido de vida (itens 2, 3, 7, 8 e 10), que pretende verificar a vontade e o processo de procura de sentido de vida; e a escala de presença de sentido de vida (itens 2, 3, 7, 8 e 10) que pretende identificar a existência de sentido de vida. Na sua cotação existe a inversão do item 9, sendo posteriormente somados todos os pontos, seguindo-se a sua interpretação (Portugal et. al, 2017).

Teste das Cores de Luscher (Luscher, 1949)

Criado por Max Luscher em 1949, este teste de personalidade pretende avaliar a capacidade individual para lidar com o stresse, para agir e comunicar. O estado mental e equilíbrio hormonal do sujeito associa-se a uma preferência pela cor, onde a visão das cores

gera comportamento de preferência e repulsa, podendo revelar informações emocionais, sobre as necessidades, desejos e medos.

A prova consiste na apresentação de 8 cartões com diferentes cores, quatro cores primárias (azul-escuro, verde, vermelho-alaranjado, amarelo) e quatro cores secundárias (violeta, castanho, preto e cinzento). As cores básicas relacionam-se com as necessidades psicológicas fundamentais como o afeto, autoafirmação ou previsão, sendo que se estas cores surgirem nos primeiros 5 cartões indicam que a pessoa se encontra sob equilíbrio, livre de conflitos e repressões. Já as outras quatro cores auxiliares relacionam-se com negativismo para a vida (Lucher 1986; Nunes, 2012).

Na sua aplicação, são apresentados todos os cartões sendo pedido ao sujeito para escolher os cartões consoante o seu grau de preferência, da cor que mais gosta para a que menos gosta, sendo esta sequência anotada pelo cliente. Após a primeira aplicação, com um intervalo de um minuto, os cartões são misturados e aplica-se novamente a prova, sendo novamente anotada, pelo examinador, a ordem dos cartões (Nunes, 2012).

A sequência é posteriormente analisada e interpretada, sendo que a cor escolhida em primeiro lugar, indica o seu modo de atuação, os meios com os quais se dirige para os seus objetivos; em segundo lugar refere-se ao objetivo atual; as terceira e quarta posições indicam o estado no qual se encontra presente; os quinto e sexto lugares representam aspetos que não são rejeitados, mas também não são utilizados com frequência e a sétima e oitava posições representam as necessidades reprimidas (Luscher, 1986).

Desenho da Família de Corman (1967)

Sendo utilizado primeiramente como método de avaliação por Apple, em 1931, foi Corman quem introduziu novas formas de administração e interpretação deste teste. Trata-se de um teste projetivo que permite verificar a dinâmica familiar e a perspectiva do sujeito

perante a família, tal como a valorização e desvalorização de elementos familiares. Num primeiro momento, solicita-se que o sujeito desenhe uma família imaginária, identificando os elementos dessa família, sendo posteriormente realizado um inquérito relacionado com o desenho. Um segundo momento tem o mesmo procedimento, no entanto é solicitado que desenhe a sua família real. Posteriormente, os desenhos e questionários serão analisados consoante o nível gráfico, estrutura formal e de conteúdo, com ênfase psicanalítica (Cunha, 2007).

Teste do Rorschach Exner (1921)

Este teste foi criado em 1921 por Hermann Rorschach, sendo um teste projetivo capaz de captar inúmeras informações relacionadas com os aspetos internos da estrutura dos indivíduos, bem como os seus dinamismos psíquicos e as suas potencialidades (Tibon-Czopp & Weiner, 2016).

Constituído por dez cartões que contém cada um uma mancha de tinta com um significado ambíguo, selecionadas de forma que cumpram os requisitos determinados. A sua aplicação inclui quatro fases: associação livre, inquérito, período de analogia e teste de limites, sendo as duas últimas opcionais, as quais não foram aplicadas nas avaliações efetuadas durante o estágio (Cunha, 2007; Weiner, 2013).

Na fase de associação livre, o sujeito diz o que a mancha lhe parece, sendo anotadas todas as respostas pelo psicólogo, tal como as rotações que o mesmo faz com o cartão. Na fase de inquérito, o psicólogo lê as respostas dadas no primeiro momento e quais as zonas das manchas que o fazem parecer assim. Os atributos das manchas são vistos como o estímulo, sendo também avaliada a cor, localização, forma/sombra, conteúdo da resposta, a vulgaridade da resposta, qualidade formal, respostas pares e códigos especiais. Posteriormente, procede-se à cotação e codificação das respostas, sendo os resultados analisados e trabalhados

estatisticamente, obtendo-se um sumário estrutural, com o conjunto de dados obtidos das respostas do indivíduo, procedendo-se à sua interpretação (Cunha, 2007).

3.2. Acompanhamento individual e avaliação psicológica

3.2.1. Caso T.

T. tem 37 anos e é do género masculino, de nacionalidade portuguesa, natural do Porto. Atualmente, vive em Lisboa com a sua mulher e dois filhos de 3 e 5 anos. Tem uma licenciatura em engenharia e exerce na sua área, atualmente em teletrabalho.

Do ponto de visto físico, é alto, caucasiano, magro. O seu discurso é fluído e possui cultura geral, com maior prevalência cinematográfica e musical, com interesse em falar de assuntos com maior complexidade e que exijam maior elaboração de pensamento.

Veio à consulta devido ao medo que tem da morte, algo que diz ter estado presente em toda a sua vida e que o condiciona. Devido a este medo, evita fazer viagens longas, sendo que, tendo de andar de avião devido à sua profissão, isto faz com que tenha ataques de ansiedade que se intensificam no avião, caracterizados por taquicardia e sudorese. Também o levou a uma preocupação excessiva com a saúde, tendo um cuidado extremo com a alimentação e a prática de exercício físico. Além disso, o seu medo leva a pensamentos ruminantes que interferem na sua vida, sobretudo nos momentos familiares.

Já iniciou terapia com 2 psicólogas, sendo que a primeira psicóloga faleceu. Procurou outra profissional, porém diz não ter tido avanços na terapia e resolveu sair.

Salienta-se uma mudança de postura ao longo do tempo, tendo inicialmente uma postura tensa e desafiadora com a estagiária, algo que referiu ter sido intencional, como forma de “teste”. Já no decorrer das sessões, manifestou maior abertura e maior descontração.

História Clínica

A nível de saúde física, refere ter asma desde os seus primeiros anos de vida. Esta condição levou a que fosse internado várias vezes, afirmando que *“desde cedo percebi as fragilidades da vida”* e que o faz até hoje relembrar um episódio nos seus primeiros anos de vida: *“fiquei internado vários dias, e lembro-me de ver uma criança num cantinho a respirar por um tubo... enquanto lá estive, os meus pais não me foram visitar, o meu pai trabalhava o dia todo e a minha mãe, como não tinha carro, ficava lá sozinho”*. Menciona outro episódio em que considera ter estado em contacto com a morte ainda em criança: *“o meu pai levava-me para o infantário no banco da frente do carro, sem cinto. Outro carro atravessou-se à frente e teve de travar de repente e eu saí disparado pelo vidro da frente, parti o vidro e fiquei estendido do capot. Foi um milagre não ter morrido. Fiquei com estas marcas até hoje. Lembro-me do meu pai, desesperado, pegar em mim, levar-me para um café ali ao lado... lembro-me de estar debaixo de um lavatório, muito pequenino, sangue por todo o lado. Lembro de olhar para o espelho e estar irreconhecível, cheio de cortes, de sangue... mas safei-me”*.

Culpabiliza os seus pais até hoje pelas atitudes *“irresponsáveis e ignorantes”* durante estas situações. A relação com a sua mãe pauta-se pelo afastamento afetivo e pelo comportamento agressivo: *“tenho uma péssima relação com a minha mãe, batia-me por qualquer motivo, bastava tirar uma nota mais baixa, e com o que aparecesse à frente”*. Já com o seu pai, também se verifica um afastamento e falta de apoio *“ele era passivo, não fazia nada para ela parar, mas não me batia. Era um pai ausente, passava o tempo a trabalhar, mal o via”*. Tem uma irmã 5 anos mais nova com que se relacionava bem até ao 9º ano, momento em que foram para escolas diferentes, fazendo com que se afastassem e, até hoje, falam ocasionalmente. Ainda na dimensão família, refere os avós maternos como as pessoas por quem se sentiu amado, especialmente o seu avô, com o qual se identifica *“ele não era*

nada afetuoso, não falávamos muito, mas tínhamos uma ligação. Éramos muito parecidos e sei que mesmo que não demonstrasse, gostava de mim e da minha presença”.

Ao longo do seu desenvolvimento escolar, sempre teve boas notas, devido à pressão da mãe e apresentou dificuldades relacionais. No ensino básico, foi para o futebol, mas devido à sua condição asmática, a falta de resistência respiratória fazia com que se cansasse muito depressa, o que fez com que os colegas o humilhassem. Essas atitudes dos colegas extravasaram do futebol para o contexto escolar, sendo gozado. Já no secundário, entrou numa turma só de raparigas, tendo dificuldades em se integrar por serem *“muito superficiais, sem conteúdo”*, fazendo amizade com uma rapariga, a qual mantém até aos dias de hoje. Na faculdade, fez boas amizades e baixou as suas notas devido à pressão. Assim que terminou a faculdade saiu de casa dos pais e mudou-se para Lisboa com a sua namorada, atual esposa.

Começou a namorar com a sua mulher aos 19 anos através das redes sociais, estando juntos até hoje. Elogia a sua mulher, referindo que *“é uma pessoa fantástica. Com muita paciência para me aturar, que não é fácil”*, valorizando a família que tem.

Em 2016, faleceu o seu avô, referindo que *“quando morreu, tive a péssima ideia de o ver. Nunca tinha ido a velórios, custou muito ver aquela imagem”*. Esta situação piorou já o seu estado, levando-o a uma depressão, o que o fez procurar terapia.

Atualmente, e desde o término do seu curso, que tem instabilidade profissional, mudando constantemente de emprego, devido às condições, sobretudo remuneratórias.

Ainda de salientar a sua pouca tolerância aos outros. Refere que não gosta de pessoas, nem se sente confortável no ambiente social, levando-o ao isolamento. Gosta de desafiar as pessoas, sobretudo a família: *“Consigo pôr toda a gente a discutir à mesa, na casa dos meus pais. É um dom que eu tenho, conseguir chatear todos”*, o que o leva a uma sensação de alívio, libertando desconforto emocional do que o aborrece *“desaparece momentaneamente”*.

Síntese das sessões de acompanhamento psicológico

As sessões foram pautadas por assiduidade, sendo realizadas semanalmente, havendo apenas interrupções devido a férias, feriados e a isolamento profilático.

Sessão 1

Nesta sessão, após o momento de avaliação, foi visível uma mudança de atitude, mostrando-se muito disponível para falar e uma postura mais descontraída. A sessão iniciou com a temática da morte, onde mencionou chorar ao ouvir músicas, das quais *grunge* que retratam, no seu entender “dificuldades, depressão”, em que muitos deles se suicidaram, perto da casa dos 30 ou dos 50 anos, fazendo-o pensar se o mesmo se iria passar com ele. Falamos de suicídio, dos fatores que o desencadearam nos elementos dessas bandas, tendo também o T. referido nunca ter pensado em fazê-lo.

Vemos uma temática que desde sempre o preocupou, recorrendo a músicas e filmes nos quais identifica o seu sofrimento, refletindo ainda mais sobre a tristeza pela qual está a passar. Isto deixa-o ainda com mais dúvidas e medo do seu futuro, comparando a sua tristeza com a dos outros, reforçando a sua preocupação com a morte e questionando-se sobre o sentido da vida.

Sessões 2 a 4

Relembrou uma situação “quase morte” em criança devido a um acidente de carro com o pai que o foi buscar ao infantário e, ao fazer uma travagem brusca, foi lançado pelo vidro da frente do carro. Relembra todo o cenário do hospital e refere a culpa que atribui ao seu pai pela “*irresponsabilidade de levar uma criança no banco da frente sem cinto de segurança*”. Nestas sessões, relatou ainda vários momentos de agressão física e verbal da sua mãe ao longo da sua infância, com vários objetos que surgissem pela frente e por qualquer motivo.

Referiu a relação fria com os seus pais, atribuindo-lhes culpa e não gostando de estar com eles, refere-os como “burros”.

Aqui vimos como a sua vida foi marcada desde cedo por traumas, tanto a nível físico, como psicológico. Aliando-se o acidente e as agressões da mãe retratados nesta sessão, com a sua condição asmática que o levou a internamentos desde cedo, vemos um contacto próximo com o cenário de morte, sendo um aspeto reforçador desse medo. Além disso, a relação disfuncional com os pais conduziu a níveis de ansiedade e insegurança, tendo tido a ausência do apoio fundamental durante o seu desenvolvimento, tendo-se sentido sozinho e incompreendido, o que levou à frustração. Esta frustração, por sua vez, torna-o menos tolerante a eventos stressantes, entre eles o ambiente familiar, acabando por fazer com que todos discutam quando estão juntos, o que lhe causa um sentimento de alívio. Além disso, transporta essa insegurança relacional para o círculo social, não se interessando por atividades recreativas e convívios sociais, desconfiando dos outros. Estas sessões foram reforçadoras para a relação cliente-terapêutica, nas quais o T. se sentiu compreendido, mostrando cada vez mais disponibilidade em falar dos seus sentimentos sem filtros.

Sessão 5

Devido à mudança para um novo emprego, demonstrou algum cansaço por viagens longas e ter de aprender muitas coisas por si mesmo. Também descreveu a sua falta de motivação, falando do seu percurso profissional e da mudança da sua motivação ao longo do tempo, não tendo objetivos de vida.

Esta instabilidade laboral tem sido frequente desde cedo, não se sentindo confortável com o ambiente da sua área, sentindo-se constantemente sob pressão. Uma vez tendo estado toda a sua vida sob pressão para fazer mais e melhor, a falta de reconhecimento por isso deixa-o triste e revoltado, não tendo uma perspetiva de futuro. Foram vistos então em sessão

os aspetos que o desagradam e agradam na sua profissão e que os objetivos de vida não se relacionam meramente a aspetos laborais, tendo ele objetivos familiares que, embora não sejam grandiosos, são realistas.

Sessão 6

Integrou-se no seu novo trabalho, vendo bons resultados no seu empenho em aprender e obter bons resultados. Nessa semana, teve uma discussão com a sua mulher, tendo sido o tema fulcral da sessão. A mesma sempre tencionou fazer terapia de casal, mas o T. recusa, pois considera haver assuntos que apenas devem ser falados em terapia individual. Foi possível verificar um distanciamento comunicacional a nível emocional, no qual não fala das suas emoções com a esposa, por querer ser um apoio na família e não uma preocupação, recusando assim a abrir-se com ela.

Uma vez que não teve um pilar emocional ao longo do seu desenvolvimento, sente agora que deve ter esse papel na família, porém é muito exigente e rígido consigo mesmo, receando apresentar fraqueza caso demonstre os seus sentimentos. Como tal, nos momentos em que o T se torna mais fechado e agressivo, a sua esposa acaba por não saber o que se passa na realidade com o marido. A comunicação é essencial numa relação, para se conhecerem e compreenderem mutuamente, tendo sido isso explicado em sessão.

Sessão 7

Surgiu desanimado, com uma “quebra”. Como mencionado em anamnese, a sua vida pauta-se por instabilidade emocional, com períodos que está bem e, não vendo o motivo, passa a sentir-se triste. Isto refletiu-se também com os seus filhos, em que estava fisicamente presente, mas “a cabeça não estava lá”. Exploramos essa tristeza, de onde poderá ter surgido e vimos que o facto de não ter grandes objetivos, não se sentir desafiado em fazer coisas novas,

e também não ter sofrido no momento da discussão com a esposa, refletiu-se nessa semana, tornando-o mais triste e desmotivado. Saiu da sessão com o objetivo de incentivar mais brincadeiras com os filhos, ensinando-lhes coisas novas, algo que ela gosta de fazer.

Nesta sessão, viu-se que apesar de sentir alívio nos momentos de discussão que cria, não sentindo também arrependimento, mais tarde acaba por refletir, sentindo-se abalado, sem reconhecer o motivo. Sendo a esposa a pessoa mais importante para si, essa discussão impactou-o ainda mais, acabando por ter repercussões na sua vida em geral, não conseguindo usufruir também dos momentos com os filhos.

Sessão 8

Apareceu mais animado, referindo que fez-lhe bem ter falado na sessão anterior e a semana correu muito melhor. Foi mencionada a relação com os pais, a incompreensão por eles terem menos cultura e não se interessarem por aprender e como o T. se tornou no que é, sendo interessado em querer saber mais sobre as coisas. Vimos que aplica com ele e com os seus filhos aquilo que considera ter sido feito de forma errada pelos seus pais.

Vemos então uma não identificação com os seus pais, vendo-os como o seu oposto, o que o torna mais frustrado quando está com eles, não tendo tido ao longo do seu crescimento com quem desabafar nem falar dos temas que tem mais interesse, visto os pais não prestarem atenção, receando fazê-lo também no ambiente social. Isto leva a que não queira ter esse tipo de relação com os seus filhos, querendo-lhes dar atenção, afeto, liberdade e promover a comunicação.

Sessão 9

Foi falada a sua mudança ao longo da vida relativamente à sua flexibilidade. Quando adolescente/jovem adulto, era rígido e recusava-se a ouvir outras opiniões e possibilidades,

não refletindo sobre os assuntos e situações, sendo “*ou preto ou branco*”. Atualmente, mostra-se uma pessoa mais ponderada, que reflete sobre as coisas antes de formular uma ideia, sentindo-se bem com esta mudança ao longo da sua vida. No final da sessão, referiu também que não tem pensado na morte, que o trabalho e a sua rotina ocupam a sua mente, não tendo momentos vazios para pensar nessa temática.

Nesta sessão, viu-se uma mudança na visão mais positiva do seu passado. Inicialmente focava-se apenas no mais negativo de si, porém agora consegue fazer uma retrospectiva e verificar que melhorou em muitos aspetos. O amadurecimento e os acontecimentos de vida que lhe foram surgindo, como o casamento, nascimento dos filhos e várias experiências laborais, permitiram uma maior mais flexibilidade para a compreensão do mundo e dos outros.

Num momento inicial, o T. foi um cliente desafiante. Na sessão de anamnese apresentou uma postura totalmente defensiva e desafiadora, fazendo questões sobre confidencialidade e fazendo da saída dos outros psicólogos um mistério, referindo só na sessão seguinte que apenas não tinha sentido progressos nessa terapia. No entanto, a avaliação psicológica permitiu “quebrar o gelo”, refletindo-se nas sessões posteriores. Além da mudança de postura e da atitude colaborativa, criou-se uma relação empática, que permitiu ainda mais que o cliente ficasse confortável. Isto foi visível, não só através do discurso e tom de voz, como também na forma como entrava no consultório e como se sentava no sofá, de forma mais descontraída.

Verificou-se assim que os vários traumas de origem biológica, psicológica e social afetaram a sua saúde física e mental desde os seus primeiros anos de vida, tendo até hoje repercussões na sua visão do mundo e dos outros, tendo também dificuldade em aceitá-los e o

que o leva a questionar qual o sentido da vida, pois são poucos os momentos positivos dos quais se recorda da sua vida.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica foi realizada em 3 sessões, nos dias 04, 11 e 25 de março, sendo entregue o relatório no dia 01 de abril. Foram aplicados os seguintes testes: Mini-Mult, Questionário do Sentido de Vida, Desenho da Família de Corman e Rorschach- Exner.

Na primeira sessão de avaliação, foi aplicado o desenho da família, T. mostrou uma atitude colaborativa aquando do desenho da família imaginária, no entanto mostrou resistência em fazer a família real, frisando que já a tinha desenhado e não o queria fazer novamente. Foi explicado que poderiam surgir aspetos diferentes e significantes, aceitando fazê-lo.

A segunda sessão foi dedicada à aplicação dos questionários, mostrou-se muito colaborativo e mais descontraído.

Já no terceiro no momento de avaliação, realizamos o Teste de Rorschach, mostrando interesse e empenho na prova.

Posteriormente, realizou-se a análise e interpretação de resultados para redigir o relatório da avaliação psicológica e proceder-se à sua devolução numa 4ª sessão. Nesta sessão o T. emocionou-se várias vezes, interrompendo a certo momento, para questionar o destino do relatório que fica em nossa posse e para pedir para apagar do computador. Foram explicados os princípios de privacidade e confidencialidade do código deontológico, tal como uma interpretação geral do relatório, tendo tranquilizado o cliente.

Inventário de Personalidade Mini-Mult de Kincannon

Nas escalas de validade apresentou valores dentro da média, apontando para um perfil válido que indica que apresentou uma atitude honesta na realização da prova.

No que respeita às escalas clínicas, apresentaram valores superiores à média da população em geral, destacando-se valores mais elevados nas escalas de Esquizofrenia, Desvio psicopático, Paranoia e Psicastenia. Consoante a elevação destas escalas, é possível verificar que T. apresenta dificuldade em expressar emoções e afetos, tal como em lidar com a frustração, agindo de forma impulsiva, autocentrada, agressiva e hostil. Confirma-se ainda a sua superficialidade nos relacionamentos sociais, uma auto desvalorização e baixa autoconfiança, tal como elevados níveis de ansiedade e pensamentos obsessivos.

Tabela 3

Pontuações obtidas nas escalas clínicas

| Escola | 1 (Hs) | 2 (D) | 3 (Hy) | 4 (Pd) | 6 (Pa) | 7 (Pt) | 8 (Sc) | 9 (Ma) |
|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| T | 61 | 68 | 66 | 86 | 78 | 72 | 102 | 67 |

Questionário de Sentido da Vida

A pontuação obtida nas duas escalas indicou dificuldades em sentir um propósito na sua vida, não tendo motivação para procurar ativamente encontrar esse significado, apresentando dificuldade em ser otimista com o seu futuro. Foi também possível verificar que é ponderado nas situações, sendo guiado pelos seus princípios e valores na tomada de decisão.

Tabela 4

Pontuações obtidas nas escalas

| Escala | Presença do sentido de vida | Procura de sentido de vida |
|-----------|-----------------------------|----------------------------|
| Percentil | 16 | 27 |

Desenho da Família de Corman

Aquando da realização da família imaginária, o T. mostrou uma atitude colaborativa, onde retratou a sua família atual (esposa e filhos), incluindo elementos da natureza que indicam sensibilidade ao ambiente circundante.

Ao longo do questionário, referiu diversas vezes o seu filho como o mais feliz e simpático, revendo no filho, o seu lado mais rígido, “*em dizer não à primeira*”.

Considera a sua esposa como a que manda mais, no sentido de quem tem o poder da palavra, por ser uma pessoa mais ponderada aquando das decisões. Isto demonstra uma consciência na sua rigidez, dando permissão que a mulher tenha a sua palavra e que a mesma prevaleça além da sua. Ainda nesta questão, frisou que em todos os lares é a mulher quem manda, o que revela um passado com uma mãe autoritária que apresenta influência nos seus valores. Além disso, refere que gostava de ser como a esposa, por ser uma pessoa mais aberta, resiliente e feliz, admirando o seu carácter por conseguir superar as adversidades da vida, com alegria, demonstrando assim uma vontade de olhar para o mundo com esta nobreza de carácter que lhe reconhece.

Na questão de quem ficaria de fora num passeio de carro, referiu que seria o próprio para que a família “*esteja a salvo, se for uma situação de perigo*”. Isto demonstra uma preocupação excessiva com o perigo, que se relaciona com o seu medo da morte, levando-o a que olhe a vida com pessimismo e hipervigilância, com a preocupação de que algo corra mal.

Além disso, não foram perspectivados objetivos de vida grandiosos, desejando adquirir uma vivenda e que os seus cresçam felizes e saudáveis e que possa acompanhar esse crescimento.

Aquando do desenho da família real, mostrou resistência em desenhar, referindo que a família desenhada anteriormente era a ideal e a real, que não mudaria absolutamente nada. Foi então pedido novamente que desenhasse a sua família, desenhando a sua irmã, cunhado, filhos, mãe, pai, T., esposa e sogro.

O desenho da figura paterna foi retocado, indicando conflito com o seu pai, havendo uma necessidade de o aperfeiçoar. Isto pode relacionar-se com o facto de considerar esta figura submissa à sua mãe que considera ser a mais autoritária, referindo episódios de violência na sua infância, o que se revela num trauma que o afeta. Verificou-se ainda pouca empatia com o seu sogro, embora consiga reconhecer as dificuldades pelas quais ele passou, sendo um exemplo de superação referindo que “*quando queremos estar vivos, a vontade faz alguma coisa*”. Parece ainda haver um privilégio em relação ao filho mais velho, em detrimento da filha, possivelmente por se projetar nele.

Quanto a si mesmo, verifica-se um narcisismo defensivo, uma vez que está presente auto-desvalorização, considerando-se sempre o menos feliz e menos simpático. É possível ainda verificar uma grande necessidade de descarregar a sua agressividade e conflitos internos através do treino, uma vez que, mesmo estando num ambiente que gosta, essa necessidade parece estar sempre presente, vista a necessidade ser exacerbada. Por outro lado, também revela um certo cansaço, por toda a energia que é dispensada para dar atenção às crianças. É muito a ligado a si mesmo e às suas necessidades, destacando-se um egocentrismo, em que tem dificuldade em colocar a sua família acima das suas necessidades. Isto indica a existência de frustrações que precisam de ser trabalhadas, de modo a que consiga desfrutar mais dos momentos em família e da companhia de si mesmo.

Teste do Rorschach de Exner

No que respeita ao processamento, simplifica de forma excessiva as suas perceções, evita processar as emoções, deixando-se assim invadir pelos afetos ($L=1,14$). Ao nível da qualidade da capacidade de análise e síntese do campo estimular, o seu processamento é semelhante ao da maioria das pessoas ($DQ+ = 8$; $DQv/+ = 0$; $DQv = 1$). Estão presentes problemas ao nível da eficiência do processamento, nomeadamente alterações emocionais que rigidificam o processamento, devido a preocupações intensas que interferem as tarefas cognitivas ($PSV\uparrow = 1$). Tende a hipoincorporar aquando da exploração de estímulos, realizando um exame pouco cuidadoso do campo estimular, explorando-o muito depressa e de forma desorganizada ($Zd\downarrow = -37,5$).

Quanto à mediação, está presente um elevado grau de convencionalidade, estando preocupado em detetar pistas relacionadas com comportamentos socialmente esperados ou aceitáveis ($P\uparrow = 11$). No entanto expressa, ao mesmo tempo, características individualizadas. Denota-se uma tendência para ver as coisas a partir do seu próprio ponto de vista, podendo estar implicado auto-centramento ($X+\% = 0,6$; $Xu\% = 0,4$).

Na ideação, o seu nível de ideação periférica encontra-se aumentado devido à presença de stresse situacional, havendo circunstâncias externas que lhe causam incomodo e mal-estar ($FM + m = 6$; $m = 2$). Os seus processamentos ideativos e valores são excessivamente fixos e inflexíveis, manifestando-se por uma elevada dificuldade em alterar atitudes ou opiniões ou ver as coisas numa perspetiva diferente ($a = 7$; $p = 1$). Apresenta uma maior predisposição para lidar com os afetos de forma intelectualizada, permitindo reduzir ou neutralizar o impacto das emoções em si, sendo isto uma forma ingénua de negação (Índice de Intelectualização = 5). O seu pensamento tende para uma menor maturidade ($M = 2$).

Quanto ao controlo e tolerância ao stresse, a sua capacidade é adequada face às tensões da vida quotidiana ($AdjD = 0$; $CDI = 3$). Vive experiências de stresse de forma bastante

intensa que têm um impacto na maioria dos padrões usuais de pensamento e/ou de comportamento ($D=5$ e $Adj=0$). Tem uma tendência em misturar sentimentos com os seus processos cognitivos na resolução de problemas e tomada de decisões. É mais lábil nas trocas e descargas emocionais, preocupando-se pouco em retardar ou modular as suas expressões afetivas, tendo tendência em usar essas trocas como fonte de gratificação (EB Extratensivo). A sua forma de atuação é impulsiva ($es=6 > EA=5$) e as suas relações interpessoais caracterizam-se por superficialidade e cautela, sentindo pouco apoio e proximidade do outro, o que pode constituir fonte de stress ($T=0$).

No afeto, verifica-se um grau de sofrimento elevado ($es= 6$; $eb= 0$). Tende a evitar o contacto com as outras pessoas, sentindo incómodo nas relações interpessoais e preocupação em manter o seu espaço vital ($T= 0$). Há uma tendência para hipercontrolar as suas descargas ou trocas emocionais, refletindo desconfiança ou medo do envolvimento em situações de descarga emocional ($FC= 4$; $CF= 1$; $C=0$). Manifesta desejo em processar a estimulação emocional como a maioria das pessoas ($Afr= 0,4$). O seu funcionamento psicológico é mais complexo do que o esperado a nível emocional ($Comb/R \uparrow$ em relação ao EB).

Na perceção de si, não apresenta uma preocupação exacerbada da sua imagem, comparativamente com a maioria das pessoas (Índice de Egoentrismo normativo = $0,4$). Não se envolve muito ao nível da autoconsciência, tende a ser mais ingénuo acerca de si próprio ($FD= 0$; $V=0$). É necessário um verdadeiro trabalho interior de forma a que se possa conhecer melhor, sem defesas nem máscaras que ergue para si mesmo.

No que respeita às relações interpessoais, é mais conservador em situações de proximidade interpessoal, especialmente as que envolvam contacto físico. É cauteloso na criação e manutenção de laços emocionais ($T= 0$). Manifesta interesse pelos outros como seria de esperar ($Cont H= 5$). É mais defensivo nas situações interpessoais, denotando insegurança ($PER \uparrow = 3$). Geralmente, percebe as interações com os outros como positivas e mostra-se

disponível para participar (COP ↑ = 2; AG= 1). Está presente um autoconceito mais baseado na imaginação do que na experiência (Maioria dos conteúdos humanos (H)).

Discussão clínica

Através dos dados obtidos na anamnese e na avaliação, foi possível enquadrar o T. num quadro de psicopatia de humilhação, de acordo com o MDR.

Os traços deste quadro foram demonstrados logo na primeira sessão, pela sua postura desafiadora e pelo conteúdo de discurso, demonstrando ser manipulador, pouco empático com os outros, com traços de arrogância e hostilidade, característicos da psicopatia em geral (Brito et. al, 2021).

Verificou-se que na sua infância houve dificuldade em aceder às figuras cuidadoras, perspetivando apenas a presença física dos pais, não os percecionando como fonte de iniciativa e do sentir, mas sim como objetos simbólicos da satisfação das suas carências. Isto leva a que as suas relações sejam conflituosas, tendo dificuldade em perceber as necessidades diferentes das suas (Braconnier, 2007; Leal, 2010).

Estas dificuldades relacionais estendem-se ao meio circundante, não se adaptando à vida em sociedade, levando ao isolamento, tal como a uma instabilidade emocional, que o mesmo refere “*períodos altos e outros baixos*”. Estes relacionam-se com oscilações entre a rejeição e a necessidade de afeto, solidão e dependência, riqueza e pobreza de linguagem, as quais caracterizam a estrutura de personalidade psicopática (Braconnier, 2007; Parracho, 2001).

Também como característica desta estrutura, verifica-se uma agressividade, utilizada de modo verbal, criando conflitos deliberados com os familiares, sobretudo com os seus pais. A exposição a um ambiente familiar negligente leva a diversos problemas de internalização, como ansiedade e depressão, e de externalização, levando a que reaja com raiva perante os

outros em situações que causem maior ansiedade ou que sejam mal interpretadas (Lunnemann, 2019).

É de notar um estilo parental autoritário dos seus pais, caracterizado pelo grande grau de exigência, estratégias educativas coersivas, insensibilidade, controlo e autoridade, que levam a fracas competências sociais, a uma maior agressividade e uma menor motivação para realizar tarefas. É possível verificar a presença destes aspetos, tendo estado o T. sob um ambiente stressante, o que o levou também a um isolamento social durante o seu crescimento, deixando marcos traumáticos até à adultícia (Leal, 2010; Pires et. al, 2009).

Este tipo de isolamento impacta o desenvolvimento da criança, aumentando o risco de desenvolver sintomas depressivos e ansioso e de sentimentos de raiva, que se podem perpetuar posteriormente na vida adulta (Pagliarone & Sforcin, 2009)

As experiências nos primeiros anos de vida são fulcrais para a formação da personalidade e de comportamentos, sendo consolidado ao longo da vida. Assim, as relações com as figuras paternas, sendo o primeiro vínculo estabelecido, detêm grande papel no desenvolvimento social e emocional, permitindo regular comportamentos, emoções e sentimentos. É esperado que essa relação seja de reciprocidade e que se estabeleça um ambiente saudável para um bom desenvolvimento. Isto não se verificou no caso de T., o qual esteve constantemente perante um ambiente stressante, dificultando a regulação emocional ao longo do crescimento, evidenciando-se posteriormente na vida adulta (Meriem, 2020; Tottenham, 2010).

Além disso, o facto de ter sido gozado pelos colegas de escola foi igualmente um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia de depressão e ansiedade. Ao ser vítima de situações de *bullying*, ao ser gozado e excluído pelos colegas, tornou-o mais vulnerável a sentimentos de medo e tristeza, a ter pouca vontade de conviver com os outros e baixa autoestima, aspetos que podem permanecer ao longo do tempo, mesmo que não continue

exposto a momentos de *bullying*, tal como se verificou neste caso (Pimentel, Méa & Patias, 2020).

Desde cedo que T. refere traumas a nível biológico, físico e psicológico, tanto em questões da sua saúde a nível respiratório, bem como falta de afeto e apoio da família, sendo o ambiente familiar caracterizado por agressividade. Considerando a vulnerabilidade em bebé às agressões do meio ambiente, a segurança e o apoio são fundamentais para o seu bom desenvolvimento e cabe ao cuidador desempenhar esse papel durante o seu desenvolvimento. Neste caso, percebe-se que desde o nascimento não contou com o apoio dos seus pais, mesmo nos momentos em que esteve doente. Tal facto, criou uma grande insegurança e desamparo, levando aos sentimentos de injustiça, revolta e vazio interior característicos desta estrutura, e que se mantém até hoje (Leal, 2010; Pires et. al, 2009).

Também se verificou uma revolta pelo pai se posicionar como observador perante os atos de violência física e verbal da mãe consigo, estando submisso à mesma. Isto desencadeia sentimentos de incerteza, ansiedade e incapacidade de previsão e controlo da situação (Pires et al., 2009).

De facto, a severidade da educação dos pais e as variadas formas de violência destes durante o desenvolvimento dos filhos são fatores de risco para a formação de características psicopáticas. No entanto, o indivíduo pode também apresentar um discurso exageradamente negativo relativamente à educação dos pais, de modo a se desresponsabilizar pelos seus atos, culpabilizando os outros pelos mesmos (Fritz et al., 2009; Brito et al., 2021).

No caso de T., o discurso foi consistente ao longo das sessões, não apresentando um relato exagerado das situações passadas, denotando-se um impacto da educação dos pais na sua saúde mental.

O papel afetivo é fundamental para a organização estrutural e do comportamento do indivíduo. Este promove a segurança familiar e a busca pelo desconhecido que leva à

exploração do mundo exterior e de relações extrafamiliares. Desta forma, os indivíduos conseguem, com maior maleabilidade, alcançar resultados desejados, usando o *feedback* dos eventos vivenciados para corrigir problemas e adaptar-se às mudanças nas circunstâncias. Assim, desenvolvem a capacidade de ajustar o seu comportamento consoante as suas preocupações. Quando as metas não são alcançadas, eles alteram-nas ou aos seus planos, de forma a alcançar o que desejam (Sroufe, 1979; Dix, 2009).

Uma vez que a figura cuidadora é incapaz de receber e metabolizar as projeções sentimentais da criança, leva a que esta não os entenda. Deste modo, ao longo do seu desenvolvimento T. experienciou situações de desenvolvimento sem ter tido o apoio necessário, atenção, compreensão e até mesmo explicação sobre a situação em que se encontrava, tal como o cenário de quase morte que experienciou, o que resultou na incapacidade de associar conteúdos mentais que lhe proporcionassem capacidade adaptativa, bem como a resiliência necessária para superar os seus traumas (Bio, 1959).

Assim, desencadearam-se diversos sintomas depressivos que dificultam a resolução de problemas sociais e ações no sentido de obter resultados positivos. Manifesta assim uma inflexibilidade quanto a situações externas, tendendo a distorções percetivas, adotando uma visão negativa do que o rodeia, levando a uma baixa autoestima, desesperança, perda de interesse em atividades e desconfiança nos outros (Powell et al, 2009; Dix, 2009).

Como forma adaptativa, atualmente procura não ter o mesmo estilo parental com os seus filhos, optando por uma comparação de valores e agindo de forma contrária à relação que considera ter tido com os pais. Assim, opta por proporcionar um ambiente familiar caracterizado pelo afeto, atenção e união, promovendo um ambiente no qual os seus filhos possam falar abertamente com os pais dos seus problemas, partilhando momentos de lazer e estimulando a aprendizagem.

A rejeição parental levou a esta opção comportamental com os seus filhos. Um dos fatores a favor deste rompimento de transmissão de valores familiares, deve-se muitas vezes aos companheiros e ao seu suporte social, tal como à procura de terapia (Weber et al., 2006).

Como já supracitado, observou-se vários traumas biopsicossociais, de *locus* interno e externo, que são de interesse de análise sob a Teoria Psicoafetiva (Hipólito, 2011). Além das condições afetadas já referidas também à luz do MDR (traumas a nível biológico, físico e psicológico: saúde, falta de afeto e apoio da família - ver página 65), verificaram-se também condições ótimas de atualização, nomeadamente: apoio médico prestado em criança e também na idade adulta, atenção de familiares de outras crianças aquando do internamento, relação positiva com a irmã em criança e, atualmente, a boa relação com a esposa e os filhos. Isto permitiu que adquirisse potencialidades como o investimento familiar, de modo a investir numa relação saudável com a esposa e a evitar que os filhos passem pelas mesmas situações e vivenciem os mesmos sentimentos que ele enquanto criança.

Quanto à presença das condições necessárias à mudança de Rogers (1957), não se verificou inicialmente contacto psicológico entre cliente e terapeuta, e, conseqüentemente, congruência da terapeuta. No entanto, a relação terapêutica foi sendo trabalhada, na qual o cliente foi ganhando confiança através de respostas de compreensão empática da terapeuta e de um ambiente livre de julgamentos, algo que receava inicialmente.

Com o foco no trabalho na relação terapêutica, os resultados observados inserem-se nesse campo, onde o cliente passou a sentir-se mais confortável, apto para falar de si livremente, reunindo-se as condições para a mudança terapêutica.

Deste modo, e numa perspetiva psicodinâmica, T. manifesta ainda um mal-estar interno que influencia a forma como depreende o mundo e se relaciona com ele.

Inconscientemente, as situações por que passou na infância refletem-se nos dias de hoje, não

só pela tensão agressiva, que tenta aliviar com a prática de desporto, como a ansiedade, que se reflete no seu intenso medo da morte.

A visão distorcida que tem do mundo e dos outros pode-se relacionar com a dificuldade em entender e aceitar as suas próprias emoções e limitações em lidar com o seu próprio sofrimento, tendendo para uma maior hostilidade com os outros (Garofalo et.al, 2021)

No que respeita ao medo da morte, parece incongruente que um psicopata apresente medo. No entanto, o medo depende de diversas variáveis contextuais, podendo também ter outros sentimentos relacionados associados como vergonha, raiva ou ódio, ou devido a experiências traumáticas que interferem com a autoestima. Assim, o medo da morte pode-se dever ao sentimento de humilhação, isolamento ou perda de contacto com a realidade, tendo sido este último aspeto confirmado em sessão por T. (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2022).

A dificuldade na expressão de afetos, a desconfiança, agressividade e a forte convicção nos seus valores e crenças, dificultam as relações interpessoais e a sua visão do mundo, sendo ainda importante o trabalho da vivência interna dos seus conflitos emocionais, de modo que se permita ser menos impulsivo e mais flexível e tolerante com opiniões diferentes da sua. Esta inflexibilidade, impulsividade e agressividade, aliando-se à pouca empatia, podem levar a comportamentos antissociais uma vez que não se encontra sensível ao que o outro possa sentir como consequências das suas ações. Estes comportamentos são visíveis na forma agressiva que fala com os outros e incentiva discussões, sobretudo com os seus pais, com quem sente maior frustração (Brito, 2021).

De acordo com Brito et al. (2021), ainda se encontra em discussão o impacto da psicopatia na qualidade de vida dos indivíduos, sendo os resultados inconsistentes. No entanto, estudos como o de Fitz et al. (2009) demonstraram uma associação negativa destas duas variáveis. As dificuldades relacionais com familiares e saúde mental são fatores

contribuidores para a diminuição da qualidade de vida destes indivíduos, tal como insatisfação com o trabalho. Estes aspetos são visíveis em T., levando a uma frustração com os seus pais e a uma mudança constante de emprego por não se sentir satisfeito e respeitado no mesmo.

O trabalho terapêutico focou-se assim em promover a flexibilidade emocional e proporcionar a abertura do espaço para o contacto com as suas vulnerabilidades, visando a sua compreensão, a forma de como o seu passado impacta as ansiedades do presente. Assim, objetivou-se em promover uma melhor relação e compreensão de si mesmo e dos outros, permitindo-se a uma maior abertura a novas experiências de modo a ter melhor qualidade de vida.

3.2.2. Caso I.

I. tem 20 anos e é do género feminino, nacionalidade portuguesa, natural do norte do país. Atualmente vive em Lisboa com os seus pais e o irmão mais velho e frequente o 2º ano da licenciatura em direito.

Do ponto de vista físico é baixa, caucasiana e de aparência bem cuidada. Apresenta um discurso fluido, com uma forte componente espiritual, tendo interesse em falar de questões espirituais e existenciais. Frequenta um grupo de jovens católicos, liderando as atividades realizadas com estes grupos é catequista e interessa-se por fazer voluntariado, tendo interesse em dar sempre o seu tempo aos outros.

O motivo que a trouxe à consulta centra-se na sua ansiedade e em “*deixar tudo para debaixo do tapete*” e também conhecer-se um pouco melhor.

É a primeira vez que procura acompanhamento psicológico, apresentando-se com uma atitude positiva e colaborativa. Esta atitude refletiu-se ao longo das sessões, nas quais apresentou uma boa abertura e descontração. De frisar que apresentou sempre empenho neste

processo terapêutico, saindo sempre com um objetivo que se designava a cumprir, mostrando bons resultados ao longo do processo.

História Clínica

A I. vem de uma família numerosa, tendo tido o seu pai 8 irmãos, dos quais 4 faleceram; e a sua mãe 3 irmãs. Refere ter ligações muito fortes com os familiares, sendo frequente o convívio entre todos. Os seus avós maternos e avô paterno já faleceram, tendo uma ligação muito forte com a sua avó paterna. A nível de conflitos na dinâmica familiar, refere que o irmão cortou relações com o seu padrinho.

Refere não se aborrecer com ninguém, tendo ela um papel apaziguador na família. Ao contrário do seu irmão, que “*corta relações com facilidade*”, causando algumas discussões entre ambos. Apesar disso, refere “*amo o meu irmão, é a pessoa mais importante na minha vida*”.

Os pais são “*um grande exemplo de união e passam uma imagem muito boa*”, tendo dado desde cedo liberdade para expressar a sua opinião, não pedindo satisfações. Dão total apoio e compreensão aos seus projetos de vida.

A morte do seu avô materno deu-se quando era pequena, “*acabou por não ter impacto em mim*”, ao contrário das mortes do avô paterno e avó materna, que “*foi muito dura e muito recente, no ano passado*”.

Quanto ao percurso escolar, refere ter corrido sempre tudo muito bem, sendo empenhada, tendo boas notas e muitos amigos que mantém até aos dias de hoje. Já quando entrou na faculdade, apresentou maiores dificuldades, uma vez que não se identificava com o grupo de amigos inicial, o que lhe causava angústia. No entanto, acabou por encontrar um grupo de amigos com o qual se identificou. Apesar da exigência do seu curso, apresenta interesse e gosto pelo mesmo. Fez um ano sabático antes de entrar na faculdade, de modo a

refletir sobre o que queria e ter um tempo para aproveitar e fazer o que quiser, o que será limitado quando entrar na faculdade.

Quando questionada sobre o historial de doenças físicas e psicológicas na família, referiu a morte do avô devido a cancro e à hereditariedade de um sopro no coração, que tanto ela, o pai e a avó materna possuem, sendo algo que *“vai diminuindo gravidade ao longo das gerações, eu praticamente não sofro com isso”*.

Verifica-se também um histórico familiar de alcoolismo e violência. O seu padrinho (irmão do pai), que, por sua vez, está casado com a irmã da sua mãe, apresenta problemas com álcool, maltrato da família e inclusive várias tentativas de matar a sua esposa *“foi o irmão do meu pai a tentar matar a irmã da minha mãe”*. Esta situação fez com que os pais numa fase inicial entrassem em conflito, mas *“ao longo do tempo, foi unindo-os ainda mais”*. Este tio, por sua vez, já foi preso por motivo de violência.

Tem igualmente outro tio materno que *“também tem problemas com o álcool e maltrata a minha tia, já teve internado algumas vezes, agride a mulher e os filhos. É recorrente”*. Atualmente encontra-se em reabilitação.

Refere como marcos importantes as mortes dos seus tios paternos: uma tia morreu ainda muito pequena devido a doença, um tio morreu antes da I. nascer de acidente de carro e *“pouco tempo depois outro irmão do meu pai falece de carro, foi como voltar no tempo para a família”*. Alguns anos mais tarde, quando I. tinha 6 anos, ocorre a morte de mais um tio devido a um acidente rodoviário, também com problemas de alcoolismo, desta vez por adormecer ao volante. Este último era o irmão mais próximo do seu pai, falavam todos os dias e do qual a I. continua a lembrar-se, do último momento em que esteve com ele. Considera este último acidente como o início dos problemas familiares, sobretudo os problemas de alcoolismo do padrinho e fazendo com que a família tivesse medo de perder mais um elemento da família *“falamos todos os dias, as nossas relações tornam-se sufocantes”*.

Síntese das sessões de acompanhamento psicológico

Apesar de não ter sido assídua e frequentado semanalmente as sessões, foi possível verificar-se um investimento da parte da cliente, demonstrando uma vontade em mudar e saindo muitas vezes com objetivos a cumprir.

Sessão 1 e 2

Foi retratada a história da sua família, de forma mais profundada. As questões referentes aos seus tios com problemas de álcool causam-lhe muita preocupação, tal como a forma do falecimento dos seus tios impactaram a sua família, levando a uma preocupação constante em ligar uns aos outros. Falou ainda sobre o seu padrinho, explorando a possibilidade de como o pode ajudar, tendo a vontade de o trazer para Lisboa, sabendo que pode interferir com a dinâmica familiar. Este apresenta uma queixa-crime, tendo tido pena suspensa por três anos, por violência doméstica, após ter tentado matar a mulher e os filhos. No entanto, o padrinho demonstra carinho pela I., ligando várias vezes para dizer que a ama, o que a leva a preocupar-se bastante com ele e que sinta responsabilidade por ele e pela sua reabilitação, querendo-o convencer a ser internado, não querendo desistir por “*odiar que desistissem de mim*”. Referiu ainda duas discussões fortes com o seu padrinho devido a atitudes agressivas: uma por maltratar a sua avó, outra por querer matar a sua madrinha no velório da mãe dela.

Nestas duas sessões, mostrou-se muito emotiva e a falar de um modo rápido, o que dificultou a minha intervenção. Isto demonstrou níveis elevados de ansiedade e a forma como a temática lhe causa grande sofrimento. Desde cedo que lida com problemas familiares intensos, sendo ela o pilar da família, lutando para que as coisas melhorem. Para isto, tem de aparentar estar bem e sorridente, sendo que, na verdade, esconde as suas emoções de tristeza e

ansiedade. Sente grande responsabilidade pelos familiares, o que a leva a pensar apenas neles, não se preocupando consigo mesma e na forma como se sente.

Sessão 3

Falou das suas inseguranças e medos na área profissional e a forma como toma as suas decisões, não querendo ser uma pessoa que segue o “rebanho”, querendo fazer as coisas de forma diferente dos outros. Diz não querer viver exclusivamente para o curso, querendo fazer outras atividades que deem algo aos outros, como o voluntariado, para ter um currículo mais completo.

Mais uma vez, vemos a vontade de querer dedicar o seu tempo aos outros, o que demonstra grandes níveis de altruísmo, mas também de uma fuga de pensar em si e nos seus problemas, preferindo dedicar-se aos dos outros. Começa-se a falar das suas inseguranças quanto ao futuro, pois se por um lado tem a vontade de dedicar-se aos outros, por outro isso acaba por prejudicar a sua vida académica, o que a leva a preocupar-se com o seu futuro profissional, vendo-o de forma mais negativa.

Sessão 4

Falou da sua intensa necessidade de dar mais aos outros, não pensando em si mesma. Passou a considerar que o seu sentido de vida passava por viver para os outros e ter um sentimento de utilidade. Isso leva-a a ter crises de exaustão, tendo fases em que vomita, não consegue sair da cama, passando o dia inteiro a dormir, algo que aconteceu umas 5 ou 6 vezes nos últimos 3 meses. Isto também leva a que se prejudique na faculdade e em casa.

A grande necessidade de agradar aos outros demonstra a sua baixa autoestima e a necessidade de se sentir amada. Isto leva a que tenha uma vida muito agitada, preocupada

com todos e a querer ajudá-los, estando ainda num curso de grande exigência teórica, o que não sendo bem gerido e não tendo momentos para descansar, leva ao esgotamento.

Sessão 5 a 7

Veio com uma atitude diferente, apresentando um discurso mais calmo. Entrou na primeira semana de férias e não conseguiu descansar, tendo só reuniões de trabalho e indo para a missão, sendo uma das chefes. Sentiu-se assustada e ansiosa, pela responsabilidade de ser chefe e por não saber o que a espera. Refere ter-se aberto emocionalmente a amigos e dizer que estava assustada, porém, voltou para casa a pensar que não o deveria ter feito, com medo do que eles poderiam ter ficado a pensar sobre ela. Isto levou a que referisse o seu medo nos relacionamentos, havendo a possibilidade de encontrar alguém na missão, tendo falado do seu relacionamento passado, que abalou a sua autoestima, tendo tido um namorado pouco empático, que não se interessava pelas coisas dela e nunca lhe fez uma surpresa, sendo também agressivo verbalmente. Realçou ainda que não sabia porque a escolhiam para ser chefe de grupos, não percebendo as suas qualidades. Fizemos uma lista das suas qualidades como líder. Notou que era boa comunicadora, divertida, organizada, sempre com um sorriso na cara e transmite confiança aos outros. Saiu com o objetivo de ser ela própria, sem se forçar a encarnar uma personagem para agradar os outros.

Verificou-se nesta sessão o medo relacionado com as expetativas que cria de si mesma e o querer que os outros gostem dela. A sua baixa autoestima leva a que duvide de si e dos motivos que levam a que os outros gostem de si, tendo receio de os perder. Assim, apresenta uma preocupação constante com o que os outros pensam de si, levando a que vigie constantemente os seus comportamentos, recriminando-se posteriormente por agir da forma que não considerou ser a mais correta.

Sessão 8

Apareceu muito animada, a sua missão tinha corrido “*super bem*”. Após o regresso da missão, mostrou a sua felicidade por ter cumprido o objetivo da sessão anterior e ter sido muito bem-sucedida, tendo corrido muito melhor do que esperava. Frisou que fez o que tinha sido recomendado na sessão anterior, em permitir-se ser ela própria e não agir pensando sempre no que os outros vão pensar de si. Ela disse que o fez, abriu-se mais com os outros, tendo tido uma boa sensação, estreitando laços.

Nesta sessão, foram visíveis o envolvimento e a motivação da cliente, tendo-se dedicado em fazer a mudança. As palavras “*fiz o que a Dr.ª Vanda disse*” tiveram um impacto muito forte, apesar de já o saber, fez-me realçar o quanto as nossas palavras têm força e também que a I. está muito motivada na terapia e em obter progressos.

Sessão 9

Revelou que se aproximou de um rapaz, mas que sentiu pressão do grupo e não permitiu que a amizade avançasse. Esse rapaz estuda na mesma universidade que ela e sente que quando ele lhe fala, ela fica mais bruta. Referiu de novo o relacionamento que teve e como impacta ainda o presente. Falamos em permitir abrir-se, visando apenas uma amizade e não pensando só no romantismo, deixando fluir a relação naturalmente.

O relacionamento anterior que teve fez com que criasse barreiras com qualquer rapaz que lhe mostre indícios de interesse por ela. Receia então passar por tudo o que passou nessa relação, que a deixou insegura e com baixa autoestima, fazendo com que ponha constantemente entraves na criação de novas relações sociais com rapazes.

Sessão 10

Nesta sessão, quis falar da família, sentindo que, mesmo vivendo na mesma casa, não é uma pessoa presente e que avisa sempre que vai sair à última da hora, referindo que os pais ficam tristes com isso, acabando por se sentir culpada também. Vimos que ela dá preferência a estar com os amigos em vez da família porque dá a família como algo garantido. Saiu com um objetivo autoproposto de partilhar mais com os seus pais e avisá-los com antecedência quando sai.

Apesar da grande preocupação com a família, tenta manter a sua vida social, acabando por lhe dar preferência. Isto pode ser uma fuga ao ambiente familiar, por toda a tensão que lhe está associada. Nestas últimas sessões, tem estabelecido objetivos que se propôs a fazer, sendo notória a sua motivação neste processo.

Sessão 11

Mostrou uma maior presença em casa, envolvendo os seus pais em mais atividades. Porém, nessas duas semanas organizou um concerto pelo grupo de jovens, o que deixou preocupada por sentir um retrocesso. A questão centrou-se na organização do concerto e, apesar de todos dizerem que correu bem, focou-se apenas no que tinha corrido “mal” e o que poderia ter feito/dito de forma diferente, pensando constantemente nisso. Vimos na sessão que o que ela considera ter corrido mal, apenas não aconteceu da forma como tinha organizado e eram coisas que estavam fora do alcance dela sendo que, mesmo assim, teve um excelente resultado.

A ansiedade e falta de confiança leva a que se dedique inteiramente a um evento, criando cenários do futuro, esperando que corram tal como planeado, sem ter em consideração a imprevisibilidade de muitos fatores externos a si. Esta experiência mostrou-lhe que não consegue controlar tudo e todos, apenas o que depende meramente de si.

Sessão 12

Mostrou a vontade de passar mais tempo sozinha e não estar sempre sobrecarregada de coisas, o que realmente a levava à exaustão. Decidiu estabelecer prioridades, sendo a universidade e a preparação para a época de frequências um fator a priorizar.

As várias introspeções que tem feito ao longo deste processo permitiram estabelecer prioridades e ver o que a deixava mais esgotada, sendo necessário estabelecer um equilíbrio entre a vida familiar, académica e pessoal.

Sessão 13 e 14

Duas semanas intensas em que o seu pai apresentou sintomatologia de um AVC, tendo passado uma semana internado sem saber qualquer diagnóstico. Mostrou que nessa semana segurou as pontas na família, mas depois ficou triste, abrindo-se aos seus amigos para desabafar, tendo-se sentido bem. Tal como se comprometeu, continuou a dedicar tempo a estudar sozinha e a saber disfrutar desse momento. Falou da forma tranquila com que enfrentou a época de exames, não sentindo grande ansiedade, tendo equilibrado o estudo com a vida social. Conseguiu gerir o seu tempo, tendo tido bons resultados, sentindo-se muito bem com eles.

Ao longo destas sessões foi visível a crença de que é insuficiente, esforçando-se constantemente em agradar os outros, precisando da aprovação dos mesmos para que sinta que realmente tem valor. Isso levava a um caos, não sabendo gerir a sua vida e estabelecer prioridades. Porém, além desses aspetos, surgiram questões familiares que deveriam ser aprofundadas, pois há um passado muito intenso que não foi abordado, mas que impactou na insegurança que tem de perder quem mais gosta. Verificou-se um grande envolvimento nas

sessões, levando a que tenha tido bons resultados, no que respeita a cuidar de si e das prestações a nível académico.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica foi realizada em 3 sessões, nos dias 20, 27 de novembro e 04 de dezembro, sendo entregue o relatório no dia 18 de dezembro. Foram aplicados os seguintes testes: Mini-Mult, Teste de Luscher, Desenho da Família de Corman e Rorschach- Exner.

Na primeira sessão de avaliação, foi aplicado o desenho da família, tendo mostrado muito entusiasmo em desenhar a sua família, tal como na fase de questionamento.

A segunda sessão foi dedicada à aplicação do questionário Mini Mult e o Teste de Luscher, revelando interesse e curiosidade pelos resultados.

Já no terceiro no momento de avaliação realizamos o Teste de Rorschach, mostrando interesse e empenho na prova.

Posteriormente, realizou-se a análise e interpretação de resultados para redigir o relatório da avaliação psicológica e proceder-se à sua devolução numa 4ª sessão. Nesta sessão a I. mostrou concordar com todos os pontos referidos, tendo tido alguns *insights* aquando da leitura do relatório.

Inventário de Personalidade Mini-Mult de Kincannon

No que respeita ao Mini Mult, verificou-se um perfil válido com valores dentro da média. Os valores das escalas de validade revelaram uma atitude de ingenuidade e defensividade durante a realização da prova.

Os valores da escalas clínicas encontram-se dentro da normalidade, sendo os seus traços mais característicos correspondentes às escalas mais elevadas, destacando-se as escalas de Histeria, Desvio Psicopático, Hipocondria e Paranoia. Deste modo, verificou-se uma

tendência para gerir situações de stresse e conflitos emocionais através de queixas físicas durante períodos de stresse, até como forma de evitar a consciencialização dos conflitos internos. Existe alguma necessidade de se apresentar de forma favorável e carece de *insight* a respeito de si mesma e das suas interrelações, desenvolvendo relações interpessoais com alguns elementos de dependência.

Encontra-se presente alguma dificuldade em dar respostas emocionais mais profundas, dada a vivência de conflitos emocionais. Apresenta alguma impulsividade e dificuldade no controlo dos impulsos e nas relações interpessoais. As suas características negativas geralmente tornam-se visíveis em períodos de maior stresse já que inicialmente causam boa impressão. Aparentemente, pode encontrar-se livre de conflitos e de ansiedade, demonstrando-os apenas numa situação de dificuldade mais séria.

Verificou-se preocupação com o funcionamento do seu corpo, podendo apresentar queixas físicas, resultando em desgaste emocional. Apresenta ainda sensibilidade e hipervigilância relativamente ao meio externo, submissão e pouca confiança em si.

Tabela 5

Pontuações obtidas nas escalas clínicas

| Escala | 1 (Hs) | 2 (D) | 3 (Hy) | 4 (Pd) | 6 (Pa) | 7 (Pt) | 8 (Sc) | 9 (Ma) |
|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| T | 43 | 50 | 62 | 59 | 59 | 44 | 47 | 52 |

Teste das Cores de Luscher

Verificou-se uma necessidade de bem-estar físico, calma e confiança, tal como a procura em melhorar a sua imagem aos olhos dos outros, de modo a alcançar a aceitação, desejando que estes estejam de acordo com as suas necessidades e desejos. Acredita que os

seus objetivos são realistas, dedicando-se a eles afincadamente, mesmo que as circunstâncias o dificultem.

A ansiedade e a insatisfação, quer seja pelas circunstâncias ou por necessidades emocionais, criam uma grande tensão. Deste modo, procura refugiar-se num ambiente seguro, livre de conflitos, no qual possa relaxar e recuperar-se.

Desenho da Família de Corman

Os desenhos realizados foram esquematizados, talvez por um lado devido á grande numerosidade de elementos familiares e por outro, a um posicionamento potencialmente defensivo, incluindo “*muita gente*” pode abordar o tema de forma mais superficial, sem entrar nos conflitos mais íntimos e mais difíceis para si. Foi dada predominância às linhas retas, sendo indicador de racionalidade, o que leva a uma tendência em reprimir emoções associada também a um ambiente exigente e rígido.

No desenho da família imaginária foram desenhados grupos: a família nuclear (pai, mãe, irmão, avó e I.), tios, alguns dos seus primos e amigos mais próximos. Já na família real, foram desenhados mais elementos, as personagens centrais foram desenhadas em maior tamanho, na seguinte ordem: Pai, Mãe, Irmão, Avó e I., sendo o pai desenhado em maior tamanho e a I. de tamanho mais reduzido, acusando uma menor autoestima. Foram também incluídos todos os seus tios, primos e alguns amigos, tendo nomeado alguns e acrescentando ainda “*todos os outros*” de modo que não se esquecesse de ninguém, o que demonstra uma grande necessidade da I. em valorizar e dar atenção a todos os que a rodeiam, sem esquecer ninguém, acusando o seu próprio receio em “*ser esquecida*”.

Nos dois desenhos, os elementos nucleares foram desenhados pela seguinte ordem: Pai, Mãe, Irmão, I. e Avó. O facto da I. se desenhar em 4º indica a importância que os outros

elementos têm na sua vida, colocando-os em primeiro lugar. Deste modo, a figura do pai indica ser a figura mais valorizada para si, nutrindo por ele uma grande admiração e orgulho.

A inclusão de um grande número de elementos nos dois desenhos, incluindo os amigos, demonstra a necessidade de mostrar o seu amor por todas as pessoas que fazem parte da sua vida e o valor que as mesmas têm para si, querendo destacar todos os que mais ama. Por outro lado, esta necessidade enorme de se preencher com “*tanta gente*”, espelha um sentimento de vazio que tenta colmatar desta forma, com todas estas relações. Esta necessidade de querer dar atenção a todas as pessoas e dedicar-lhes a sua vida pode também causar alguns níveis de ansiedade que precisa de trabalhar em contexto terapêutico.

Quanto ao conteúdo do questionário, foi muito semelhante nos dois desenhos. A I. considera-se uma pessoa feliz, sobretudo quando a sua família e os seus amigos estão reunidos, portanto sempre na relação com os outros, precisando fazer um trabalho pessoal de introspeção e de autoconhecimento, para que se possa com prazer também na sua própria companhia, aprendendo a capacidade de estar só.

Considera o seu padrinho a pessoa menos feliz devido às suas condições de vida, referindo que precisa de refletir nas suas ações, reconstruir a sua vida e pedir desculpas. Isto indica-nos uma preocupação especial pelo mesmo e algum ressentimento das ações dele na sua vida e na dos seus familiares, desejando que o mesmo se consciencialize do impacto que causou na família e que não tenha dificuldade em assumir que esteve errado. De realçar que o seu padrinho apresenta problemas de alcoolismo e de envolvimento em violência doméstica, sendo notório um grande impacto emocional destas temáticas em toda a família e na I. em particular.

Para além do seu padrinho, refere a sua prima R. como problemática, pois causa conflitos na família. Considera-a a pessoa que tenta ter autoridade por ser a mais velha dos primos. Apesar desta imagem conflituosa da sua prima nutre um grande carinho por ela,

sentindo a falta da sua presença, uma vez que se encontra fora do país. Ainda nesta linha, considera a sua prima P. a menos simpática, tendo um discurso “mais bruto” e questões pessoais por resolver.

O pai foi realçado como uma figura de referência, sendo descrito como bem-disposto, alegre, atento, divertido e muito bem resolvido. É a figura mais importante na família, tendo impacto positivo em todos os elementos e sendo um modelo a seguir para a I.

Outro elemento de destaque é a sua avó, que considera ser o membro nuclear e de união da família. Considera-a uma “*força da natureza*”, por já ter passado por muitos momentos negativos, no que respeita aos elementos da sua família que já partiram (pais, marido, irmãos, 3 filhos) e que, mesmo assim, encara a vida com um sorriso no rosto. A sua avó é também uma figura de grande referência para si, sendo um exemplo de coragem e resiliência e um modelo de como conseguir encarar a vida e ser atenciosa com todas as pessoas.

Na questão de quem ficaria de fora num passeio de carro, escolheu-se a si própria “*com muita pena*”, referindo que gosta muito de estar em família, sendo o melhor do mundo, mas que procura sempre evitar conflitos e confusões. Refere que arranjará outra forma de ir, pois não faria com que os outros abdicassem de ir. Deste modo, a I. mostra-se uma pessoa altruísta, prevalecendo a necessidade de manter a família unida, na ausência de conflitos, num ambiente de união, felicidade e tranquilidade. Relativamente ao evitar conflitos, deve ponderar as vezes em que, para evitá-los, talvez possa estar apenas a adiá-los, tornando-os maiores.

Refere que se pudesse mudar algo, colocaria as pessoas que já faleceram, destacando a morte mais recente de um dos irmãos do pai, por sentir que foi o ponto de viragem da vida familiar, de modo a atenuar a dor, sendo que foi a morte com que teve de lidar diretamente. Também refere que mudava aspetos matrimoniais nos seus tios, não casaria de novo o seu

padrinho e a sua tia S., por ser uma situação que interfere com a saúde mental da sua tia e dos seus primos, por exemplo.

Quanto ao futuro, refere que irão surgir novos elementos na família (bebés), o seu irmão irá casar e viver com a namorada. Ela acabará os seus estudos, o padrinho vai-se “endireitar” e a tia L. irá separar-se. Destaca ainda que nada mudará com os seus pais que têm uma relação saudável, tendo tudo para um futuro agradável juntos. Mais uma vez, denotam-se preocupações com o seu padrinho e aspetos matrimoniais dos seus familiares, destacando-se o casamento saudável dos seus pais, que se revela num bom ambiente familiar, no qual a I. se sente feliz, com uma relação forte com os seus pais e irmão.

Teste do Rorschach de Exner

No que diz respeito ao processamento de informação, a I. envolve-se excessivamente a nível afetivo e/ou ideativo nos estímulos que surgem, tendo dificuldade em discriminar informação relevante da acessória ($L = 0.46$), o que pode levar a que tome decisões de forma precipitada ($Z < -3.0$). Apresenta grande nível de motivação, realizando demasiado esforço nas tarefas de processamento de informação que se relacionam com a resolução de problemas e tomada de decisão ($Z_f = 19$; $W = 14$). Esta motivação pode ter resultados positivos se utilizar recursos adequados ao seu ajuste.

Quanto à mediação cognitiva, apresenta um adequado grau de adaptação às normas do seu grupo, respondendo às situações que surgem de forma esperada (P normativo). A observação que faz das coisas tem por base o seu próprio ponto de vista, podendo implicar um autocentramento que faz com que as suas perceções variem em função das suas necessidades ($X + \% < 70\%$ e $X_u \% > 20\%$). Quando se depara com situações emocionalmente fortes, surgem distorções percetivas devido a uma dificuldade em lidar com as suas próprias emoções (maioria das FQ_x - nos cartões cromáticos).

Na ideação, as suas emoções influenciam a tomada de decisão ($EBPer < 2,5$). Os seus processos ideativos e valores são fixos e relativamente inflexíveis, tendo dificuldade em alterar as suas atitudes, opiniões e a sua perspetiva de ver as coisas de forma diferente ($a+p > 4$ e o valor de um lado é maior três vezes o outro). O seu pensamento apresenta algumas características peculiares que podem levar a preocupações que, por sua vez, interferem na clareza de pensamento ($MQ- = 1$).

Quanto aos aspetos afetivos, permite que as suas emoções interfiram no pensamento, na resolução de problemas e na tomada de decisões, sendo mais vulnerável perante situações de maior dificuldade. Pode ter dificuldades na modulação afetiva, tendo descargas emocionais, podendo ser impulsiva em alguns momentos. Apresenta uma tendência em distorcer a realidade que se manifesta numa autonomia ou oposição desadequada ($S-\% \uparrow$).

Na perceção de si e relacionamento interpessoal, apresenta maturidade social, não demonstrando uma preocupação exacerbada consigo mesma, comparativamente com a preocupação que tem com os outros ($3r + (2)R = 0,53$). Revela interesse pelos outros, tendo uma atitude solicitadora e cooperativa. Tem tendência a sobrestimar o valor pessoal, que tem influência na perceção do mundo, na tomada de decisões e nos seus comportamentos, devido à necessidade de afirmação ou de reforço frequente do seu valor pessoal ($Fr+rF=2$). Está menos envolvida com a autoconsciência do que seria de esperar. Tende a ser mais ingénua acerca dela própria ($FD=0; V=0$). Preserva o seu espaço vital, sendo cautelosa na criação e manutenção de laços emocionais. Apresenta atitudes favoráveis e cooperativas com os outros.

No que respeita ao controlo e tolerância ao stresse, apresenta uma boa capacidade de tolerância ao stresse, tendo recursos próprios que utiliza para lidar em situações de maior tensão ($AdjD > 0$). Os seus estados de necessidades básicas não estão a ser experimentados de forma adequada ou estão a ser ativados mais rapidamente do que a maioria das pessoas ($FM < 2$). Apresenta um estado de sobrecarga que interfere com o seu pensamento. Uma

intensa atividade ideativa periférica interfere com os processos cognitivos deliberados podendo surgir dificuldades de atenção e concentração (m>3Y).

Discussão clínica

A nível de estrutura de personalidade do MDR, este caso demonstra características do quadro de perturbações do tipo neurose fóbica-ansiosa, enquadrando-se no 5º passo do desenvolvimento, marcado pela competição social, a necessidade de destacar-se dos outros e a procura sistemática da presença física do outro. Foi possível identificar um papel de “apaziguadora” na família que desencadeia um medo de não conseguir corresponder às expectativas dos outros, fazendo o possível para agradar e ter a sua atenção.

Neste passo do desenvolvimento, supõe-se um distanciamento suficiente dos seus pais, de modo a avaliar e a desconstruir a imagem idealizada que tem dos pais. No entanto, não houve esse distanciamento, o que levou a dificuldades a nível de autoconfiança, não sentindo ter competências adultas e tempo para fantasiar e agir de forma autónoma, tornando-se dependente dos outros (Leal, 2010).

A I. cresceu num ambiente familiar no qual os pais proporcionaram um ambiente de afeto, aceitação, apoio e proximidade. Este ambiente, permite desenvolver a capacidade e vontade em explorar o ambiente, envolvendo-se em novas atividades e em aprender coisas novas, algo visível em I., que se envolve em diversas atividades sociais, inclusive a pertença a grupos de jovens, estimulando novas atividades que apelam ao convívio entre todos, de forma a explorar o mundo e conhecer novas pessoas (Jacobsen, Edelstein & Volker, 2019).

Verificou-se através da avaliação uma atitude cooperativa e o gosto em ajudar os outros, tal como a necessidade de valorizar e dar atenção a todos os que a rodeiam, dedicando-lhes muito tempo. Isto leva a grandes níveis de ansiedade, tal como o seu histórico familiar, estando numa família marcada pela morte de vários elementos, o que se manifesta

num receio de se perderem uns aos outros, levando a uma grande dependência entre si e a uma grande necessidade de afeto. Este medo de perder quem lhe é mais próximo leva a uma preocupação constante com os outros e a um receio que algo lhes aconteça, vivenciando mais sentimentos de angústia e grande tensão perante uma situação ameaçadora aos outros, o que leva a que lhes dedique mais tempo, não o investindo em si mesma (Letho & Stein, 2009).

Estes aspetos foram visíveis ao longo do acompanhamento, ao referir eventos relacionados com a família. Esses eventos englobam a preocupação com os problemas cardíacos da família, a procura constante em ajudar os seus amigos e família, não se preocupando consigo mesma, e a grande preocupação com o seu padrinho, tendo mencionado que não queria que acontecesse o mesmo que aconteceu aos seus tios que faleceram. Verifica-se assim uma tensão constante resultado do medo de perder relações significativas, fazendo o que lhe é possível para se manter sempre presente para eles, focando-se apenas nos outros e fazendo a sua vida em prol do bem estar deles.

Sendo o luto um processo de término involuntário de um vínculo, pode levar a sentimentos de tristeza, desânimo e perda de interesse nas atividades do quotidiano. Em alguns casos, a interação familiar fortalece-se, surgindo maior união e afeto uns com os outros, muitas vezes pelo medo de perder essas pessoas, o que pode conduzir a uma instabilidade emocional. Deste modo, o suporte social também pode contribuir para o bem-estar em situações mais críticas, tendo efeitos emocionais e comportamentos positivos que fornecem apoio, sendo importante no enfrentamento de situações de stresse e ansiedade (Besser & Priel, 2008; Cruz & Schiebelbein, 2021; Verdugo, 2007).

Os eventos pelos quais a sua família passou interferiram com a estrutura familiar e a sua dinâmica, o que levou a que manifestasse sintomas no funcionamento psicológico e físicos, desencadeando sintomas neuróticos devido à sua fragilidade e insegurança e sintomas somáticos em crises de ansiedade (Hipólito, 2011).

Deste modo, o ambiente familiar caracterizado pela preocupação e ansiedade, leva a que fique com maior atenção às suas emoções, sofrimento e ameaças externas, levando a que use recursos de apoio social de forma ineficaz. Assim, procura obter pelos outros recursos de apoio, afeto, orientação e aceitação, levando a que tenha comportamentos submissos. Esta dependência dos outros conduz a maior sensibilidade interpessoal e à procura constante de relações harmoniosas, levando a que seja a pessoa “apaziguadora” das relações à sua volta, evitando qualquer tipo de conflitos. Isto pode levar a maior vulnerabilidade a reações depressivas aquando de uma rutura de relacionamento ou perda de uma pessoa significativa (Lopez & Gormley, 2002; Pincus & Gurtman, 1995).

De acordo com Pincus e Gurtman (1995), este tipo de dependência relaciona-se com elevados níveis de neuroticismo, que se revelam em ansiedade, depressão, autoconsciência e vulnerabilidade; extroversão média, caracterizada por baixa assertividade e alta cordialidade; alta amabilidade, demonstrando altruísmo, modéstia, complacência e afeto pelos outros. Os elevados níveis de neuroticismo podem-se relacionar com as grandes mudanças de vida e estes níveis podem aumentar a reatividade a eventos de grande tensão, vivenciando-os maior stresse (Williams et al., 2021).

Na perspetiva da Teoria Psicoafetiva do Professor Doutor João Hipólito, verificou-se um distanciamento entre o *self* real e o *self* ideal, levando a uma estima negativa de si. Neste caso, a I. apercebe-se como uma pessoa ansiosa, que ignora os seus problemas e abdica o seu tempo em prol dos outros; no entanto, considera que seria mais saudável ter tempo para si, resolver os seus problemas e conhecer-se melhor. Desde modo, a sua incongruência denotou-se pela ansiedade e estima negativa de si, sendo uma condição favorável à mudança terapêutica (Hipólito, 2011).

Observou-se então que as condições psicossociais não estiveram presentes, verificando-se um trauma de origem social, de *locus* externo, nomeadamente um ambiente

familiar instável que afetou as suas potencialidades a nível de segurança e autoestima. Os vários episódios de luto, discussões, violência doméstica e alcoolismo na família fizeram aumentar a preocupação, focando-se apenas nos outros, com medo de perder quem mais gosta e necessitando constantemente de se sentir valorizada (Hipólito, 2011).

Além da condição de incongruência da cliente já supracitada, verificaram-se as condições necessárias para a mudança terapêutica, tendo existido logo de início contacto psicológico entre terapeuta e cliente, congruência, contacto positivo, compreensão e comunicação da compreensão empática da terapeuta, que permitiram um rumo otimista para alcançar resultados positivos (Rogers, 1957).

Ao longo deste acompanhamento, foram visíveis as mudanças. Apesar da sua dificuldade em gerir e falar das suas emoções, houve uma abertura emocional para com os outros, sobretudo com a sua família, tornando-se também mais presentes. Perante a sua grande necessidade de dar atenção a todos e de se sentir amada, relacionada com a sua insegurança e baixa autoestima foi desenvolvendo ao longo das sessões uma perceção de que é amada e o porquê de o ser, não sendo preciso uma atenção extrema para tal.

A regulação emocional é um processo que permite a identificação de emoções, a forma como se expressam e como são experienciadas. Esta engloba a compreensão e aceitação de emoções, capacidade de controlar impulsos e agir consoante os objetivos desejados, tal como a capacidade de encontrar estratégias para a modulação de respostas emocionais mais flexíveis. Deste modo, encontram-se estratégias de regulação emocional que permitem a redução de ansiedade (Coutinho et. al, 2010).

A nível de autoconfiança e autoestima, verificou-se uma recusa inicial de autoconhecimento, não reconhecendo características positivas em si. Durante as sessões foi identificando marcos que a fizeram criar uma ideia errada de si, tendo mudado a sua perspetiva, passando a reconhecer características positivas, o que permitiu aumentar a

confiança em si e no seu trabalho e uma maior independência dos outros. De facto, as duas variáveis encontram-se relacionadas, sendo que quanto maior a autoestima, maior a autoconfiança. Assim, o trabalho da autoestima permite reconhecer as suas forças e fraquezas e a acreditar nas suas capacidades, o que leva a ações de acordo com o seus desejos e satisfação das necessidades, quer físicas, quer psicológicas (Bakhtiar & Gunawan, 2019).

Ao longo do acompanhamento conseguiu assim gerir as suas relações de forma saudável, tendo conseguido encontrar um equilíbrio entre a vida social, académica e familiar, o que permitiu ultrapassar as adversidades que foram surgindo (e.g. hospitalização do pai e exames de faculdade), de forma adaptativa e com motivação para alcançar os seus objetivos.

Reflexão Global do Estágio

As expectativas relacionadas com o estágio foram superadas, tendo sido uma experiência enriquecedora. As observações de sessões, avaliações psicológicas e elaboração de respetivos relatórios e o acompanhamento psicológico forneceram o conteúdo discutido em supervisão, de modo a obter o conhecimento e realizar uma intervenção mais adequada.

Foi uma etapa marcada por momentos positivos e negativos, nomeadamente notar o sucesso dos clientes a obter recursos para lidar com as suas emoções, ansiedades e o modo como encaram as adversidades, compreendendo também como o seu passado influencia o seu presente, bem como as desistências de clientes, que permitiram a análise dos seus motivos, tomando consciência que é algo que pode surgir no futuro profissional, aprendendo desde já a lidar com esse sentimento de frustração e desilusão, vendo que a vontade do cliente é realmente o principal motivador para o sucesso terapêutico, sendo que quando vão “obrigados”, torna-se mais difícil obter resultados.

A exigência e o espírito de equipa, havendo interajuda constante, permitiram preencher lacunas e alargar o leque de conhecimentos, consolidando-os de modo a aplicar na prática clínica mais eficazmente, com maior confiança. Aliando-se à minha vontade em aprender, o acompanhamento que me foi prestado permitiu uma análise não só dos casos, como do meu modo de atuação, visando melhorias na prática clínica. Isto deveu-se a um ótimo acolhimento perante os profissionais e outros estagiários, que sempre se mostraram disponíveis para ajudar, tal como para a discussão de casos.

A exigência e o incentivo à autonomia permitiram um maior estudo, sobretudo na aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, sendo notória a aprendizagem e evolução na elaboração de relatórios psicológicos.

Algumas dificuldades que surgiram assentam, não só na minha disponibilidade horária devido a questões laborais, perante as quais a orientadora de estágio mostrou-se bastante flexível, como também na gestão emocional a nível de ansiedade e insegurança, receando não cumprir as exigências e não saber lidar com situações que pudessem surgir. Neste aspeto, o estágio permitiu uma maior autoconfiança, conseguindo gerir as emoções e a ansiedade, estando mais confortável no contexto clínico, tendo também uma atitude humilde e empática na intervenção.

Além disso, a diferença da abordagem utilizada na clínica causou algum desconforto, sendo algo novo e diferente do que tinha estudado até hoje. Este aspeto foi suprimido em supervisão, tendo sido transmitido todo o conteúdo teórico. Vinda de uma licenciatura focada na Psicologia Cognitivo Comportamental, passando pelo Mestrado segundo uma Abordagem Humanista, o facto de ter uma nova corrente Psicodinâmica, não foi fácil para consolidar conhecimentos, no entanto esta passagem pelos diversos modos de atuação clínica tem permitido um conhecimento riquíssimo perante as abordagens utilizadas, vendo diversas perspetivas com o interesse comum de ajudar e tratar o indivíduo.

Nesta experiência e ao realizar este relatório foi possível observar que, mesmo sendo perspectivas diferentes, estas duas abordagens complementam-se e apresentam aspetos em comum. Ambas as abordagens consideram fulcral a compreensão empática como técnica de intervenção, tendo em vista a melhorar a capacidade de *insight* do indivíduo, e centram-se na forma como o desenvolvimento nos primeiros estágios de vida da criança influenciam a formação do *self*, existindo momentos que originam traumas no indivíduo. No entanto, segundo o MDR, verificam-se várias etapas desenvolvimentais que podem surgir dificuldades na relação com os cuidadores que desenvolvem patologias, tendo assim um foco relacional e não se focando tanto no indivíduo em si e na busca da tendência atualizante do mesmo. De destacar ainda a importância destacada do modelo humanista, em acreditar que todo o indivíduo tem tendência para a autorrealização que se manifestam nas suas motivações para atualizar as suas potencialidades. Não só nós, terapeutas, devemos ter esse aspeto em consideração, mas também proporcionar um ambiente que leve o indivíduo a acreditar também na sua tendência.

Porém, ambos os modelos estimulam que se reúnam condições que permitam o desenvolvimento de *insights* e a promoção de autonomia, criando um ambiente livre de julgamentos, onde se demonstre empatia e respeito pelo indivíduo.

Concluindo, o estágio permitiu um enriquecimento quer a nível pessoal, quer profissional, permitindo um crescimento interior, através de uma introspeção sobre a minha forma de agir, pensar e de lidar com as emoções e um contacto com diversas problemáticas e uma população de diferentes idades. Terminei com um sentimento de objetivo cumprido e entusiasmo para a próxima etapa que surgirá e uma responsabilidade em atualizar conhecimentos de forma constante.

Referências Bibliográficas

- Bakhtiar, H. S., & Minarni, G. A. (2019). The effect of child abuse by parents on adolescent self confidence. *International Journal of Scientific and Technology Research*, 8(12), 3783-3788. ISSN 2277-8616.
- Bergeret, J. (2006). *A Personalidade Normal e Patológica*. Artmed.
ISBN: 9788536307718; 8536307714.
- Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences*, 44(8), 1711-1725.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.016>
- Bion, W. R. (2013). Attacks on linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2), 285-300.
<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00029.x>
- Blalock, S. M., Lindo, N., & Ray, D. C. (2019). Individual and group child-centered play therapy: Impact on social-emotional competencies. *Journal of Counseling & Development*, 97(3), 238-249. <https://doi.org/10.1002/jcad.12264>.
- Bloom, L. Margulis, C. (1996). Early Conversations and Word Learning: Contributions from Child and Adult. *Child Development*. 67(6), 3154-3175.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01907.x>
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1994). Antecedents of information-processing skills in infants: Habituation, novelty responsiveness, and cross-modal transfer. *Infant Behavior & Development*, 17(4), 371-380.
[https://doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90029-9](https://doi.org/10.1016/0163-6383(94)90029-9)
- Bowlby, J. (2012). *A secure base*. Routledge.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia* (1ª ed.). Climepsi.
- Brito S. A., Forth, A. E., Baskin-Sommers, A. R., Kimonis, E. R., Dustin, P.,

- Frick, P. J., & Essi, V. (2021). Psychopathy (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00282-1>
- Brodie, F., & Wright, J. (2002). Minding the gap not bridging the gap: Family therapy from a psychoanalytic perspective. *Journal of family therapy*, 24(2), 205-221. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00212>
- Brodley, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30. <https://www.adpca.org/wp-content/uploads/2020/11/V4-N1-7.pdf>
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Kapelusz.
- Coutinho, J., Dias, P., Ferreirinha, R. & Ribeiro, E. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Crespo, M. (2002). Orientação para a análise de contingência: A caracterização da psicose afetiva. *Jornal de Psicologia Clínica* (5), 13-16.
- Cruz, W. P., & Schiebelbein, F. (2021). *Luto e Família: Um Estudo de Revisão Sobre as Dinâmicas Familiares e o Enfrentamento da Morte*. *Journal of Health*. 1, 95-108. ISSN 2178-3594
- Cunha, J. A. (2007). *Psicodiagnóstico-V*. (5 ed.) Artmed.
- Dix, T., Gershoff, E. T., Meunier L. N., Miller, P.C. (2004). The Affective Structure of Supportive Parenting: Depressive Symptoms, Immediate Emotions, and Child Oriented Motivation. *Developmental Psychology*, 40(6) 1212-1227. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.1212>
- Eremie, M. D., & Ubulom, W. J. (2016). Review of Person-Centered Counselling

- Theory. *International Journal of Innovative Education Research*, 4(2), 46-50. ISSN: 2354-2942
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.
- Estevão, I. R., & Metzger, C. (2015). Acompanhamento terapêutico: tática, estratégia e política. *A peste*, 7(2), 69-79. ISSN: 2175-6104
- Fritz, M. V., Rajaleid, K., Hemström, Ö., & Af Klinteberg, B. (2009). Quality of Life—Towards an understanding of individuals with psychopathic tendencies. *Personality and Mental Health*, 3(3), 183-192. <https://doi.org/10.1002/pmh.76>
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24). <https://doi.org/10.1177/088626051990094>
- Gergely, G., Unoka, Z. (2008). Attachment, affect-regulation, and mentalization: The developmental origins of the representational affective self. In C. Sharp, P. Fonagy, I. Goodyer (Eds.), *Social Cognition and Developmental Psychopathology* (pp. 305-342). Oxford University Press.
- Hipólito, J. (2011). Desenvolvimento Psico-Afectivo – Implicações Psicopatológicas. In O. Nunes (Org), *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano* (pp. 148-163). Edual.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(3), 319–325. <https://doi.org/10.1037/h0025891>
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. (1 ed.) Lisboa: Pactor, 258-269.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (1ª ed). Placebo.
- Leal, M. R. M. (1994). *Emotion and Cognition as Self Structures*. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid.

- Leal, M. R. M., & Garcia, R. M. B. (1997). *O Processo de Hominização. Bios Transforma-se em psyche*. ESEIMU.
- Leal, M. R. M. (2003). *A psicoterapia como aprendizagem: Um processo dinâmico de transformações* (2ª Ed). Fim de Século.
- Leal, M. R. M. (2010). *Passos na Construção do Eu*. Bilingual
- Lehto, R., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1). <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Lopez, FG, & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49 (3), 355–364.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.355>
- Lünnemann, M. K. M., Van der Horst, F. C. P., Prinzie, P., Luijk, M. P. C. M., & Steketee, M. (2019). The intergenerational impact of trauma and family violence on parents and their children. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104134.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104134>.
- Lüscher, M. (1949). *Psychologie der Farben: Textband zum Lüscher-Test*. Test-Verlag.
- Lüscher, M. (1986) *Test de los colores. (Test de Lüscher)*. Paidós.
- Mackay, D. (2018). *Clinical psychology: theory and therapy*. (1ª Ed). Routledge.
- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 89-106.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822615>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2018). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
- Marangoni, S., & Aires, J. M. Q. (2006). A psicologia sócio-histórica na formação de

- psicoterapeutas. *Psicologia para América Latina*, (6).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling*. Sage Publications.
- Meloy, J. R., & Yakeley, J. (2020). A psychoanalytic view of the psychopath. *The Wiley International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law*, 449-463.
<https://doi.org/10.1002/9781119159322.ch20>
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Climepsi.
- Meriem, C., Khaoula, M., Ghizlane, C., Asmaa, M. and Ahmed, A. (2020) Early childhood development (0 - 6 years old) from healthy to pathologic: A review of the literature. *Open Journal of Medical Psychology*, 9(3), 100-122.
<https://doi.org/10.4236/ojmp.2020.93009>
- Messias, J. C. C., & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 19, 355-361.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300003>
- Moll, H., Tomasello, M., (2007). Cooperation and human cognition: The Vygotskian intelligence hypothesis. In Emery, N., Clayton, N., Frith, C. (Eds.), *Social intelligence: From brain to culture* (pp. 245-260). Oxford University Press.
- Moon, K. A., & Rice, B. (2012). The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 289-303. <http://doi.org/10.1080/14779757.2012.740322>
- Murphy, D., & Joseph, S. (2019). Contributions from the person-centred experiential approach to the field of social pedagogy. *Cambridge Journal of Education*, 49(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2018.1488946>

- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Maria Adriana Veríssimo Veronese. (7 ed.). Artmed, 225-243.
- Nunes, A. C. N. X. (2012). Informação Através Da Cor. A Construção Simbólica Psicodinâmica das Cores na Concepção do Produto. *ModaPalavra e- periódico*, (9), 63-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=514053939004>
- Pagliarone, A. C., & Sforcin, J. M. (2009). Stress: review about the effects on the immune system. *Biosaúde*, 11(1), 57-90. <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/24304/17878.7>
- Papalia, D.E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ªed.). McGraw-Hill.
- Parracho, D. (2001). O problema da alta em psicoterapia. *Jornal de Psicologia Clínica*, 1(3), 13-16.
- Paulino, L., & Brites, R. (2001). *O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal*. Revista: A pessoa como centro.
- Pimentel, F. D. O., Della Méa, C. P., & Dapieve Patias, N. (2020). Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 230-240. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.9>
- Pincus, AL, & Gurtman, MB (1995). The three faces of interpersonal dependency: Structural analyses of self-report dependency measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 744–758. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.744>
- Pires, M., Jesus, S. N. D., & Hipólito, J. (2009). Estilos Parentais e Stress Infantil. In *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Portugal, M. V. (2017). *Versão portuguesa do questionário do sentido da vida:*

- Primeiros estudos psicométricos* [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa].
Repositório da Universidade de Lisboa. repositorio.ul.pt
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 73-80.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Rabasco, J. G. B., de Campos, T. W., de Oliveira, A. P., dos Santos, E. M., & Leite, V. D. (2022). Abordagem humanista e o processo psicoterapêutico criado por Carl Rogers. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, 7(2), 41-50. ISSN: 2448-394X.
- Restek-Petrović, B., Mayer, N., & Grah, M. (2018). Psychodynamic Group Psychotherapy in the Early Intervention Program for Patients with Psychosis (RIPEPP). *Psychiatria Danubina*, 30(4), 198-202.
- Restek-Petrovic, M., Sacchi, C., Simonelli, A., & Purgato, N. (2016). Evaluating the efficacy of psychodynamic treatment on a single case of autism. A qualitative research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1).
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.194>
- Rocha, S. A., & Farinha, M. G. (2022). The horizontal position between client and psychologist in the Person-Centered Approach. *Research, Society and Development*, 11(2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25307>
- Rodziński, P., Ostachowska, A., Cyranka, K., Rutkowski, K., Sobański, J. A., Citkowska-Kisielewska, A., Dembinska, E. & Mielimąka, M. (2019). Neurotic personality traits and associated dysfunctional attitudes as factors predisposing patients to suicidal ideations at the end of intensive psychotherapy. *Psychiatria Polska*, 53(4), 883-899. <https://doi.org/10.12740/PP/89795>
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin Company.

- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Encontro.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
<http://doi.org/10.1037/h0045357>
- Ronningstam, E., & Baskin-Sommers, A. R. (2022). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder—a link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in clinical neuroscience*.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/eronningstam>
- Santos, G. G. D., & Neto, G. A. R. M. (2018). Patients, problems and borders: psychoanalysis and borderline cases. *Psicologia USP*, 29, 285-293.
<https://doi.org/10.1590/0103-656420170101>
- Schmidt, F. M. D., Fiorini, G., Costa, A. A., Brenner, E. B., Bittencourt, L. Z., & Ramires, V. R. R. (2022). Association of Attachment and Reflective Function with Baseline Symptoms in Child and Adolescent Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 21(3), 239-251.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2022.2090212>
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834-841.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.834>
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counselling Psychology*, 53(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stenzel, L. M. (2022). The humanistic approach in the debate on evidence-based psychotherapy. *Phenomenological studies-Revista da Abordagem Gestáltica*, 28(1), 70-82. <https://doi.org/10.18065/2022v28n1.7>

- Strawbridge, S. & Woolfe, R. (2010). Counselling Psychology: Origins, developments and challenges. In R. Woolfe, S. Strawbridge, B. Douglas & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Counselling Psychology* (3rd ed.). Sage.
- Tibon-Czopp, S. & Weiner, I. (2016). The Rorschach Inkblot Method: Theory. In *Rorschach Assessment of Adolescents*, (pp. 47–63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3151-4_4
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral And Brain Sciences*, 28(5), 675-735. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05540123>
- Tottenham, N., Hare, T. A., & Casey, B. J. (2011). Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. *Frontiers in psychology*, 2, 39. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00039>
- Trevarthen, C., & Reddy, V. (2017). Consciousness in infants. *The Blackwell companion to consciousness*, 43-62. <https://doi.org/10.1002/9781119132363.ch4>
- Trevizan, Z., & Pessoa, A. S. G. (2018). Psiquismo, linguagem e autismo: contribuições da semiótica nos contextos educativos. *Educar em Revista*, 34, 241-258. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.59074>
- Vecchiato, M., Sacchi, C., Simonelli, A., & Purgato, N. (2016). Evaluating the efficacy of psychodynamic treatment on a single case of autism. A qualitative research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.194>
- Watson, J. S. (1972). Smiling Cooing and “the Game”. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18(4), 323- 339. <http://www.jstor.org/stable/23084026>
- Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006).

Continuidade dos estilos parentais através das gerações: Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia* 16, 407-414. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300011>

Weiner, I. (2013). *Principles of Rorschach Interpretation* (2 ed.). LEA.

Williams, A. L., Craske, M. G., Mineka, S., & Zinbarg, R. E. (2021). Neuroticism and the longitudinal trajectories of anxiety and depressive symptoms in older adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(2), 126–140. <https://doi.org/10.1037/abn0000638>

Zhao, M., & Chen, S. (2018). The effects of structured physical activity program on social interaction and communication for children with autism. *BioMed research international*. <https://doi.org/10.1155/2018/1825046>