

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ACADÊMICO NA LIGA DOS COMBATENTES**  
**E ESCOLA PROFISSIONAL - ASAS**

## **Introdução**

O presente Relatório foi efectuado no âmbito do Estágio académico, do 2º ano do Mestrado em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica, correspondente ao 2º ciclo de estudos do Curso de Psicologia Clínica, para a obtenção do grau de mestre.

Nesse sentido, foram escolhidas duas Instituições para o nosso estágio: Liga dos Combatentes e EP-ASAS.

A razão desta escolha foi baseada na necessidade de expansão dos nossos conhecimentos e treino de competências junto de populações com problemáticas diversificadas, jovens e terceira idade, o que pensamos tornou a nossa experiência mais enriquecedora.

Deste Relatório constará uma primeira parte dedicada à base teórica que sustentou a nossa intervenção, seguida da caracterização das instituições escolhidas, sua população, qual o papel do psicólogo nesses locais, problemáticas encontradas e cronograma; a segunda parte corresponde à nossa actuação no local de estágio, em que serão descritas as nossas actividades de forma generalizada, actividade directa e indirecta, e dois casos clínicos em particular.

Por último, constará ainda do nosso Relatório uma Auto-Reflexão onde tentaremos exprimir, de forma subjectiva, como foi vivida a nossa experiência de estágio e uma Conclusão final.

## **Enquadramento teórico**

A Relação de Ajuda pressupõe uma ligação ou contacto onde o acto ou o espírito de ajuda está presente; pressupõe interacção, quando entramos em relação com alguém modificamos e somos modificados. A relação de ajuda está presente em vários momentos da

vida de cada um de nós e nessa medida poderá estar associada à solidariedade ou, numa vertente mais cristã, ao amor ao próximo.

Mas aqui importa a relação de ajuda em psicologia. Rogers (1951/2004) defendeu este tipo de relação onde uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida, quando criou a Abordagem Centrada na Pessoa.

A nossa intervenção terapêutica assim como a discussão dos casos clínicos teve como suporte teórico a Abordagem Centrada na Pessoa, nomeadamente as seis condições necessárias e suficientes à terapia e a Teoria da Personalidade de Carl Rogers.

No que respeita à análise de certas problemáticas recorreremos, quando necessário, à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID10) e à bibliografia que considerámos necessária à sua compreensão. Esta busca, embora tenha direccionado e suportado o nosso entendimento em relação à problemática, nunca nos distanciou da convicção de que estamos perante um caso particular, único na sua complexidade. Assim, olhámos o ser único que sofre e contém em si a capacidade de se auto-regular se para tal lhe forem dadas as condições necessárias. E essas condições situam-se no *setting* terapêutico que nos comprometemos respeitar.

### **Teoria da Personalidade de Carl Rogers**

Como já referimos a nossa intervenção terapêutica teve como base teórica a Teoria da Personalidade de Carl Rogers que passaremos a expor.

O processo de desenvolvimento é decisivo na forma como cada ser humano se torna pessoa. Sendo assim, o desenvolvimento humano é um processo de constante adaptação positiva, a partir de um conjunto de potencialidades inatas. Esta adaptação reside no equilíbrio entre a experiência orgânica do indivíduo e o seu meio ambiente. Este movimento de complexificação e actualização é inerente a todos os organismos, sendo a

personalidade a representação da actualização das potencialidades do organismo (Rogers & Kinget, 1967/1977).

Todo o ser humano tem a capacidade de se auto-direccionar ou crescer, pois possui uma Tendência Actualizante, ou seja, um mecanismo natural de auto-regulação e crescimento o qual visa assegurar a conservação, a sobrevivência e a maturação do organismo, dependendo, no entanto, das condições e limites do meio; o seu sentido move-se na direcção do enriquecimento e conservação do *self*, visando a congruência entre experiência e simbolização. Sempre que isto não se verificar, o indivíduo entra em estado de incongruência, ou seja, surge um desequilíbrio entre experiência real e simbólica, traduzido num comportamento desajustado. Em suma, a interacção entre Tendência Actualizante, factor dinâmico da personalidade e o *self*, factor regulador, determina o comportamento da pessoa (Rogers, 1951/2004).

Como já foi visto, todas as necessidades estão relacionadas com a tendência do organismo para se conservar e desenvolver. Ora, estas necessidades surgem como tensões fisiológicas. Então, a base do comportamento será a redução da tensão, para conservar e fazer avançar o organismo. No entanto, esta necessidade nem sempre é experimentada a nível consciente, embora o movimento surja com o objectivo da sua satisfação. De facto, no mundo interior da experiência individual, só uma parte dessa experiência é conscientemente experimentada, ou seja, simbolizada, existem alguns aspectos da experiência, impulsos e sensações, que o indivíduo impede que emergjam à consciência (Rogers, 1951/2004).

Assim, se o *self* e a experiência total do organismo são congruentes, a Tendência Actualizante funciona naturalmente, mas se pelo contrário, são incongruentes, a Tendência Actualizante, poderá ter um movimento contrário à realização do *self*. A incongruência entre o *self real* e o *self ideal*, entre a experiência percebida e a estrutura do *self*, dão origem a ansiedade, pois o conceito que se tem de si sente a sua integridade ameaçada (Rogers,

1951/2004). Para que isto não aconteça e seja reduzida a tensão interior e alcançado um estado de adaptação psicológica, será necessário que o conceito de *self* esteja congruente com as experiências do organismo. Será, então importante que este conceito de *self* seja flexível, o que permitirá um amplo quadro de referências onde sejam aceites todas as contradições de cada um. Este processo permitirá que as experiências viscerais e sensoriais sejam trazidas à consciência e possam ser devidamente simbolizadas e integradas (Rogers, 1951/2004).

### **O Processo Terapêutico segundo a Abordagem Centrada na Pessoa**

Segundo Rogers (1951/2004), a redução de discrepância entre o *self real* e o *self ideal*, e entre experiência e *self*, pode ser alcançada através de um trabalho de reorganização interna, inserido num *setting* terapêutico. Nesse sentido, esse processo de expansão e flexibilização do *self* só será possível se forem dadas, à pessoa em crise, as condições necessárias à facilitação do seu mecanismo natural de auto-regulação e crescimento, a Tendência Actualizante.

Desta forma a Abordagem Centrada na Pessoa assenta em três pilares fundamentais: Tendência Actualizante, as Seis Condições Necessárias e Suficientes à sua promoção e a Não-directividade, cabendo ao terapeuta o papel de facilitador do processo autónomo de auto-regulação do cliente. Esta facilitação pode ser resumida num conjunto de atitudes: Olhar Incondicional Positivo, Congruência e Compreensão Empática (Rogers, 1951/2004).

Rogers (1957/2007) num artigo que publicou no *Journal of Consulting Psychology*, refere o que entende por mudança psicoterapêutica ou reconstituição da personalidade: maior integração, menor conflito interior e mudança no comportamento no sentido de maior maturidade. E são, no mesmo artigo, apresentadas as seis condições consideradas por Rogers (1957/2007) como necessárias e suficientes ao processo terapêutico:

1) Que duas pessoas se encontrem em contacto psicológico; 2) Que a primeira, o cliente, esteja num estado de incongruência, vulnerável e ansiosa; 3) Que a segunda, o terapeuta, esteja congruente ou integrada na relação; 4) Que o terapeuta veja o cliente através de um olhar incondicional positivo; 5) Que o terapeuta compreenda empaticamente o cliente, centrando-se no seu quadro de referências e que expresse essa mesma condição ao cliente; 6) Que o cliente sinta a compreensão empática do terapeuta assim como o seu olhar incondicional positivo (Rogers, 1951/2004).

Assim sendo, em 1962, Rogers (citado por Gondra Rezola, 1975) conceptualiza a relação terapêutica como uma relação profunda entre duas pessoas e a terapia como um encontro interpessoal. Nesse sentido, afirma que se o terapeuta estiver na relação com todo o seu organismo, passará a viver existencialmente a terapia, ao invés de ser apenas um mero instrumento de compreensão. E é desta forma que o processo psicoterapêutico passa a ser considerado uma relação experiencial entre terapeuta e cliente (Gondra Rezola, 1975). Rogers (1961/2009) descreve o processo terapêutico como um processo de mudança, um *continuum* incongruência-congruência, correspondente ao nível de abertura em relação à própria experiência, ou antes, o nível de experientiação. Assim, este *continuum* terapêutico varia desde o estado de rigidez, associado a um processo experiencial bloqueado, até à fluidez, inerente à expressão livre do fluxo experiencial (Messias & Cury, 2006). Dentro de uma relação de ajuda, segundo os moldes da Abordagem Centrada na Pessoa, o processo do cliente pode ser observado em cinco fases distintas: 1) Experiência do *self* potencial; 2) A plena vivência de uma relação afectiva; 3) Auto-estima; 4) Descoberta de que o núcleo da personalidade é positivo; 5) Ser a sua experiência organísmica (Vincente, 2010).

Ainda sobre o processo terapêutico, salienta-se que o mesmo ocorre sem interrupção quando o cliente se sente aceite e compreendido tal como é, pois tal facto ajuda-o a abrir-se na relação e à experiência. Assim, existe uma alteração na forma de viver e aceitar a

experiência, iniciada por um estado de rigidez, caracterizado por um afastamento em relação à experiência, passando pelo reconhecimento da mesma, como processo perturbador, até à sua total aceitação, num processo fluido e contínuo. Então, este processo implica a passagem da incongruência para a congruência, da dissolução da discrepância entre experiência e consciência da mesma. E, tal acontece porque como já não existe a necessidade da pessoa se defender dos aspectos ameaçadores da sua própria experiência, pode ser um processo integrado de transformação. Rogers acreditava que a transformação pessoal é facilitada quando a pessoa, sem máscaras e defesas, expressa os seus sentimentos tal qual os experiencia (Rogers, 1961/2009). Ou, como diz Hipólito [s.d.], quando a totalidade da experiência, onde a emoção que existe no sistema fisiológico pode ser simbolizada na consciência, é aceite como parte integrante da personalidade total. No entanto, o processo terapêutico não é isento de sofrimento, a remoção de falsas faces, falsas máscaras que outrora eram consideradas e suportavam o conceito de Eu, pode ser uma experiência altamente perturbadora (Rogers, 1961/2009).

Concluimos, então, segundo os pressupostos teóricos que acabámos de expor, que um encontro terapêutico, baseado na autenticidade (aceitação autêntica, compreensão autêntica, interesse autêntico, “verbo” autêntico) será o principal facilitador de um caminho de autodescoberta para ambos os polos da relação, Eu e o Outro.

E foi com esta ideia em mente que iniciámos e nos mantivemos na nossa actuação junto de quem nos pediu ajuda psicológica nas instituições que nos acolheram para o nosso estágio em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica.

Passemos à caracterização das duas instituições escolhidas.

## **Caracterização da Instituição**

### **Liga dos Combatentes.**

Em Portugal, os movimentos de veteranos surgiram a quando da participação militar na Grande Guerra de 1914-1918, altura em que foi sentida, pelos vários países envolvidos, a necessidade de discutir o estatuto e enquadramento social do ex-combatente. Nesse sentido, foram criadas algumas organizações como a Junta Patriótica do Norte, ainda durante a guerra e, posteriormente, a Liga dos Combatentes da Grande Guerra. O objectivo principal desta medida foi dar resposta às múltiplas necessidades físicas e psicológicas dos combatentes e respectivos familiares, vítimas da Primeira Grande Guerra (Liga dos Combatentes da Grande Guerra, s.d.).

Embora o primeiro movimento para a criação da Liga tenha surgido em 1919, só em 1921 é que foi consolidado, com um maior número de apoiantes e só em 1924 foi finalmente oficializada com o nome de Liga dos Combatentes da Grande Guerra. Primariamente teve sede nos escritórios de Faria Afonso na Rua de S. Paulo em Lisboa, mais tarde, depois da oficialização, foi-lhe concedido um espaço na Direcção de Armada Aeronáutica e, presentemente, tem sede na Rua João Pereira da Rosa, edifício cedido pela Cruzada das Mulheres Portuguesas (Liga dos Combatentes da Grande Guerra, s.d.).

### ***ceamps - centro de estudos e apoio médico, psicológico e social.***

O CEAMPS é um órgão de apoio e aconselhamento da Direcção Central da Liga dos Combatentes e tem os seguintes objectivos: a) Promover estudos e projectos de investigação, em medicina, psicologia e serviço social, visando os objectivos e necessidades da Liga dos Combatentes e dos combatentes em geral; b) Tendo em conta a legislação em vigor, elaborar pareceres que facilitem à Direcção Central a resolução dos problemas existentes; c) Recolha de material (escrito ou outro) tendo em vista o enriquecimento da Biblioteca da Liga dos

Combatentes; d) Promoção de cooperação entre a Liga dos Combatentes e outras Instituições privadas ou públicas; e) Promoção de seminários, colóquios, conferências ou outros eventos neste âmbito; f) Divulgação de estudos e projectos de investigação desenvolvidos pela Liga dos Combatentes ou em parceria com outras Instituições (CEAMPS, 2010).

O Presidente da Liga dos Combatentes é o Presidente do CEAMPS (CEAMPS, 2010).

Tendo em conta o protocolo efectuado entre o Ministério da Defesa Nacional e a Liga dos Combatentes, em 2007, no âmbito da Perturbação de Stresse Pós-traumático (PTSD), foi desenvolvido o projecto “Cuidados de Saúde”. Este projecto é desenvolvido através do CEAMPS e funciona em rede através dos 90 Núcleos da Liga dos Combatentes espalhados pelo País, com ligação a Instituições Locais numa vertente de respostas de proximidade. Para além de órgão de apoio e aconselhamento, tem funções executivas e desenvolve a sua acção através do Centro de Estudos e Investigação Psicológica (CEPI), dos Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e do Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS) (CEAMPS, 2010).

***camps – centro de apoio médico, psicológico e social.***

Os CAMPS funcionam no apoio médico, psicológico e social a ex-combatentes e famílias com stresse pós-traumático, tendo como principal preocupação dar uma resposta aos combatentes e suas famílias aos níveis de cuidados de saúde e inclusão social (Liga dos Combatentes, 2010).

Existem cinco CAMPS (Loulé, Lisboa, Coimbra, Porto e Chaves), estando previstos completar os CAMPS do Interior Centro e do Alto e Baixo Alentejo, assim como a criação de Gabinetes de Apoio Psicossocial nas Ilhas (Funchal, Ponta Delgada e Terceira) (Liga dos Combatentes, 2010).

No CAMPS de Lisboa são feitas consultas de triagem às segundas-feiras, em norma por uma equipa constituída por psicólogo/a e assistente social. A partir da informação recolhida nessa entrevista é preenchida uma folha de triagem que constará do processo e o combatente ou familiar é encaminhado, respeitando a sua zona de residência, para o acompanhamento médico, psicológico ou social, adequado ao caso. Nos CAMPS existem equipas multidisciplinares com consultas de medicina, psiquiatria, apoio social (individual e em apoio domiciliário) e acompanhamento psicológico individual ou de grupo. Do apoio psicológico de grupo, distingue-se: “Grupo Psicoterapêutico” (GP) e “Grupo de Auto-ajuda” (GAA) (CAMPS 1, 2010).

Em relação à intervenção em grupo existem na área de Lisboa cerca de oito grupos, sendo que o CAMPS de Lisboa cobre uma zona bastante alargada que abrange um raio de 130 Km. Assim, quinzenalmente, às terças e quintas-feiras, desloca-se uma equipa do CAMPS de Lisboa constituída por Assistentes Sociais e Psicólogos, às regiões de: Évora, Estremoz, Alcobaça, Rio Maior, Setúbal, Sesimbra, Abrantes e Entroncamento. Nessas localidades são efectuadas triagens, consultas, acompanhamento em grupo e visitas de apoio domiciliário (VADS) (CAMPS 1, 2010).

Assim sendo, o CAMPS é constituído por quatro estruturas de Apoio Médico, Psicológico e Social (Algarve, Lisboa e Vale do Tejo, Coimbra e Porto) que funcionam como Postos de Triagem e Encaminhamento. Dividem-se em 1,2,3,4,5, consoante a zona do país que abrangem (CAMPS 1, 2010).

O CAMPS 1, correspondente à zona de Lisboa e Vale do Tejo, é o local do presente estágio. A equipa do CAMPS 1 é composta por: Direcção Clínica (Cirurgião); Psiquiatria/Psicoterapia; Psicologia Clínica e da Saúde; Atendimento Social (CAMPS 1, 2010).

***cais – centro de apoio e inserção social.***

O CAIS destina-se a apoiar os combatentes e famílias de combatentes carenciados, em situação de pobreza e em risco de exclusão social, e grupos vulneráveis e excluídos (combatentes sem-abrigo, toxicodependentes e alcoólicos), promovendo caminhos para uma verdadeira inclusão social (CEAMPS, 2010). É este o objectivo das Missões de Rua que se fazem em colaboração com outras instituições de apoio humanitário; é este o objectivo das Visitas de Apoio Domiciliário que levam equipas compostas por assistentes sociais e psicólogos às casas, ou sítios onde vivem ex-combatentes carenciados.

***cepi – centro de estudos e investigação psicológica.***

O CEPI estabeleceu protocolos com algumas Universidades, como sejam a Universidade Autónoma de Lisboa, Universidade Lusófona, Universidade do Minho, Universidade de Coimbra, que apoiam, facultando a informação necessária, a Mestrados e Doutoramentos que desejem efectuar estudos nesta área. Presentemente, estão em curso vários estudos na área da PTSD (Stresse pós-traumático) quer com Antigos Combatentes e Prisioneiros de Guerra (PG) como com militares das Operações de Paz (OP), com o objectivo de avaliar quadros de PTSD junto desta população. O objectivo, ao apoiar a investigação, é estudar e compreender melhor esta população para melhorar também a intervenção.

**Escola Profissional – ASAS.**

A Escola Profissional de Agentes de Serviço e Apoio Social (EP-ASAS) funciona no edifício da Fundação Monsenhor Alves Brás, em Lisboa, Rua de Santo António à Estrela, nº 35. É uma Instituição de natureza privada, de utilidade pública, sem fins lucrativos (ASAS, 2010).

O objectivo desta Instituição é fundamentalmente a Formação Profissional e Formação Contínua de jovens e adultos, visando combater o desemprego e proporcionar a inserção na vida activa (ASAS, 2010).

O projecto educativo da EP-ASAS rege-se por princípios que a diferenciam de outras escolas profissionais. Ao olhar a pessoa/aluno como um ser em projecto, logo o seu modelo educativo/formativo assenta na ideia de que a escola se encontra em permanente construção, com a finalidade de promover uma educação personalizada e centrada no formando, respeitando, assim, a sua individualidade e singularidade (ASAS, 2010).

Para se ter acesso a esta escola profissional é necessário o 9º ano de escolaridade. A frequência é gratuita; dá acesso à Biblioteca e Centro de Recursos Multimédia; fornece Apoio Social, Psicopedagógico e Orientação Profissional e indicação de locais de estágio (ASAS, 2010).

Os cursos da EP-ASAS certificam com 12º ano de escolaridade e qualificação técnico-profissional nível III. Assim sendo, quem não optar por prosseguir os seus estudos a nível superior, terá qualificação para ingressar no mundo do trabalho (ASAS, 2010).

No presente momento estão a funcionar os cursos Técnico-Profissionais de Animador Sociocultural, Técnico de Secretariado e Técnico de Apoio à Infância (ASAS, 2010).

## **Caracterização da população**

### **População da Liga dos Combatentes**

A recolha de informação sobre a população ex-combatente foi feita junto da D. Teresa, responsável pela Biblioteca da Liga dos Combatentes e a mais antiga funcionária ainda em exercício de funções; através da consulta da base de dados dos combatentes que são ou foram acompanhados pelos serviços do CAMPS e junto da coordenação técnica e executiva do projecto e dos técnicos do CAMPS de Lisboa.

A população ex-combatente é do sexo masculino com idades entre os 60 e os 75 anos, que tiveram experiência de combate na Guerra Colonial (1961-1975), ou antes, em Angola, Moçambique ou Guiné.

Dos cerca de um milhão de ex-combatentes, alguns deles, em virtude de terem regressado da guerra com graves problemas psicológicos e psiquiátricos, vivem hoje em dia e desde então em situação de sem-abrigo. Estão desadaptados socialmente e muitos sofrem de alcoolismo, muitos de Stresse pós-traumático (PTSD) de guerra. Outros vivendo com as suas famílias encontram-se igualmente isolados e em sofrimento. Nestes casos, não só os combatentes mas igualmente as famílias necessitam de apoio psicológico ou psiquiátrico e na maior parte das vezes, apoio social, pois a grande maioria possui baixo rendimento financeiro. Uma das características dos combatentes em condição de sem-abrigo, para além do isolamento social, ou mesmo até por isso, é o facto de estarem incapazes de pedir ajuda. Por essa razão é muito importante a sinalização destas pessoas de forma a lhes ser prestado o apoio necessário.

### **População da E.P.ASAS**

A recolha de informação sobre os estudantes da Escola Profissional ASAS foi-nos prestada pelo psicólogo Dr. João Rosa, responsável pelo departamento psicopedagógico da instituição.

A população da Escola Profissional-ASAS, é composta por jovens estudantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, pertencentes a um grupo socioeconómico carenciado, que completaram o 9º ano de escolaridade e que buscam a formação necessária a uma rápida saída profissional.

Outros ainda, como os cursos de formação da escola dão equivalência ao 12º ano de escolaridade, tencionam usar esta mais rápida saída profissional, como forma de poderem financiar os seus estudos académicos.

## **Papel do psicólogo na Liga dos Combatentes**

No CAMPS o papel do psicólogo insere-se numa equipa multidisciplinar, composta por psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e médicos. A sua acção, seguindo uma perspectiva bio-psico-social, assenta num cuidar as pessoas, centrado na relação terapêutica, numa intervenção que contempla não só o próprio mas a família e a comunidade (Liga dos Combatentes, 2010).

O psicólogo colabora nas seguintes áreas: 1) Apoio Administrativo, através do controlo mensal de consultas, marcação de triagens, assim como registo e planeamento de actividades; 2) Triagem, onde orienta uma entrevista de recolha de dados, encaminhando o pedido para a área correspondente de acordo com a necessidade manifestada. Faz um registo da entrevista. Abre o processo e insere-o na base de dados; 3) Colabora com a Psiquiatria, fazendo avaliações psicológicas quando são solicitadas, e encaminhamento; 4) Acompanhamento Psicológico, através de sessões individuais, de 50 minutos cada, por norma quinzenais, com ex-combatentes ou familiares que, por se encontrarem em sofrimento, solicitam ajuda psicológica. Faz parte igualmente do papel do psicólogo fazer o registo dos casos a quem dá apoio psicológico, bem como a marcação de novas consultas.

Paralelamente a estas actividades, o psicólogo, na Liga dos Combatentes, colabora igualmente em Missões de Rua (equipas de terreno) e em Visitas Domiciliárias (VAD). Nas Missões de Rua que se fazem em colaboração com outras instituições de apoio humanitário, participa nas “rondas nocturnas”, deslocando-se uma carrinha cuja tripulação é composta por voluntários e tem como objectivo, através da entrega de alguns alimentos e agasalhos, estabelecer relação com pessoas que vivem em situação de “sem abrigo”, tendo em vista a sua reinserção social. O principal objectivo do psicólogo do CAMPS ao participar nestas rondas é a sinalização de possíveis ex-combatentes que, embora vivam em sofrimento

psicológico, se encontrem incapazes de pedir ajuda; nas Visitas de Apoio Domiciliário os psicólogos deslocam-se, geralmente acompanhados por um assistente social, às casas ou sítios onde vivem ex-combatentes carenciados. De todas estas actividades, é feito um registo.

Às terças e quintas-feiras são feitas deslocações para fora de Lisboa, nomeadamente Entroncamento, Abrantes e Évora, onde o psicólogo faz Triagens, Consultas de Psicologia, Facilitação de Grupos de Auto-ajuda, VAD, e o registo de todas as actividades em que participou.

Refere-se, por último, que o psicólogo na Liga dos Combatentes actua em paralelo com a assistência social, a psiquiatria e a medicina na assistência prestada aos ex-combatentes em sofrimento.

### **Papel do psicólogo na EP - ASAS**

Na EP-ASAS o psicólogo dá apoio psicológico aos alunos da escola, com o principal objectivo de os ajudar quando se encontram em sofrimento por problemas relacionais, escolares ou outros. Tem em vista, na prática, um melhor aproveitamento escolar e um acréscimo de aptidões relacionais com a família, colegas e professores.

Nesse sentido, os alunos são informados dos dias e horas em que o psicólogo dará consultas, e marcam directamente para um número que lhes é dado na secretaria. Na primeira sessão, consoante o pedido, é decidido o tipo de apoio a ser dado. Embora a maior parte dos alunos busquem Acompanhamento Psicológico, outros solicitam Orientação Vocacional, pois pretendem continuar os seus estudos transitando para o nível académico, outros ainda buscam apoio psicológico pontual, uma ou duas sessões, por se encontrarem em situação de crise.

O pedido pode ser feito pelo aluno, por um professor ou pelo tutor.

O Acompanhamento Psicológico na EP – ASAS, consta de dez sessões, uma sessão por semana, 50 minutos cada. Após a primeira sessão, a marcação das sessões seguintes é feita directamente com o psicólogo. Cabe ainda ao psicólogo, nos casos em que a sessão de

Acompanhamento Psicológico coincida com a actividade escolar, entregar ao aluno um papel justificativo da falta. Estes impressos são fornecidos ao psicólogo na secretaria da escola.

### **Problemáticas e Patologias**

Etimologicamente o conceito de crise, vem do grego, *krísis*, e significa um momento decisivo ou um risco, mas simultaneamente uma oportunidade (Matoso, 2007).

Existir implica lidar com a transitoriedade, a existência é feita de mudanças várias, podem ser mudanças biológicas, acontecimentos traumáticos associados a morte, divórcio, doença, acidentes, ou outras. Podem significar novas escolhas, novas trajectórias existenciais. Ora esta condição de transitoriedade interfere com o nosso equilíbrio, afecta o nosso percurso pessoal, desencadeia uma crise (Monteiro-Ferreira, 2003).

Neste nosso estágio tivemos a ocasião de actuar em crises nas fases da adolescência, adultícia e envelhecimento, sendo que os casos que decidimos apresentar se enquadram dentro dos dois primeiros grupos. Desta forma abordaremos a crise existencial de uma adolescente de dezasseis anos, vítima de abandono na infância e uma situação de trauma vivido por um adulto de trinta e cinco anos.

### **Adolescência.**

A adolescência é uma fase de transição que se caracteriza por uma crise identitária e identificatória.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1986), o adolescente é o indivíduo que se encontra entre os 10 e os 20 anos. Esta fase corresponde a alterações fundamentalmente biológicas e orgânicas e é marcada por uma aceleração a nível do desenvolvimento em geral e da construção da personalidade em particular (Rew, 2005). Segundo Alberastury (1981,

citada por Ribeiro, 2006), a adolescência caracteriza-se pela perda do corpo infantil, observada em transformações fisiológicas e corporais, assim como pelo conflito entre o desejo de dependência e de independência em relação aos pais.

O período da adolescência pode ser apreciado em mudanças significativas ao nível físico, psicológico e social (Rew, 2005).

Fisicamente, a grande mudança é o desenvolvimento puberal, correspondente a grandes alterações de ordem fisiológica; psicologicamente é um período de desenvolvimento cognitivo e moral (Garcia, 2009). O desenvolvimento cognitivo foi amplamente estudado por Piaget (1969) que considerou a existência de estágios de desenvolvimento em que se assistiria à evolução do pensamento crítico, processamento de informação e acréscimo de capacidade dedutiva e indutiva; em relação ao desenvolvimento moral, Kohlberg (1978, citado por Sprinthall & Sprinthall, 1993) considerou a existência de estágios evolutivos, de que se salienta que entre os 13 e os 14 anos se inicia um conformismo às normas e regras do grupo que culmina entre os 16 e os 18 anos com o aumento da influência do grupo de pares e de outros grupos de referência. Gilligan (1993, citado por Garcia, 2009) privilegiou o estudo sobre a diferença de géneros na abordagem de dilemas morais, considerando que o sexo masculino busca uma resolução directa enquanto o feminino tende a evitar o conflito, de forma a manter a relação. Socialmente, a adolescência foi caracterizada por Erikson (1968/1998) como um período de crise de identidade. Segundo o mesmo autor o adolescente vive este processo de criação de identidade principalmente através da interacção social, pois a consciência que tem de si próprio é confrontada e influenciada pela forma como os outros o vêem (Cole & Cole, 2004).

***papel social.***

Todas estas transformações, físicas, psicológicas e sociais que têm efeitos sobre o comportamento, traduzem-se em novos papéis sociais, dúvidas em relação à própria identidade, escolha de projecto de vida e mudança em relação ao principal grupo de pertença, o enfoque sobre o grupo família transita para o grupo de pares (Araújo et al, 2008). Em relação a esta transição de enfoque relacional, Hipólito (2009) refere as diferentes dimensões relacionais que, começando na dimensão pessoal, relação consigo mesmo e suas próprias sensações e necessidades, evoluem para a dimensão interpessoal, traduzida na relação matriz mãe/filho para depois atingirem a dimensão grupal. Aliás, Campbell (1969, citado por Berenson et al, 2005) refere igualmente a importância da dimensão grupal, referindo que a família, o grupo de pares e a escola, com as suas normas e valores, constituem três meios de socialização extremamente importantes, apesar de para o autor referido, a família ser o principal agente de influência para a socialização. Igualmente Freire (1998, citado por Berenson et al, 2005) admite que embora os adolescentes passem mais tempo com o grupo de pares, isso não implica dissolução dos laços familiares (Freire, 1998, citado por Berenson et al, 2005), e Fleming (1993, citado por Berenson et al, 2005), considera que é no seio da família que muitas das transformações ocorrem no adolescente, através de aprendizagens, valores e expectativas, fundamentais ao desenvolvimento do adolescente e formação da sua identidade; é no contacto com a família que o adolescente inicia o seu primeiro movimento em direcção à autonomia que o aproximará do grupo de pares. E aí o adolescente poderá desenvolver o sentimento de pertença, ter novas experiências relacionais, desenvolvendo uma definição de si próprio, criada através da identificação, ou não, com o grupo de pares. Knobel (1992) refere igualmente a importância do grupo de pares no desenvolvimento psicossocial do adolescente, sendo este acompanhado pelo afastamento do grupo família. Nesta fase, os pares, mais do que a família, são o modelo e a referência do adolescente. Refere o autor que

esta estruturação psicossocial corresponde a um conjunto de comportamentos e atitudes a que denominou a *Síndrome da Adolescência normal*. Assim, esta tendência grupal está associada à busca de identidade que passa a ser procurada na identificação com o grupo e em oposição aos valores parentais. Ainda para Knobel (1992) esta uniformização de hábitos, comportamentos e valores é securizante e promotora de auto-estima.

Mas em todo este processo, o adolescente tem de confrontar os valores e hábitos adquiridos no seio da família, com outros valores mais em conformidade com a sua individualidade e com a sua autonomia. Ora, este movimento, poderá dar origem à incongruência, pois contrapõe a imagem de si (*Self Real*) e a imagem que gostaria de ter (*Self Ideal*). Segundo Rogers, (1951/2004) a correlação entre o *Self Real* e o *Self Ideal* dá-nos um indicativo da auto-estima, sendo que se esta correlação se apresenta praticamente nula, isso significa um nível baixo de auto-estima (Rogers, 1951/2004).

Rew (2005) refere igualmente que para que o processo de criação de identidade do adolescente seja saudável, importa que a mesma não seja construída a partir de conceitos e valores de terceiros e Bronfenbrenner (1979) e Moos (2002, citados por Garcia, 2009) salientam a importância de compreender de que forma se adapta o adolescente a este processo de mudança, que estratégia de *coping* utiliza, pois lida com fortes factores desencadeadores de stresse. De acordo com Nunes (1994/95, citada por Rafael, 2010) as estratégias de *coping*, se forem adaptativas, ajudam o indivíduo a ter uma melhor auto-estima e facilitam a mudança.

Mas para melhor se entender a auto-estima, importa antes entender de que forma é criado e evolui o autoconceito.

***auto-conceito.***

Durante a infância, o autoconceito ou conjunto de percepções que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si, é construído a partir das relações estabelecidas com o exterior. Se estas condições exteriores forem desfavoráveis ou emocionalmente adversas, o autoconceito da criança expressará vulnerabilidade (Rogers & Kinget, 1967/1977). Por outro lado se o autoconceito estiver alienado da experiência organísmica, o resultado será um estado de incongruência (Rogers & Kinget, 1967/1977; Galvão & Melo, 2006, citados por Melo & Dutra, 2008).

Começemos por perceber como se processa isto durante a fase de desenvolvimento da criança. As experiências infantis são valorizadas, pelos adultos, como positivas ou negativas e esses conceitos valorativos direccionam o comportamento. Paralelamente a isso, o conceito que a criança tem de si é “bom”, no entanto, quando as suas acções, reflexo dos seus sentimentos, são criticadas pelos pais, a criança sente o seu *self* ameaçado, pois a imagem positiva que tem de si própria não pode coexistir com esta nova imagem. A reacção a esta ameaça poderá ser ou a negação ou a distorção da experiência, ou seja, a experiência tal como foi vivida é impedida de aceder à consciência. Assim, a criança introjecta a atitude dos pais, considerando-a como reflexo do seu próprio desejo, e como resultado a experiência real não é devidamente simbolizada (Rogers, 1951/2004).

Associada ao autoconceito, salienta-se a importância da imagem corporal (Assis e tal, 2003, citados por Ribeiro, 2006), tendo em conta que o autoconceito e a auto-imagem do adolescente estão igualmente relacionados, através da comparação que fazem entre os seus corpos e aquilo que para eles será um corpo idealizado como bonito ou desejado. Esta discrepância poderá dar origem a inseguranças e angustias, poderá dar origem à incongruência. Em resultado poderão surgir distúrbios de imagem corporal e alimentares,

como bulimia ou anorexia e depressão (Rinderknecht & Smith, 2002; Nunes et al, 2001 & Stice, 2000, citados por Amaral et al, 2007).

### ***auto-estima.***

Mas não só o autoconceito é influenciado pelas posições valorativas das figuras parentais. Segundo Rogers (1951/2004) a auto-estima está directamente relacionada com a consideração positiva que a criança recebe das figuras significativas, pois esta avaliação positiva impede que a imagem que a criança tem de si, ou seu *self real*, se distancie marcadamente de uma imagem desejada, o *self ideal*. Em contrapartida, a avaliação negativa poderá ser responsável pela alienação da experiência organísmica e, neste caso, a criança ao retirar da sua consciência as experiências que não se ajustam à imagem que os outros valorizam positivamente em si, não se desenvolverá, a nível da sua personalidade, de forma satisfatória (Rogers, & Kinget, 1967/1977), pois existe uma discrepância entre o *self organísmico* e o *self real*. Saliente-se que se a personalidade da criança se desenvolvesse sem traumas, poderia existir uma actualização plena das suas potencialidades, no entanto, no decorrer da existência são constantes os traumas quer nas potencialidades, quer na sua actualização (Hipólito, 2001).

Igualmente Hipólito (2011) refere que, sendo o amor da mãe fundamental para a segurança do bebé e mais tarde da criança, esta é impelida a modelar as suas percepções de acordo com as condições de valor da mãe,<sup>(1)\*</sup> de forma a ser aceite e amada. Ora, este movimento dará origem a uma dissociação entre a experiência e a sua simbolização, uma dissociação entre *self organísmico*, *self percebido* e *self desejado*. Este conflito é gerador de tensão, então, na busca do melhor equilíbrio possível, é criado um sintoma, encarado como

---

\* (1) Valores transmitidos pelas figuras significativas, os pais, que condicionam os conceitos de, certo e errado.

processo adaptativo de manter o organismo em funcionamento. Um dos sintomas prováveis é a baixa auto-estima.

Estudos feitos (Andersen & Chen, 2002; Leary & Baumeister, 2000; Markus & Cruz, 1990, citados por Berenson et al, 2005), defendem que a aceitação e aprovação das figuras parentais é preditiva de auto-estima. No entanto, outros salientam que em relação à influência da identificação do adolescente com as figuras parentais na sua auto-estima, existem diferenças relevantes, entre géneros. Assim, é sugerido que enquanto para o adolescente, rapaz, esta identificação parece ser protectora, nas adolescentes, a baixa auto-estima, associada à identificação com as figuras parentais, depende da avaliação que os pais fazem da adolescente, sendo que, nestes casos, a identificação com uma mãe rejeitante representa vulnerabilidade na baixa auto-estima, pois a jovem adolescente tem tendência a introjectar a rejeição dos pais. Esta vulnerabilidade pode estar na raiz da depressão na adolescência (Berenson et al, 2005). Apenas um pequeno estudo transversal (Carlson, 1963, citado por Berenson et al, 2005) examinou a associação entre auto-estima e identificação com os pais e aceitação dos pais, simultaneamente. Os pré-adolescentes que demonstraram identificação com um dos pais revelaram maior auto-estima do que o grupo de controlo (adolescentes que se identificavam com pai rejeitante ou que não se identificavam com nenhum deles). Este resultado sugere que a identificação com os valores e opiniões dos pais parece facilitar a internalização das suas opiniões sobre o adolescente, no entanto a auto-estima só será promovida no caso dessa opinião ser positiva (Berenson et al, 2005). Segundo Rogers (1951/2004) a auto-insatisfação, baixa auto-estima e incongruência provocadas pela discrepância entre *self real* e *self ideal* estão na origem do pedido de ajuda psicológica.

***abandono.***

Outro factor de grande importância para o equilíbrio emocional da criança e do adolescente, será a maneira como foi vivida a sua relação com a figura de apego. Segundo Bowlby (1984), o apego é um vínculo afectivo que o ser humano estabelece com os outros, embora seja construído precocemente, a partir da interacção mãe-bebé. Desta forma, a maneira como os principais cuidadores se relacionam com a criança influenciará a sua socialização, levando-a a agir de acordo com um modelo interno de funcionamento, construído na relação com a figura de apego. Assim, pais afectivos ajudarão a que a criança se torne um adulto confiante e seguro, mesmo em situações difíceis, pois interiorizou a sensação de ter sido amado e protegido; em contrapartida, situações de separação ou perda da figura de apego, poderão fazer surgir sentimentos contraditórios de angústia ou raiva. A criança sentirá revolta por ter sido abandonada e terá medo de voltar a ser abandonada. Desta forma, introjectará a ameaça da rejeição e o medo de perder o amor das pessoas que ama (Bowlby, 1984). Mais ainda, não se considera digna de ser amada, pois foi rejeitada porque não presta (Berger, 1997/98).

Hipólito (2011) refere-se ao processo de diferenciação entre o bebé e o Outro significativo, a mãe, em que as necessidades do bebé recebem uma resposta, satisfatória ou não, dada pela figura de apego. Assim, e ainda segundo o mesmo autor, a vinculação pressupõe uma “crescente consciencialização no bebé da necessidade do amor do Outro (mãe), do qual depende e sem o qual não consegue sobreviver” (Hipólito, 2011, p.153).

Igualmente Rosseti-Ferreira (1986), referindo-se ao vínculo mãe/bebé defende a importância da manutenção de uma relação íntima e continua com a mãe durante os primeiros anos de vida. Considera o autor que a privação deste cuidado, poderá desencadear na criança

um comportamento ansioso e angustiado, baixa auto-estima e instabilidade emocional, factores que irão influenciar o seu comportamento em futuras relações.

Por outro lado, o funcionamento de uma criança que é abandonada pelos pais fica destabilizado e será necessário um grande esforço para que sejam integradas as suas origens e construída a sua identidade. A pertença a um grupo familiar é um dado incondicional e fundamental para a formação da identidade. Factores como a semelhança de traços fisionómicos, são referências securizantes. Será necessária a criação de um sentimento de pertença a um grupo, família ou substituto. É nesse sentido que uma terapia poderá ajudar a que a “ferida cicatrize” para que se desenvolvam capacidades de estabelecer novas relações adequadas com os outros (Berger, 1997/98).

Em relação ao abandono, Bowlby (1984) acrescenta que é sentido pela criança como um luto e que, por essa razão, será importante a existência de uma base segura associada a uma figura de compensação que ajude a preencher essa lacuna ou lugar vazio. Por outro lado, Anzieu (1996) e Hans (1994, citados por Berger, 1997/98) consideram que o processo psíquico da separação e o luto são muito diferentes, pois que enquanto no luto existe uma desvinculação ou desinvestimento na pessoa perdida o que permitirá novos investimentos afectivos, na sobrevivência existe a esperança do reencontro. Para além disso, e nos casos em que existe a passagem para uma nova família, importa perceber que enquanto na família biológica o nascimento é naturalmente preparado pela gravidez, na adopção os laços afectivos têm de ser estabelecidos rapidamente, envolvendo um processo de sedução mútua. Nessas condições, as crianças são levadas a questionar qual deverá ser o seu papel, o que deverão fazer para agradar, para serem amadas e aceites (Berger, 1997/98).

### ***síndrome de alienação parental.***

Mas o abandono e a rejeição também poderão surgir em caso de divórcio ou separação dos pais. Nestes casos, a criança poderá sentir que ela própria está divorciada, ou foi rejeitada por um dos progenitores.

A Síndrome de Alienação Parental surge muitas vezes após um divórcio e pressupõe a criação de uma relação exclusiva com um dos progenitores (progenitor alienante), com o objectivo de banir o outro (progenitor alienado). Nessa medida, a criança alienada, introjectando a atitude da figura paterna, pai ou mãe, guardiã, não quer manter qualquer tipo de contacto com o outro progenitor, expressando por ele somente sentimentos negativos. Esta criança está alienada pois perdeu completamente a consciência dos seus reais sentimentos por ambos os pais. Uma criança que foi alienada poderá futuramente ser um pai ou mãe alienante (Aguilar, 2008; Chesler, 1986; Pinto Ribeiro, 1999; Pratte, 1988; Sottomayor, 2008 & Torres, 1986).

### **Psicopatologia.**

Sendo que, a nossa intervenção psicológica e de Relação de Ajuda tem como base teórica os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, considerámos relevante perceber de que forma a ACP se pode adequar à psicopatologia e quais são as diferenças de procedimento nestes casos.

A perspectiva psiquiátrica, segundo o modelo biomédico, centrada na doença e no sintoma, começa por avaliar, em seguida elabora um diagnóstico diferencial e finalmente, com base neste, decide um plano terapêutico.

No entanto, segundo uma perspectiva humanista, alguns autores (Cain & Seeman, 2002; Dunn, Holmes & Newness, 2001; Moreira, 2001 & Joseph & Worsley, 2005, citados por Mejia, 2006) consideram que o facto de nos centrarmos na avaliação e no diagnóstico nos

dificulta olhar a pessoa que existe, que “é”, malgrado a sua patologia, ignora-se o seu caso particular e as áreas sãs da sua experiência. Para além disso, os mesmos autores referem ainda que esta perspectiva para além de recorrer muito à farmacologia e pouco ao método psicoterapêutico, coloca toda a responsabilidade do processo terapêutico no técnico, afastando o paciente desta tarefa, ou seja, afastando-o dum processo que corresponde ao seu próprio desenvolvimento pessoal. Em contrapartida, Sommerbeck (2003, citado por Mejia, 2006) adepto da Abordagem Centrada na Pessoa, defende que se poderá manter congruente funcionado numa instituição que usa o modelo biomédico, por considerar que ambos os modelos se podem complementar.

Mas vejamos como a Tendência Actualizante pode funcionar, ou antes, por que razão funciona no sentido contrário ao crescimento optimal, em caso de psicopatologia. Tal acontece, pois, sendo adaptativa, progride e adapta-se às circunstâncias que lhe são adversas, como a planta que entorta o caule para procurar a luz. Essas circunstâncias, segundo Mejia (2006), são bloqueios ao nível da comunicação intra e interpessoal que se traduzem na incapacidade de integração da experiência, na incapacidade de se ser quem é. Ora a psicopatologia surge como reacção a esse bloqueio, como um desvio adaptativo, embora contrário ao crescimento optimal. O resultado será a incongruência de um ser alienado de si próprio e dos outros (Schmid, 2005).

Igualmente para Hipólito (2011), a psicopatologia pode ser entendida, através da observância dos vários traumas ocorridos ao longo da existência de um indivíduo, traumas esses que podem afectar as potencialidades ou a sua actualização. Nessa medida, a tendência à hipercomplexificação manifesta-se em movimentos de auto-cura, sendo esta a razão de ser do sintoma. Por essa ordem de ideias, será necessário o uso de muita prudência na tentativa de remissão de sintomas, correndo o risco de o fazer sem dar tempo a que o próprio organismo encontre um equilíbrio alternativo. Para o autor, os sintomas serão naturalmente

abandonados quando já não forem necessários à ultrapassagem do conflito que os gerou e através de um processo interior de auto-cura e amadurecimento pessoal.

Para Rogers (1951/2004, 1961/2009) o importante não é o diagnóstico mas a pessoa e a sua experiência de vida, e para que seja possível o contacto com essa mesma experiência, por muito bizarra que seja, o caminho é a compreensão empática e a ausência de juízos de valor, ou antes, o olhar incondicional positivo. Esta atitude tem como base o pressuposto que o organismo terá tendência a actualizar-se e que o crescimento embora esteja obstruído, não está completamente interrompido (Levitt, 2005). Pensamos que se refere à área sã do indivíduo que será possível contactar e ajudar a desenvolver.

E neste ponto chegamos ao tema “contacto psicológico” sem o qual não será possível estabelecer uma relação terapêutica. Pensamos se não será esta a razão porque Sommerbeck (2003, citado por Mejia, 2006), referido no início deste capítulo, defendeu que poderia existir congruência e complementaridade na associação do modelo biomédico e a Abordagem Centrada, em contexto psiquiátrico; se não será por vezes necessário, para que seja possível o contacto psicológico, que seja utilizada a medicação. Referimo-nos ao caso de psicoses, em que existe um débil contacto com a realidade que interferirá no campo relacional.

Mas, partindo do pressuposto que o contacto psicológico é possível e está estabelecida a relação terapêutica, o vínculo terapêutico poderá ser o grande facilitador da reintegração de um mundo interno alienado ou dissociado. Assim, este contacto psicológico poderá facilitar o contacto com a realidade, através de uma gradativa comunicação com o mundo e o outro; o contacto afectivo, traduzido no enfrentamento com os seus próprios sentimentos e emoções; e por fim, o contacto comunicacional com os outros através da expressão verbal (Mejia, 2006).

Sendo assim, poderemos pensar que a relação terapêutica assente nas seis condições, tal como noutros casos, pode facilitar que a Tendência Actualizante actue em casos de psicopatologia.

### **Perturbação pós-traumática do stresse.**

Acontecimentos potencialmente traumáticos, quer sejam de origem natural, como terramotos, incêndios e outros, quer sejam provocados pelo homem, como a guerra, sempre surgiram acompanhados da possibilidade da existência de traumas psicológicos reactivos a estas mesmas situações. No entanto, o conceito de Perturbação Pós-Traumática de Stresse (PTSD) só surgiu no final do séc. XX (Anunciação, 2003).

O primeiro relato médico sobre PTSD surgiu num artigo do cardiologista americano de origem açoriana, Da Costa, publicado no "*Journal of Medical Science*" em 1871, intitulado "*Irritable heart syndrom*", onde descrevia a sua experiência no tratamento de soldados expostos ao combate, durante a Guerra Civil americana. O médico relatava que os militares apresentavam excitabilidade autonómica, irritabilidade e pressão arterial elevada (Anunciação, 2003; 2010).

Mais tarde, durante as duas Grandes Guerras a classe médica desenvolve um conhecimento aprofundado desta doença, designada então como *Shell Shock* (ou neurose de guerra). São pela primeira vez apontados sintomas comuns em ex-combatentes, como sejam pesadelos e ansiedade; é igualmente focada a possibilidade de existir uma evolução prolongada após a fase aguda, situada durante o combate (Anunciação, 2003).

Finalmente na década de 60-70, estudos sobre os ex-combatentes americanos da Guerra do Vietname, levaram a classe médica americana, nomeadamente as suas organizações psiquiátricas, à conceptualização do diagnóstico desta patologia que surge pela primeira vez com a designação actual de Perturbação Pós-Traumática de Stresse (*Post-Traumatic Stress Disorder*), no "*Diagnostic Statistic Manual*" (DSM-III) (Anunciação, 2003).

Em 1980 consta na lista oficial americana de classificação das doenças psiquiátricas, no capítulo "Doenças Ansiosas"(Anunciação, 2003).

Segue-se, em 1993, a inclusão na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), pela Organização Mundial de Saúde (Anunciação, 2003).

Em Portugal, só em 1999 foi dado apoio oficial e institucional aos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa (1961-1974). Surge nessa altura legislação de apoio às “Vítimas de Stresse Pós-Traumático de Guerra”, e é criada uma “rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses, portadores de perturbação psicológica crónica, resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar”(Lei nº 46/99 de 16 de Junho e o Decreto-Lei nº 50/2000 de 7 de Abril, citado por Anunciação, 2003, p. 121).

Segundo o CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992/1993), o “Transtorno de Stresse Pós-traumático” surge como resposta tardia após a exposição a uma situação considerada para além da experiência humana normal, ameaçadora ou catastrófica. Essa situação traumática terá que ser identificada como promotora de stresse e significativamente perturbadora ou causadora de angústia para a maioria das pessoas. Certos traços de personalidade, compulsivos ou asténicos, ou doença neurótica, embora possam baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravá-la, não são razões necessárias e suficientes para a explicar.

Entre os sintomas mais típicos, salienta-se: revivescências dos acontecimentos traumáticos como por exemplo pesadelos recorrentes com cenas vivenciadas na guerra, *flash-backs* diurnos; evitação sistemática dos estímulos associados ao trauma; hiperexcitação autonómica e hipervigilância; insónia, ansiedade e depressão. Pode ocorrer igualmente ideação suicida e uso excessivo de álcool ou drogas (Organização Mundial de Saúde, 1992/1993; Anunciação, 2010).

Embora a doença se manifeste logo após o trauma, pode ter um período de latência que varia entre poucas semanas e seis meses (Organização Mundial de Saúde, 1992/1993). No entanto, embora a existência de um acidente traumático seja necessária à manifestação de PTSD, nem todas as pessoas expostas a um mesmo acidente desenvolvem PTSD. E mais, em muitos casos assiste-se à PTSD em remissão, podendo eventualmente voltar a manifestar-se temporariamente a quando na presença de outro acidente traumático. Acrescenta-se que factores como, história de vida, tipo de personalidade e estratégias de *coping* usadas, são factores muito importantes para um bom prognóstico de não PTSD ou fácil remissão (Anunciação, 2010).

Segundo a experiência médica de Albuquerque (1999, citado por Ferros & Ribeiro, 2003) junto de ex-combatentes com Stresse Pós-traumático, verificaram-se três tipos de evolução: 1) Total desaparecimento da sintomatologia, acompanhado de regresso gradual à normalidade ao fim de alguns meses; 2) Melhoria acentuada que permitiu uma satisfatória reintegração social, laboral e familiar, embora mantendo-se alguma sintomatologia residual e persistente. Agravamento dos sintomas a partir da meia-idade, associado a acontecimentos stressantes e ao envelhecimento. Nestes casos a doença adquire características crónicas e raramente reversíveis; 3) Não foram registadas melhorias significativas da sintomatologia após o regresso. Neste grupo minoritário incluem-se em regra os que continuaram a consumir álcool abusivamente.

Para Quinn (2008) o trauma de combate cria no ex-combatente um estado extremo de incongruência. Pode ser difícil, nestes casos, a aceitação da experiência, do que se fez, do que se foi. Por essa razão, será importante que o terapeuta, ao invés de se manter como mero observador, seja capaz de entrar no mundo subjectivo do combatente e, como companheiro/guia, ajudá-lo a encontrar um sentido para as suas experiências, de forma a alcançar a reintegração social e afectiva (Quinn, 2008).

Rogers (1959) referiu-se ao processo de reintegração, após o colapso emocional e distanciamento de si-mesmo, alcançado através da relação terapêutica. Para Rogers, a relação curativa baseada na congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática, é o que permite o veterano mover-se em direcção à congruência entre *self* e experiência.

### ***trauma.***

Trauma é um estado psíquico ou comportamental alterado em resultado de stresse emocional, mental ou lesão física, causados por agente externo. Para que determinado evento seja considerado traumático, importa ter em consideração a resposta emocional face ao acontecimento, ou seja, se for vivido com medo, terror ou desamparo, será considerado um acontecimento traumático (Anunciação, 2010). Embora a natureza do trauma varie, os seus efeitos são semelhantes. Isto sucede pois, segundo Everstine e Everstine (1993, citados por Valentine, 2003) quando alguém experimenta um evento inesperado, de forma coerciva, o resultado será um trauma psicológico ou emocional. Os acontecimentos traumáticos alteram os sentimentos de segurança e auto-suficiência, aniquilam os mecanismos de adaptação habituais, são desorganizadores pois fazem actuar os mecanismos de sobrevivência luta-fuga de forma rápida, sem tempo de processar mentalmente o sentido da experiência.

No entanto, nem sempre é adequado o diagnóstico de PTSD, muitas vezes um acontecimento traumático dá origem a pessoas clinicamente deprimidas e ansiosas sem essa patologia associada. “...uma pessoa deprimida pode estar a experienciar a componente evitamento da resposta relacionada com o trauma, e uma pessoa ansiosa pode estar a manifestar activação” ( Valentine, 2003, p. 24).

Após uma situação traumática a maior parte das pessoas desenvolve pensamentos intrusivos, ou seja, o acontecimento traumático é repetido insistentemente no plano mental. Este processo corresponde a uma finalidade adaptativa, de integração da experiência que possibilite um regresso à vida quotidiana. No entanto nos casos em que é desenvolvida uma PTSD, este processo converte-se numa situação crónica (Monteiro-Ferreira, 2003).

Mas, a situação traumática desencadeia ainda a confrontação com um terrível sentimento de impotência, o que pressupõe a confrontação com a própria vulnerabilidade do indivíduo (Janoff-Bulman, 1989). O ser humano tem uma sensação de invulnerabilidade, de falso controlo da sua existência. Estes sentimentos são adaptativos e ajudam a aliviar a angústia inerente à imprevisibilidade de tudo, inclusive da nossa própria morte. No entanto, o sentimento de invulnerabilidade é anulado por um acontecimento traumático. Esta consciência de que se não possui controlo da própria existência altera a auto-imagem (Monteiro-Ferreira, 2003).

Embora a situação traumática não possa ser modificada, uma atribuição de significado à experiência vivida ajuda a criar um sentimento de controlo (Monteiro-Ferreira, 2003) e a recuperação do controlo faz parte de uma necessidade absoluta de voltar a funcionar de forma adequada (Lifton, 1979; Anunciação, 2010). A acrescentar, Galinha (2008) referindo-se ao efeito de eventos negativos no nível básico de Bem-Estar Subjectivo, afirma que as estratégias mais usadas para recuperar o equilíbrio e evitar perturbação emocional, são o optimismo e a sensação de controlo.

Assim, a recuperação do controlo da própria existência será a estratégia de *coping* utilizada. Outras estratégias usadas são a atribuição de significado ao acontecimento ou a procura de uma nova perspectiva sobre a vida. Estas estratégias de *coping* são muitas vezes procuradas pela vítima (Lifton, 1979; Anunciação, 2010).

## Estágio

### Cronograma do estágio

| Mês                       | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev.  | Mar. | Abr. | Maio | Junh. | Julh.  |
|---------------------------|------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|--------|
| Visita à 1ª Instituição   | X    |      |      |      |       |      |      |      |       |        |
| Visita à 2ª Instituição   |      |      | X    |      |       |      |      |      |       |        |
| Início do Estágio         |      | X1ª  | X2ª  |      |       |      |      |      |       |        |
| Recolha Bibliográfica     |      | X    | X    | X    | X     | X    | X    |      |       |        |
| Elaboração do Projecto    |      |      | X    | X    |       |      |      |      |       |        |
| Entrega do Projecto       |      |      |      |      | Dia28 |      |      |      |       |        |
| Acons. Psicológico        |      |      | X    | X    | X     | X    | X    | X    | X     | X      |
| Sessões Contac (outras)   |      | X    | X    | X    | X     | X    | X    | X    | X     | X      |
| Final estágio             |      |      |      |      |       |      |      |      | X     | X      |
| Elaboração Relatório      |      |      | X    | X    | X     | X    | X    | X    | X     | X      |
| Entrega Relatório (1ªv.)  |      |      |      |      |       |      |      |      |       | Set/11 |
| Entrega Relatório (final) |      |      |      |      |       |      |      |      |       | Dez/11 |

### Actividades realizadas

#### Liga dos Combatentes

No dia 10 de Outubro foi feita a primeira visita à Liga dos Combatentes. Tivemos uma reunião com o Dr. António Correia, psicólogo e coordenador do nosso estágio. Esteve igualmente presente o resto da equipa, composta por psicólogos e assistentes sociais. Levámos a carta de formalização do estágio enviada pela UAL e foi combinado o horário do nosso estágio (manhãs de segunda, terças e quintas-feiras). Fomos informadas de quais seriam as nossas actividades na Instituição e manifestámos quais as nossas expectativas para o nosso estágio. Foi decidido começar a nossa actividade como psicóloga estagiária na Liga dos Combatentes no dia 3 de Novembro.

A primeira fase do estágio, correspondente aos meses de Novembro e Dezembro de 2010, foi definida em reunião no dia 8.11.2010. A partir do acordado na reunião, foi elaborado um Programa de Estágio – 1ª Etapa (Anexo A). A segunda fase do estágio, correspondente aos meses de Janeiro a Julho de 2011, foi definida em reunião no dia

20.12.2010. A partir do acordado na reunião, foi elaborado um Programa de Estágio – 2ª Etapa (Anexo B).

As horas de estágio foram registadas na Folha de Presenças, assinada pelo Coordenador de estágio, no local (Anexo C).

### **EP-ASAS**

No dia 16 de Dezembro foi efectuada a primeira visita à Escola Profissional ASAS. Tivemos uma reunião com o psicólogo Dr. João Rosa e as professoras responsáveis: Dra. Conceição Brites, Dra. Alice e Dra. Odete. Foi entregue uma carta de formalização do estágio enviada pela UAL assim como *posters* informativos para serem afixados. Foram combinados horários (segunda-feira, de tarde) para os atendimentos psicológicos. Solicitámos informação sobre quais as problemáticas mais frequentes encontradas, faixa etária dos alunos, assim como quem faz geralmente o pedido. Fizemos uma visita às instalações da escola e mostraram-nos o gabinete do psicólogo. Foi combinada uma apresentação às turmas no dia 3 de Dezembro, a seguir às férias de Natal.

O estágio na EP-ASAS corresponde aos meses de Dezembro de 2010 a Julho de 2011.

As horas de estágio foram registadas na Folha de Presenças, assinada pelo Coordenador de Estágio no local (Anexo D).

### **Trabalho Indirecto**

O trabalho indirecto do nosso estágio corresponde unicamente à nossa actividade na Liga dos Combatentes (Quadro 1.). Em relação à EP-ASAS, a nossa actividade, baseou-se sempre em sessões de contacto, incluindo nestas a visita feita às várias turmas com o objectivo de prestar esclarecimento sobre o início da nossa actividade e a reunião que tivemos com as entidades responsáveis da ASAS.

| <b>Actividade Indirecta na Liga dos Combatentes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actualização da base de dados dos combatentes, essencial para efeitos de registo e monitorização dos processos.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Colaboração nas actividades do CEPI: ajuda na elaboração de folheto de divulgação das Operações de Paz (OP); criação de uma base de dados com ex-prisioneiros de guerra que estiveram na Índia (PG). Esta recolha tem como objectivo a recolha de testemunhos a serem usados numa investigação conjunta da Liga dos Combatentes e Universidade Autónoma.                     |
| Reunião dos Núcleos de Lisboa e Vale do Tejo: levantamento do número de consultas de Psicologia, Psiquiatria e Medicina efectuadas no ano de 2009/2010 com o objectivo de auxiliar a elaboração de relatório a apresentar na Reunião de Trabalho dos Núcleos de Lisboa e Vale do Tejo, a efectuar dia 6 de Dezembro; participação na reunião; elaboração da acta da reunião. |
| Participação em reuniões de estágio todas as primeiras 2 <sup>as</sup> F de cada mês.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Elaboração de Reflexão sobre a 1 <sup>a</sup> fase do Estágio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Participação na planificação das consultas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Atendimento telefónico a utentes e telefonemas necessários à planificação das consultas.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Quadro 1.

*Actividade indirecta na Liga dos Combatentes.*

## **Trabalho Directo**

O Trabalho directo efectuado na Liga dos Combatentes corresponde a Visitas de Apoio Domiciliário (VAD) (Tabela 1), Consultas de Triage (Tabela 2), Apoio Psicológico (Tabela 3), Consultas de Acompanhamento Psicológico (Tabela 4), Avaliação Psicológica, Missões de Rua, e participação como Observador Participante em Grupo de Auto-Ajuda (GAA). Neste local de estágio a população a quem prestámos assistência psicológica era maioritariamente masculina, com idades compreendidas entre os 57 e os 73 anos. Encontrámos somente duas excepções: a mulher de um ex-combatente e um homem de trinta e cinco anos que pertencia à Corporação de Bombeiros Voluntários.

Na Escola Profissional ASAS a nossa intervenção cingiu-se a consultas de Apoio Psicológico (Tabela 3) e Acompanhamento Psicológico (Tabela 4). A população era maioritariamente feminina, 99,9% dos casos, com idades compreendidas entre os dezasseis anos e os vinte anos.

## Visitas de Apoio Domiciliário – VAD.

Tabela 1.

*Casos de VAD – Liga dos Combatentes*

| Nome | Sexo  | Idade | Caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Avaliação da situação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LR   | Masc. | 58    | Visita efectuada em conjunto com a assistente social. Foi solicitada o nosso parecer por existirem suspeitas de alcoolismo e LR poder necessitar de cura de desintoxicação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | L.R. apresentou-se orientado no tempo e no espaço e, apesar de demonstrar algum nervosismo, as mãos estavam firmes. Não se verificou apatia ou lentificação. O nível de ansiedade era moderado. Fala mal português (é cabo-verdiano) mas o seu discurso é lucidamente articulado. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, afirma não ter bebidas em casa e, na rua, beber 2 ou 3 taças de vinho “misturado”.<br>Esta observação não comprovou a hipótese deste senhor ter problemas de alcoolismo. Mantém apoio social. |
| M    | Masc. | 67    | Está em situação de sem-abrigo há perto de 16 anos. De momento dorme na rua, junto da Estação do Oriente e durante o dia vai para a Estação de Santa Apolónia. Está reformado (500 euros). Continua a pagar a renda de casa (social) onde viveu com a mulher e filhos, e onde o filho, de 40 anos, vive com uma companheira. Embora M tenha direito à casa e exista espaço para albergar 3 pessoas (4 divisões), M não quer viver lá. Há 16 anos a sua mulher morreu e morreu igualmente a filha, toxicodependente que deixou uma filha de seis anos. M diz que ficou desorientado com estas mortes, teve problemas de relacionamento (não quer explicar quais) com um vizinho: “E antes que eu fizesse alguma asneira e fosse preso, fui-me embora”. | O possível choque com as mortes da mulher e da filha poderão ter levado M a desligar-se de todo o possível relacionamento afectivo. Ao abdicar de tudo, afectos e bens, coloca a situação de “perda” mais distante da sua realidade. Neste momento a sua afectividade está canalizada para dois companheiros de rua, que nos pareceu não querer abandonar. Nesse sentido a “partilha” de habitação com o amigo, poderá ser a forma mais estabilizadora, e por ele mais aceite, de sair da rua.                               |
| AS   | Fem.  | 65    | AS foi visitada na sua residência, no dia 30.6.11, às 17h por dois técnicos do CAMPS com o objectivo de ser prestado à viúva apoio psicológico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Avaliação: Luto normal e adaptativo.<br>Necessidade: Visita do Apoio social.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Triagens.

Tabela 2.

*Triagens – Liga dos Combatentes*

| Nome | Idade | Sexo  | Avaliação/Pedido                            | Encaminhamento                         |
|------|-------|-------|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| M    | 62    | Masc. | Depressão                                   | Acompanhamento Psicológico/Psiquiatria |
| N    | 35    | Masc. | Trauma                                      | Acompanhamento Psicológico             |
| M    | 64    | Masc. | Possível deterioração cognitiva; Ansiedade; | Avaliação Psicológica/Psiquiatria      |
| OL   |       |       | Depressão                                   |                                        |
| LS   | 67    | Fem.  | Sinais de depressão                         | Acompanhamento Psicológico             |

## Apoio Psicológico.

Tabela 3.

### Casos de Apoio Psicológico – LC e ASAS

| Nome | Sexo  | Idade | Problemática                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Intervenção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sessões   |
|------|-------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| TM   | Fem.  | 22    | Problemas de aprendizagem                                                                                                                                                                                                                                                                               | Informámos a tutora de que a aluna tinha tido apoio do ensino especial na outra escola e que necessitava desse mesmo apoio nesta escola.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2<br>ASAS |
| A    | Fem.  | 28    | Aluna estrangeira. Dificuldades de integração social, com os colegas e problemas conjugais. Pediu ajuda, mas não tem disponibilidade de tempo para ter sessões de Aconselhamento Psicológico, pois não pode faltar às aulas e quando as aulas terminam tem de sair a correr porque ainda vai trabalhar. | Tentámos durante os cinquenta minutos que durou a sessão que se sentisse compreendida e aceite. Para além disso, ajudámos a que se valorizasse pelo grande esforço que faz e que verbalizasse livremente o medo que tem do marido já não gostar dela. Antes de terminar foi referida a nossa disponibilidade para a recebermos, dentro do nosso horário, embora sabendo que não tem disponibilidade para um acompanhamento continuado. | 1<br>ASAS |
| PP   | Fem.  | 57    | Pediu ajuda porque não sabe como lidar com a filha de vinte anos a quem foi diagnosticada Perturbação de Personalidade Boderline. Desejava obter informação sobre a patologia e possível prognóstico: “Tenho medo que a minha filha enlouqueça”;                                                        | Foi aconselhada a falar com a médica psiquiátrica que acompanha a filha e a pedir-lhe os esclarecimentos que precisa sobre o prognóstico da patologia em questão. Para além disso, em toda a sessão, tentámos compreender a sua dor e preocupação e ajudámo-la a perceber que o seu actual funcionamento como mãe não era responsável pelas “explosões de raiva” da filha.                                                             | 1<br>ASAS |
| ES   | Fem.  | 32    | Pede ajuda porque está preocupada com a alteração de comportamento da filha de seis anos. Refere que a criança deixou de querer ir à escola, rói as unhas e morde o lábio ao ponto de o ferir.                                                                                                          | Começámos por fazer algumas perguntas, tentando compreender se a criança tinha referido qualquer acontecimento que justificasse a sua ansiedade e rejeição à escola. Em seguida, aconselhamo-la a recorrer aos serviços CUPL da Universidade Autónoma, mais indicados para fazerem uma avaliação psicológica e possível acompanhamento psicológico à criança.                                                                          | 1<br>ASAS |
| O    | Masc. | 19    | Pede ajuda porque está sem forças para acabar os últimos trabalhos curriculares de fim de curso.                                                                                                                                                                                                        | Na 2ª sessão contou-nos que se tinha sentido com mais ânimo e que tinha entregue os trabalhos. Pediu Orientação Profissional. Falámos com o psicólogo da escola, que tomou conta do caso.                                                                                                                                                                                                                                              | 2<br>ASAS |
| OLIV | Masc. | 64    | MJO demonstra dificuldade de comunicação verbal que pode indiciar inibição do pensamento. Aparente estado depressivo. Foi solicitada avaliação psicológica para despistagem de sinais demenciais ou deterioração cognitiva. Indicação para Psiquiatria                                                  | Avaliação Psicológica. Reencaminhado para a psiquiatria. Foi medicado e mantém acompanhamento psiquiátrico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1 LC      |
| JV   | Masc. | 68    | Traumatizado de guerra já com anterior Acompanhamento Psicológico, necessitava de ser preparado para ingressar em Grupo de Auto-Ajuda.                                                                                                                                                                  | Encaminhado para Grupo de Auto-Ajuda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 LC      |

### **Avaliação Psicológica.**

Embora este nosso estágio de Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica não contemplasse a Avaliação Psicológica, decidimos, porque tivemos este caso, inclui-la no nosso relatório. Por ser um extra, não contemplado na avaliação, não nos preocupámos em cumprir os parâmetros necessários à apresentação de uma avaliação psicológica, embora incluamos em anexo a Entrevista e o Relatório de Avaliação Psicológica.

8.12.2010. Entrevista para Avaliação Psicológica a J, solicitada pelo médico psiquiatra da Liga dos Combatentes. A entrevista foi conduzida pela estagiária P.M. enquanto as notas foram tomadas pelo Psicólogo estagiário R.B, igualmente presente.

J tem 66 anos, é casado e está reformado da GNR há 16 anos. Queixa-se de problemas de memória “ Esqueço-me de tudo”. Tem surdez no ouvido direito e usa auricular no ouvido esquerdo. Já teve seis intervenções cirúrgicas, quatro delas com anestesia geral.

Foi, requerido, pelo médico psiquiatra, um exame de avaliação cognitiva para despistagem da origem dos problemas de memória, se orgânica ou funcional.

Na primeira sessão foram recolhidos dados para a Entrevista de Avaliação Psicológica (Anexo E) e foi marcada uma segunda sessão para a aplicação de testes. Seguiu-se uma reunião para discussão do caso e de quais os testes mais indicados para esta situação.

Ficou decidido, após reunião de supervisão, ser indicado usar o *Mini Mental State*, para despistagem de deterioração cognitiva e a *Escala para Depressão Geriátrica* para testagem de possível índice depressivo.

Na segunda sessão, dia 14.12.10 foi aplicado em primeiro lugar o *Mini Mental State*. Começámos por explicar a J o que se iria passar na sessão. Notámos que estava mais bem-disposto do que da primeira vez, embora demonstrasse alguma ansiedade perante o facto de ser avaliado. Por essa razão, optámos por utilizar um tom leve e pouco inquiridor às questões

que íamos levantando. J foi ficando mais descontraído e confiante à medida que avançávamos nas questões. Seguiu-se a *Escala para Depressão Geriátrica*.

Como fora evidente que o resultado de ambos os testes era muito favorável, optámos por fazer as contas no momento, para descansar J.

J ficou muito feliz. Falou de forma aberta, sentiu necessidade de contar coisas que considerava importantes num gesto de confiança que ele próprio explicitou. Por fim, rindo, concordou que sempre foi muito distraído e que, para a idade, até nem está tão mal.

Quando conduzimos J à porta, quis abraçar-nos para melhor agradecer a grande alegria que levava no coração.

Foi decidido não ser necessária a aplicação de mais testes e foi elaborado o Relatório da Avaliação Psicológica (Anexo F).

O Relatório e Entrevista foram anexados ao processo para serem entregues ao médico psiquiatra.

### **Missão de Rua.**

25.11.2010. Com início às 20.15 realizou-se uma saída nocturna interinstitucional da Liga dos Combatentes e da Comunidade Vida e Paz. Foi cumprida uma rota pré-definida, com paragem para distribuição de alimentos e vestuário a pessoas em situação de sem-abrigo. O nosso objectivo foi a sinalização e contacto com combatentes em situação de sem-abrigo. Inserimo-nos na equipe, ajudando na distribuição. Foram pré-sinalizados três prováveis indivíduos ex-combatentes, que posteriormente serão visitados pela Liga dos Combatentes para uma possível sinalização e consequente apoio psicológico, médico e social.

Como fizemos a ronda já tarde e estava frio, muitas pessoas já estavam deitadas a dormir ou pelo menos com a cabeça tapada. Visitámos a zona da Meia Laranja, no Casal Ventoso, onde a população que se dirigiu à carrinha era carenciada, toxicodependente, mas

não viviam na rua. Mais tarde visitámos uma senhora idosa, na zona do Chiado, que se dirigiu à carrinha para receber o saco de mantimentos e conversar. Esta senhora também não vive na rua, embora seja muito carenciada, material e afectivamente. Demonstra precisar muito de conversar e de atenção. O resto da população visitada vivia na rua, alguns isolados, mas a maioria agrupa-se com outros sem-abrigo.

Esta visita surgiu-nos como uma realidade paralela. Estas pessoas desadaptadas à nossa realidade social, vivem uma outra organização social, muito ao nível da sobrevivência. Os contactos que eles estabelecem com o resto da comunidade são uma forma de obter algo de que necessitam, alimento ou agasalho, como se fossemos por eles encarados o campo ou a árvore onde podem colher o alimento.

Estas visitas efectuadas pela Comunidade Vida e Paz não têm o objectivo de alimentar estas pessoas, só lhes deram uma sandes e um iogurte, antes funcionam como forma de criar relação. Ao se dar o alimento, o agasalho, a palavra e o sorriso amigo, abre-se a porta da confiança necessária para que outras medidas e ajudas possam ser desencadeadas.

Reparámos que muitas das pessoas que vivem em condição de sem-abrigo pedem leite. Só levávamos iogurte e ficavam desiludidos. Fomos levados a pensar na simbologia deste pedido, dado que o leite sendo o primeiro alimento está associado à saciedade da fome mas também ao contacto materno, à relação primeira. Lembrámo-nos então, que ao referirmos, em conversa, se estas pessoas são anti-sociais, nos disseram que não. Pois não, não são anti-sociais, vivem numa sociedade paralela, isolam-se, mas entram em relação através do alimento, porta para a confiança.

A ronda terminou às 00.h 45mn. Foi elaborado um relatório (Anexo G).

### **Grupos de Auto-ajuda (GAA).**

13.01.2011. Participação como observadora participante num GAA, na Liga dos Combatentes, facilitado pelo Dr. António Correia. Estiveram presentes cinco ex-combatentes, um deles com fortes indícios de Stresse Pós-traumático.

Para além de problemáticas inerentes às competências da Liga dos Combatentes em dar resposta a casos de Stresse Pós-traumático, foi mencionada a dificuldade em que esse diagnóstico seja oficialmente reconhecido, pois para além da necessidade de testemunhos de pessoas que, ao fim de tantos anos, é difícil contactar, é obrigatório que a sintomatologia corresponda a uma série de itens, o que muitas vezes não é conseguido.

Os combatentes queixaram-se de nem sempre serem reconhecidos pelo esforço que fizeram em responder numa situação de guerra para onde foram levados por obrigação.

A morte surgiu como motivo de conversa. Surgiram igualmente diferentes perspectivas, uns consideravam que a vida humana deve sempre ser respeitada, outros que matar pode fazer parte de uma reacção natural, dependendo do estímulo, outros ainda, defenderam-se mandando matar ao invés de o fazerem por suas próprias mãos, outros afirmaram que vieram da guerra muito agressivos e que “fazer sangue” se tornou muito fácil.

Este tema leva-nos a uma breve reflexão pessoal sobre os danos sofridos por quem se viu obrigado a matar quando isso ia contra o seu impulso natural mas, mais ainda, quem perante um ambiente que instigava a matar, colaborou de forma desenfreada e que agora se confronta com aquilo que foi capaz de fazer, com ferocidade, quase com prazer.

No final da GAA foi feita uma reunião de supervisão com o psicólogo e a estagiária. Foi elaborado um relatório.

## Acompanhamento Psicológico.

Tabela 4.

### Casos de Acompanhamento Psicológico – LC e ASAS

| Nome | Idade | Sexo  | Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Final terapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sessões |
|------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| O    | 62    | Masc. | “Não consigo sentir amor pela minha família. Não percebo porquê”. Grande estranheza e sofrimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Interrompeu as sessões alegando ter de fazer exames médicos que lhe retiravam disponibilidade. Afirmou não querer interromper as sessões. Ficou de marcar a próxima sessão, não o fez.                                                                                                                                            | 3 LC    |
| SC   | 19    | Fem.  | Filha de pais separados. “Pedi a consulta porque discuti com o meu pai quando lhe disse que estava a trabalhar para juntar dinheiro para ir para a faculdade”.                                                                                                                                                                                                                                            | SC considerou que tinha alcançado o seu objectivo, resolver o conflito que tivera com o pai. Para além disso considera neste momento importante não faltar às aulas.                                                                                                                                                              | 4 ASAS  |
| JS   | 57    | Masc. | Pede ajuda por se sentir revoltado e desalentado com a sua realidade actual: desempregado e a viver em situação de sem-abrigo. Queixa-se igualmente de isolamento social, as pessoas que o conheciam viram a cara quando o encontram. Teme “perder o controlo e fazer alguma asneira.” Sente-se atormentado por pensamentos obsessivos de vingança e agressão que teme o levarão a “cometer uma loucura.” | Tomado a decisão de interromper as sessões, após desilusão com a Assistente Social da Liga que não o quis receber sem marcação. Embora diga que a confiança na relação terapêutica com a psicóloga não foi alterada, afirma não conseguir usar os serviços da Liga depois da desilusão que teve com a pessoa que o levou para lá. | 4 LC    |
| AT   | 66    | Masc  | Pede ajuda para lidar com a doença da mulher e os seus próprios problemas de saúde. Não dorme e sente-se emocionalmente instável                                                                                                                                                                                                                                                                          | Aumento de adaptabilidade positiva. Final do nosso estágio.                                                                                                                                                                                                                                                                       | 9 LC    |
| AP   | 16    | Fem.  | “Fico ansiosa quando sou avaliada. Acho que tem a ver com o meu passado”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Insight. Aceitação da experiência orgânica. Fim do nosso estágio.                                                                                                                                                                                                                                                                 | 14 ASAS |
| AM   | 20    | Fem.  | Desde os 6 anos acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Diagnóstico de provável Doença de Asperger. De momento s/medicação e s/acompanhamento. Tutora pede apoio psic.                                                                                                                                                                                                                                 | ”A minha mãe é que me disse para parar, porque diz que não me está a fazer nada”. Chora. Lembramos-lhe que respeitamos a sua decisão de interromper a terapia mas que gostaríamos que soubesse que a porta estará sempre aberta para ela. Abraçou-nos, deitando a cabeça no ombro e saiu:”Adeus”, disse sem olhar.                | 7 ASAS  |
| NP   | 35    | Masc. | “Sou bombeiro, tive um grande acidente, preciso de ajuda. Sinto-me muito debilitado emocionalmente”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Alta médica. Regresso ao trabalho. Remissão dos sintomas.                                                                                                                                                                                                                                                                         | 21 LC   |
| ST   | 17    | Fem.  | “Acho que estão sempre a gozar comigo”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Insight. “sempre achei que os meus pais gostam e respeitam mais a minha irmã, e por isso me gozam”. Foi para estágio.                                                                                                                                                                                                             | 10 ASAS |
| PF   | 19    | Fem.  | “Fui abandonada em bebé porque tive um traumatismo no meu cérebro.” Problemas relacionais (pais adop. e colegas).                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Instabilidade e dependência da relação terapêutica. Foi para estágio.                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 ASAS  |
| CA   | 19    | Masc  | “Estou zangado com o meu amigo. Fui adoptado aos 11 anos”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Possíveis problemas de sexualidade. Foi para estágio.                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3 ASAS  |
| MJ   | 73    | Masc. | Pediu ajuda psicológica porque a mulher se queixa que ele se irrita com muita facilidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | São faladas algumas das situações que MJ considera estar subjacentes aos seus problemas conjugais. De princípio referia-se às divergências conjugais com bastante irritação. Por fim, fala de certas situações mas já sem irritação, rindo, achando graça. É verbalizado o amor que nutre pela mulher. Fim do estágio.            | 5 LC    |
| JB   | 66    | Masc. | Emocionalmente muito perturbado em resultado de desde Agosto estar separado da mulher que saiu de casa após um incidente que deu azo a queixa de violência doméstica,                                                                                                                                                                                                                                     | Irritável. Fraco controlo dos impulsos. Baixa tolerância à frustração. Muito emotivo. Fraca capacidade de insight. Locus de controlo externo. Necessita de manter o acompanhamento psicológico individual, pois existe o risco de entrar em depressão. Final do nosso estágio. Acompanhado por outro técnico.                     | 5 LC    |
| MC   | 66    | Fem.  | Sente-se só. O marido está distante. Diz que o marido teve grande trauma com a guerra e que agora com a reforma que piorou. Já teve acompanhamento psiquiátrico e psicológico por ter tido uma depressão.                                                                                                                                                                                                 | Fim do nosso estágio. Em Setembro decidirá se quer recomeçar o seu processo com outro técnico. Está dependente da decisão do marido                                                                                                                                                                                               | 4 LC    |

### **Estudos de caso**

Para discussão foram escolhidos dois casos: Caso A, adolescente do sexo feminino com 16 anos, vítima de abandono aos dois anos e que no momento apresentava sinais de rejeição e baixa auto-estima; Caso B, bombeiro de 35 anos que pede ajuda por ter vivido um acidente traumático quando se deslocava numa viatura dos bombeiros.

Optámos, na nossa escolha, por um caso de cada instituição onde fizemos estágio, por casos que entre si apresentem alguma diversidade quer na faixa etária como em relação à problemática e, por último, por dois casos em que nos foi possível um número alargado de sessões, 14 e 21, facto que nos proporcionou um melhor desenvolvimento terapêutico.

#### **Caso A**

Foi efectuada, na EP-ASAS, a primeira sessão de Acompanhamento Psicológico a A em 3.01.2011. Do material recolhido nessa sessão foi elaborada uma História Clínica.

##### **Identificação pessoal.**

Nome: A

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 1994; Idade: 16 anos

Escolaridade: Frequenta o 2º ano do curso de Técnica de Infância

Naturalidade: Lisboa

##### **Motivo da consulta.**

A pede a consulta por se sentir muito nervosa e insegura quando tem de ser avaliada o que prejudica o seu desempenho escolar.

**Exame objetivo.**

A tem estatura média alta. Magra. Rosto bonito, com olhos grandes, castanho mel e cabelo castanho, comprido e encaracolado. A voz é melodiosa, boa dicção e muito expressiva.

A chegou à sessão nervosa e tensa. Sentou-se com as pernas juntas, as mãos torcendo-se no meio dos joelhos e os braços esticados. Olhou frontalmente nos olhos enquanto falava. Foi estabelecida sem dificuldade uma relação de confiança e empatia. Falou rapidamente sobre o motivo pelo qual tinha marcado a consulta. Rematou a explicação dizendo que o problema residia no seu passado e calou-se: “Agora não sei o que dizer mais”. E riu-se com nervosismo. Mas bastou que tivéssemos dito, “Porque é que dizes isso?”, para começar a falar, a emocionar-se a questionar-se.

**Anamnese da doença actual.**

A afirma que o seu nervosismo e insegurança se devem ao seu passado familiar. “Acho que sou assim por causa do meu passado”. E conta que desde os dois anos de idade que vive com a madrinha porque os pais não a quiseram.

Refere que quando frequentou outra escola teve acompanhamento psicológico, pelas mesmas razões e que se sentiu muito bem: “Até melhorei as minhas notas”.

Ultimamente num exercício escolar em que tinha que relatar situações da vida quotidiana, emocionou-se muito ao falar do seu avô materno, recentemente falecido e da madrinha. “Quando acabou o exercício o Professor chamou-me de lado e disse-me que eu devia falar com um psicólogo”.

**Doenças prévias e antecedentes familiares.**

Tendência à somatização. Quando está mais nervosa ou triste fica com dores no estômago e com febre ou cefaleias.

**Anamnese biográfica e história familiar.**

Os pais de A separaram-se quando esta tinha dois anos. A foi entregue aos cuidados da madrinha, com quem ainda vive. A irmã mais velha (18 anos), na altura com quatro anos, foi criada pela avó paterna, com quem ainda vive. A irmã mais nova, na época ainda bebé, vive e foi criada com a mãe. A não demonstra ligação com as irmãs, embora conte que em criança ia visitar a irmã mais velha a casa da avó. Nunca conversam sobre o facto de viverem separadas. Afirmo que as irmãs são menos felizes do que ela. Parece reconfortar-se com essa ideia.

A mãe de A tem outro companheiro de quem teve mais quatro filhos: "Somos sete, mas só duas é que são minhas irmãs de pai e mãe." O pai não voltou a casar.

Quando lhe perguntamos por que razão não foi criada pelos pais, demonstra grande perturbação e precisa de alguma ajuda para afirmar que a mãe é uma "má mãe". Conta que quando ainda era muito pequena a madrinha teve uma grande gripe. Como tinha medo de contagiar A entregou-a à mãe, temporariamente. A conta, com grande revolta, que a mãe lhe bateu, agarrou-a pelos cabelos e arrastou-a assim pela rua. A começou a chorar e a gritar. A madrinha que estava em casa doente, ouviu os gritos e foi à porta para a socorrer. "Não podes tratar assim a menina".

Só muito recentemente é que os pais de A se divorciaram. Quando foram discutidas as responsabilidades parentais, a mãe de A quis ir buscá-la. A revoltou-se, diz que se a mãe esteve dezasseis anos sem querer saber dela porque é que a queria ir buscar, agora que ela é feliz com a madrinha. Acusa a mãe de ser uma interesseira e de querer ficar com ela por ter sido informada pela madrinha que A seria a sua herdeira. Embora critique o pai, admite que confia mais nele. Acha que ele se preocupou com o seu bem-estar, pois requereu para si as responsabilidades parentais mas informou-a que não a iria buscar pois sabia que ela gostava da madrinha e era feliz em sua casa.

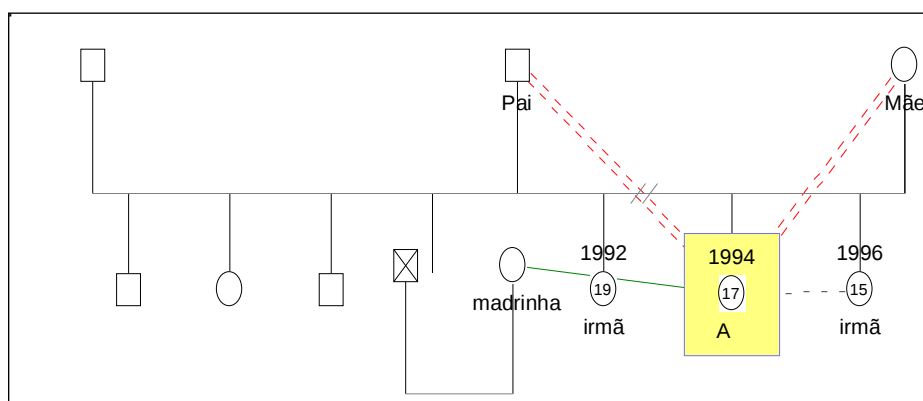
Os pais de A, embora morem perto dela, nunca a visitam. Não tem contacto com a mãe. Tem contacto esporádico com o pai. Diz que não odeia a mãe, mas sente rancor por ela, acusa-a. Não confia nela nem parece respeitá-la. Embora não demonstre rejeitar o pai e até admita gostar dele, não está confiante do seu amor por ela.

A fala da madrinha, viúva e presentemente com setenta e cinco anos, com grande ternura e gratidão. Preocupa-se com ela, telefonando-lhe durante o dia para saber se está bem. Diz que foi um anjo que lhe apareceu. Chama-lhe “o meu anjo da guarda”. Sente-se grata pelo amor que recebe. Refere que ela sim é a sua verdadeira mãe, “porque mãe é cuidar e dar amor”. Chama-lhe “mãe”.

A refere igualmente a figura do avô materno que diz adorar. Morreu muito recentemente e A teve um grande desgosto.

A sua principal ocupação são os estudos, não tem *hobbies* nem actividades sociais.

### Genograma.



### Plano terapêutico.

A pareceu-nos muito só. O amor incondicional das figuras significativas não faz parte da sua realidade. Sente-se simplesmente amada pela madrinha, e esse amor, não sendo o da sua verdadeira mãe, é recebido com gratidão. Sente-se abandonada e rejeitada pelos pais.

O autoconceito, na infância, é construído a partir das relações que se estabelecem com o exterior, nomeadamente com as figuras significativas, sendo que se essas mesmas relações forem desfavoráveis ou emocionalmente adversas, darão origem a uma criança e posteriormente um adolescente com um autoconceito vulnerável (Rogers & Kinget, 1967/1977; Hipólito, 2011). Para além disso, segundo Rogers (1951/2004) e Hipólito (2011) a avaliação positiva das figuras significativas está associada à auto-estima pois permite que o *self real* não se distancie em excesso de uma imagem desejada, *self ideal*.

Colocamos a hipótese de que a rejeição de que A foi vítima a fragilizou em relação ao seu autoconceito e auto-estima, como pessoa digna de ser amada e admirada e de que, talvez por essa razão, quando, na escola, tem de ser avaliada mas principalmente quando tem de se confrontar com a opinião dos colegas em relação a si ou ao seu desempenho, se sinta insegura e muito ansiosa, com medo da rejeição. Assim, ao alienar o seu autoconceito da sua experiência organísmica e ao existir discrepância entre *self real* e *self ideal*, A torna-se incongruente (Rogers & Kinget, 1967/1977; Galvão & Melo, 2006, citados por Melo & Dutra, 2008; Hipólito, 2011). Ainda segundo Rogers (1951/2004), a auto-insatisfação, baixa auto-estima e incongruência provocadas pela discrepância entre *self real* e *self ideal* estão na origem do pedido de ajuda psicológica.

Por outro lado, parece-nos haver igualmente uma certa crise de identidade relacionada com a falta de raízes familiares, demonstrada pela frase “Claro que eu tenho coisas dos meus pais biológicos, sou parecida principalmente com o meu pai”. A admite que vê em si traços fisionómicos do pai. Segundo Berger (1997/98), esta crise de identidade é bem explicada, ao defender que o funcionamento de uma criança que é abandonada pelos pais fica destabilizado, sendo necessário um grande esforço para que sejam integradas as suas origens e construída a sua identidade. Para o autor, factores como a semelhança de traços fisionómicos, são referências securizantes e será necessária a criação de um sentimento de

pertença a um grupo, família ou substituto. Acrescente-se ainda que, estando A na adolescência, período que por si só se pode definir como de crise de identidade, de escolha de projecto de vida e de mudança de enfoque do grupo família para o grupo de pares (Erickson, 1968/1998), será provável que a falta de estrutura e de identificação com o grupo família vivido na infância, a torne no presente mais insegura e com maior dificuldade em lidar com esta fase de transição.

Nesse sentido, Berger (1997/98) acrescenta que uma terapia poderá ajudar a que a “ferida cicatrize” e se desenvolvam capacidades de estabelecer novas relações adequadas com os outros.

Por último pareceu-nos igualmente relevante, nesta primeira sessão, um grande vazio afectivo, embora se sinta tão amada pela madrinha. “Nos meus momentos de reflexão, quando me sinto triste, penso na minha mãe”. E termina “A minha mãe é que me faz triste”, “Mas depois lembro-me da minha madrinha, e passa tudo”. A explicação para este “buraco” afectivo que nada parece totalmente preencher, levou-nos à teoria do apego de Bowlby (1984) e à noção de perda da figura de apego como luto. No entanto, segundo o autor esta base segura poderá ser representada por uma figura de compensação, neste caso a madrinha de A que a ajuda a preencher o lugar vazio. No entanto, segundo Berger (1997/98) citando Anzieu (1996) e Hans (1994) o processo de separação e abandono são muito diferentes do luto pois existirá sempre a esperança do reencontro.

Pareceu-nos, no entanto que os seus sentimentos pelos pais precisam de ser melhor consciencializados. Embora demonstre uma grande veemência em afirmar que é mais feliz sem a mãe, pareceu-nos ser mais um desejo do que uma certeza. Em relação ao pai está cheia de dúvidas em relação ao seu amor, embora mais confiante. Por outro lado, a quase que “idolatria” com que fala da madrinha e a relação de grande dependência que ambas mantém

uma com a outra, poderá ser pouco saudável e por ventura inibidora para uma adolescente em processo de crescimento e autonomia.

### **Conclusão.**

Toda esta história de abandono e rejeição poderá estar na raiz de um estado de incongruência, em que o *self real* e a experiência percebida conflituam com um ideal de *Self*. Sendo que o processo de crescimento é um processo de constante adaptação positiva e que esta reside no equilíbrio entre a experiência orgânica e o seu ambiente (Rogers & Kinget, 1967/1977), pensamos que o Acompanhamento Psicológico poderá ajudar A a assumir todos os seus sentimentos e medos e a acreditar que pode ser amada e aceite como tanto deseja. A precisa de acreditar que pode ser amada de forma incondicional. Para além disso, o processo terapêutico poderá ajudar a flexibilizar o conceito de *self*, flexibilizando igualmente o seu quadro de referências, para que nele caibam todas as contradições de A. Desde que as experiências viscerais sejam trazidas à consciência, poderão ser devidamente integradas e simbolizadas (Rogers, 1951/2004).

### **Contracto terapêutico.**

No final da primeira sessão, após fazermos uma síntese do pedido e problemática de A, explicámos-lhe de que forma o Acompanhamento Psicológico poderia ajudá-la e quais os moldes em que este se processaria. A mostrou-se bastante receptiva, disponibilizando-se para sessões semanais, fora do horário escolar. Ficou assim estabelecido o contrato terapêutico.

**2ª sessão.** 10.01.11. O medo da rejeição surgiu transversal a outras relações fora do círculo familiar. A inicia a sessão referindo que apesar de tudo o que contou é feliz e que ficou preocupada com o que tinha contado na última sessão. Ao ser questionada sobre se estava preocupada com o que nós teríamos pensado, afirmou que sim. Ainda indagámos se receava que pensássemos mal dos pais, mas ela foi peremptória: "Não, de mim". Mais

adiante referiu que com as colegas, mas principalmente com as suas duas melhores amigas, embora saiba que não é rejeitada por elas, sente que o é, ou receia sê-lo com frequência. “Sinto-as a fugirem-me por entre os dedos”.

Percebemos que A, como afirmava Bowlby (1984), ao ter sido abandonada pelos pais em criança, não só sente revolta pelo que lhe fizeram como tem medo da repetição, de voltar a ser abandonada pelas pessoas que ama. Ao ter medo do que pudéssemos pensar sobre ela demonstrou ainda o que segundo Berger (1997/98) é o resultado dessa introjecção da rejeição, A não se considera digna de ser amada, pois foi rejeitada porque não presta. Ao criticar a mãe e o pai, recebeu ficar mal vista a nossos olhos, como se o seu sentir a tornasse uma pessoa má. Igualmente Rosseti-Ferreira (1986), defende a importância da manutenção de uma relação íntima e continua com a mãe durante os primeiros anos de vida, considerando que a privação deste cuidado, poderá desencadear na criança um comportamento ansioso e angustiado, baixa auto-estima e instabilidade emocional, factores que irão influenciar o seu comportamento em futuras relações. Por fim, referimos Carl Rogers (1951/2004) e Hipólito (2011) que explicaram a importância das condições de valor transmitidas pelas figuras significativas no autoconceito e quadro de referências criado. Neste caso assistimos a um quadro de referências onde apenas cabe o abandono e a rejeição, a mãe de A rejeitou-a no passado e continua a rejeitá-la no presente, facto que ajuda a perpetuar este medo.

Pensamos que a aceitação e a confiança, ao serem estabelecidas e mantidas na relação terapêutica, irão ajudar A a acreditar que a rejeição que sofreu dos pais não é transversal a todas as suas relações e que, a pouco e pouco, perderá o medo de ser abandonada pelas pessoas de quem gosta.

Nesta sessão centrou-se mais no presente do que no passado. Para além de falar sobre as suas relações de amizade pediu ajuda para aprender a lidar com o estado de grande nervosismo e ansiedade que sente quando tem de fazer testes ou apresentações.

Tal como afirma Hipólito (2011), o relaxamento será indicado para pessoas com dificuldade em verbalizar conflitos e angústias e com tendência à somatização dos mesmos. Embora conheçamos teoricamente o relaxamento segundo os parâmetros da ACP, não temos formação para o aplicar. Recorremos, por essa razão à nossa experiência e formação como instrutoras de Hatha Yoga, onde o relaxamento é praticado. São usados exercícios respiratórios, como a respiração abdominal lenta associada à tomada de consciência desse mesmo movimento no corpo, seguido do relaxamento progressivo que começa nas pontas dos pés até à cabeça. É usado igualmente a criação de um “lugar seguro”, espaço interior de recolhimento e auto-reflexão.

A aderiu muito bem à experiência, depois de relaxar disse que agora já conseguia encher o peito de ar. Mostrou-se relaxada, pela primeira vez, a cara sorridente, mais rosada e muito faladora. Afirmou que ia usar o relaxamento num exercício prático da escola.

Neste ponto da nossa análise, sentimos necessidade de reflectir sobre a nossa actuação, no ponto que se segue. Em relação aos testes, em que A é criticada pelos professores de ter uma escrita confusa, foi, por nós, aconselhada a aproveitar o tempo de entrega das folhas para relaxar um pouco e só depois ler com atenção a pergunta, tomando notas, numa folha ao lado, dos vários pontos a referir na resposta. Pensamos que nos deslocámos do nosso papel ao tentar ajudá-la a fazer o teste. Colocamos a hipótese de termos querido rapidamente livrá-la da sua angústia, sem lhe dar tempo a auto-regular-se. Teria sido mais acertado, permitir-lhe trabalhar as razões da angústia e ansiedade quando estivesse preparada para o fazer, deixá-la perceber por que razão se sente assim. Por outro lado, poderemos ter ficado inseguras perante a sua observação inicial, em relação ao medo que teve do que poderíamos ter pensado sobre ela. Embora, o facto de nos ter relatado esse medo tenha indiciado a sua confiança na relação, talvez, de forma inconsciente, lhe tenhamos querido mostrar que nos preocupávamos com ela e que portanto poderia confiar em nós.

Quando nos despedimos, estava confiante, entusiasmada e optimista. Ponto forte da sessão, parece que a relação terapêutica está estabelecida.

**3ª sessão.** 24.01.11. Nesta sessão A entrou de rompante pelo gabinete, já falar: “Tenho tantas novidades boas para lhe contar”. Estava menos tímida, muito sorridente e falava de forma mais confiante. Contou que a apresentação tinha corrido muito bem, embora por vezes tivesse de ler o que tinha para dizer e o tivesse feito de forma um pouco atabalhoada. Disse que tem feito relaxamento todas as noites, ao deitar e que “adormeço que nem um anjo”.

A grande novidade foi a nota que obteve no teste, 15,5. Estava muito feliz com o resultado. Disse que se tinha preparado bem e que como se sentia mais descontraída usou bem a informação. Comentou, visivelmente contente, que os professores tinham observado que a achavam mais participativa nas aulas, com menos medo de errar. Contou que tinha respondido: “Estou a ir à psicóloga” e que acharam que tinha sido uma boa opção.

Em relação às suas relações interpessoais, frisou estar a conseguir transmitir às colegas com quem faz os trabalhos de grupo, a sua discordância em “deixar tudo para a última”. Diz que conversaram e que não teve medo de lhes dizer quando não concordou com elas.

Temos sentido ao longo da nossa experiência neste estágio que o início da terapia é acompanhado de uma sensação de alívio e de bem-estar que se transmite num optimismo e entusiasmo generalizado. A demonstrava aquela euforia inerente a quem começa uma terapia.

Nesse ponto da conversa perguntou-nos o que queria dizer a palavra “peçonhenta.” Quando lhe explicámos, ficou muito séria e disse: “agora fiquei magoada, estou muito magoada”. Contou-nos que uma das amigas lhe tinha chamado “peçonhenta”. Referiu novamente o medo que tem de ser rejeitada pelas amigas e referiu igualmente o facto de, recentemente, o pai se ter esquecido dela quando esteve doente, “A minha madrinha disse-lhe

que eu estava doente, cheia de febre e ele nunca me foi visitar, quando o encontrei e lhe falei disso, respondeu-me que se tinha esquecido. Ele esqueceu-se de mim, como é possível?”

A não diz que pai se esqueceu que ela estava com febre, sente e afirma que o pai se esqueceu dela, como se aquela atitude retratasse todo o abandono de que foi vítima.

Contou em seguida, ter ouvido uma vizinha dizer à madrinha que a mãe dela tinha passado à porta: ” E não me veio ver mais uma vez. Elas falaram baixo para eu não ouvir, mas eu ouvi tudo”.

O encadeado de situações em que se sente rejeitada e abandonada surge em catadupa, como se bastasse puxar um pequeno fio para que todo o novelo se desenrolasse.

E falou das irmãs. A mais nova vive com a mãe e a mais velha foi criada pela avó. De novo A afirma ter tido mais sorte do que as irmãs, pois mesmo a mais velha não era tão bem tratada como ela: ”Sempre que eu ia a casa da minha avó visitá-la, a minha irmã estava sempre a trabalhar. A minha madrinha nunca me fez isso. Eu, às vezes, ajudava-a porque queria ajudá-la”. Parece-nos que a constatação de que é mais feliz do que as irmãs é uma ideia que apazigua a sua dor de ter sido criada por uma pessoa que não pertence à sua família, embora a adore. Aguardamos que com o desenrolar das sessões os sentimentos de A em relação às irmãs se clarifique, pois parece-nos possível que o facto de ela ter sido a única filha entregue a estranhos, embora a irmã mais velha também não tenha sido criada pela mãe mas pela avó, possa estar a influenciar a insegurança que A sente quando é avaliada pelas colegas.

Embora A se sinta mais relaxada e segura em relação ao seu desempenho escolar, essa segurança não é transversal aos seus relacionamentos afectivos. Faz parte do seu quadro de referências, o ser abandonada e rejeitada pelas pessoas de quem gosta. Faz parte do seu quadro de referências, ter sido preterida em relação às irmãs. Assim, à mínima crítica ou falha, é reforçada essa convicção. A confiança que sente em relação ao amor da madrinha, não foi suficiente para preencher o vazio deixado pelo abandono de que foi vítima. É um

amor que teve de ser conquistado, mantido, não o sente incondicional. Tal como disse Berger (1997/98), na integração com a nova família, ao contrário da relação com os pais biológicos, os laços afectivos têm de ser desenvolvidos mais rapidamente através de uma sedução mútua em que a criança introjectará a ideia de que para ser amada terá que corresponder a certo padrão de comportamento. Embora como disse Rogers (1951/2004), na sua Teoria da Personalidade, a criança adapte o seu comportamento e crie uma imagem de si à luz da valorização feita pelas figuras parentais e nessa medida percepcione que o amor dos pais não é incondicional, a maneira como foi vivida a vinculação com a mãe dará um suporte afectivo e securizante, que ajuda a interiorizar o sentir-se amada e segura (Bowlby, 1984; Hipólito, 2011). Ora, neste caso, A foi abandonada e rejeitada pela figura de apego.

**4ª sessão.** 7.02.11. A entrou triste. Queixou-se que tinha dores de cabeça e que andava esquisita há alguns dias. Confirmou que se sente triste.

Começou por contar que tinha tido uma boa nota, mas que mesmo assim se tinha sentido injustiçada por ter tido a mesma nota que outra colega que nunca vai às aulas. Não sente que o seu esforço e empenho tenham sido recompensados.

Fez em seguida uma retrospectiva sobre aquilo que conseguiu alcançar desde que iniciou o Acompanhamento Psicológico. Afirma que faz o relaxamento todas as noites e que isso a ajuda a adormecer sem dificuldade. Lembra que depois de já ter tido um 7 e 1.5 a matemática, agora conseguiu um 15.5. Diz que a diferença se deve a conseguir manter-se calma durante os testes. Refere ainda que já consegue organizar o pensamento quando tem de esquematizar uma resposta. Diz que ainda fica muito nervosa quando tem de fazer uma apresentação. Termina este rol de conquistas dizendo que se sente muito triste quando pensa nos pais e na amiga que lhe disse que ela era “peçonhenta”. Concordou que neste momento há coisas que correm bem e outras que correm mal. Admite que se sente insegura em relação

aos afectos, que tem medo de ser rejeitada, que precisa que lhe mostrem que gostam dela, pois o seu primeiro impulso é duvidar.

Por fim, falou da madrinha. Contou que mesmo com ela, sente necessidade de lhe agradar em tudo. Refere que quando vão comprar roupa juntas, A não tem coragem de dizer do que gosta e que acaba por comprar coisas ao gosto da madrinha só para lhe agradar. “Ela tem 75 anos, gosta de coisas diferentes das que eu gosto”. Admitiu que a sua gratidão para com ela é tão grande que tem medo de a decepcionar.

Já perto do final da sessão referiu que o responsável pela turma falou com os alunos para os informar que aqueles que atingiam um determinado número de faltas seriam penalizados. Referiu, sorridente, que a tal colega que faltava muito estava presente: ” ...e ficou muito aflita, a falar com a outra”. Comentámos que ela parecia ter ficado contente com o sucedido. Respondeu a rir, envergonhada: “Um bocadinho, só fiquei um bocadinho.” Fizemo-la reparar que parecia muito contente. A começou a rir às gargalhadas e concordou que estava muito contente. A sentiu-se compensada pela injustiça que sentira.

Fez-se silêncio. A sorriu e comentou: “ O silêncio. É bom”. E depois: “É muito bom estar aqui”.

Terminou dizendo que lhe apetecia ficar assim em silêncio, mergulhada nos seus próprios pensamento, mas que tinha de estudar para um teste no dia seguinte”. Rematou: “Às vezes apetece-me estar em silêncio a pensar, mas também não quero ficar longe da minha madrinha”.

A tem muito medo de não ser amada e aceite tal como é, por isso molda-se aos outros, tenta corresponder a uma imagem que pensa vai ser aceite. O vazio deixado pelo abandono, e ainda a actual negligência, dos pais, deu-lhe uma imagem de si própria de “não digna de ser amada”. Sente medo de desiludir, que deixem de a amar. Mesmo em relação à madrinha, A

vive esse relacionamento com ansiedade, como se tudo pudesse mudar se ela não se “portar bem”.

Pensamos que o Aconselhamento Psicológico e uma relação terapêutica não crítica mas compreensiva poderão já estar a ajudar a que assuma sentimentos e pensamentos que fazem parte da sua real experiência.

**5ª sessão.** 14.02.11. A apresentou na sessão um dilema que a está a deixar muito dividida. As colegas conseguiram e passaram-lhe as perguntas do próximo teste. A aceitou mas agora tem dúvidas se deve ler as perguntas e estudar as respostas. Por um lado pensa que “a professora é amorosa e não merece esta traição”, por outro lado confronta-se com um certo orgulho pessoal porque afirma que é boa aluna e não precisa de saber as perguntas antes do teste, mas sabe que as colegas vão estudar as respostas e depois vão ter melhor nota que ela, o que não será justo. Ao longo da sessão A pesou as diversas alternativas. Percebemos que esperava que a aliviássemos da responsabilidade da escolha dando-lhe algum conselho, mas como não o fizemos disse, já de saída: ”Como a Psicóloga não me diz o que eu devo fazer, vou perguntar à madrinha”. Respondemos, com um sorriso: ”Mas a decisão final será sempre tua”.

**6ª sessão.** 21.02.11. “Estive a pensar e a razão por que quis vir à psicóloga foi por causa dos meus pais. Para além disso estava com problemas com a Matemática, só tinha negativas”. Em relação aos estudos melhorou, as notas de matemática estão boas e os professores afirmam que já se nota na expressão que está atenta e a perceber, coisa que não acontecia. Sorriu quando referimos que parece que há assuntos que se resolvem mais facilmente do que outros, e indicou a dificuldade que continua a existir no seu relacionamento com os pais.

A sente necessidade de organizar ideias e perceber do que precisa, o que já alcançou e o que faz aqui. Assim como tem medo que a avaliem, ela própria está sempre a avaliar-se, a medir as suas conquistas. A sua Tendência Actualizante é revelada desta forma, ao tentar integrar adequadamente a sua experiência e avançar. No entanto, o seu *self ideal* ainda é perseguido com grande ansiedade (Rogers, 1951/2004; Hipólito, 2011).

Falou da mãe. Disse que gostaria, embora goste da madrinha e saiba que ela gosta muito dela, gostaria de saber o que é ser amada pela sua mãe: ” Gostava de saber o que isso é, ser amada pela minha mãe. Ter mãe”.

Pela primeira vez, critica a madrinha: ”Eu gosto muito dela, mas também não é nenhuma santa. Quando eu era pequena fiz o desenho de um peixe e mostrei-lho e ela disse, isso nem parece um peixe, faz outro”. Quando lhe perguntámos se voltou a desenhar o peixe disse que sim, mas não lhe mostrou, só lhe mostra o que faz quando tem a certeza de que está bem. “Claro que agora essas coisas não teriam importância, mas em criança foi horrível. Não se faz”.

Em seguida falou do seu corpo: “Eu gosto do meu corpo, mas a minha madrinha diz que se calhar eu não tenho namorado porque não tenho maminhas”. Diz que para ela isso nunca foi um problema, que gosta de ser assim, mas que agora ficou com dúvidas: “Será por isso?”. Quando lhe perguntámos se convivia com muitos rapazes, disse que não, constatando que se não convive com rapazes também será difícil arranjar um namorado. Acrescenta ainda que a madrinha lhe disse que se A quisesse ela fazia o sacrifício e lhe pagava uma operação de silicone para os seios. “Eu disse que não quero”. Ri-se, mas fica inquieta com o assunto. Conta que teve um amigo de infância por quem se sentiu atraída (o único rapaz com quem conviveu), mas que contou à madrinha e ela foi falar com os avós dele: “E ele nunca mais quis sair comigo, afastou-se”.

Pensamos ser muito importante a forma como A já consegue falar da madrinha, distanciando-se das suas opiniões, sem medo.

Surgem pela primeira vez as preocupações com o corpo, a auto-imagem e os possíveis namoros. A imagem corporal associa-se ao autoconceito e no adolescente estes conceitos relacionam-se com a comparação que fazem entre o seu corpo e um corpo idealizado (Rinderknecht & Smith, 2002; Nunes et al, 2001 & Stice, 2000, citados por Amaral et al, 2007). Por essa razão, embora A manifeste gostar do seu corpo, fica insegura perante as opiniões da madrinha. Pensamos que receia que ela tenha razão e que A esteja errada que de facto ter maminhas seja assim tão importante. Precisou de falar disso, de se ouvir defender a sua ideia e, por ventura, buscou vislumbrar qual a nossa opinião.

Esta busca da sua identidade, própria da adolescência (Araújo et al, 2008) é sentida na transição do enfoque relacional que na adolescência se centra na dimensão grupal (Hipólito, 2009; 2011). A busca identificação com os seus pares, embora tendo como referência os valores da madrinha.

Em seguida refere a principal razão porque sente que as duas colegas a gozam e rejeitam, embora como salienta sejam amigas dela: são mais velhas, A é a mais nova da turma, e falam de sexo e gozam com o facto de ela ser virgem e de não perceber do que elas falam, contam histórias escandalosas e riem porque A fica chocada. A está aflita, por um lado a madrinha acha que ela só deve perder a virgindade depois do casamento, por outro as colegas acham que com dezasseis anos já não deveria ser virgem. Falámos sobre sexualidade e respondemos-lhe a algumas questões. A consciencializou que este é um assunto da sua intimidade e que o momento certo só ela o poderá escolher e que isso não deve ser um problema.

Perante esta “conversa de mulheres” percebemos por que razão hoje A referiu com tanta veemência que gostava de ter mãe. A idade da madrinha de A é um factor inibidor para

certas conversas, por essa razão e perante as suas dúvidas e angústias, sentimos a necessidade de uma intervenção mais pedagógica nesta sessão. Por outro lado sentimos que ela nos investiu desse papel de “mãe”, como se nos pedisse que o representássemos para ela, durante essa conversa sobre sexo e sexualidade.

Pensámos posteriormente na nossa postura nesse momento. Reparámos que sentimos um grande carinho por ela mas que também nos sentimos orgulhosas pela sua confiança, que a deixámos projectar em nós o papel de mãe e o assumimos. Questionamos se não estaremos, nós próprias, a projectar nela uma filha. Tentámos corresponder a uma sua necessidade; estaremos também a satisfazer uma necessidade nossa?

Pareceu-nos um claro momento de transferência e contratransferência. Voltámos a ler um trabalho que fizemos sobre o assunto, lembrámos Coimbra de Matos, (2006) que sobre a contratransferência, disse só poder ser resolvida através de constante auto-análise, sendo que, enquanto ressonância interior do analista ao sofrimento do analisando, será compreensão empática; lembrámos Rogers (1961/2004) e os seus comentários no livro *Terapia Centrada no Cliente* que frisavam que perante a transferência, o terapeuta deverá agir como em relação a qualquer outra atitude do cliente, ou seja, compreendê-la e aceitá-la. Compreendemos agora que seguimos os dois sábios conselhos, reflectimos interiormente sobre o que tínhamos sentido e em presença de A, compreendemo-la e aceitámo-la, como sempre.

Ainda sobre as duas colegas, A lamenta que elas sejam tão competitivas com ela e reajam mal ao facto de agora A ter melhores notas do que elas.

A consciencializa que para ela é importante sentir-se respeitada e admirada pelas colegas, admite que as admira e que durante um tempo se sentiu inferior a elas. Quando comentámos que nos parecia não confiar muito nas suas capacidades, admitiu: “Sempre me disseram que eu tinha dificuldades”. Sentimos o impulso de lhe afirmar que a forma inteligente como expunha o seu raciocínio não denotava falta de inteligência. Questionamos

agora se esta valorização positiva da nossa parte foi adequada, sabemos que não seria apoiada pelo modelo terapêutico que seguimos. Mas o efeito das nossas palavras foi notório. Olhou-nos muito séria, como que fascinada. Concordou que não se sente como uma pessoa com dificuldades e que o seu aproveitamento o comprova. Nunca a tínhamos visto tão segura de si. A está a impor-se e a desenvolver capacidades. “...a minha professora disse, atenção à A porque ela está a sair da casca”.

**7ª sessão.** 28.02.11. A entrou perturbada. Disse que estava triste. Contou que se tinha zangado com as duas amigas com quem costuma fazer trabalho de grupo. Chora muito, mostra-se magoada e ofendida: “Eu só pensava que tinha que falar com a psicóloga”. Relata que durante um ensaio para uma apresentação de um teatrinho de fantoches, para a disciplina de francês, não percebia em que altura tinha que manipular os seus bonecos. Falhava repetidamente e as colegas riram muito. Então, A atirou com os bonecos ao chão e disse que já não fazia o trabalho com elas. Perante a irritação de uma das colegas, A decide recomeçar e pega novamente no boneco, mas como as colegas não se aperceberam desse gesto, deram o ensaio como terminado. No dia seguinte mal se falaram. A sentiu-se ignorada.

Durante a sessão, A consciencializou que a sua irritação se deveu ao facto de não ter suportado falhar e que tinha feito “uma birra”. Por outro lado, considera que as colegas gozaram com ela ao invés de a compreenderem.

A sente uma grande necessidade de ser aceite e admirada pelas amigas. Sente que sofre porque está zangada com elas mas que para elas isto não tem importância nenhuma. Ao lhe ser dito que parecia que estavam as três a fazer “braço de ferro para verem quem é mais forte”, respondeu: “São elas”. ‘

Foi ajudada a compreender que parece ter existido uma falha de comunicação entre ela e as amigas: por um lado A interpreta como gozo o facto de as amigas estarem a achar

graça ao seu engano e por outro as amigas não entenderam como os sucessivos enganos acrescidos dos seus risos a estavam a magoar e a pôr em sofrimento. Mesmo assim, não sabe se vai fazer o movimento de aproximação porque sente que isso a coloca numa posição de inferioridade.

Mais uma vez a rejeição surge como factor de grande importância para A. Não suporta a indiferença que as amigas lhe demonstram. Sente que é mais fraca e que o facto de precisar delas a vulnerabiliza. Voltamos a colocar a hipótese se o facto de se ter sentido menos amada do que as irmãs, pela mãe, acrescido da indiferença que as irmãs lhe demonstram, não influenciará este sempre presente sentimento de inferioridade em relação às amigas.

**8ª sessão.** 14.03.11. Fez as pazes com as amigas. Foi falar com elas, dizendo que não aguentava estar zangada. Uma delas emocionou-se. Abraçaram-se. Disseram que não tinham ficado zangadas, nem ligaram muito ao que aconteceu, mas que A foi rancorosa, não lhes falou no dia seguinte e elas não forçaram. A respondeu que não lhes falou porque não sabia como elas iriam reagir. Considera que “rancorosa” foi uma palavra forte de mais, mas depois admite que estava muito magoada e zangada.

A está aliviada e conta que ficou espantada por perceber que as amigas também sofriam por estarem zangadas com ela.

Conta que nunca foi a uma discoteca. Há coisas que não faz porque não quer deixar a madrinha sozinha. Nunca sai, não convive. Admite que se sente culpada por sair. “Quando eu chego ela diz-me, ai filha, tive tantas saudades tuas, estava tão sozinha...”. A admite que ela e a madrinha estão muito dependentes uma da outra e que sente nas suas observações uma crítica que a faz sentir-se culpada, embora, salienta, a madrinha ache que ela precisa de se distrair e conviver.

Compara-se com as amigas que acha, embora mais velhas, mais infantis. Diz que se fez adulta muito cedo, porque a madrinha tem 76 anos e cedo A começou a preocupar-se e a cuidar dela. As amigas têm mães mais jovens e têm outra liberdade.

A canaliza toda a sua energia para os estudos, mas refere que gostava de ser mais “leve”, de conseguir “brincar”. “Devo ser assim por causa do meu passado”.

Quer ir para a Faculdade, Educadora de Infância.

Pareceu-nos nesta sessão que há um *Self Ideal*, de uma jovem que convive, é alegre, tem amigos e uma família de mãe e pai ainda jovens que contrasta com a realidade de A, o que a torna insatisfeita, incongruente. Embora pensemos que a sua adolescência deva ser vivida e isso implicará A conviver, ter amigos, um namorado, em suma uma vida de quem tem 16 anos, há coisas que serão difíceis de mudar e que ela terá que aprender a ser ela mesma apesar dessas condicionantes, terá que aprender a não se culpabilizar tanto quando as suas necessidades e desejos a distanciam daquela mulher de 76 anos que ela adora. Não sabemos se esta culpabilização não estará igualmente associada ao medo de não corresponder aos desejos da madrinha e de perder o seu amor.

Ser-se pessoa pressupõe uma adaptação positiva e uma integração das experiências adequadas às necessidades, neste caso, sociais de A (Rogers & Kinget, 1967/1977). O convívio com o grupo de pares é importante para o desenvolvimento psicossocial do adolescente. Existe uma uniformização de hábitos e comportamentos com o grupo de pares (Knobel, 1992) que A sente não conseguir integrar. Embora A canalize muita da sua energia para os estudos, cada vez mais a força da sua idade a chama para outras actividades. A tem curiosidade por coisas que vê e ouve serem faladas pelas colegas mas que não fazem parte da sua experiência. No entanto esse mundo afasta-a da casa, da madrinha e aproxima-a cada vez mais dos seus pares. Não será este o movimento natural da adolescência? Mas se com um

adolescente que vive com a família este movimento não implica medo de perder o amor dos pais nem culpa por estar a ser ingrato, com A a situação talvez não seja tão simples.

**9ª sessão.** 21.03.11. “Costumo pensar no que vou dizer, mas hoje não fiz isso. Não tenho ideia do que vou falar”.

Falou em seguida da irmã que vive com a mãe e tem menos de um ano que ela: “Esteve ao pé da minha casa e não me foi falar”; “Eu disse à minha madrinha que não me tinha importado, mas importei-me. Fiquei triste”. Fala do dia em que a tia apareceu trazendo a sua filha bebé e que A correu logo para ver a prima. Refere que, nessa altura, a madrinha comentou:” Mal viste a tua tia, foste logo a correr”. A sentiu-se criticada, defendeu-se dizendo que não correu para a tia mas para ver o bebé. A salienta que sentiu como se não fosse certo querer ter contacto com a família.

A manifesta que sente necessidade de sentir que tem família. É ajudada a verbalizar esta necessidade e o direito que sente ter. Por outro lado, o facto de se dar e gostar da família não interfere na relação que tem com a madrinha. Diz que não tem grande intimidade com as irmãs mas que gostava de ter irmãs, de sentir que tem irmãs.

Fala da mãe. Diz que gostava de sentir o que é ter o amor da mãe. No entanto, não conta à madrinha o que sente, e admite que se sente culpada pelos seus sentimentos.

“Eu gostava que as pessoas me compreendessem e aceitassem como a psicóloga. Eu sei que às vezes posso estar errada, mas a psicóloga não me critica, explica-me e eu percebo”. Mais adiante voltou a sentir a necessidade de se referir à relação terapêutica:” Uma coisa muito importante que me disse é que eu não sou estúpida, que tenho um raciocínio inteligente”. Conta que sempre ouviu dizer que tinha dificuldades e que foi por isso que foi para aquela escola. Quando a questionámos se se sente uma pessoa “com dificuldades”, ela afirma que não: “ Não, não sinto. Eu tenho notas de 18 e 19. Eu sei que esta escola é mais

fácil, mas mesmo assim. Por isso foi muito importante ter-me dito isso, eu precisava de ouvir isso, eu preciso que acreditem em mim.”

A já se sente com mais coragem para ir para a faculdade, não se sente inferior, a nível do seu aproveitamento em relação às colegas que ela admite serem inteligentes e boas alunas. Pensamos que ao longo destas sessões tem existido um ajuste muito positivo em relação ao seu autoconceito e auto-estima. A segurança que daqui advém ajuda-a na sua cada vez maior capacidade de *insight* e da adequada simbolização da sua real experiência.

**10ª sessão.** 4.04.11. ; **11ª sessão.** 11.04.11. Decidimos compactar duas sessões pois o tema debatido foi comum, correspondendo a um único movimento na evolução terapêutica.

A sente-se mais segura. Conta que na auto-avaliação conseguiu dar a si própria uma boa nota e defendê-la.

Em contrapartida à medida que se sente crescer, vai diminuindo a admiração que tinha pelas duas amigas, ao mesmo tempo que percebe que quando não está ao pé delas consegue ser mais afirmativa.” Ao pé delas, inibo-me”.

Conta que no outro dia estava com outras colegas e que elas criticaram as suas amigas. A percebe que não defendeu as amigas porque achou que as outras tinham razão e por outro lado sentiu alguma satisfação em ouvir as outras colegas verbalizarem aquilo que ela também pensa. Embora estes sentimentos tenham começado a ser encarados a medo, foram por fim admitidos sem culpa.

Por fim assume que compete com as colegas, sente orgulho quando é melhor que elas. Sempre as admirou, sempre foram o seu ideal, sempre se sentiu inferior e agora percebe que nem sempre é assim. Está vaidosa, orgulhosa, quase que arrogante.

Diz, com satisfação que esta semana faz 17 anos. É como se dissesse: “Sou uma mulher”.

**12ª sessão.** 02.05.11. Estava triste porque teve negativa no teste de matemática. Consciencializou que estava a sentir-se muito orgulhosa porque as notas têm sido altas e que agora ficou desiludida. Falou das suas dificuldades em relação ao raciocínio lógico e que a melhor estratégia seria perceber onde tinha errado no teste e não ter medo de perguntar à professora o que não percebe. Por fim, mencionou que sabia que o facto de não ser muito boa a matemática não faz dela uma pessoa “burra”, e que uma má nota não define a totalidade da sua pessoa. A meio do raciocínio, A parou e disse:” Que engraçado eu aqui consigo perceber tudo, mas sozinha não sou capaz, fico bloqueada pelo medo”. Falou-se do facto de se sentir segura e protegida na relação terapêutica.

Para além disso, A falou da vontade com que está de cortar a franja, perguntou, rindo, se o deveria fazer. Referimos que parecia que agora que A sente que algo tem vindo a mudar dentro dela parece estar com vontade que essa mudança se torne mais visível para o exterior. A concordou: “ É isso, eu quero que me vejam, quero dar nas vistas”. Depois de perceber o que queria realmente quando decidiu cortar a franja, as dúvidas dissiparam-se: “ Corto o cabelo na terça-feira”.

Falou de roupa, e do gosto da madrinha: “Em certas coisas ela parece que parou no tempo”. À saída referiu: “ Quando me perguntam se eu vou sair com as minhas amigas, eu respondo que não posso porque elas vão sair com os namorados”. Brincámos com ela perguntando se estas mudanças todas não teriam como objectivo também arranjar um namorado com quem sair. Riu-se muito, concordando.

Sentimos que A está de facto a ficar “uma mulherzinha”. Quer sentir-se bonita e que reparem nela. Está mais afirmativa e sem medo. Cada vez se sente mais a sua necessidade de emancipação da protecção da madrinha e a busca de criação da sua identidade junto dos seus pares.

**13ª sessão.** 09.05.11. A surgiu com a franja cortada mas triste. Tinha repetido o teste de matemática para subir a nota mas refere que se sentiu muito nervosa e que agora está com medo do resultado. Conta que as colegas tiveram acesso ao teste de psicologia mas que ela não quis saber as perguntas:” Disse que não, posso ter uma nota mais baixa do que elas mas não me importo, faço o teste por mim”. Conta que da outra vez que estava com dúvidas em relação ao teste de outra cadeira, aceitou saber as perguntas e que se sentiu muito mal com isso: “Eu nem conseguia olhar para a professora, sentia-me mal. Quando ela me disse que eu tinha tido um dezoito, não senti orgulho nenhum. Claro que tive, eu tinha estudado as respostas... Agora não quero repetir isso”.

A sente orgulho nos seus resultados merecidos, não quer estragar essa sensação, mas brinca: ”Claro que se me dessem as perguntas para o teste de matemática eu não dizia que não.” Compreende que há disciplinas em que é boa aluna e tem facilidade mas que em relação à matemática as dificuldades são muitas. A propósito menciona uma colega já antes referida que falta muito às aulas, mas tem boas notas:” Ela é tão inteligente, percebe tudo rapidamente, não tem melhores notas porque falta muito”. Admite que gostava de ser assim, que a irrita a facilidade da colega quando é tão “baldas”: “Raiva é uma palavra muito forte, mas às vezes apetecia-me apertar-lhe o pescoço.”

A começa a conseguir aceitar as suas limitações sem se reduzir a “pouco inteligente” ou “com dificuldades”. Assim como aceita os seus sentimentos contraditórios, sem se sentir má, aceita as suas dificuldades a matemática, sem se sentir estúpida.

**14ª sessão.** 16.5.11. Última sessão. A passou a matemática e parte para estágio. Está contente, com expectativas e ansiosa.

Pedimos-lhe para fazer um balanço destas sessões, dizendo que nós próprias também o faríamos. A não tem dificuldade em fazê-lo, foi mesmo uma constante ao longo deste processo, a sua necessidade de organizar ideias e assumir conquistas ou obstáculos. Agradece, com sinceridade, o apoio que recebeu, considerando que o espaço terapêutico lhe permitiu conhecer-se melhor e enfrentar algumas coisas menos boas, sem medo. Afirmo que percebeu como o medo de ser rejeitada a condiciona nas suas relações. No entanto, considera-se mais segura: “Acredito mais em mim”. Sabe que o seu relacionamento com os seus pais continua a ser um problema para ela e que se calhar o será sempre. Termina dizendo que agora quer aproveitar o estágio e aprender com a experiência.

Quanto a nós, iniciámos este processo, esperando que o Acompanhamento Psicológico ajudasse A a acreditar e a investir em futuras relações, apesar da sua traumatizante experiência de abandono pelas figuras parentais. Para isso pensámos que seria importante que se aceitasse a si própria nas suas limitações ou fragilidades e que conhecesse igualmente quais as suas forças. Em suma quisemos que o seu *Self Real* estivesse mais de acordo com a sua experiência organísmica e menos distanciado do seu ideal de *self*; quisemos que se amasse e assim se percebesse digna de ser amada. cremos que este movimento incongruência/congruência foi conseguido.

Embora ainda muito possa ser feito futuramente, acreditamos que A adquiriu uma capacidade de *insight* e hábitos de auto-reflexão que muito a poderão ajudar a continuar a crescer “mais leve e mais feliz”, como tanto anseia e merece.

## **Caso B**

Foi efectuada, no CAMPS, uma consulta de triagem a B em 10.01.2011. Como é prática na Liga dos Combatentes, foi combinado Acompanhamento Psicológico quinzenalmente. O caso foi-nos entregue.

A 18.01.2011 foi efectuada a primeira sessão de Acompanhamento Psicológico a B. Do material recolhido nessa sessão foi elaborada a História Clínica, embora alguns dados tenham sido recolhidos posteriormente.

**Identificação pessoal.**

Nome: B

Sexo: Masculino

Nascimento: 07.09.1975; Idade: 35 anos

Escolaridade: 6º ano

Estado Civil: Divorciado. Vive em união de facto

Filhos: 4 filhos (3 filhas do primeiro casamento, 1 filho da actual relação).

Profissão: Condutor de pesados; Bombeiro Voluntário

**Motivo da consulta.**

B pede ajuda psicológica que o auxilie a lidar com os efeitos psicológicos de um acidente de viação, no mês de Agosto de 2010, brutal e traumático, quando regressava de uma missão dos bombeiros voluntários, fora de Lisboa. Afirma que pretende um espaço onde possa falar, pois sente-se debilitado: “Estou a quebrar emocionalmente”, “Quero ficar bem para quando voltar a trabalhar”.

**Exame objectivo.**

Moreno, estatura mediana e encorpado. Expressão simpática e trato muito afável. Franco. Bem-falante, fala com algum humor e bastante desenvoltura. Inteligente. Embora exista alguma sofisticação no discurso e os conceitos sejam bem usados, as palavras são por vezes deficientemente pronunciadas, o que se poderá dever à baixa escolaridade e poucos hábitos de leitura. O tom descontraído com que fala contrasta com a comoção repentina que salta mal fala do acidente. Nota-se grande afectividade quando fala da mulher e dos quatro filhos.

### **Anamnese da doença actual.**

No mês de Agosto de 2010, quando regressava de uma missão dos bombeiros voluntários, vindo de Fafe, B que vinha de boleia na viatura de outra corporação, pois tinha que trabalhar em Lisboa (é condutor de pesados) no dia seguinte, sofreu um grave acidente de viação. Um pneu furou, o condutor era pouco experiente, com carta há dois meses, B ainda lhe deu instruções mas o carro despistou-se. B foi cuspidido e foi embater numa árvore. O condutor morreu. Os outros ficaram feridos, um em estado grave. B foi levado para o hospital de helicóptero. No local do acidente acordou: "Percebi o que tinha acontecido, pus o braço no sítio (estava deslocado) e desmaiei". Esteve em coma dez dias (coma induzido) e ventilado. Sofreu traumatismos no pulmão, perfuração no intestino, três fracturas no braço esquerdo, fracturas em ambos os maxilares.

Está de baixa pelo seguro (seguro da viatura). Afirmar estar bem tratado mas faltar-lhe apoio psicológico. "Estou a quebrar emocionalmente". Afirmar lembrar-se do acidente, mesmo sem querer e de lhe apeter chorar. " Eu percebi o que ia acontecer, mas não pude fazer nada, eu não ia a conduzir"; "Estive a morrer". B afirma não dormir bem, tem dificuldade em adormecer, fica a lembrar o que lhe aconteceu. Sonha com o acidente.

B mostrou-se muito desiludido com a resposta que os responsáveis da corporação de bombeiros a que pertence estão a dar ao acidente de que foi vítima. Falou de responsabilização. Foi mencionado o paradoxo encontrado entre o apoio incondicional (compreensão perante a baixa inerente a um acidente ao serviço de outra entidade) que tem recebido da empresa para onde trabalha como condutor de pesados, e a ausência de responsabilização e de respostas que está a receber da Corporação de Bombeiros, local onde trabalha como voluntário e para quem estava a trabalhar a quando do acidente.

Ainda em relação à falta de apoios, B choca-se com o facto de embora na altura do acidente, em que houve grande movimento da comunicação social, lhe ter sido prestada muita

atenção, “agora nem se lembram de me perguntar se estou melhor”. Sente-se abandonado pela instituição. Sente que o interesse anteriormente demonstrado foi *show off* para a comunicação social.

Ao falar do acidente, emocionou-se vivamente por diversas vezes, reportou-se para o momento do acidente quando disse certas palavras e chorou.

### **Doenças prévias e antecedentes familiares.**

Sempre foi saudável. Pai alcoólico. Mãe com doença de Alzheimer.

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

B é o único filho de uma relação extraconjugal. A mãe de B tem mais dois filhos, mais velhos que B, de outras relações. O pai de B é casado (a mulher não pode ter filhos) e já o era quando manteve uma relação com a mãe de B. Após o seu nascimento, a relação terminou. B esteve sem ver o pai até aos seis anos, altura em que a mãe o autorizou a relacionar-se com o pai. O pai de B pediu a custódia do filho em tribunal. B recusou-se a viver com o pai, “É um estranho”, embora o visitasse. Afirma que o pai bebe muito e tem o feitio difícil. “Chocamos muito, não consigo estar muito tempo ao pé dele sem discutir.” Não gosta de falar muito sobre o pai, sente-se que não o respeita muito. Em relação à mulher do pai, afirma ter sido sempre muito bem tratado, mas os vizinhos “Olhavam-nos de lado, a mim e a ela. Eu não gostava de ir lá a casa”.

Presentemente o pai de B vive no Porto, pouco se falam. A mãe de B está com Alzheimer e vive com B: “Ela não estava bem e eu mudei-me para casa dela. Ela não podia estar sozinha. A casa é grande e cabemos lá todos.”

Divorciado, com três filhas desse casamento. Fala da ex-mulher com desagrado. As filhas, com 14, 13 e 11 anos, vivem com o pai e passam fins-de-semana e férias com a mãe. A custódia foi entregue ao pai porque a mãe não tinha condições emocionais nem financeiras para ficar com as crianças. “É muito desequilibrada e não trabalha”. A propósito das férias, B

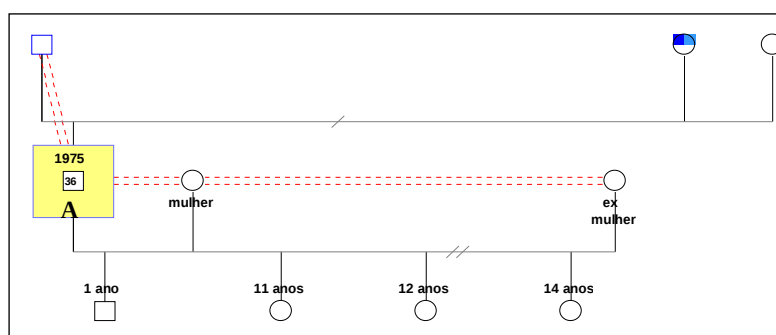
escreveu ao tribunal manifestando que um mês de férias com a mãe significava que pai e filhas estivessem um mês separados e que isso os fazia sofrer e, por essa razão, pedia que as férias fossem repartidas por quinzenas. O pedido foi-lhe concedido.

B é um pai atento e preocupado. Quando se divorciou pediu acompanhamento psicológico para as crianças, porque teve medo que elas ficassem afectadas. B vive em união de facto com a presente companheira de quem tem um filho de um ano. O casal vive com as quatro crianças e a mãe de B.

### Hábitos.

Não bebe bebidas alcoólicas, salvo em ocasiões especiais. Deixou de fumar após o acidente.

### Genograma.



### Plano terapêutico.

Para que determinado evento seja considerado traumático, importa ter em consideração a resposta emocional face ao acontecimento, ou seja, se for vivido com medo, terror ou desamparo, será considerado um acontecimento traumático (Anunciação, 2010), ou antes, quando alguém experimenta um evento inesperado, de forma coerciva, o resultado será um trauma psicológico ou emocional (Everstine & Everstine, 1993, citados por Valentine, 2003).

B demonstra sinais de trauma, teve muito medo e de momento tem dificuldade em dormir, choro fácil, memórias invasivas e pesadelos. Durante a conversa, inesperadamente, é levado por forte comoção, chora e diz: "De repente fui para lá", reportando-se para o momento do acidente. "Foi a palavra se". Não conseguimos perceber qual foi a sua associação, nem ele estava em condições de nos explicar. Fica um pouco embaraçado por não conseguir conter as lágrimas, mas acalma-se quando lhe dizemos: "Então, é para isso que aqui estamos".

No entanto, nesta fase do processo, não podemos adiantar se B corresponde a todos os critérios de Stresse Pós-traumático de acidente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1992/1993) e Anunciação (2010) a sintomatologia será recordações diurnas e intrusivas e sonhos do acidente traumático, evitação, insónia, esfriamento afectivo, hipervigilância e excesso de activação. E, ainda segundo a mesma fonte, esta doença manifesta-se logo após o trauma ou ao fim de um período de latência que varia entre algumas poucas semanas a seis meses. B que sofreu o acidente há seis meses, não evita a lembrança, embora se perceba que fica em grande sofrimento: "Faz-me bem falar, eu sei, mas é difícil". A não evitação é um sinal de bom prognóstico, sendo que a evitação faz parte dos quadros obrigatórios de PTSD. Para além disso, embora se queixe de insónia, sonhos e memórias intrusivas do acidente, não detectámos que exista hipervigilância ou esfriamento afectivo, pelo contrário, B menciona a mulher, com muito carinho e diz que ela sofreu muito "... sozinha com as quatro crianças e eu em coma no hospital. Pensou que eu ia morrer". Esta ideia de morte, faz emocionar B.

Por outro lado, embora a existência de um acidente traumático seja necessária à manifestação de PTSD, nem todas as pessoas expostas a um mesmo acidente desenvolvem PTSD. E mais, em muitos casos assiste-se à PTSD em remissão, podendo eventualmente voltar a manifestar-se temporariamente a quando na presença de outro acidente traumático (Anunciação, 2010).

Assim, mesmo estando em presença de um acontecimento traumático, como é o caso de B, nem sempre é adequado o diagnóstico de PTSD, o que não invalida que esse mesmo acontecimento dê origem a depressão e ansiedade, embora sem essa patologia associada (Valentine, 2003). Nesse sentido o mesmo autor salienta que o evitamento poderá surgir associado à depressão, como o excesso de activação poderá ser uma manifestação de ansiedade.

Acrescente-se que, após uma situação traumática, é muito comum a existência de pensamentos intrusivos, ou seja, é repetido insistentemente no plano mental o acontecimento traumático. No entanto, este processo nem sempre é crónico, como o será em caso de PTSD, antes corresponde a uma finalidade adaptativa de integração da experiência que possibilite um regresso à vida quotidiana (Monteiro-Ferreira, 2003).

Por último, será importante igualmente referir que a história de vida, o tipo de personalidade e as estratégias de *coping* são factores muito importantes para um bom prognóstico de não PTSD ou fácil remissão (Anunciação, 2010). Neste ponto, poderemos referir que o facto de B pedir ajuda, “Quero estar bem para quando voltar ao serviço” e a sua personalidade com traços evidentes de optimismo, boa disposição e combatividade poderão ser bons auxiliares neste processo. B é um homem saudável e pareceu-nos emocionalmente bem estruturado, condições que, esperamos, muito ajudarão à recuperação física e emocional.

Para Quinn (2008) o trauma, neste caso, do acidente deixa a pessoa num estado extremo de incongruência, por ser difícil a aceitação da experiência. Por essa razão, será importante que o terapeuta, como companheiro/guia, ajude a pessoa a encontrar um sentido para as suas experiências, de forma a alcançar a reintegração social e afectiva (Quinn, 2008).

Rogers (1959) referiu-se igualmente ao processo de reintegração, defendendo que a relação curativa baseada na congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática, ou antes as três atitudes do terapeuta, é o que permite o cliente mover-se em

direcção à congruência entre *self* e experiência. Tal acontece, pois o processo de transformação é facilitado quando se expressa os sentimentos tal como foram experienciados, sem defesas (Rogers, 1961/2009), ou seja, quando a emoção tal como existe no sistema fisiológico pode ser simbolizada na consciência como parte da personalidade total (Hipólito, s.d.).

Após este quadro, pensamos que o Acompanhamento Psicológico poderá ser de grande utilidade neste processo de enfrentamento, quer do momento traumático em si, quer do que isso implicou em termos de contacto com a morte e medo vivenciado. Processo que pode ajudar B a sentir-se um sobrevivente mais do que uma vítima.

Foi feita uma síntese do pedido e da problemática de B. Explicámos-lhe de que forma o Acompanhamento Psicológico o poderia ajudar a ultrapassar o momento de crise em que se encontra e quais os moldes em que este se processaria. Ficou estabelecido o contrato terapêutico.

No final da primeira sessão, a pedido de B, foi-lhe explicado que a sua mulher tinha igualmente direito ao Acompanhamento Psicológico, embora não pudesse ser com o mesmo técnico. Telefonará a marcar.

**2ª sessão.** 25.01.11. Durante toda a sessão, B não sentiu necessidade de falar do acidente. Contou que durante o fim-de-semana conversou sobre o assunto com uns amigos chegados. Afirmo não perceber por que razão só gosta de falar do acidente com certos amigos enquanto, com outros, foge do assunto, respondendo às perguntas laconicamente. Acabou por explicar: "É um assunto muito delicado e não gosto de falar se penso que as pessoas não me vão compreender". Tentámos perceber se os seus desabafos dependiam do nível de confiança que sentia. Respondeu que sim.

Embora se assuma como ainda “fisicamente doente”, pois ainda se encontra em tratamento e vai ser sujeito a uma intervenção cirúrgica, refere-se ao acontecimento traumático com maior distanciação.

Lembramos agora as três atitudes do terapeuta (Rogers, 1959) e a última condição das seis necessárias: cliente estar ciente das nossas três atitudes (Rogers, 1951/2004). Embora na primeira sessão B se tenha vulnerabilizado a nossos olhos, ao emocionar-se e falar da sua experiência, talvez agora, após a catarse inicial, se defenda ainda na relação.

Mostrou-se preocupado com o facto da sua mulher não querer ajuda psicológica para si própria depois de o ter apoiado tanto na busca de ajuda para ele. Diz que ela nem quer falar no assunto. Afirma que embora ela tenha tido apoio por parte de familiares e amigos, ele foi o centro dos cuidados e atenções e receia que ela se tenha sentido um pouco abandonada: “Eu acho que para ela foi mais difícil do que para mim, eu estava lá, a ser tratado”.

B preocupa-se mais com a mulher do que com ele próprio, quase que se culpabiliza por ter estado no papel de “cuidado” em vez de “cuidador”. Colocamos a hipótese de se a sua actividade como bombeiro não influenciará esta atitude.

B manteve-se bem-disposto e conversador durante toda a sessão.

**3ª sessão.** 10.02.11. B começou por falar da evolução do seu estado de saúde e dos exames que fez recentemente. Foi-lhe prolongada a baixa por mais um mês, facto que o deixou mais descansado.

Seguidamente mencionou os quatro filhos e a forma como por eles foi vivido o acidente do pai. As três filhas mais velhas, do primeiro casamento, ficaram com a mãe durante o seu internamento. Tinham terminado os quinze dias de férias que as meninas passavam em casa da mãe, quando se soube que B tinha tido um acidente e estava internado num hospital em Coimbra. A mãe foi avisada pelo cunhado e foi buscá-las. Só a mais velha,

de catorze anos, é que soube o que se estava a passar, em relação às mais novas o facto foi-lhes contado mais tarde e com cuidado.

Nesta sessão foram consciencializados certos sentimentos importantes em relação aos filhos e estado de vulnerabilidade de B. Surgiu a catarse que B adiou durante as sessões anteriores. B refere com emoção o dia em que as filhas o foram ver ao hospital: "Eu saí do coma e elas foram ver-me". Chora. "Eu não sabia quanto tempo tinha passado, mas sabia que não as via há muito tempo". B sentia saudades das filhas, não as via há um mês e meio. Refere que, "ainda por cima", nesse dia era o aniversário do filho mais novo, o único do actual casamento. Quando lhe perguntámos quantos anos fazia, a emoção aumentou consideravelmente: "Fazia um ano, era o seu primeiro ano." Admite que para ele era muito importante estar com o filho nesse dia: "Eu acordei do coma porque sabia que ele fazia anos." Conta que depois de ter acordado melhorou de uma forma rápida e inesperada. Concordou quando lhe dissemos: "Foi como se pensasse, tenho que me pôr bom depressa porque os meus filhos precisam de mim". Este pensamento fez aumentar muito a sua emoção.

O ser humano tem uma sensação de invulnerabilidade, de falso controlo da sua existência. Estes sentimentos são adaptativos e ajudam a aliviar a angústia inerente à imprevisibilidade de tudo inclusive da nossa própria morte (Monteiro-Ferreira, 2003). No entanto, a impotência experimentada em consequência de um acontecimento traumático, pressupõe a confrontação com a própria vulnerabilidade do indivíduo (Janoff-Bulman, 1989).

B sente-se responsável pelos filhos, não esqueçamos que após o divórcio assumiu o poder paternal das três filhas. Questionamos se a sua postura como bombeiro, cuidador, não é a mesma postura que mantém nas suas relações interpessoais. Se essa imagem de "herói" e "superpai" não terá sido abalada perante a constatação da sua vulnerabilidade e se, como afirma Monteiro-Ferreira (2003), esta consciência de que se não possui total controlo da sua existência não alterou o seu autoconceito. Ao adoecer, ao estar numa cama de hospital, na

eminência da morte, B teme não poder cuidar da mulher e dos filhos, teme ser o pai ausente, e, aos olhos de B, vulnerável, que foi o seu próprio pai.

Por último B referiu o seu trabalho como bombeiro voluntário e as vezes que teve de socorrer pessoas, reanimá-las e conduzi-las ao hospital. Refere que agora se encontrou do outro lado e foi ele o socorrido. Esta experiência é analisada por B, como se buscasse um sentido para aquilo que passou. Lembramos o que escreveu Lifton (1979) sobre as estratégias de *coping* e de como estas podem ser um factor tão importante na forma como se reage a um evento traumático (Anunciação 2010). Igualmente Nunes (1994/95, citada por Rafael, 2010) refere que as estratégias de *coping* ajudam o indivíduo a ter uma melhor auto-estima e facilitam a mudança. Assim, a situação traumática desencadeia a confrontação com um terrível sentimento de impotência. A recuperação do controlo faz parte de uma necessidade absoluta de voltar a funcionar de forma adequada. A recuperação do controlo da sua própria existência será a estratégia de *coping* utilizada. Outra estratégia usada é a atribuição de significado ao acontecimento, a procura de uma nova perspectiva sobre a vida é muitas vezes procurada pela vítima (Lifton, 1979). Percebemos a forma adaptativa como B lida com a sua experiência. Estamos perante um movimento da Tendência Actualizante que funciona no sentido da integração e adaptação da experiência à realidade. Tal como refere Monteiro-Ferreira (2003), logo que a situação traumática não pode ser modificada, o processo de atribuição de significado à experiência vivida cria um sentimento de controlo. Assim, seguindo esta atribuição de sentido à sua experiência, B termina referindo que agora já percebe o que as pessoas que socorre estão a sentir. Planeia fazer um curso de reanimação cardíaca. Acha que a partir desta experiência fará um melhor trabalho, pois sentiu o que é ter dores: "Eu agora já sei o que eles estão a sentir e o que vão passar quando os deixo no hospital".

**4ª sessão.** 21.02.11. Nesta sessão B fala das figuras parentais. Está preocupado com a mãe pois há suspeita de que sofra da doença de Alzheimer. Conta que, no entanto, fez exames e que os resultados apontam para “desinteresse e depressão”. Fala do pai pela primeira vez. Conta que os pais se separaram quando B era muito pequeno, o pai é alcoólico e vive presentemente no norte. É casado e já o era quando manteve uma relação com a mãe de B. Quando os pais se separaram B ficou a viver com a mãe e dois irmãos, um rapaz e uma rapariga, filhos de dois anteriores companheiros da mãe. A mãe de B manteve-o afastado do pai até aos seis anos, altura em que lhe disse que poderia dar-se com o pai se o entendesse. Quando B tinha oito anos o pai pediu o poder paternal e quis que o filho fosse viver com ele. B foi ouvido pelo juiz e disse que não conhecia o pai, que era um estranho para ele e que queria continuar a viver com a mãe. Manteve, no entanto algum contacto com o pai e a madrasta que afirma sempre o tratar muito bem, “Fazia sempre os pratos que eu gostava”; “Ela não podia ter filhos e por isso aceitou-me. Mas eu sentia que os vizinhos olhavam para mim e para ela com ar de crítica. Eu não me sentia bem lá em casa.”

Aos 15 anos quis começar a trabalhar, queria ser independente. Os irmãos continuaram os seus estudos, o irmão é técnico informático, mas B afirma que queria ser responsável, ser homem. “Aos 20 anos casei e aos 21 já tinha família e sustentava-a. Era uma criança”. B refere a grande necessidade de ser responsável, de tomar conta das situações. Mesmo em relação à mãe, há dois anos percebeu que a mãe já tinha dificuldades em viver sozinha, tinha uma pensão pequena, e mudou-se com a família para a sua casa que é grande.

Volta a surgir nesta sessão o papel de “cuidador” assumido por B. O facto de ter sofrido o abandono paterno, parece ter influenciado esta necessidade de cuidar e proteger a sua família. Mesmo em relação às três filhas do anterior casamento B fez questão de lhes proporcionar acompanhamento psicológico após a separação e ficar com o poder paternal.

Sente-se no seu discurso uma necessidade de ser “superpai”, como se tivesse introjectado uma imagem de pai por oposição ao pai que teve.

No entanto esta auto-suficiência que desenvolveu tão precocemente e manteve ao longo da vida, dificulta-lhe um maior enfrentamento da sua própria fragilidade e vulnerabilidade após o acidente. Como dizia Rogers (1961/2009), o processo terapêutico não é isento de sofrimento e a remoção de falsas crenças que antes suportavam o conceito de *self*, pode ser uma experiência perturbadora. B tenta lidar com estas recordações traumáticas, brincando com a situação, no entanto, embora brinque sentiu-se ao longo da sessão, uma emoção latente que B não deixava emergir. Quando lhe chamámos a atenção para este facto, B começou a chorar, disse que sabe que não está bem e que por isso pediu ajuda. Compreende a necessidade de não reprimir o que sente e que pode assumir a sua fragilidade e deixar que o tratem e tomem conta dele. Foram combinadas a partir de hoje sessões semanais.

**5ª sessão.** 1.03.11. A sessão rondou o facto de B ir ser condecorado pelos bombeiros. Embora existisse uma mistura de emoção com entusiasmo, quando a emoção surgiu foi imediatamente controlada. Vive novamente o papel de herói.

**6ª sessão.** 21.03.11. B referiu que se sente bastante instável, facto que o preocupou e por isso decidiu que o teria de referir na sessão. Diz que compreendeu que o facto de “tentar armar-se em forte” e de não se fragilizar o impede de vivenciar as emoções que sentiu e ainda sente em relação ao acidente.

Conta que está impaciente e irritável em casa. Compreendeu que é natural que se sinta mais inquieto ao fim de quatro meses em casa, pois a fase mais intensa a nível de exames e tratamentos abrandou e B sente o tempo a passar sem nada acontecer. Decidiu fazer uma

formação de auxílio em caso de enfarte que considera muito útil para a sua actuação nos bombeiros.

Lembramos que a irritabilidade poderá surgir após uma situação traumática, associada a um excesso de activação (Organização Mundial de Saúde, 1992/1993; Anunciação, 2010), no entanto, tal como foi referido no decorrer da sessão, a inactividade de B, homem de trinta e cinco anos habituado a uma vida bastante agitada (trabalha como condutor de pesados e nos bombeiros) poderá ajudar a que um estado de impaciência e irritabilidade se instale. Por outro lado, como definiu Valentine (2003) a ansiedade decorrente de um acidente desta natureza, mesmo sem estando em presença de PTSD, poderá provocar um excesso de activação. B não nos tem referido pesadelos ou situações de pânico associadas a lembranças do acidente. Por outro lado, e voltando a referir a importância das estratégias de *coping* usadas nestas situações (Anunciação, 2010; Nunes (1994/95, citada por Rafael, 2010), B volta a demonstrar estratégias muito adaptativas para lidar com a situação, ao decidir ocupar-se fazendo uma acção de formação.

**7ª sessão.** 4.04.11. B continua a demonstrar um entusiasmo e motivação para voltar à sua vida profissional.

Tomada de decisão: pedir uma licença no emprego, durante um ano, para aceitar um cargo de chefe de equipa nos bombeiros para além de ficar encarregue do sector comercial. B pede conselho para tomar a decisão. Foi-lhe explicado que não optaríamos por lhe indicar uma decisão a tomar mas ajudámo-lo a consciencializar o entusiasmo que demonstra pelos bombeiros ao invés da atitude neutra que tem perante o seu emprego: “O que conta aqui é a minha segurança e cumprir uma função”. Fala com grande entusiasmo da formação que fez e pensa fazer outra em Gestão de Conflitos. Quer ajudar os bombeiros a melhorarem a nível da formação dos seus membros assim como a implementar a partilha e discussão de casos entre

si. Parece que o facto de o acidente se ter em grande parte devido à má preparação do bombeiro condutor, faz B desejar actuar no sentido de promover uma permanente actualização e formação dos seus colegas assim como uma maior consciência de missão e trabalho de equipa.

Voltamos aqui a referir outra estratégia de *coping*, já mencionada, dar um sentido ao que aconteceu (Anunciação, 2010; Lifton, 1979)). B tenta retirar algo de positivo com a experiência, como se tentasse aprender algo, ou melhor, como se ao alterar o que está mal, e por ventura foi responsável pelo acidente, pudesse prevenir situações semelhantes. B tenta voltar a ser senhor do seu destino. Tal como referiram os mesmos autores, a situação traumática desencadeia a confrontação com um terrível sentimento de impotência. A recuperação do controlo faz parte de uma necessidade absoluta de voltar a funcionar de forma adequada, podendo ser esta a estratégia de *coping* utilizada. Outra estratégia usada é a atribuição de significado ao acontecimento (Lifton, 1979; Anunciação, 2010).

A combatividade demonstrada por B, buscando formas adaptativas de viver o momento presente, demonstra a acção da Tendência Actualizante (Rogers, 1951/2004; Hipólito, 2011). Perante a adversidade das circunstâncias, B busca o melhor para si. Observa-se igualmente que busca o reencontro com o seu *self*. No momento em que sofre o acidente e em que fica incapacitado de assumir o papel de cuidador e dono da sua própria existência, o *self organísmico* de B, vulnerável e necessitando de cuidados, não é reconhecido como sendo o seu *self real*, está distante do seu autoconceito (Rogers & Kinget, 1967/1977; Galvão & Melo, 2006, citados por Melo & Dutra, 2008; Hipólito, 2011). Esta discrepância criou-lhe um estado de incongruência. Resta esperar que integre a sua vulnerabilidade como também fazendo parte de si, forte e fraco. Enquanto se encarar como “sempre forte e cuidador” estará alienado de si próprio, tentando ser um *self ideal*, difícil de atingir (Rogers, 1951/2004).

**8ª sessão.** 11.04.11. B apresenta sinais de depressão: choro espontâneo, dificuldade em adormecer, irritabilidade e desinteresse em relação a tarefas outrora estimulantes. Reconhece que o seu estado emocional, além de alterado, apresenta características que não reconhece como habituais em si. Explicamos-lhe que parece estar com uma depressão reactiva ao que viveu nos últimos meses, o que segundo a literatura nos parece perfeitamente justificado (Valentine, 2003). Estranha as portas que parece terem sido abertas à sua vulnerabilidade. Chamamos-lhe a atenção que o sentimos principalmente emocionado quando fala das filhas e dos momentos em que sentiu que lhes poderia faltar ou não poder ser uma figura tão presente e protectora. B concorda e conta que mesmo quando vê televisão, são as cenas mais sentimentais, “piegas, com aquela música a puxar” que o emocionam muito. Relata que neste fim-de-semana a casa estava mais calma porque as três filhas estão de férias em casa da mãe e a mulher de B estava na sala com o bebé a tentar adormecê-lo, e que B, sozinho no quarto chorou muito: “Não me defendi e deixei que saísse”. Quando lhe perguntámos em que pensava nesse momento, respondeu: “Não sei, só sei que me senti ir ao fundo, não faço ligação com nada”.

Fala da irritabilidade e impaciência que sente perante certas situações. Reparámos que o que mais o impacienta é ser confrontado com situações que não controla: esperar alguém que está atrasado, parar no trânsito. Cedo B habituou-se a controlar a sua vida, a ser homenzinho e mesmo durante o seu internamento hospitalar conta que queria saber tudo o que lhe tinham feito, queria ser informado de como estavam as coisas a ser tratadas em casa “para saber se estavam a fazer as coisas bem”.

Notam-se nestas palavras quer sinais de necessidade de controlar a situação, quer sinais de ansiedade, ambos bem explicados perante uma situação traumática (Valentine, 2003; Lifton, 1979).

Em seguida falou muito das filhas e da relação dele e delas com a ex-mulher. B conta que a mãe das filhas não ajuda nas despesas e não parece ter grande vontade de estar com as filhas, para além do estipulado pelo tribunal. No entanto, B refere com alguma revolta que ultimamente as filhas quando regressam de casa da mãe vêm diferentes, criticam o pai e a madrasta, “fazem mau viver”. B diz que “a mãe faz-lhes a cabeça contra mim, mas depois eu falo com elas com calma e elas voltam ao normal”. Esta situação parece injusta a B que afirma ter sido um pai muito mais presente do que a mãe, tomando conta delas a seguir à separação. Conta que decidiu não pagar uma visita de estudo das filhas e dizer-lhes que poderiam ir se a mãe pagasse: “Eu sei que fui mau, a mãe não pagou e elas não foram, elas nunca pensaram que eu fizesse isto porque nunca lhes faltei com nada”.

Já no fim da sessão, quando marcávamos a próxima, acrescentou: “Eu nunca tinha falado da minha separação e das minhas filhas, mas penso que se calhar esta emoção toda que eu sinto agora vem daí. Poderá ser?” E acrescentou que tinha consultado um psicólogo quando se separou “mas não fui tão ao fundo como aqui nas sessões. Agora penso que devo falar disto.”

Parece que a vulnerabilidade resultante deste processo de perda de capacidades físicas e de contacto com a morte fez B baixar as suas defesas e deixar que antigas emoções ligadas aos afectos e à perda venham ao de cima. B tenta aprofundar o seu processo, procurando encontrar respostas para o seu sofrimento não só na situação traumática em si, mas igualmente na sua história de vida.

Por outro lado, embora recordemos as palavras de Rogers (1951/2004, 1961/2009) que diziam que o importante não é o diagnóstico mas a experiência de vida e o contacto com essa mesma experiência, importa não esquecer que os sinais de depressão que B apresenta, associados à irritabilidade são sintomas de trauma (Valentine, 2003), senão de PTSD (Organização Mundial de Saúde, 1992/1993; Anunciação, 2010).

**9ª sessão.** 18.4.11. B referiu a notícia de um grande acidente de que teve conhecimento e que o reportou para o acidente de que foi vítima. Afirma que conhecia pessoas envolvidas, que se interessou, “quis saber notícias”, mas que lidou com a situação com alguma serenidade. Voltou a surgir a palavra “se” que em sessões anteriores foi um elemento tão catártico, mas que agora é referida de forma calma e ponderada: “Um amigo meu à última hora desistiu do passeio e não foi, se tivesse ido, ele e a família tinham tido um acidente”. Foi ajudado a pensar que da mesma forma ele próprio teve o acidente porque decidiu “apanhar boleia” no carro de outra corporação que não a sua, para chegar mais depressa a casa. Se não o tivesse feito, não teria tido o acidente.

B encara estas situações como mais uma das coisas que pode fugir ao seu controlo, a imprevisibilidade do acaso. Pareceu-nos importante o facto de, embora queira ser senhor do seu destino, aceitar igualmente as suas limitações.

Refere o seu trabalho nos bombeiros como algo que mudou a sua vida: “Sou outra pessoa, gosto mais de mim”. O seu trabalho nos bombeiros deu corpo a um ideal de vida, sente-se útil, gosta de ajudar as pessoas: “É o trabalho da minha vida”. Refere igualmente que conheceu a mulher com quem vive actualmente nos bombeiros.

É importante a imagem que B tem de si enquanto bombeiro. Como refere, “Sou outra pessoa, gosto mais de mim”. B que cresce sem pai, e mais, cujo pai é casado e simplesmente tem um caso com a mãe de B que em seguida abandona, não quer estudar como os irmãos porque cedo quer ser homem, quer ser independente. Pensamos que esta vontade de ser dono de si próprio, de não precisar de ninguém, nem do pai, marca a sua conduta. Por um lado quer ser independente, por outro assume para si ser o homem e o pai que o seu não foi, protector e cuidador. A actividade de bombeiro ajuda-o a vestir esse papel de herói, ajuda-o a aproximar-se do seu *self ideal*. Talvez por isso afirme que o ser bombeiro o fez gostar mais de si próprio.

Pensamos que a principal razão da incongruência de B reside na alienação do *self organísmico* e numa discrepância entre o *self real* e *self ideal*. Ou seja, a imagem que tinha de si próprio estava distante da sua experiência (vulnerável), numa tentativa de se aproximar do *self ideal*, o herói. Importa a integração do *self organísmico*, a flexibilidade do seu quadro de referências. Importa perceber que ser vulnerável não é mau, é humano e não invalida que em certos momentos se possa ser herói.

**10ª sessão.** 26.4.11. Falou muito da filha mais velha, com 14 anos. Refere que tenta falar de tudo com as filhas, sem tabus. Notam-se grandes preocupações educativas, necessidade de prevenir que algo de mau aconteça, controlar: “Há coisas que eu às vezes penso que seria mais fácil a minha filha falar com a mãe, porque é outra mulher, mas ela fala é comigo”. Refere que “ela ainda não é senhora, está um bocado atrasada, mas está tudo bem”. Acha graça à forma desinibida com que estes assuntos são tratados entre ele e as filhas: “É natural, elas ficaram sozinhas comigo há nove anos, vivem comigo, estão menos tempo com a mãe”. E acrescenta com alguma estranheza: “Mas elas adoram a mãe”. B desabafa que nem sempre o relacionamento entre as filhas e a sua actual mulher é o mais harmonioso: “Parecem duas crianças a discutir”. B tenta tirar peso à situação mas percebe-se que o preocupa perceber que a sua mulher não sabe lidar com a filha mais velha de B, receia que no fundo, embora não duvide que as filhas gostem de viver com ele, sintam a falta da mãe.

B mostrou-se estável emocionalmente durante toda a sessão.

Pensamos que este triângulo pai, mãe e filhas, deverá ser aprofundado. O medo que B tem de faltar às filhas, por ventura o medo que tem que as filhas sintam falta da mãe e que o abandonem, são factores que poderão estar por detrás da ansiedade que sentiu ao ver-se confrontado com a cama de hospital.

**11ª sessão.** 2.5.11. Referiu sentir-se bem, embora se perceba que há alguma impaciência e vontade de reintegrar a sua actividade profissional. Contou que teve de agir, na rua, em relação a uma pessoa que teve um acidente. Prestou-lhe os primeiros socorros até à chegada dos colegas bombeiros que já se dirigiam ao local. Emocionou-se quando referiu o sucedido. Conversámos sobre essa sua reacção emocional relacionada com a saudade que sente da vida activa. O desejo de se dedicar a tempo inteiro aos bombeiros vai tomando forma: “É o trabalho da minha vida”.

No final da sessão perguntou-nos: “Como é que acha que eu estou?”. Sente-se melhor mas desejava ouvir a nossa confirmação. Por essa razão, partilhámos com B o nosso ponto de vista: que nesta fase do processo parece-nos ter havido remissão dos sintomas e que os sinais de alguma vulnerabilidade emocional ainda existentes talvez se prendam com o facto de estar há muito tempo inactivo o que lhe provoca aborrecimento, impaciência e nostalgia.

Embora emocionalmente esteja apto a assumir as suas habituais funções profissionais, ainda se encontra de baixa médica porque necessita de nova intervenção cirúrgica para tirar parafusos de um braço: “Tem de ser, o braço dói-me e não posso fazer força, não posso ficar assim, o médico diz que é por causa do parafuso que já não precisa de estar aqui e prende-me o movimento”.

Saiu animado embora referisse: “Agora já estou preparado, a recuperação do braço ainda vai durar uns dois meses. Quando tiver alta é Verão e vou apagar fogos”.

**12ª sessão.** 10.5.11. Começou por lembrar os tempos em que era camionista de longo curso. Falou das viagens solitárias, de vários dias, e como isso o afastava da família. Deixou de viajar quando se separou da mulher e teve que ficar com as filhas. Tentámos perceber por que razões as crianças não tinham ficado com a mãe, sendo que uma delas ainda era bebé. B afirma que fez questão que as filhas não fossem separadas umas das outras; ficaram com ele

porque a ex-mulher não tinha condições de lhes oferecer estabilidade: estava desempregada e B qualifica-a de “pouco equilibrada”. “Se calhar sempre foi assim, não sei, só nessa altura é que percebi. Mas eu gostava muito dela, aquelas paixões dos vinte anos”. B conta que pagou a uma advogada muito cara, “muito acima das minhas posses”, para tratar do processo das responsabilidades parentais, afirma ter tido medo que lhe tirassem as filhas porque normalmente são entregues às mães. Mas o tribunal entregou-lhe as filhas e a mãe ficou obrigada a dar uma pensão de alimentos que nunca cumpriu. “A juíza até estava irritada com ela e disse, repare que nem o pão das suas filhas vai pagar”. Desde essa altura, já lá vão nove anos, as três crianças visitam a mãe de quinze em quinze dias e passam com ela um mês de férias repartido por dois períodos de quinze dias. B acusa a ex-mulher de não ligar às filhas: “Ela podia almoçar com as filhas durante a semana e nunca foi; podia ir buscá-las na sexta-feira a seguir às aulas e só vai depois do jantar”. “Mas elas adoram a mãe, a mais velha quando vem de lá, vira-se contra mim”. B mostra-se muito magoado e revoltado com a atitude da filha, diz que a ex-mulher o acusa de não deixar que as três meninas vivam com a mãe e que elas acreditam: “Eu sei que elas um dia vão perceber, mas agora é que me dói (aponta para o coração), não me descansa nada saber que mais tarde me vão colocar um penso rápido na ferida que me fizeram.” B diz que nessas alturas explica à filha que o tribunal optou por dar a guarda ao pai porque a mãe delas não tem emprego. Acrescenta que no entanto não lhe consegue explicar isto com calma porque se sente muito revoltado e irritado com o assunto.

Ajudámos B a consciencializar o que sente em relação a este assunto e, ao mesmo tempo, a entender que a filha acredita na mãe porque para ela é importante fazê-lo, é importante acreditar que a mãe gosta muito delas e que só não vivem com ela porque o pai não deixa. B percebe que as filhas acreditam no seu amor, estão seguras dele, por isso é muito mais fácil agredi-lo e culpá-lo do que à mãe. Não têm medo de o perder.

Sente-se em todo este discurso que embora B esteja confiante do amor das filhas, fica com medo de as perder. Lembramos como a sua mãe o manteve afastado do pai até ele ter seis anos. Hoje, se calhar poderíamos falar de alienação parental! Ao referirmos isto, lembramos que filho alienado poderá vir a ser pai alienante (Aguilar, 2008; Chesler, 1986; Pinto Ribeiro, 1999; Pratte, 1988; Sottomayor, 2008 e Torres, 1986).

Para além disso, B acrescenta que a ex-mulher o acusou recentemente de violência doméstica, porque na semana passada apareceu à porta da escola quando B tinha ido buscar as filhas e discutiu fortemente com ele. B afirma não ter perdido a calma mas que ela gritou e a polícia foi chamada. B deslocou-se à esquadra da polícia para depor e as filhas foram ouvidas como testemunhas. Choca-se com a palavra “arguido”, diz que não se identifica com ela. “Fui condecorado e agora sou arguido, uma coisa não cola com a outra, mas eu sou a mesma pessoa”.

O autoconceito de B volta a ser posto em causa e mais uma vez tal facto o perturba. Necessita de ser reconhecido como pessoa de bem, confiável.

Mais uma vez foi referida a posição das filhas ao terem que responder à polícia sabendo que a mãe acusou o pai de a agredir. B sente-se injustiçado mas está seguro de um bom resultado: “Eu nem lhe toquei, ela é que começou aos gritos, disse que queria levar as filhas, mas não era o dia de as levar, elas tinham acabado de passar o fim-de-semana em casa da mãe...”

**13ª sessão.** 16.5.11. B chegou à sessão com meia hora de atraso, visivelmente perturbado. Disse que não esperava ter a sessão àquela hora mas que tinha optado por vir pessoalmente dar uma justificação pelo seu atraso e pedir desculpas: “Fui falar com a advogada. Recebi uma carta da minha empresa a dizer que não me renovam o contrato.”

Toda a sessão rondou este tema. B sente-se injustiçado por estar a ser dispensado, enquanto ainda está de baixa, como se estivesse a ser penalizado por ter tido o acidente. Para além disso, a proposta que estava pendente de B ficar a colaborar a tempo inteiro com os bombeiros, não foi aceite pelo seu chefe. B estava muito entusiasmado com esta possibilidade, neste momento sente tudo à sua volta a desmoronar-se e a possibilidade de daqui a dois meses, que é quando acaba a baixa, ficar desempregado, preocupa-o e revolta-o: “Estou a pensar levar o papel ao meu chefe nos bombeiros e dizer-lhe: Tive um acidente ao vosso serviço e agora fiquei desempregado, o que é que pensam fazer?”

B sente que há uma grande contradição em tudo o que lhe está a acontecer: “Por um lado o Estado dá-me uma medalha e por outro, despede-me”.

B fala que antes do acidente se sentia a viver um período de grande estabilidade na sua vida e que após o acidente, tudo desapareceu: “Ando muito inquieto, irritado”.

Perante o seu estado optámos por compensar inteiramente a meia hora de atraso e durante os cinquenta minutos que durou a sessão procurámos ajudá-lo a compreender como se sente e a encontrar alternativas possíveis para melhor lidar com esta situação de crise. B saiu organizado e com a sua habitual combatividade.

**14ª sessão.** 24.5.11. B começou por referir que a não renovação do contrato estava dentro da legalidade e que portanto não tinha muitas esperanças que algo se alterasse. Foi feito no entanto um protesto por escrito. Comenta: “Como ainda nada se alterou e continuo de baixa, parece que não caí na real, para mim está tudo igual”.

B fala em seguida com grande entusiasmo dos projectos que tem para os bombeiros e da negociação que foi reaberta e que implica B poder ficar como efectivo na parte comercial e gestão de pessoal. Fala igualmente dos poucos recursos financeiros com que se habituou a viver desde que está de baixa. É comentado que nesta fase da vida está a consciencializar o

que para si é de facto importante, o que lhe faz falta, na sua vida profissional. Percebe que o trabalho nos bombeiros tem um sentido muito importante para si e que materialmente até consegue prescindir de algumas coisas mantendo-se, mesmo assim, a ele e à família na área do conforto.

B refere que o que mais o perturba é sentir que neste momento não controla nada na sua vida, não sabe se vai poder fazer férias com as filhas em Julho como queria, não sabe quando vai ter alta ou se vai ficar desempregado: “Eu não sei o meu dia de amanhã e, já falámos disso, eu preciso de controlar tudo para me sentir seguro. Eu nisso, tenho muito do meu signo, virgem, tenho que ter tudo muito organizado senão fico muito desorientado.”

Por fim fala de que não sente fisicamente a mesma força e combatividade que sente emocionalmente: “Tenho medo de não ter fisicamente forças para trabalhar como quero.” B ainda se sente fisicamente debilitado e está inseguro em relação ao seu desempenho. É lembrado de que está há muitos meses inactivo e que talvez fosse bom fazer algum exercício físico que não implicasse esforçar o braço esquerdo mas que o preparasse para a vida activa.

Reparamos que nesta fase do seu processo, B fala de si com uma maior consciência, assume fragilidades, identifica necessidades, assume que se está a alienar do facto de estar sem trabalho.

Falamos, por fim, do final das nossas sessões para fins de Junho (fim do nosso estágio) e da possibilidade de ser acompanhado por outro técnico, respondeu: “Isso ainda não sei, depois vejo”.

**15ª sessão.** 31.05.11. B chegou à sessão, muito bem-disposto. Referiu andar muito ocupado com a organização de duas festas nos bombeiros, uma para as crianças e outra para os santos populares.

B continua a dormir mal. Embora já não tenha pesadelos, acorda ao fim de poucas horas. Fica irritado por não conseguir dormir, acaba por ir para a sala ver televisão e adormece no sofá até de manhã. Pareceu-nos estar hipervigilante, como se precisasse de se manter alerta. Por outro lado, B admite estar com muita energia acumulada pois tem uma vida muito inactiva e isso torna-o irritável e inquieto. Está ansioso por começar a trabalhar de novo.

Embora nos pareça estarem presentes alguns sintomas de PTSD, a actual inactividade de B parece justificá-los. Julgamos ser muito importante o regresso ao mundo do trabalho, à estrada para melhor percebermos o seu estado em relação à situação traumática.

Fala de como é estranho, cada um de nós poder ser tanta coisa que desconhece: “Nós podemos ser tanta coisa, podemos ser quase tudo, é como eu costumo dizer, todo o homem será capaz de matar, dependendo da circunstância”.

Reparamos que com esta frase abre caminho a reconhecer em si coisas que desconhecia, parece expandir o seu quadro de referências. A organização polarizada de, bom e mau, forte e fraco, parece mais flexível.

Faz balanço do seu processo, diz que o período que viveu a seguir ao acidente e que o vulnerabilizou, vai ser encarado como um episódio. “Vou voltar a ser a pessoa que era antes do acidente”. “Eu não posso mudar, se eu mudo quem vou ser eu? Para eu mudar, os outros, tudo à minha volta também teria que mudar, se eu já me sinto diferente e desadaptado, então como seria, o que é que iriam pensar de mim?”. B admite muito peremptoriamente que não quer mudar e quer voltar a ser quem era. Admite sentir-se muitas vezes desadaptado. Tem medo da mudança, de perder o chão, de não ter condições de se defender. Como se interiormente sentisse que o mundo é algo de assustador, que tem de estar vigilante para se proteger e proteger aqueles que ama. Voltamos a lembrar a frase de Rogers (1961/2009), mudar o conceito de Eu pode ser uma experiência perturbadora.

Fala da morte e do que significa para si perder alguém. “Aconteceu-me agora uma coisa que eu não sei se é bom ou não”. Conta que morreu o avô da sua mulher, era uma pessoa com idade avançada e estava internado com doença prolongada. “Eu fiquei assim, no funeral, muito tenso e frio”. Quando lhe perguntámos se estava a fazer isso para não chorar, as lágrimas surgiram. Chamámos-lhe a atenção para a sua emoção: “Pois, agora estou a chorar mas lá não, fiquei muito duro”. Admite que não estava ligado afectivamente ao avô da mulher mas que a morte o perturba, principalmente se for um jovem. Fala da filha mais velha, de como a protege, de como a vigiava em bebé para ver se respirava. Fala em seguida com grande emoção de um caso mediático em que um grupo de adolescentes espancou uma menina de 13 anos com bastante violência. “Como é que crianças fazem coisas assim? Qualquer pessoa irritada pode dar uma estalada a alguém, mas aquilo foi brutal, pisaram-lhe a cara, nada justifica isso”. Quando referimos que eram jovens da idade da sua filha, a emoção aumentou muito: “É isso, é isso...” E percebemos porque no início da sessão falou de como todos podemos ser imprevisíveis. B sente-se menos seguro. Ao admitir a imprevisibilidade de tudo, do que foge ao nosso controlo, agarra-se a uma convicção, para ele, securizante: “Eu não vou mudar”.

Fala em seguida do grupo de colegas com quem teve o acidente: “Já tiveram todos alta, receberam indemnização, mas não me disseram nada, eu não sou assim, eu teria falado com eles para partilhar quanto tinha recebido, para eles não se ficarem com menos”. Quando referimos se esses colegas fazem parte do grupo dos que não mudam, respondeu: “A Dra. compreendeu, é isso mesmo”.

Nesta sessão B pareceu-nos menos optimista. Mostrou que para ele o outro nem sempre é de confiança e que tem de se defender. Pensamos agora se ao ser bombeiro, ao ser herói não se colocará numa situação de inatacável, uma posição de segurança. Não é só uma questão de importância a seus olhos mas de um ponto estratégico de defesa. Pensamos hoje se

B não tem medo que o magoem e por isso se coloca na posição do simpático, bem-disposto e cuidador que ninguém terá vontade de atacar.

Mas apesar de tudo, neste momento tem projectos. Quer começar a trabalhar nos bombeiros na parte comercial e coordenando uma equipa. Em relação à empresa tem esperanças de ser readmitido, mudou a direcção e o nome dele foi falado pela nova chefia. “Eu não tenho medo e amanhã vou ser operado e em Agosto já vou apagar fogos”.

Volta o optimismo. Pensa ficar a trabalhar nos dois locais: “Se eu tiver que optar é que é pior, por um lado é a segurança, já falámos disso, e por outro o que eu gosto de fazer. Quando ia para os bombeiros ao fim do dia, a arrastar-me, chegava lá e ficava cheio de forças e entusiasmo”. Brincámos com ele: “Os bombeiros são a sua melhor terapia”.

No final da sessão, ao fazermos o relatório, meditámos sobre o facto de hoje B frisar com tanta veemência que não pode mudar. Pensamos que o facto de perceber que vai ter de mudar de técnico o perturbou e está de forma inconsciente a travar a evolução do seu processo. Ficámos preocupadas, pois pensamos que B precisa de ser acompanhado até recomeçar a trabalhar. Ainda se desconhece como se sentirá quando voltar ao serviço nos bombeiros e principalmente à estrada.

**16ª sessão.** 7.06.11. Cirurgia ao braço e internamento avivaram memórias. Como desmaiou após o acidente e foi tudo muito rápido, sente como recordação dolorosa o internamento hospitalar.

Consciência da vulnerabilidade e necessidade de recuperar o controlo: “Falei do acidente e de todos os passos que se seguiram durante o internamento. Não era preciso, eles só me estavam a tirar os parafusos do braço, não sei porque o fiz”. Perguntámos: “Será que quando fazia esse relato não estaria de certa forma a controlar a situação?” Chora: “Não, não

foi isso”. Respondemos: ”Está a chorar”. Chora: ”Eu sei, eu sei, pois estou, é que isso, essa frase que disse fez um eco aqui”. Aponta para o peito.

Lembra que disse na última sessão que não podia mudar e pedimos-lhe que explicasse melhor a que se referia. Compreendemos que quer voltar a sentir-se forte, capaz de controlar a sua vida e que as memórias se atenuem. Perguntámos: “Sente-se diferente?”. “Sinto, às vezes sinto. Há coisas que mudaram, vejo as coisas de outra maneira”.

B fez perguntas sobre a evolução do seu estado. Sentimos que era importante dar-lhe o poder de ser detentor da nossa opinião. Percebemos que o facto de lhe falarmos abertamente o sossegou, sentiu mais uma vez que controlava o seu processo. Aproveitámos para lhe dizer que o acompanharíamos durante o seu regresso aos bombeiros, que tínhamos falado com o responsável da Liga e que tinha ficado acordado que B não mudaria de técnico. B ficou emocionado: “Eu não conseguia falar agora com outra pessoa, era muito difícil”.

A sessão continuou, connosco a fazermos algumas perguntas para nos inteirarmos do seu estado actual. B diz que continua a dormir mal mas que já não tem pesadelos. “Acordo e começo a pensar”. “Em quê?” Perguntámos. “Em várias coisas, coisas que tenho que fazer, faço planos”. Pensamos que existe um excesso de activação e ansiedade de regressar à vida activa.

Conta que as filhas estiveram fora, numa acção dos bombeiros e que de vez em quando era sobressaltado com medo que lhes acontecesse alguma coisa. Falava com elas e acalmava.

Diz que não ficou com medo de conduzir, mas de ser conduzido não gosta, nunca gostou muito. Perguntámos: “E já voltou a andar num carro de bombeiros? Responde que não, mas que não tem receio, está ansioso por voltar.

À saída: “ Ah, é verdade, em relação à empresa está tudo dentro da legalidade, podem não me renovar o contrato, mas está tudo bem encaminhado para eu lá ficar a trabalhar, a direcção vai mudar e o meu nome já foi falado. Eu nunca estive preocupado.”

Se por um lado B demonstra ansiedade também está confiante. A sua personalidade optimista manifesta-se e vê-se o movimento adaptativo da Tendência Actualizante, crescer de acordo com as circunstâncias.

**17ª sessão.** 14.06.11. B falou da festa dos bombeiros, organizada por ele. Afirma que teve pouca ajuda dos colegas e da necessidade que sente de os motivar, da falta de espírito de equipa e de entusiasmo. “Ser bombeiro não é só ter um emprego”.

**18ª sessão.** 22.06.11. A sessão foi adiada um dia porque B começou a fisioterapia de recuperação do braço.

Chegou bastante ansioso. Pensamos que foi a única sessão em que não brincou um único momento enquanto falava. Tinha chegado de falar com a advogada. A ex-mulher pediu a mudança das responsabilidades parentais, quer que as filhas vão viver com ela. B sabe que as filhas vão querer viver com a mãe. Está preocupado, não confia na mãe das meninas mas sabe que não as pode proibir: “Elas adoram a mãe. Eu sei que não vai ser bom para elas”. Receia que as filhas fiquem mudadas, receia perder o controlo. Disse-lhes:” Se querem ir, vão, mas terão que lá ficar o ano todo, só vêm de 15 em 15 dias como dita o tribunal. B recorda que ele próprio, quando tinha oito anos foi ouvido em tribunal e disse que não queria ir viver com o pai. Afirma que a mãe não o influenciou nesta decisão, o pai é que o queria comprar. B sem se aperceber, repete o padrão e tenta aliciar as filhas a ficarem com ele. “Já viu Dra. na minha vida está tudo a abanar?”. E acrescentou, com ar suplicante: “Não sei o que hei-de fazer”. Respondemos: “Só lhe posso dizer que percebo que seja muito difícil para si

deixar ir as suas filhas, mantendo os braços abertos para as receber de volta, e que está muito preocupado com elas, gostaria de as defender, mas, sabe, por muito que gostemos dos nossos filhos, não podemos impedi-los de se magoarem de vez em quando.”

**19ª sessão.** 28.06.11; **20ª sessão.** 8.06.11. B referiu ter tido uma longa conversa com as filhas e ter ficado mais descansado: ”Nem sei porquê, mas deixei de estar ansioso. Achei-as muito lúcidas, estão umas mulherezinhas”. Ao questionarmos que nos parecia estar a sentir-se mais seguro, disse: ”É isso. Já não tenho medo de as perder. Sei que me dão valor e gostam de mim”.

O segundo assunto abordado foi a novidade que B tanto aguardava: teve alta médica, ficando com uma incapacidade temporário de 30%.

B refere que teve alta de manhã e que ao sair do consultório do médico com o papel, tomou consciência, pela primeira vez que não tinha onde entregar esse papel, estava desempregado. Diz que sentiu uma certa ansiedade “mas não foi por muito tempo porque me telefonaram e eu vou voltar à empresa, a engenheira que agora é a directora mandou chamar-me, ela nunca concordou que me tivessem mandado embora.” Referiu que esteve a falar com a “engenheira e eu pedi para começar daqui a uns dias mas não pode ser, tem de ser já.” Comentámos que nos parecia nervoso, respondeu: ”Está a ser tudo muito depressa, estive muito tempo parado”.

À despedida frisámos da importância de ainda estarmos juntos pelo menos mais uma vez para percebermos como se sente ao voltar à estrada: “Pois, eu sei, vou voltar á estrada. Não sei qual vai ser o meu horário, se calhar não posso vir a esta hora.”

Despedimo-nos, como sempre, mas sem marcar a próxima sessão: “Hoje é só novidades, até isto, pela primeira vez despeço-me sem marcar a sessão para a semana”.

Embora B esteja contente por voltar a trabalhar, pareceu-nos inseguro. Não nos parece que tenha medo de não estar emocionalmente preparado, mas fisicamente ganhou peso, perdeu resistências. Está sem trabalhar há um ano.

**21ª sessão.** 13.07.11. O regresso ao trabalho foi difícil para B. Embora se tenha sentido bem na estrada: "Disso já estou bem, lembrei-me do acidente mas sem me sentir mal com isso. O pior é que não estão a respeitar os 30% e faço longas viagens, carrego pesos e fico revoltado e irritado com isso porque não foi isso que ficou combinado. Chego a casa de rastos".

A adaptação ao mundo do trabalho parece estar a ser difícil. Embora B aceite ainda estar com poucas forças, queixa-se que quem manda parece não o respeitar, fazendo-o trabalhar a 100%. Lembramos as palavras de B: "Para eu mudar, os outros também precisam de mudar". Mas B está a mudar. B está de regresso ao trabalho, cansado fisicamente mas emocionalmente capaz de exercer a sua profissão.

Durante o processo B buscou um sentido para o que lhe aconteceu, usou o momento para se olhar sob outra perspectiva. Pensamos que o *self organísmico*, vulnerável, foi aceite, continua a ser aceite quando verbaliza estar sem forças. Nesse sentido, há uma integração da sua experiência no seu *self*, diminuindo a sua incongruência.

Como salientava Rogers (1961/2009), a relação curativa baseada na congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática é o que permite o cliente mover-se em direcção à congruência entre *self* e experiência e tal acontece pois o processo de transformação é facilitado quando a pessoa expressa os seus sentimentos tais como os experiencia, sem defesas, ou seja, quando a emoção tal como existe no sistema fisiológico pode ser simbolizada na consciência como parte da personalidade total (Hipólito, s.d.). Nesse sentido, pareceu-nos que B aprendeu a expressar os seus sentimentos embora ainda tenha

algum receio de se distanciar em demasia do seu *eu ideal*. Aguardamos que este processo continue, mesmo sem a nossa presença, e que a Tendência Actualizante ajude B a tornar-se a pessoa que é.

**Nota:** Posteriormente B regressou aos bombeiros. Sentiu-se entusiasmado, confiante e sem cansaço. Conduz o carro: “Foi uma sensação maravilhosa voltar a conduzir assim”.

### **Auto-Reflexão**

A Relação de Ajuda pressupõe um relacionamento que se vai desenvolvendo no decorrer do processo terapêutico. Tendo dois pólos, o que ajuda e o que é ajudado, ambos crescem através desta interacção, o crescimento não é unilateral, ambos crescem, aumentando o seu autoconhecimento. Embora o material que surge durante a relação terapêutica seja o material trazido pelo cliente, também o terapeuta, aumenta o seu autoconhecimento através do seu constante trabalho de auto-reflexão, após as sessões.

Nesse sentido este estágio em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica ensinou-nos a humildade e a capacidade de aceitação inerente a quem ouve, sem reservas e tenta compreender.

Este processo de tornar-se pessoa (1961/2009), só faz sentido na relação com o outro pois só através dele nos conhecemos e aprendemos a amar e aceitar.

Aprendi neste estágio que, independentemente de alguma mestria profissional que possa ser aplicada, o grande trabalho que o terapeuta deverá fazer, se quiser ser um bom terapeuta, será sobre si próprio. Somente quem se conhece e aceita pode aceitar o outro. Somente quem se conhece e aceita sabe distinguir o que lhe pertence ou o que é do outro.

Quando iniciámos a nossa actividade nos locais de estágio, o primeiro pensamento foi tentar recordar o que aprendemos, de que forma deveríamos intervir para que a nossa resposta

correspondesse a uma verdadeira resposta de compreensão empática. Mas, e perdoem todos os professores que tão afincadamente nos tentaram transmitir o seu conhecimento, naquele momento eu senti que o mais importante seria esquecer tudo o que aprendi e estar, ser EU naquela relação. Percebi que se estivesse atenta e interessada de forma genuína, quem estava na minha frente iria sentir a minha “presença”. Só depois deste contacto é que pude voltar a recordar o que aprendi, estruturar o que se passou e fazer este Relatório de Estágio.

### **Conclusão**

A nossa actuação neste estágio, quer nos acompanhamentos psicológicos, que pressupunham um número mais alargado de sessões, quer nos apoios psicológicos em que as visitas que fizemos de apoio domiciliário poderão estar incluídas, tiveram como base a postura de quem está em relação de ajuda, o respeito pelo *setting* terapêutico, atitude do terapeuta e das seis condições necessárias e suficientes. Tivemos, por isso, a Abordagem Centrada na Pessoa como filosofia adoptada em todo o nosso funcionamento.

Como salientava Rogers (1961/2009), a relação curativa baseada na congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática, é o que permite o cliente mover-se em direcção à congruência entre *self* e experiência e tal acontece, pois o processo de transformação é facilitado quando a pessoa expressa os seus sentimentos tais como os experiencia, sem defesas, ou seja, quando a emoção tal como existe no sistema fisiológico pode ser simbolizada na consciência como parte da personalidade total (Hipólito, s.d.).

Embora este processo descrito por Rogers (1961/2009) tenha sido observado em todos os casos, mais nuns casos do que noutros necessariamente, importa nesta nossa reflexão os dois casos escolhidos para a nossa discussão.

Em relação ao caso A, iniciámos este processo, esperando que o Acompanhamento Psicológico ajudasse A a acreditar e a investir em futuras relações, apesar da sua traumatizante experiência de abandono pelas figuras parentais. Para isso pensámos que seria importante que se aceitasse a si própria nas suas limitações ou fragilidades e que conhecesse igualmente quais as suas forças. Em suma quisemos que o seu *Self Real* estivesse mais de acordo com a sua experiência organísmica e menos distanciado do seu ideal de *self*; quisemos que se amasse e assim se percebesse digna de ser amada. cremos que este movimento incongruência/congruência foi conseguido.

Embora ainda muito possa ser feito futuramente, acreditamos que A adquiriu uma capacidade de *insight* e hábitos de auto-reflexão que muito a poderão ajudar a continuar a crescer “mais leve e mais feliz”, como tanto anseia e merece.

Em relação ao caso B, observámos que B buscou, no decorrer do processo terapêutico, encontrar um sentido para o que lhe aconteceu (acidente traumático) e conseguiu olhar para si e para a sua situação sob outra perspectiva. Durante o processo, B buscou um sentido para o que lhe aconteceu, usou o momento para se olhar sob outra perspectiva. Pensamos que o *self organísmico*, vulnerável, foi aceite e, nesse sentido, há uma integração da sua experiência no seu *self*, diminuindo a sua incongruência. Para além disso, desde que B aprendeu a expressar os seus sentimentos, embora ainda tenha algum receio de se distanciar em demasia do seu *eu ideal*, pareceu-nos ter diminuído a discrepância entre *self real* e *self ideal*. Aguardamos que o seu processo continue, mesmo sem a nossa presença, e que a Tendência Actualizante continue a ajudar B a tornar-se a pessoa que é.

Assim, embora, como defendemos no início do nosso relatório, tenhamos escolhido dois casos muito diferentes entre si, quer na problemática, sexo e faixa etária, em ambos os casos se assistiu a um movimento de encontro com si-mesmo, um movimento que Rogers (1961/2009) definiria como Tornar-se Pessoa.

### Referências Bibliográficas

- Aguilar, J. M. (2008). *Síndrome de Alienação Parental*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.
- Amaral, A., Andrade, M. & Oliveira, T. et al (2007). A cultura do corpo ideal: nível de satisfação corporal entre escolares de diferentes faixas etárias – estudo comparativo. *Revista HU*. 33 (2), 41-45.
- Anunciação, C.M. (2003). Origens do conceito de stress traumático. *Revista de Psicologia Militar* 14, 117-123.
- Anunciação, C. (2010). *Coping e stress traumático em combatentes*. Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Araújo, A., Rocha, R.L. & Armond, L.C. (2008). Da tendência grupal aos grupos operativos com adolescentes: a identificação dos pares facilitando o processo de orientação e educação em saúde. *Revista Médica Minas Gerais* 18 (4), 123-130.  
<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/137/119>
- ASAS (2010). *Fundação Monsenhor Alves Brás*. Retrieved from <http://www.fmab.pt/ep-asas/index.html>
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. [M.H. Mouah, Trad.]. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1997).
- Berenson, K.R., Crawford, T.N. & Cohen, P. (2005). Implications of identification with parents and parent'acceptance for adolescent and young adult self-esteem. *Psychology Press- Self and Identity*, 4, 289-301. DOI: 10.1080/13576500444000272
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.

- CAMPS 1 (2010). *Liga dos Combatentes*. Retrieved from [http://www.ligacombatentes.org.pt/ceamps/camps\\_1\\_lisboa](http://www.ligacombatentes.org.pt/ceamps/camps_1_lisboa)
- CEAMPS (2010). *Liga dos Combatentes*. Retrieved from <http://www.ligacombatentes.org.pt/ceamps>
- Chesler, P. (1986). *Mothers on trial*. The Seal Press.
- Cole, M. & Cole, S.R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. (4ª Ed.). (M. F. Lopes, Trad). Artmed.
- Coimbra de Matos (2006). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Erikson, E. (1998). *Identity, youth, and crisis*. New York: W. W. Norton. (Obra original publicada em 1968).
- Ferros, L.C. & Ribeiro, S.M. (2003). Perturbação pós-stress traumático: história, conceptualização teórica, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Revista de Psicologia Militar* 14,151-161.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Garcia, G. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *Journal Nursing Scholarship* 42 (2), 166-185. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x.
- Gondra Rezola, J. M. (1975). *La psicoterapia de Carl R. Rogers: sus origenes, evolucion y relacion con la psicologia científica*. Bilbao: Henao.
- Hipólito, J. [s.d.]. *A propósito da reformulação*. [Manuscrito inédito, cedido pela A.P.P.C.P.C].
- Hipólito, J. (2009). *As seis dimensões relacionais*. [Manuscrito inédito].

- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: EDIUAL.
- Knobel M. (1992). *A síndrome da adolescência normal*. In Aberastury, A & Knobel, M. A adolescência normal. (10ª Ed.). (pp. 24-59). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levitt, B. (2005). *Embracing non-directivity. Reassessing person-centered theory and practice in the 21th. Century*. Ross on Wye: PCCS Books.
- Liga dos Combatentes da Grande Guerra (2009). *Primeira Republica – Instituto da História Contemporânea*. Retrieved from [http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=187:lcssg-liga-dos-combatentes-da-grande-guerra-&Itemid=13](http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=187:lcssg-liga-dos-combatentes-da-grande-guerra-&Itemid=13)
- Matoso, R. (2007). A crise ou o “deserto em que voluntariamente nos instalámos. *Cultura viva*. Retrieved from [http://www.culturaviva.com.pt/textos/rui%20matoso/A%20crise\\_Rui%20Matoso.pdf](http://www.culturaviva.com.pt/textos/rui%20matoso/A%20crise_Rui%20Matoso.pdf)
- Mejía, J.A. (2006). La terapia centrada en el cliente en un contexto psiquiátrico: del diagnóstico al encuentro con la persona. *Enseñanza e investigation en psicologia* 11 (2), 399-411.
- Mello, L.C.A & Dutra, E. (2008). Abuso sexual contra crianças: em busca de uma compreensão centrada na pessoa. *Revista da Abordagem gestáltica* 14 (1), 39-47.
- Messias, J. C. C. & Cury, V.E. (2006). Psicoterapia Centrada na Pessoa e o impacto do conceito de experienciación. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 19 (3), 355-361.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e coping: natureza e curso de um processo. In M.G. Pereira & J. Monteiro Ferreira (Coords). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 55-87). Lisboa: Climepsi Editores.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. [OMC], (1993). (Coords). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: descrições clínicas e directrizes*

- diagnósticas*. [D. Caetano, Trad.]. Porto Alegre: Artemed. (Obra original publicada em 1992).
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic Books.
- Pinto Ribeiro, M. S. (1999). *Divórcio Guarda Conjunta dos Filhos e Mediação Familiar*. Lisboa: Pé da Serra.
- Pratte, M. (1988). La Garde Conjointe des Enfants de Famille Désunies. *Doctrine Révue Générale de Droit*, 19 (3).
- Quinn, A. (2008). A person-centered approach to the treatment of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Humanistic Psychology* 48 (4), 458-476. DOI: 10.1177/0022167808316247
- Rafael, M.G. (2010). A relação de ajuda e a acção social. *Rogeriana: Abordagem Centrada na Pessoa*. Retrieved from <http://www.rogeriana.com/graca/rasocial.htm>
- Rew, L. (2005). *Adolescent health. A multidisciplinary approach to theory, research, and intervention*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ribeiro, M.E. (2006). *Adolescentes preocupadas em conquistar um corpo magro: um estudo sobre discursos produzidos e diários electrónicos*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. [versão electrónica].
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e relações humanas. Teoria e prática da teoria não directiva*. Belo Horizonte: Interlivros. (Obra original publicada em 1967).
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no cliente*. (S. Vida Longa, Trad.). Lisboa: Edual – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. (Obra original publicada em

1951).

Rogers, C. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.

*Psychotherapy : Theory , Reserch, Training*, 44 (3) 240-248. (Reimpressão de artigo publicado em 1957 no *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2) 95-103).

Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. (Entre Letras, Trad.). Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos Lda. (Obra original publicada em 1961).

Rossetti-Ferreira, M. C. (1986). *Mãe & criança: separação & reencontro: observação em situação de grupo*. São Paulo: Edicon.

Schmid, P. (2005). Authenticity and alienation: towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In Joseph,S & Worsley, R (Eds.): *Person-centered psychopathology. A positive psychology of mental health*. Ross on Wye: PCCS Books.

Sottomayor, M. C. (2008). *Regulação do exercício do poder paternal nos casos de divórcio*. (4ª Ed.). Coimbra: Almedina.

Sprinthall, N.A. & Sprinthall, R.C. (1993). *Psicologia educacional – uma abordagem desenvolvimentista*. (5ª Ed.). (S. Bahla, A. Marques Pinto, J. M. Rafael, Trad.). Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal Lda. (Obra original publicada em 1990).

Torres, A. (1996). *Divórcio em Portugal, Ditos e Interditos*. Celta.

Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M.G. Pereira & J. Monteiro Ferreira (Coords). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 55-87). Lisboa: Climepsi Editores.

Vincente, S. (2010). Client Centered Therapy: Conditions, Process, and Theory. *Center for Studies of the Person*, 1-15. Retrieved from [http://www.centerfortheperson.org/pdf/conditions\\_process\\_and\\_theory.pdf](http://www.centerfortheperson.org/pdf/conditions_process_and_theory.pdf)

**Anexo A – Programa de Estágio – 1ª Etapa**

**Anexo B – Programa de Estágio – 2ª Etapa**

**Anexo C – Folha de Presenças (L.C.)**

**Anexo D – Folha de Presenças (ASAS)**

**Anexo E – Entrevista de Avaliação Psicológica**

**Anexo F – Relatório de Avaliação Psicológica**

**Anexo G – Relatório de Missão**

