

O presente volume integra a maioria das Comunicações apresentadas ao "Encontro Internacional de Intervenção Psicológica na Educação", organizado pela Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT), que decorreu na cidade do Porto, nos dias 2, 3 e 4 de Julho de 1987.

APPORT, 1989
22 x 16 cm, 600 pgs.

Pedidos a:
APPORT
Apartado 4353
4006 PORTO Codex

Preço para sócios: 2.000\$00

À venda igualmente nas livrarias

E PSICOLOGIA EDUCAÇÃO

INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO

José F. Cruz
Rui Abrunhosa Gonçalves
Paulo P. P. Machado

ASSOCIAÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES



O livro compõe-se de duas partes. A Parte I, integrando a maioria das conferências apresentadas, aborda modelos e programas de intervenção psicológica, e temas nos domínios da aprendizagem e desenvolvimento e da comunicação e relação interpessoais. A Parte II integra trabalhos de investigação e intervenção nas seguintes áreas: avaliação e intervenção em educação infantil, ensino-aprendizagem e realização escolar, avaliação e desenvolvimento psicológico, dificuldades de aprendizagem e necessidades educativas especiais, intervenções cognitivo-comportamentais e experiências em contextos educativos.

JORNAL DE PSICOLOGIA, 1989, VOL. 8, Nº 2



Journal de

PSICOLOGIA

VOLUME

8

DIRECTOR: RUI A. GONÇALVES • PUBLICAÇÃO BIMESTRAL • ANO 8 • Nº 2 • PREÇO 250\$00 • MAR-ABR 1989

**ELABORAÇÃO DE MITOS NA TERRA DAS
IMPERFEIÇÕES ESPECIAIS: LEÕES, CESTOS DE
ROUPA E DÉFICITS COGNITIVOS**

Janine Roberts

PÁGINA 3

**UM MODELO DA ESTRUTURA COGNITIVA -
OPTIMIZAÇÃO DOS PARÂMETROS DA MEMÓRIA
SEMÂNTICA**

Duarte Costa Pereira, Leonor Lencastre e César Alves

PÁGINA 14

**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

José Luis Pais Ribeiro

PÁGINA 19

**A ORGANIZAÇÃO LÍMITROFE DA PERSONALIDADE E
SUAS MANIFESTAÇÕES NO RORSCHACH**

Nina Diez Prazeres

PÁGINA 23

REUNIÕES CIENTÍFICAS E LEITURAS

EDITORIAL

A FORMAÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL (IV) - A FORMAÇÃO CONTÍNUA EM PSICOLOGIA

Após o interregno do último número, em que era imperativo fazer um balanço sumário da vida do J.P., retomo agora o conjunto de reflexões que tenho vindo a produzir neste espaço acerca da nossa formação científica. Recapitulando um pouco, comecei por adotar a necessidade da unificação de esforços entre as entidades formadoras do nosso conhecimento científico, sejam elas as Universidades ou as Associações de cariz científico-profissional, para depois me debruçar sobre o que umas e outras fazem para nos tornarem "bons" psicólogos. E julgo que, cada uma delas, a seu modo (nos planos de estudo e nos congressos, respectivamente), vai fazendo o que pode. E é precisamente sobre esta última frase que alicerço a minha reflexão de agora.

Em formação científica, faz-se geralmente o que se pode mas quase nunca o que se deve. E se das instituições universitárias já não é lícito esperar muito mais do que aquilo que elas podem dar, pior é quando se diz que elas já deram o que tinham a dar. E, no que toca à Psicologia em Portugal, tem-se murmurado amiúde a esse respeito.

Recentemente, a Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT) lançou junto dos seus associados a criação de Divisões que formalizam, dentro da própria associação, domínios de interesse/intervenção específicos, dentro da ciência psicológica. O bom acolhimento que esta iniciativa teve junto dos associados constituiu excelente reforço para a emergência de um debate de ideias promissor e a perspectiva de uma formação científica contínua. Compreende-se aqui a justeza da afirmação *Dividir para reinar*.

Há alguns dias atrás pude dar-me conta de uma frase que, aquele que é provavelmente o nosso grande pensador da actualidade, emitiu. Disse Agostinho da Silva: "Há duas qualidades que os portugueses têm: a primeira é a *capatazia* - onde os portugueses chegam, juntam-se em grupo e arranjam um capataz. A segunda é a capacidade de ir ao biscate". Se calhar, os psicólogos portugueses não são capazes, maugrado todas as técnicas que apreenderam, de furtar-se a esse duplo mas assaz nefasto destino. Direi mesmo que, enquanto biscateiros, outra coisa não parecem fazer que tentar chegar a capatazes. E aí chegados, esquecem-se da condição (sócio-profissional) anterior que os guindou a tal estatuto. Aferam-se ao poder, e tendem a olhar a restante plebe psicológica de soslaio. Ora, aquilo que as já referidas Divisões implementadas pela APPORT podem possibilitar, é fazer com que os biscateiros se tornem capatazes de si próprios. É finalmente crer que a formação científica em Psicologia pode assumir um carácter contínuo, renegando os feudos e as castas, reinventando a vontade de aprender mais e melhor. Sem murmúrios.

Rui Abrunhosa Gonçalves

Jornal de PSICOLOGIA

ISSN:0870-4783

DEPÓSITO LEGAL Nº 15561/87

DIRECTOR: Rui Abrunhosa Gonçalves

DIRECTORES ASSOCIADOS: Óscar Gonçalves e Miguel Cameira.

REDACÇÃO: Conceição Nogueira, João Guedes Barbosa, Jorge Negreiros, José F. Cruz, Manuel Geada, Maria do Céu Taveira, Natália Ramos, Paulo Machado, Pedro Barbas Albuquerque, Pedro Pinho, Telmo Baptista e Teresa Freire.

SECRETARIADO: Maria Amélia Santos.

COLABORADORES: Leandro Almeida (Porto); Aires Gameiro (Lisboa); Albano Estrela (Lisboa) Amaral Dias (Coimbra); Anna Bonboir (Louvain - Bélgica); Bárto Campos (Porto); Bartha Lajos (Budapest - Hungria); Bracinha Vieira (Lisboa); Brigitte Cardoso e Cunha (Porto); António Simões e Aura Montenegro (Coimbra); G.R. Skanes (Newfoundland - Canadá); Georges Meuris (Louvain - Bélgica); Gerardo Marin (San Francisco - EUA); Gunnar Kylén (Estocolmo - Suécia); Hakan Brokstedt (Estocolmo - Suécia); Harlan Hansen (Minnesota - EUA); Isolina Borges e J. Bairrão Ruivo (Porto); Klaus Helkama (Helsinki - Finlândia); Leonard Goodstein (Washington, D.C. - EUA); Lois Thies Sprinthall (North Carolina - EUA); Luís Alberto Guerreiro (New Jersey - EUA); Maria de São Luís Castro (Porto); E. Mullet (Paris - França); Maurice Reuchlin (Paris - França); Nicolau Raposo (Coimbra); Norman Sprinthall (North Carolina - EUA); Patrícia Fontes (Irlanda); Peter Merenda (Rhode Islande - EUA);

SUBSIDIADO POR: Fundação Eng.º António de Almeida; Governo Civil do Porto; Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.

ASSINATURA ANUAL: Portugal - Pessoal: 1000\$00; Instituições: 2000\$00; Países de expressão portuguesa (Brasil e África) - U.S. \$10; U.S. - \$14; Europa - U.S. \$13; U.S. - \$16; Outros Países - U.S. \$16 - U.S. \$21; Preço avulso: 250\$00; Números atrasados: 200\$00.

FOTOCOMPOSTO E IMPRESSO: Tipografia NUNES Lda., Rua D. João IV, 590 - 4000 Porto.

PROPRIETÁRIO: Grupo de Estudos e Reflexão em Psicologia, R. das Taipas, 76 - 4000 Porto

REDACÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E PUBLICIDADE: JORNAL DE PSICOLOGIA, Rua das Taipas, 76 - 4000 Porto

DISTRIBUIDORA: CDL - Av. Santos Dumont, 57-2º - 1000 Lisboa. Tel. 769744; Rua Miguel Bombarda, 578 - 4000 Porto. Tel. 693908; Rua Rosa Falcão, 9 - 3000 Coimbra. Tel. 29455.

TIRAGEM: 3000 exemplares.

LIVROS E PUBLICAÇÕES: Faremos referência a livros e outras publicações de que nos sejam enviados exemplares.

Desejamos estabelecer intercâmbio com outras publicações.

Nous souhaitons établir échange avec d'autres publications.

We wish to establish exchange with other publications.

INDEXADO EM: Psychological Abstracts; Ulrich's Directory.

SUBSCRIPTION RATES:

	Brasil/África	Europe	All others
Individual	US \$10	US \$13	US \$16
Institutions	US \$14	US \$16	US \$21

BACK ISSUES AND BACK VOLUMES: Write to: Jornal de Psicologia, R. das Taipas, 76 - 4000 Porto, Portugal

O JORNAL DE PSICOLOGIA é uma publicação destinada à divulgação e discussão de temas e assuntos nos diferentes domínios da Psicologia e ciências afins. O seu principal objectivo consiste em encorajar e facilitar o desenvolvimento da Psicologia em Portugal, contribuindo assim para o seu avanço como ciência, como profissão e como um meio de promover o bem estar humano.

O conteúdo do JORNAL DE PSICOLOGIA abrange diferentes áreas e domínios. Para além de artigos e estudos de carácter teórico, revisões de literatura, documentos e artigos de discussão de práticas inovadoras, regularmente aparecem secções especiais. Uma secção de "Opinião" é dedicada à discussão de aspectos actuais relacionados com a prática da Psicologia, críticas, réplicas ou pequenos artigos apresentando ideias e/ou perspectivas de carácter inovador. Além disso, a secção "Entrevista com..." visa apresentar as ideias, o trabalho e o contributo, para o desenvolvimento da Psicologia, de especialistas nacionais e estrangeiros. Secções especiais são também dedicadas a revisões e comentários a livros e outras publicações, bem como a informações de carácter geral e a notícias sobre reuniões científicas nacionais e internacionais.



ELABORAÇÃO DE MITOS NA TERRA DAS IMPERFEIÇÕES ESPECIAIS: LEÕES, CESTOS DE ROUPA E DÉFICITS COGNITIVOS

JANINE ROBERTS (*)

UNIVERSIDADE DE MASSACHUSETTS, AMHERST

Os mitos familiares são tanto homeostáticos como morfogénicos e contêm em si (tal como os comportamentos sintomáticos) muitos dos componentes necessários à mudança. Neste estudo de caso descreve-se o processo terapêutico como um lugar em que se observa o desenvolvimento da mitologia da família onde o enredo e os desfechos podem ser mudados, assim como podem ser introduzidas novas personagens. Exploram-se quatro mitos com esta família (constituída pela mãe, pai e 2 filhos) por justaposição, reformulação e mudança do significado de vários rituais da família, símbolos e histórias. As técnicas usadas pelos clínicos para trabalhar a evolução dos mitos são claras, como por exemplo, fantoches, elaboração de símbolos, dar presentes, acabar fábulas e terminar rituais.

"Os mitos relacionam o desconhecido com o conhecido."

Cecile M. Bowra

DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO MITO NA TERAPIA FAMILIAR

Quando tentou responder à questão, "O que é um mito?" Sto. Agostinho escreveu nas "Confissões":

Eu sei perfeitamente o que é, contanto que ninguém me pergunte; mas se alguém me perguntasse e eu tentasse explicar estaria perdido. (citado por Ruthven, 1976, p. 1).

Quando os terapeutas familiares tentam explicar o que é o mito surgem-lhes grandes dificuldades devido à visão limitada com que ele tradicionalmente tem sido aplicado. Ferreira (1963) elaborou uma definição que é usada comumente como ponto de partida para a articulação do lugar da mitologia nas famílias. Os mitos são:

séries de crenças bastante bem integradas, partilhadas

(*) Ed. D., Director, Family Therapy Specialty Area School, Consulting & Counseling Psychology Program.

Um agradecimento especial ao meu co-terapeuta Dr. Richard (Dick) Whiting e a esta família tão criativa. Sem eles nada do que foi feito teria sido possível. É com um apreço particular que refiro a boa-vontade dos clientes ao lerem o manuscrito e permitirem-me incluir nele os seus comentários. A Stephen A. Anderson e Dennis A. Bagarozzi bem como aos revisores anónimos expresso também o meu agradecimento.

A correspondência deste artigo deve ser enviada para: Janine Roberts, 460 Hills South, University of Massachusetts, Amherst, MA 01003, U.S.A.

Tradução: Pedro Barbas de Albuquerque e Óscar Gonçalves.

por todos os membros da família, dizendo respeito a cada um e à sua posição na vivência familiar, crenças que são inquestionáveis apesar das distorções da realidade que possam implicar (p. 457).

A força que mantém o mito é a força que mantém a relação - relação que é obviamente experienciada como vital e na qual parece que a criança não tem escolha na realidade enquanto que os pais não têm escolha na fantasia (p. 462).

A terapia familiar tem uma grande dificuldade em olhar os mitos por uma perspectiva como a que é reflectida no mais recente livro sobre o mito, "Pathways to family myths" (1986) de Vimella Pilari. Enquanto ela acentua os aspectos mais positivos do mito, conclui, depois do estudo das suas quatro análises de casos, que

os mitos protegem a família de enfrentar a realidade e ansiedade. Funciona também como uma fachada social e como um mecanismo de defesa da família (p.171).

A sua análise das quatro famílias (realizada através de entrevistas extensivas a um ancião de cada família) focalizou-se no lado negativo e homeostático do mito em vez de focar as formas como o mito cria conhecimento, coesão e identidade. Como fez notar Feinstein (1978) parte do problema resulta do seguinte:

a palavra mito é vista no seu uso mais vernáculo que se refere a falsidade (p. 202).

A Antropologia pode ajudar a resolver os estereótipos do Iluminismo e do Positivismo que referem ser

mito tudo o que se opõe à realidade (Elíade, 1960, p. 23).

A terapia familiar também precisa de operar esta mudança.

Há outro problema com a definição tradicional de mito

referida por Ferreira (1963). Tal como Ruthven descreve no seu livro de crítica idiomática que se intitula "Myths" (1976), ninguém experiencia o mito *per se* mas apenas a sua interpretação cognitiva e percepção desse mito.

Pelo facto dos observadores poderem descrever como *percebem* o mito (uma vez que este existe apenas na mente), tem que ser operacionalizada a forma como os mitos actuam na terapia familiar. O que o terapeuta descreve como um mito pode não ser percebido pela família como tal, mas como uma "realidade". A definição de Ferreira (1963) não reconhece o terapeuta como um sistema observador que dá a denominação de mito a certas visões da família.

Recentemente, outros autores tentaram alargar a definição original de Ferreira para tornar claro como é que o mito pode ter funções adaptativas (Anderson e Begarozzi, 1983); como pode transportar a história da família numa mistura de factos e fantasias (Steinglass, 1978). Cronen, Pearce & Tomm (1985) alargaram a definição de mito familiar passando da descrição de papéis e relações familiares para concepções mais gerais de como a sociedade funciona (isto é, "o mundo é um local inseguro").

Fui particularmente influenciada pelas posições assumidas por Anderson e Begarozzi (1983) que para verem como o mito foi definido saem fora do campo da terapia familiar (invadindo a Antropologia). Isto levou-os a examinar o mito como um tipo de discurso (p. 148). De facto tal como Kenned (1983) fez notar

As histórias que as pessoas vivem assim como as histórias sobre as histórias são aquelas que o terapeuta deve trabalhar. Neste sentido a terapia é uma conversa, uma troca de histórias (p. 195).

Anderson e Begarozzi (1983) descrevem o processo de trabalhar os mitos na terapia como um processo de ajudar a família a re-escrever as suas próprias histórias usando vários rituais, símbolos e metáforas e co-envolvendo família e terapeuta. O ritual é visto como provocando movimento na terapia enquanto forma de estabelecer os mitos através de palavras e acções. Estes autores enfatizam a importância de trabalhar os símbolos como forma de partilhar associações implícitas e temas que não podem ser articulados em palavras. Assim, tal como Turner (1967) descreveu, os símbolos têm múltiplos sentidos. Eles podem transportar ao mesmo tempo vários significados bem como manter simultaneamente diferentes sentidos. Uma "rede", por exemplo, pode ser vista como um símbolo de segurança ou uma armadilha.

Neste estudo de caso, a elaboração de mitos nas famílias é vista como um processo evolutivo que serve tanto funções homeostáticas como morfogénicas, onde papéis, auto-imagens, experiências, histórias partilhadas e visões do mundo exterior à família estão definidas. As formas de examinar a elaboração de mitos incluem vários símbolos, histórias e rituais que as famílias têm. A elaboração dos mitos contém dentro de si conexões com forças que estão para além da família e que são símbolos culturais, imagens e processos de criação de histórias fazendo apelo à cultura de um povo. Tal como Bateson (1979) refere

uma história é um pequeno ou complexo nó dessa espécie de associação a que chamamos relevância... (e af) es-

tabelece conexão entre o povo no seu pensamento total em termos de histórias (p. 13).

Finalmente, é importante qualificar esta definição do mito notando que aquele que lhe dá esse nome (o observador) também o influencia. Freilich (1975) escreveu

Qualquer analisador de mitos é também um elaborador de mitos (p. 217).

ESTUDO DE CASO: LEÕES, CESTOS DE ROUPA E DÉFICITS COGNITIVOS

BREVE DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA

Um casal a rondar os quarenta anos, veio pedir ajuda para padrões aos quais se encontram ligados ao longo dos 17 anos de casados, bem como para os ajudarmos na educação dos seus dois filhos, Abel (6 anos) e Xavier (3 anos).

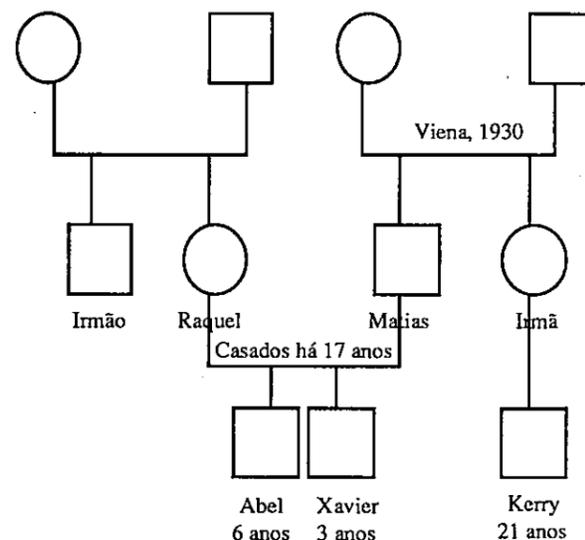


Figura 1 - Árvore da família - Legenda: □ - mulher;

○ - homem; □ - casamento

Desenvolvimentalmente, esta família viveu os últimos seis anos a cuidar intensivamente dos seus filhos. Quando eles entraram nessa fase do ciclo da vida em que se cuida dos filhos parece que pararam de olhar e consolidar a identidade familiar. Quando os pais (especialmente a mãe) voltaram para o trabalho a tempo inteiro foi necessário fazer um certo reajustamento aos cuidados dispensados aos filhos e à casa. O que funcionou plenamente no período inicial do casamento parece não funcionar agora. Da mesma forma quando os seus dois filhos começaram a emergir como duas pessoas independentes levantaram-se algumas questões: o que é que nós somos como família, como esposos, pais e indivíduos? Como é que devemos funcionar enquanto grupo de quatro indivíduos oscilando entre as nossas relações no mundo exterior e as nossas relações familiares? Como é que as outras pessoas nos vêem? Haverá segurança e um lugar no mundo, especialmente para a nossa família?

No processo terapêutico, eu e o co-terapeuta Dick Whiting, procurámos histórias, rituais e símbolos que se ligassem

a estas questões em vários níveis: 1) ao desenvolvimento individual de cada membro da família; 2) a temas multigeracionais que estejam a ser vividos; 3) à identidade da família e a conexões com o mundo exterior. Não procurámos um mito da família, mas formas de interagir com a família durante o seu processo de elaboração de mitos. Levi-Strauss (1973) referiu que

... um sistema mítico só pode ser compreendido num processo de devir; não como algo inerte e estável mas como um processo de transformação contínua (p. 354, ênfases meus).

Inicialmente trabalhámos só com o casal (Matias e Raquel) que trouxeram os filhos na quinta sessão para uma entrevista familiar usando fantoches (bonecos). Como realizamos 11 sessões terapêuticas com a família durante 10 meses, surgiram muitos temas de elaboração de mitos: (1) mito do cuidado excessivo, (2) mito do deslocamento do primeiro filho, (3) mito dos pais perfeitos, e (4) mito do filho deficiente.

MITO DO CUIDADO EXCESSIVO: no dia-a-dia das responsabilidades da casa (lida diária, cuidar das crianças, cuidar de cada um como esposo) um dos membros do casal precisa ser muito cuidadoso, tanto na forma como realiza as tarefas e as ensina como na forma de pedir ao outro para executar várias tarefas.

Matias: Uma ou duas vezes por semana nós entramos nessas discussões. Como na lavandaria. A Raquel lava a roupa e deixa-a no secador durante dias. Eu não a deixo mexer nas minhas calças e camisas porque senão elas ficam muito enrugadas. A roupa nunca fica pronta e arrumada.

Raquel: Ele está sempre a querer ensinar-me como fazer as coisas. Eu sinto que preciso ter autonomia. De ser capaz de fazer as coisas à minha maneira. Ou me defendendo ou cedo.

Para Matias o assunto relacionado com este mito é "estão a ser cuidadosos comigo?" As coisas organizadas e limpas na sua casa fazem-no sentir como sendo cuidadoso. Para Raquel o tema relacionado com este mito é "será que estou a perder autonomia?" Ela gosta de mais liberdade e regras mais flexíveis para as tarefas domésticas e não gosta de as fazer de forma tão específica como o faz Matias. Ela sente-se muito criticada por ele.

Quando o casal estava casado há pouco tempo e nos seus muitos anos sem filhos, partilhavam com igual responsabilidade a cozinha, a limpeza, as compras, etc. Depois do nascimento do segundo filho parece que houve o desencadear (pelo marido) de mais preocupações com a lida diária da casa, não só com a sua boa realização como com o aumento substancial dessas tarefas. Isto significou muito para Raquel e de facto ela sentiu-se bastante preocupada com esta mudança. Esta alteração, necessária quando já tinham duas crianças em casa e Raquel se preocupava mais com a atenção a dar-lhes não pareceu ser uma mudança bem sucedida agora que as crianças estavam mais velhas e necessitavam de menos atenção intensiva. Em vez disso, Matias pareceu preocupar-se muito mais com o que se passava em casa, ao mesmo tempo que se

preocupou cada vez mais com o que Raquel não cumpria. Para além disso as suas formas bastante diferentes de realizarem as tarefas chocavam tendo, por isso, muita dificuldade em organizar a casa de forma a respeitarem os dois estilos. Ambos os membros do casal tinham empregos exigentes.

Um ritual que se desenvolveu no quotidiano da vida de uma família (Wolin e Bennett, 1984) estabeleceu o mito de como, onde e quando se realizam as tarefas da lavandaria. Quanto mais Raquel o prefere fazer casualmente mais Matias prefere fazê-lo de um modo organizado. Quanto mais Matias critica a maneira de Raquel lavar, mais negligente ele se torna a secar.

Roupas e cestos de roupa suja tornaram-se símbolos deste mito na terapia - roupa limpa, roupa suja, roupa passada ou não, peúgas emparelhadas ou não, pijamas arrumados, roupas no secador, em cima do secador ou na sala de estar. Dick e eu ansiávamos por poder interferir neste mito.

Uma história essencial emergiu na oitava sessão, que se relacionava com o tema de *tomar conta de* (caretaking) diz respeito a um episódio de quase afogamento do seu segundo filho ocorrido onze meses antes. A família estava de férias na Georgia e Matias deveria estar a tomar conta de Xavier (3 anos) que se encontrava na piscina, enquanto Raquel nadava. Raquel estava a fazer piscinas quando emergiu à procura de Xavier. Perguntou a Matias, que se encontrava a ler próximo da piscina, "onde está o Xavier?" Encontraram-no com a cabeça submersa na piscina. A cicatrização desta ferida tinha que ser feita agora redimindo-o do pouco cuidado dispensado ao filho. Estariam eles capazes de continuar juntos se o tivessem perdido? Estariam os pais capazes de continuar a gostar um do outro? O que é mais importante no que diz respeito às responsabilidades de "tomar conta"? Teriam realmente "controlo" das suas vidas?

Trabalho terapêutico realizado nesta área: Começámos por ver os pontos fortes dos dois estilos organizacionais. Matias trazia centração e energia nas tarefas, Raquel trazia espontaneidade acentuando que há outras prioridades que são mais importantes na vida do que as responsabilidades domésticas. Primeiro pedimos-lhes para realizarem uma adaptação do ritual dos "dias pares, dias ímpares" Selvini e Pallazoli e al. (1978): pediu-se-lhes para alternarem semanalmente o estilo de Raquel e de Matias. Durante este tempo foi-lhes recomendado que observassem o impacto de cada um destes estilos em três tipos de relações: pais e filhos, pais enquanto cônjuges e pais enquanto pais. Com o "feed back" desta experiência, trabalhou-se com eles no sentido de se encontrar um protocolo que utilize os pontos fortes de ambos e em relação aos quais ambos se possam comprometer em vez de cada um, indirectamente, tentar que o outro siga o seu estilo preferido de fazer as coisas. Eles regressaram com um protocolo flexível de prioridades de coisas a fazer a longo prazo, sendo as coisas mais importantes listadas em primeiro. Colocámos ainda bastante ênfase nas responsabilidades domésticas como uma metáfora da atenção que cada um dá ao outro. Discutimos que sinais é que perceberam no outro quando se sentiram mal e necessitavam de mais atenção, que outro tipo de atenção receberam do outro, e formas de agradecerem ao outro quando sentiram essa atenção.

As tarefas foram delineadas claramente. Eles vieram para a consulta com a responsabilidade das tarefas domésticas bem definidas e com as quais concordavam. Enquanto um estava a fazer alguma coisa o outro teria que se abster de o criticar. Eles teriam que confiar e respeitar a descrição acordada das tarefas.

Trabalhámos bastante o problema da lavanderia. Quando a roupa que vinha da lavanderia estava desarrumada, encorajamo-los a usá-la para vestir as crianças de modo a quebrarem a tensão da interacção. Por exemplo, Xavier foi embrulhado nalgumas destas roupas quando teve um ataque de mau génio e acabou a rir com as cuecas enfiadas na sua cabeça. Eles também conseguiam a ajuda dos miúdos para arrumar a roupa. Compraram um cesto para colocarem meias lavadas e para que os filhos as emparelhassem enquanto que os pais as escolhiam. Criou-se um jogo em que teriam que ver pijamas que não serviam sempre que estivessem na gaveta das crianças.

Finalmente, voltou-se a contar o episódio em que Xavier quase se afogou sendo nós testemunhas. Esta história não foi partilhada com os seus próprios pais que estavam também na casa de férias e é uma história que Raquel acha que nunca esclareceu completamente. Eles precisavam falar do horror que sentiriam se não tivessem conseguido reanimar o miúdo. Como referiu Raquel:

A sessão em que falámos do que se passou com o Xavier foi crucial para mim. Eu sinto que já sou capaz de viver sem angústia o que se passou. Sempre senti que ao falar sobre isso não falava o suficiente acabando por desviar o assunto. Sinto-me menos preocupada. Falar ajudou imenso.

Foram emergindo um conjunto de rituais diferentes desenvolvidos à volta do mito, em que cada cônjuge reconhecia a importância do outro no significado adstrito ao dar atenção.

MITO DO DESLOCAMENTO DO PRIMEIRO FILHO:

Abel perde, por vezes, o controle (batendo em Xavier, não se dando bem com outros miúdos) porque nunca encarou muito bem o nascimento do seu irmão mais novo. Ele nunca será capaz de ultrapassar isto.

Pai: O Xavier já tem quase três anos e o Abel (com 6 anos) ainda não conseguiu encarar esse nascimento continuando a reagir bastante.

Mãe: Os dois anos que se seguiram ao nascimento foram muito duros. Primeiro o Abel parecia muito zangado comigo e depois com o Xavier.

Os pais quando pensaram nas estratégias para preparar Abel para o nascimento de Xavier e sentiram retrospectivamente que falaram tanto no assunto que isto talvez tenha encorajado os sentimentos negativos de Abel acerca do irmão mais novo. A explicação de que Abel poderá ter sido magoado pelo nascimento de Xavier o que tornou os pais mais brandos a certos comportamentos do que aquilo que naturalmente seriam.

O ritual no quotidiano da vida da família estabelecido neste mito foi a colocação de limites comportamentais a Abel. Quando Raquel punha limites em alguns dos comportamentos de Abel ele ficava bastante perturbado, pedindo à mãe para continuar abraçá-lo e a beijá-lo mesmo que fosse suposto ele

estar isolado no seu quarto. Em virtude da sua ambivalência face à punição, Raquel tentava transmitir a Abel seguinte mensagem "neste momento é do teu comportamento que eu não gosto. Eu continuo a gostar de ti".

Matias contestava esta mensagem sentindo que isto tornava confusa a comunicação com as crianças. Ele sentia que não havia problema em não gostar da criança por um bocado desde que ele compreendesse que isso era uma consequência de certos tipos de comportamento (como bater no irmão).

Foram criados dois importantes *símbolos* nos fantoches realizados pela família na quinta sessão em que Abel era um 'Leão mau' e Xavier um 'Lobo bom'.

Estes "fantoques" também tinham em si uma *história* essencial. Abel emergia através do Leão como o Rei da Selva que todos tentaram seduzir a comportar-se melhor. Os outros membros da família tentaram encontrar formas de comunicar com ele ainda que o seu comportamento fosse agressivo. [Para realizar a sessão de fantoches deu-se à família uma caixa com 10 animais, pessoas e bonecos de fantasia que não eram representativos de nenhum personagem particular (como, por exemplo, o "Mickey Mouse"). Pediu-se-lhes que escolhessem um boneco que gostassem, lhe dessem um nome e uma voz e o apresentassem ao grupo. Pediu-se então à família que criasse a sua história (e não uma história que já conhecessem, como o Capuchinho Vermelho) com esses bonecos. Ver Irwin e Malloy (1975) para mais instruções para a entrevista familiar com fantoches].

COMO SALVAR O LEÃO (Título da Mãe); TENTANDO FAZER AMIZADE COM O LEÃO (Título do pai)

Pantera, o Pirata (Mãe) e Henry, o Galo (Pai) são amigos e vão passear na floresta. São atacados por Wolfie, o lobo (Xavier) e Beetle Eyes, o Leão (Abel).

Raquel: Tu és um lobo amigo?

Xavier: Sim.

Raquel: Leão, tu estás zangado ou ... (o Leão ataca o Pirata).

Xavier: Fá-lo mau. Eu sou bom.

Matias: (sentado num outro lado) Leão tu fazes parte do espectáculo?

Xavier: Eu sou bom. Eu sou bom.

Abel: Eu também sou bom. (Abel atira o seu boneco/leão para o sofá que é o palco do espectáculo e começa a trepar no sofá para o apanhar).

Raquel: Abel, porque é que tu não vais à volta (Abel continua a trepar o sofá).

Xavier: Eu sou bom. Onde está a galinha? (querendo referir-se ao Galo, seu pai).

Matias: Tu és um lobo bom agora. Queres ser nosso amigo e dar um passeio pela floresta connosco?

Xavier: Sim.

Matias: O que é que se faz ao nosso amigo Leão?

Xavier: Está bem. Ele pode vir desde que seja bom. Eu faço com que ele seja bom.

Raquel: Como é que tu fazes com que ele seja bom?

Xavier: Eu tenho uma magia (faz passes de mágica). O lobo tem magia (o leão ataca o lobo).

Raquel: (Pondo o seu braço à volta de Xavier). Eu tenho que

proteger Lobinho.

Matias: Oh Leão, porque é que tu és tão mau?

Abel: Alguém roubou os meus ovos (bate no galo).

Raquel: Eu roubei os ovos e pu-os no barco.

Matias: Porque é que roubaste os ovos, Pirata?

Raquel: Eu queria que o leão fosse meu amigo, que viesse procurar-me no barco. Adivinhem o que é que eu tenho no barco. Uma piscina, pistas de corridas. Queres vir para o meu barco? (para Abel).

Abel: Tens uma piscina grande?

Matias: E o que é que havemos de fazer com o Lobinho e com a Galinha. Eles também são convidados? (Abel atira o seu boneco fora e agarra os outros bonecos).

Matias: Se estás zangado com o Pirata e com o Lobinho porque é que tu estás zangado connosco? (Abel atira o seu boneco para o chão do outro lado do teatro de bonecos [sofá] depois trepa no sofá novamente).

Xavier: Agora ele quer lutar contra vocês dois.

Raquel: É melhor salvamos o leão.

Abel: Mamã, empurra-me para cima (Rachel empurra Abel e o boneco leão).

Raquel: Ena! Salvamos o leão (Abel atira novamente o leão e atira-se a si também).

Matias: Vamos pensar como é que o Leão poderá ficar nosso amigo.

Abel: Eu não vou ficar amigo.

Xavier: (levantando-se orgulhosamente). Bem, eu sou bom.

Raquel: Leão, queres ser meu amigo? (Abel não responde)

Xavier: Eu serei vosso amigo.

Raquel: O que é que devemos fazer para salvar o leão?

Xavier: O que é que devemos fazer para salvar o leão?

Matias: Queres que a gente te salve? (Abel continua a brincar no outro lado da sala).

Xavier: Eu sou bom. Eu sou bom (atirando o seu boneco de Lobinho ao ar).

Trabalho terapêutico realizado nesta área: Imediatamente a seguir aos fantoches pedimos à família que comparasse a história do jogo com a forma como as coisas se passam em casa. Os pais falaram das formas que usaram para tentar ajudar o Abel e de como o jogo reflecte que o Abel nunca perdoou a Raquel ter tido Xavier. Tal como Matias disse: "Tu levas os ovos contigo". Xavier não gostava do boneco leão porque "atacava toda a gente". Abel não gostou do Lobinho "porque ele era mau".

Pedimos aos pais que levassem o video-tape da gravação dos fantoches para casa e o observassem descobrindo maneiras de estabelecer limites ao comportamento de Abel em vez de lhe tentarem falar acerca das maneiras de ele ser mais cooperante e o adular com favores especiais. Também falamos das formas de reforçar os seus comportamentos apropriados. Os pais estavam muito chocados com a dicotomia bom carácter/ mau carácter presente nos fantoches. Em casa, esforçaram-se bastante por compreender Abel nas suas múltiplas condições, tentando reconhecê-las, bem como ver alguns aspectos negativos do comportamento de Xavier. Decidiram também intervir preventivamente nos comportamentos de Abel, colocando-lhe limites às suas acções antes de perderem o controle.

MITO DOS PAIS PERFEITOS: nós devemos ser me-

lhores pais do que os nossos pais porque, independentemente da nossa perfeição e da nossa superatenção podem acontecer coisas terríveis (como o Holocausto).

Pai: A Raquel tenta fazer coisas aos miúdos que ela sente que os seus pais não lhe fizeram. Faz projectos com eles, lendo-lhes, participando activamente com eles. Coisas que ela nunca teve.

Pai: Isso (história de perdas de familiares durante o Holocausto) teve muito a ver com a minha educação. A propriedade, fazer as coisas correctamente, comportar-me bem, ser educado... Logo que cheguei à adolescência a minha necessidade de independência foi muito ameaçadora para os meus pais. Na visão dos meus pais arranjamos uma profissão e estabelecemo-nos "É a segurança".

Para Raquel o mito não tinha a ver com a necessidade de querer estar mais envolvida com os seus filhos do que os seus pais estiveram consigo. Ela sente que a sua mãe não lhe deu muita atenção e que o seu pai se situou sempre muito na periferia da família. Para Matias a mensagem da sua família de origem foi que independentemente da sua perfeição podem sempre acontecer coisas terríveis. Sendo assim é necessário trabalhar arduamente para protegermos coisas que para nós são importantes - estar superatento. Quando era criança Matias isto era corporalizado por si como uma regra importante que deveria aceitar, não fazer ondas, fazer alguma coisa pelos seus pais como contrapartida das perdas que sofreram. "Não tornes pior a situação por mau comportamento". Esta mensagem era trazida por Matias até à geração actual sob a forma da afirmação "Eu devo aos meus pais que tenham netos perfeitos".

Um ritual do dia a dia que estabelece este mito era desempenhado por um manancial de actividades empreendidas com as crianças (nadar, andar de bicicleta, esquiar, dar caminhadas na natureza, fazer jardinagem, jogar xadrez, contar histórias) assim eles exerciam vigilância enquanto pais. Eram bastante auto-criticos e não se desculpavam das suas tarefas enquanto pais.

O símbolo que emergiu na terapia (quando lhes pedimos para pensarem numa coisa qualquer da casa que tivesse um defeito especial), foi uma caixa feita à mão por Raquel sem pregos ou parafusos mas que nunca foi acabada pois não tinha tampa que a fechasse. No entanto a caixa tinha a sua beleza própria, em termos de design, da madeira e funcionalidade, apesar de não ter tampa.

Surgiram histórias - chave de cada um dos pais. Raquel avançou com a seguinte: "Eu fui a segunda filha. O meu irmão estava muito mais ligado emocionalmente à minha mãe. Eu estava emocionalmente ligada ao meu pai. Era basicamente uma criança boazinha. Não exigia muito. A minha mãe diz-me que boa criança eu era. A minha resposta era de que "Tu nunca me deste atenção".

A história de Matias foi: "Os meus pais casaram em Viena nos finais dos anos 30. Fazer um casamento Judeu não era uma coisa legal ou particularmente boa para ser feita. Por isso tiveram um casamento bastante discreto. Na fotografia do casamento os meus pais pareciam muito felizes; o resto da festa de casamento parece muito sinistra. Uma tia que está nessa

fotografia suicidou-se, outros morreram nos campos de concentração ou fugiram para a Palestina e desapareceram por mais de 20 anos. Esta fotografia marca essa experiência de muitas maneiras”.

Trabalho terapêutico realizado nesta área: pedimos ao casal que colocasse essa caixa especialmente imperfeita na mesa da cozinha. (Este era o local visto pela esposa como sendo aquele que sentia com mais ligação à família. Fizemos algumas sessões de trabalho acerca dos sexos e das implicações que isto traria numa família em que há três homens e uma mulher). Matias ofereceu-se voluntariamente para libertar a caixa da obscuridade cave. Queríamos que a colocassem num lugar central como símbolo da imperfeição especial e pedimos também a Matias para colocar na caixa, nas semanas seguintes, algumas coisas particulares que simbolizassem para ele tempos em que se sentiu particularmente bem como Raquel.

Os pais compraram o livro *Dr. Gardner's Stories about the Real World* (1976). Liam estas histórias acerca do comportamento social apropriado para os dois filhos, tanto juntos como separadamente. Elas tinham efeito não só nos filhos como nos “contadores de histórias” (os pais). Tal como Raquel disse: (Ao ler estas histórias) eu percebi como é importante criar-lhe limites (a Abel). Eu tento que ele faça algo - com muito esforço - a tentar que me ensine alguma coisa que seja importante para mim aprender como se faz”.

Outros acontecimentos chave ocorreram durante essa semana quando uns amigos que tinham um filho da idade de Abel vieram passar um fim de semana (1). Raquel usou-os como avaliadores que descrevessem o que encontrassem de particular na sua maneira de actuar como mãe. Eles disseram-lhe que a sentiam ambivalente no estabelecimento de limites a Abel e ele parecia consciente disso. Como o pai afirmou: “As punições não são para dar prazer aos miúdos”. Isto levou Raquel a pensar acerca da forma como tentou proteger Abel de se sentir magoado por qualquer limitação de comportamentos.

Noutra sessão dissemos ao casal que tínhamos uma fábula inacabada para lhes contar:

Janine: (Depois de ter voltado de uma interrupção da sessão em que discutiu com Dick) Nós criamos uma fábula. (Matias e Raquel riram).

Matias: Nós pensamos que isto talvez viesse a acontecer (chegam-se ambos para trás).

Janine: É acerca dum rei e duma rainha que viviam na terra das imperfeições especiais (Raquel e Matias olharam-se e sorriram).

Eles eram um rei e uma rainha que eram muito amados pelo seu povo porque dedicavam muita atenção às reacções pessoais do povo, à qualidade de vida. Falavam muito com as pessoas acerca do que elas pensavam e sentiam. Isto era muito apreciado pelos subditos, especialmente desde que no reino aconteceu um terrível desastre. Eles eram um pequeno grupo que sobreviveu a um terramoto e desabamento de terras em que muitas outras vilas foram destruídas. (Matias olhou para baixo, mais pensativo. Raquel moveu a sua cabeça noutra direcção ouvindo atentamente).

Enquanto o rei saía cada vez mais do Castelo, a rainha foi ficando cada vez mais responsável pelo dia a dia do Castelo. Guardadora dos anseios do Castelo. Não tiveram filhos até acharem que no seu Reino as coisas já estavam minimamente

em ordem. Então esperaram algum tempo até terem o seu primeiro príncipezinho (Raquel dá um pequeno riso).

O príncipezinho era muito especial para ambos devido ao desastre que tinha acontecido aos habitantes várias gerações atrás, por causa da atenção que davam às pessoas e também porque tiveram que esperar, falar e pensar por um longo tempo sobre como é que queriam que a família real fosse. Queriam muito que o príncipezinho experienciasse esse sentimento de ser especial. Tiraram-lhe fotografias (Matias e Raquel olharam-se e sorriram) e ele queria saber o que é que seria esse ser especial que os seus pais tanto queriam que ele experienciasse. Com o tempo ele ficou a saber mais sobre e ser especial do que precisava. E quando o segundo príncipezinho estava para nascer, o rei e a rainha, especialmente esta, redobram os seus esforços para fazer sentir ao seu primeiro filho que ele continuaria a ser especial e que ocuparia um lugar único na família.

Eles queriam que as pessoas fora do castelo e do reino também sentissem o mesmo. Mas com o tempo, o rei e a rainha começaram a perceber que esse “ser especial” começou a tornar-se pouco especial. Começou a ser algo diferente da especialidade que eles tinham imaginado e que começaram a haver diferenças na forma de lidar com os dois príncipes, especialmente pela rainha pois o Castelo era muito mais do seu domínio.

E onde os contadores de histórias estão agora (ambos se chegam à frente e riem) a rainha - desta terra da imperfeição especial, a rainha que à sua maneira tem que ser muito perfeita e especial - precisa de algum apoio no sentido de compreender a beleza da imperfeição especial e sentindo que isso é algo que ambos os príncipes têm. O que os contadores de histórias se perguntam é como é que este apoio poderá ter lugar. Se através de outras pessoas do reino que a ajudem nas suas mudanças quando começar a aceitar a especialidade imperfeita tanto em si como nos príncipesinhos? Será o rei que a vai ajudar (olham-se e sorriem) porque ele aprecia as mudanças que a rainha tem vindo a fazer? Ou será através da construção de fantasias ou histórias para contar a outros no Reino? Não temos a certeza e gostávamos de pedir-lhes que acabassem a fábula. Está bem?

Raquel: Está bem. Nós vamos terminar a fábula.

Matias: Está bem.

Raquel: Fez um bom trabalho ao construir esta fábula.

Matias: Está bem. Vamos lá acabar...

Janine: Estamos ansiosos para que isso aconteça.

Raquel: Para acabar a fábula?

Janine: Sim.

Raquel: Está bem, na terra da imperfeição especial.

Finalmente, nas férias do Natal demos, à família, o livro de histórias *“The Velveteen Rabbit”* de Margery Williams, como forma de partilhar o tema da imperfeição especial com toda a família. (O coelho é feito de veludine, não de veludo e por isso é gozado pelos outros animais no infantário. Ele é descoberto mais tarde por um menino do infantário e é muito amado por este até um dia em que o coelho tem que ser posto fora do infantário porque é portador do vírus da escarlatina. Porque o coelho foi tão amado o mágico Fairy, do infantário, surge quando o coelho está a chorar e torna-o real, algo que o

Coelho Velveteen sempre desejou).

MITO DO FILHO DEFICIENTE: trata-se de um problema cognitivo que passou geneticamente dos pais para os filhos mais velhos, na família do lado do pai.

Pai: A minha irmã mais velha pensa que o Abel tem o mesmo que o seu filho Kerry (agora com 21) e que foi detectado muito tarde. (Kerry teve dificuldades de adolescência e fez uma séria tentativa de suicídio o que o fez estar hospitalizado vários meses). A minha irmã referia que ela e o filho tinham dificuldades de fantasiar/representar mentalmente (internal imaging). Diz ela que se pergunta a uma pessoa para pensar como é que a sua mãe é. A minha irmã e o seu filho tinham muita dificuldade de fazer isto. Eu também tenho alguma. Ela pensa que isto torna difícil a permanência do objecto e interfere no desenvolvimento das relações objectais. Um mês depois de Xavier nascer a minha irmã estava muito preocupada com a reacção de Abel. Ela achava que Abel teria o mesmo problema de Kerry.

Os pais fizeram com que Abel fosse observado na escola pelo psicólogo e colocaram-lhe questões acerca do que ele teria descoberto ou não. Eles preocupavam-se com o facto de ser ambidestro de Abel e com o facto de a dada altura ele ter dificuldades de coordenação e perdas de controlo emocionais. Eles achavam que tudo isto tinha a ver com déficits cognitivo.

Os rituais do dia-a-dia onde este mito se revelava consistia em tentativas de verificação de como o deficit cognitivo se aplica ao filho. Primeiro, os pais desculpavam vários comportamentos a Abel e eram mais codescendentes com ele do que deveriam ser. Segundo, eles vigiavam-no muito de perto para verificarem o que ele não poderia fazer. Quanto mais o vigiavam tanto mais conscientes ficavam de que ele tinha dificuldades, e mais ansiosos se tornavam. Por exemplo, eles estavam preocupados com as competências de Abel para o desporto e Matias encorajava Abel a praticar mais desporto mesmo quando isso não era a vontade do seu filho. Abel chegava a aperceber-se que realizava actividades para as quais não estava preparado para mostrar competências consideráveis.

O Coelho Velveteen era um símbolo para algo que era especialmente imperfeito mas muito amado.

Uma história importante no processo de terapia foi a saga da irmã de Matias e do seu filho e a descoberta de quem seria o causador do deficit cognitivo que a tinha culpabilizado durante vários anos.

Trabalho terapêutico realizado nesta área: Demos feedback aos pais do nosso ponto de vista relativamente ao comportamento de Abel: pareceu-nos dentro do normal para as crianças da sua idade e particularmente brilhante a encetar respostas evasivas. Demos-lhes também o nome de várias pessoas com excelente reputação para fazerem exames neurológicos posteriores e recomendamos que o fizessem se achassem que poderia ser útil. Discutimos também sobre as

observações dos professores, e do psicólogo escolar. Eles não recomendaram nesta altura mais testes.

Perguntamos se tinham algum material escrito que a irmã de Matias ou o terapeuta pudessem dispensar acerca do deficit cognitivo para que ficássemos mais informados. (Eles tinham de facto telefonado à terapeuta alguns anos atrás para lhe falarem de Abel e nessa altura ela não mostrou qualquer preocupação com facto de Abel ter um problema de representação mental). Comentamos como a descoberta do problema fez bem à irmã de Matias e ao seu filho, pois retirou-os dum ciclo de culpa no qual se encontravam presos há alguns anos, e perguntávamo-nos se Matias e Raquel necessitariam de algo como isso ou não. Finalmente discutimos a forma como o Abel seria tratado se tivessem descoberto que ele tinha um problema cognitivo. Eles sentiram que deveriam ser mais tolerantes, responder-lhe mais rapidamente, trabalhar com ele mais especificamente em certas competências. Ao contrário, se eles achassem que ele não tinha um problema genético, pensavam que deveriam ser menos condescendentes, e menos ambivalentes relativamente ao estabelecimento de limites. Pedimos-lhes então que experimentassem o ritual dos “dias pares/dias ímpares” (Selvini-Plazzoli e col. 1978) segundo o qual nos “dias ímpares” eles deveriam tratá-lo como se ele tivesse um deficit e deveriam observar tanto o seu próprio comportamento como o de Abel. Nos “dias pares” deveriam tratá-lo como se ele não tivesse um deficit, devendo observar o seu comportamento e as respostas dadas por Abel. Isto pareceu ter neles o efeito de incorporação dos seus comportamentos (descritos acima) como competências parentais desejáveis.

RESULTADOS

Como é que cada um destes mitos evoluiu no processo terapêutico? Foram retirados da última sessão (excepto quando há notas que indiquem o contrário) para capturar estas mudanças. Partes do ritual terminal que foi feito com a família também foram descritas quando os membros da família trouxeram símbolos do processo terapêutico para partilhar conosco e nós lhes oferecemos um pequeno presente em apreciação à dádiva ao trabalho na terapia. Todos se riram quando Matias entrou na última sessão com um cesto de roupa suja. Os símbolos que Raquel trouxe foram a “caixa da imperfeição especial” e livros do *“The Velveteen Rabbit”* e do *“Dr. Gardner's Stories for the Real World”*.

Na parte final da terapia viramo-nos mais para um modelo de reflexão (Anderson, no prelo) onde pedimos à família que observasse as nossas discussões dos intervalos. Na última sessão, Dick veio de trás do espelho para o ritual terapêutico terminal (Imber, Black, Roberts & Whiting, no prelo), colocando três questões: O que é que foi mais útil no tratamento? E menos útil? Que conselho dariam a outras famílias com os mesmos problemas?

MITO DO CUIDADO EXCESSIVO

Raquel: Há muito tempo que não temos batalhas em casa (a batalha da arrumação da casa).

Matias: O que para mim é bom saber é que a Rachel o compreendeu (a importância de ser cuidadosa) - ela não

precisa fazê-lo o tempo todo”.

Matias trouxe como símbolo do processo terapêutico o cesto de roupa suja cheio de roupa lavada e dobrada com um pano da louça em cima (bordado pela Raquel quando era ainda uma rapariga) que dizia, “Passar a ferro à terça-feira”. Escolheu propositadamente um cesto com roupa da família toda - “coisas que pertencem a toda a gente”. Quando interrogado sobre como este cesto estava relacionado com o processo terapêutico disse: “Nós passamos um tempo excessivo aqui a discutir a roupa e isto tornou-se um símbolo de como fazemos as coisas em conjunto tais como dar atenção, controlar. Que importância tem isto? Brincar acerca disto, pôr as coisas nos lugares próprios e depois falar ... Era ridículo vir cá todas as semanas e falar da roupa suja. (O que ajudou na terapia) foi a capacidade de olhar para isto com uma perspectiva diferente. Mudando as prioridades. Compromisso entre cada um em vez de compromisso com a lavandaria”.

Cada uma das posições na família foi mudada. Matias reconheceu que as tarefas de limpeza não eram para Raquel a primeira prioridade e ele teve que assumir uma posição de flexibilidade perante isto, mas apreciou a boa vontade de Raquel em assumir uma posição de reconhecimento de que certas coisas têm que ser feitas regularmente quer ela as tentasse fazer espontaneamente ou não. Raquel reconheceu que esta estruturação das tarefas ajuda a manter as coisas organizadas e está menos renitente a segui-las de uma forma regular.

Aproximadamente a meio da terapia - sobretudo por iniciativa do casal - Matias deixou de criticar Raquel em frente aos filhos, e no final da terapia Raquel sentia que Matias estava menos crítico também em privado.

Eles tentaram solucionar o problema comportamental da seguinte maneira “vamos sentar-nos à mesa e trabalhar juntos” em vez de apontarem o dedo um ao outro sobre o que não deveria ser feito. O simbolismo do governo da casa criou o significado de uma atenção colaborante, e não crítica.

MITO DO DESLOCAMENTO DO PRIMEIRO FILHO

Raquel: (6ª sessão): um grande número de mudanças aconteceram e nós chegamos a um grande número de decisões diferentes. (Descreve um sistema de recompensa para Abel em que ele recebe pontos se manifestar comportamentos de ajuda e se não apresentar comportamentos como bater, gozar, etc.)... Ambos estamos a tornar-nos consistentes com ele. Há uma espantosa reviravolta. Os incidentes com Xavier são praticamente inexistentes. Agora há uma quantidade de brincadeiras interessantes entre os dois miúdos ... Abel respondeu bem à estrutura e aos limites que lhe criámos e está agora numa fase muito criativa, está capaz de tentar novas coisas que não fazia antes, como andar de patins. Agora já pinta, faz construções. Há duas semanas trouxe um amigo lá a casa. Há uma diferença muito grande na forma como se relaciona com o seu amigo - negociando, falando, jogando. À medida que se sente melhor consigo também brinca mais com Xavier.

Matias: (última sessão) Cada vez mais os miúdos conseguem

brincar juntos.

Raquel: Eu não tenho a a mesma sensação de preocupação pelo Abel poder ficar fora de si e magoar Xavier.

Os fantoches (5ª sessão) e a subsequente visita dos amigos (que deram, particularmente à Raquel, algum feedback sobre as suas competências como mãe) parecem ter sido o ponto de viragem que tornou claro aos pais que tinham que fazer sentir a Abel que ele era o irmão mais velho (e não o filho único). A partir desta altura os pais estruturaram mais os comportamentos de Abel, criando-lhes limites e ele respondeu bem.

Quando discutimos o significado dos fantoches:

Raquel: ele nunca me perdoou pelo facto de ter tido Xavier”.

Matias: Tu tiraste-lhe os ovos.

Raquel: Abel sofreu o impacto de perder o estatuto de ser o filho único (Eu intervi perguntando a Abel se ele se lembrava de quando o Xavier nasceu. Nesta discussão Xavier disse: eu pedi à minha mãe p'ra matar o meu irmão.

Janine: Ela não vai fazer isso.

Raquel: Ele disse isso (mata o Xavier) outras vezes.

Janine: Ele apercebe-se que vocês não gostam de ouvir isso? (os pais dizem que “sim”). São-lhe colocados limites em relação ao falar de Xavier dessa forma?

Pais: Não!

Na última sessão Raquel descreveu o que foi mais vantajoso no processo terapêutico: “Há uma série de coisas que eu achei que ajudaram bastante. O vídeo com os miúdos. Fazer os fantoches e depois ver o vídeo com os miúdos. Compreender as categorias de “bom e mau” que eles estavam a usar. Vocês não terem ficado desesperados pela perda de controle dos miúdos. Isto foi importante. Houve deste modo uma normalização. Isto foi o começo da normalização das coisas com Abel ... (6ª sessão). O que me ajudou nos fantoches foi quando disse, “Talvez o pudesse salvar (Leão, o Rei da Selva) limitando os comportamentos”.

Raquel (última sessão) “Nos fantoches eles fizeram-no, notou-se como Abel se identificava como um miúdo mau e Xavier como um miúdo bom. Como eles dividiam claramente isso. Penso que se voltassem a fazer os fantoches não voltava a ser igual - mudou muita coisa”.

MITO DOS PAIS PERFEITOS

Matias: (comentando a discussão com a esposa sobre como terminar a fábula). Uma das coisas que se tornou clara foi o aceitar as imperfeições o que as realça ainda mais.

Raquel: Eu gostei bastante da fábula que nos contou e achei que me ajudou muito. Deu-me o sentido da aceitação - ajudou a aceitar-me como era no momento. Eu não queria ser perfeita - assim estava bem. Isso ajudou-me a confiar mais no processo, agora com um sentido renovado de ser capaz de deixar a minha defesa de lado. Aceitando ser como era eu descobri que era mais fácil ser eu própria.

A finalização da fábula apanhou os pais a trabalhar a

mitologia dos pais perfeitos. Isto foi-nos dito por Raquel na 7ª sessão (o início da história foi apresentado pelos pais como um restabelecimento de como as coisas tinham começado tão bem na vida do Rei e da Rainha: concebendo quando queriam, trabalhando o que gostavam, faltando ao emprego quando queriam, etc. Falaram também como o Holocausto e o afogamento de Xavier levaram ao aprofundar de questões acerca de quanto controle a Rainha e o Rei tem que ter para terem uma “vida perfeita”).

A ansiedade acerca das crianças serem perfeitas era muito grande com o príncipe mais velho enquanto que o mais novo estava imune a essa pressão. Este cresceu como gostava, enquanto que o príncipe mais velho foi observado cuidadosamente e cada comportamento seu era examinado. O príncipe mais velho foi sempre elogiado e a ansiedade sobre o que ele não era capaz de fazer foi-lhe sempre transmitida.

Na tentativa do príncipe seguir a vida perfeita que os seus pais tinham imaginado, foi-se tornando cada vez menos perfeito. Seus pais, avós e primos preocupavam-se com ele e com o facto dos seus comportamentos poderem vir a ser precursores de mais dificuldades no futuro. Eles queriam que o príncipe fosse feliz e viam-no cada vez mais infeliz. A Rainha que estava habituada a adivinhar estas coisas decidiu que o príncipe necessitava cada vez mais de estrutura e de aprender a não magoar os outros e a conviver com os outros, pois se não aprendesse essas competências ficaria sózinho e teria dificuldades em fazer amigos. A Rainha decidiu implementar estas tarefas. Ela aprendeu que tinha que apreciar as imperfeições do príncipezinho como qualquer coisa que fazia dele um ser único e especial. Apesar dele não ser sempre bem comportado, ele tinha prazer na vida e era muito criativo. Ele pode perder o controle comportamental, mas faz desenhos bonitos com o seu próprio estilo artístico.

Ela tinha necessidade de estabelecer limites apropriados e não se preocupar com todos os seus passos ao longo da vida. O Rei tinha que saber que não precisava controlar tudo, particularmente o seu filho mais velho. Tinha que deixar cair a imagem do filho perfeito, a criança que dá prazer aos seus pais. A criança que ele deveria ter sido. FIM.

Na última sessão terapêutica depois da família partilhar os quatro símbolos do processo terapêutico, eu dei-lhes uma T-shirt como presente. Raquel leu na sua “Celebremos as mães imperfeitamente especiais”, e a de Matias dizia: “Celebremos os pais imperfeitamente especiais”. A nossa mensagem para eles foi que os achávamos especiais no seu dia-a-dia de imperfeições humanas. Depois de pegar na camisola, Raquel disse: É muito bonita. Nós seremos imperfeitos. Matias: Está garantido. Raquel: Mas especiais.

MITO DO FILHO DEFICIENTE

Raquel: Uma das coisas que provavelmente mais me aborreceu

foi o que aconteceu com Abel, a ideia de que havia qualquer coisa com ele e eu decidi que não havia nada, que ele estava bem. Nalgumas competências ele poderia ser melhor, mas haveria coisas mais específicas em que necessitaria de ajuda, em lugar da ideia de que ele teria problemas genéticos. Parte da minha capacidade para estabelecer-lhe limites residia no facto de eu não o estar a compensar por qualquer coisa específica.

Os pais decidiram não fazer mais nenhum exame ao Abel, por enquanto. Eles sentiram que ele reagiu bastante bem às mudanças de competências parentais e estavam preocupados com o facto de ele ir por um processo de etiquetagem que o poderia magoar. O que foi surpreendente foi como Matias e Raquel foram capazes de incorporar os dois estilos parentais que eles pensavam ser mais úteis para Abel se ele fosse deficiente (mais estrutura, paciência, respondendo-lhe mais rapidamente quando ele tinha dificuldades) ou se ele não fosse (esclarecendo os limites e sendo menos condescendentes no que diz respeito aos comportamentos inaceitáveis).

TÉCNICAS DE ELABORAÇÃO DE MITOS

Este caso demonstra que o uso de técnicas abertas, com as famílias, dão mais espaço para a co-criação de um conhecimento dos padrões mitológicos. Os fantoches são aceitáveis mesmo com crianças muito pequenas contribuindo o seu discurso para se perceber a forma como vêem a sua família. Dão-nos também uma história que serve de comparação com o que se passa no quotidiano da família em casa. As comparações também são importantes, por exemplo, para uma elucidação dos padrões do bom filho/mau filho e da ambivalência parental acerca do estabelecimento dos limites. Dick e eu pedimos então aos pais para levarem o vídeo dos fantoches e verem outras formas de estabelecerem limites que tenham, eventualmente, ocorrido no contexto desta história. Os pais viram o vídeo tanto com os filhos como sem ele. Isto permitiu-lhes terem uma oportunidade de verem as suas interações com uma curta distância (na gravação). Aprenderam muito com a versão dos seus filhos sobre a família e finalmente o enredo dos fantoches mostrou as duas crianças tanto más como boas.

Contar histórias é uma técnica em que o significado pode deslocar-se para trás e para a frente entre famílias de origem e esta família, entre a equipa terapêutica e as duas gerações da família nuclear. Nós começamos com o contar de histórias através da minha conversa com Raquel e Matias a propósito de como a minha filha se interessava tanto por histórias da minha vida passada. Eu usei este interesse para contar-lhe histórias que se relacionavam com assuntos com os quais ela se debatia (pesadelos, sentimentos ambivalentes, grandes reuniões na escola, etc.). Encorajei Matias quando ele falou que as formas que Abel usava contra si eram iguais às que ele usava contra o seu pai (e.g. procrastinação como rebelião surda), para contar histórias a Abel acerca de tempo em que ele fez coisas como o seu pai. Contar histórias neste tipo de situações pode funcionar a vários níveis. Primeiro, isto valida para a criança que está bem ter alguns tipos de pensamentos e sentimentos que já foram experimentados. Cria também uma

certa empatia pai/filho entre as posições de cada um. Por exemplo, enquanto o pai fala sobre o modo como procastinava, cria conexão com o que ocorreria agora com a táticas de retenção de resposta usadas por Abel. Depois de Matias começar a contar a Abel algumas destas histórias, Raquel comprou o livro de histórias de Gardner para ler às crianças. Na sessão em que falamos dos benefícios de lerem estas histórias aos seus filhos ela disse: "Mas eu posso criar histórias". Sendo assim na sessão seguinte ela chegou com um final muito elaborado para a nossa fábula inacabada e descreveu duas histórias que fez para os seus filhos. "Eu contei ao Xavier uma delas noutra dia. Consegui entrar bem nesta actividade. Xavier gosta particularmente de histórias de monstros e rapazes. Ele estava a ter um período difícil na escola com um miúdo que não quis brincar com ele. Então eu contei-lhe a história de um rapaz e de um monstro que não queria brincar com ele. Ele queria brincar com outro miúdo. O Xavier gostou desta história".

Contando a fábula sem final, fazendo com que eles construíssem o seu enredo nos fantoches, encorajando-os a relacionarem-se com os seus filhos através de histórias deles próprios enquanto crianças, nós encorajamos a procura de finais abertos para diferentes contos. Tal como Keim, Lentine, Keim e Madanes (no prelo) referem:

Se o terapeuta deve ter uma teoria da personalidade com a qual trabalhe, então a mais útil será a da identidade, como uma antologia resumida de histórias, qualquer uma pode ser substituída por uma história da colecção total. A terapia envolve re-editar a edição resumida das percepções de cada um sobre o passado e o presente. Uma mudança nestas percepções é uma mudança na personalidade, e uma mudança na partilha das percepções é uma mudança na relação.

Os símbolos que emergiram na família (a lavandaria), os que quisemos que tivessem um nome específico (a caixa da imperfeição especial) e os que introduzimos (o Coelho Velveteen) foram trabalhados através do processo terapêutico. Estes símbolos deram acesso a muitos níveis de significância por construir conexões entre o trabalho realizado nas sessões e o quotidiano da casa. Por exemplo, na última sessão quando eu apresentei ao casal a T-shirt falamos de como essas T-shirts poderiam ser usadas em casa para marcarmos a sua imperfeição especial: cada um vestir a sua, colocá-las no cesto da lavandaria, etc. Agradavelmente essas T-shirts trouxeram à família a mensagem dum terapia não acabada por mais especiais que os terapeutas pensem que os pais são.

A mudança de significado dos símbolos durante o processo terapêutico foi fascinante. Por exemplo, o cesto de roupa suja como símbolo das diferenças acerca de como lidar a casa, mudou para "este arrumar da casa não é assim tão importante". Raquel trouxe a caixa da imperfeição especial no final como "simbolismo do reconhecimento de que eu não posso fazer com que Matias faça coisas que ele não quer. Matias mostra a sua atenção de outras formas. Eu preciso aceitar essas formas".

Janine: Como é que essa caixa se tornou um símbolo disso?
Raquel: Porque era uma caixa na qual não punhamos nada e também a caixa das minhas imperfeições.
Raquel: O "Coelho Velveteen" foi trazido por nós, não só porque o seu tema também é a imperfeição especial,

mas porque você nos deu. É uma relação engraçada. É especial.

Os símbolos podem ter uma densidade de significado maior do que as palavras, fornece elos concretos ao trabalho a ser realizado fora da terapia, e é também um ponto à volta do qual discutimos sentimentos difusos e confusos.

Finalmente, o ritual terminal tal como sublinha aquilo que a família aprendeu, assinala as suas possibilidades e torna as terapias mais equitativas. A família foi convidada a analisar o processo e a comentar o que é que funcionou ou não. Os presentes do terapeuta contrabalançam as dádivas da família por partilharem connosco a sua vida. Se a terapia é pensada de acordo com os três estádios do processo ritual de Van Genep (1960) (estádio de separação, transaccional e de re-integração), o ritual terminal funciona como reintegrador da família no seu quotidiano de vida. A equipa sai do lado de lá do espelho unidireccional acentuando "já estamos fora da terapia". Os símbolos partilhados fornecem oportunidade para sumarizar o que aconteceu no tratamento e para estabelecer a ligação entre o do significado deles e a forma como a sua vida diária decorrerá para além da terapia. Os presentes podem clarificar as forças da família.

Trabalhando técnicas como símbolos, rituais, contar histórias e arte (fantoques) tem implicações muito importantes no treino dos clínicos. Pode ser crucial para eles o exame do processo de elaboração de mitos nas suas próprias famílias de origem como forma de praticarem estas técnicas, adquirirem novas ideias de como podem ser usadas com famílias e ganharem gosto pelo seu trabalho. Se eles se aperceberem de como este processo funciona nas suas famílias então estarão aptos a trabalhar e a perceber os outros.

SEGUIMENTO

Depois de escrever este artigo dei-o aos pais para eles o lerem e comentarem. Encontrámo-nos, para esse efeito, várias horas em sua casa. O seu feed-back ajudou-me a clarificar e limar inúmeros pontos que eu incorporei na versão final. Os pais apreciaram também a forma como o artigo integrava os vários assuntos que foram abordados por eles. Sentiram que o processo de ler acerca deles próprios os ajudou a consolidarem a sua compreensão de alguns padrões, bem como a verem algumas novas relações. Por exemplo, Raquel comentou: "eu realmente não tinha relacionado esses dois pontos (a crítica de Matias quanto ao ser cuidadoso e quando Matias não o estava a ser quando Xavier quase se afogou) antes de ler o artigo. Pensei "como é que tu te atreves a criticar a minha vigilância se tu quando devias estar a vigiar não o fizeste". Sempre que tenho trabalhado (em co-autoria) noutros estudos de caso com famílias (Roberts, no prelo) ou partilhei os artigos com os clientes, eles comentaram todos a estranha percepção que lhes ocorreu quando viram o trabalho sumarizado. Penso que isto tem importantes implicações sobre como os relatórios escritos devem ser feitos em psicoterapia. Correntemente, são unicamente os clínicos que têm acesso a esses materiais (casos escritos) ignorando as boas possibilidades de aproximação, suporte e colaboração na relação terapeuta-cliente que poderá ser possibilitada por uma estrutura mais aberta.

O ponto principal de diferença que emerge entre a minha perspectiva e a dos pais foi a visão de Matias acerca do uso do termo *mito*. Ele concordou inteiramente com a definição que eu apresentei no início do artigo, mas sentiu que quando as pessoas lessem o artigo, caíam numa visão mais negativa da definição da palavra. A sua preferência recaía no uso da palavra "contar histórias" em vez de mito. Raquel sentia que a palavra mito funcionava com os temas da elaboração de mitos que eu apresentei, excepto para o primeiro tema, o "mito do cuidado excessivo". Ela pensava que aqui o mito era um padrão que não era transportado com os assuntos transaccionais e culturais, ao contrário do que acontecia com os restantes três mitos.

Também se tornou visível, na discussão com Raquel, que o artigo clarificou mais o trabalho dentro da sessão do que o trabalho fora da sessão. Eu própria tive mais acesso ao trabalho realizado dentro da sessão. Ela teve um número de coisas boas para dizer acerca da importância da mudança operada "fora das sessões" em níveis múltiplos: pequenas mudanças interaccionais, mudanças nos significados dos acontecimentos bem como nos padrões de conhecimento multigeracional. Foi salientado por Raquel a importância da mudança a todos estes níveis.

Nos 10 meses que se seguiram ao final do tratamento, as coisas continuaram a ir bem com os filhos e com cada um dos pais. Eles não necessitaram de mais intervenção no seu filho mais velho e ambos os filhos vão bem no dia-a-dia na escola. Xavier aprendeu a nadar.

NOTAS

(1) Os recursos exteriores ainda não foram suficientemente investigados em Terapia Familiar. Como Haber (1987) referiu, os amigos são uma fonte de suporte.

REFERÊNCIAS

- Anderson, S.A. & Bagarozzi, D.A. (1983). The use of family myths as an aid to strategic therapy *Journal of Family Therapy*, 5, 145-154.
- Anderson, T. (no prelo). The reflecting team. *Family Process*.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: a necessary unity*. N. Y.: E.P. Dutton.
- Byng-Hall, J. (1973). Family myths used as defense in conjoint family therapy. *British Jour. of Medical Psychology*, 46, 239-250.
- Cronen, V., Pearce, B. & Tomm, K. (1985). A dialectical view of personal change. In K. Gergen & K. Davis (Eds), *The Social Construction of the Person*. Springer-Verlag.
- Eliade, M. (1960). *Myths, dreams and mysteries*. N. Y.: Harper & Row.
- Feinstein, D. (1979). Personal mythology as a paradigm for a holistic public psychology. *Amer. Jour. of Orthopsychiatry*, 49 (2), 198-217.
- Ferreira, A.J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, 9, 457-463.
- Freilich, M. (1975). Myth, method and madness. *Current Anthropology*, 16(2), 207-226.
- Gardner, R. (1976). *Dr. Gardner's stories about the real world*. New York: Avon.
- Haber, R. (1987). Friends in family therapy: Use of a neglected resource. *Family Process*, 26(2), 269-281.
- Imber-Black, E., Roberts, J. & Whiting, R. (no prelo). *Rituals and family therapy*. New York: Norton Press.

- Irwin, E. & Malloy, E. (1975). Family puppet interview. *Family Process*, 14, 179-191.
- Levi-Strauss, C. (1973). *From honey to ashes*. (Translated by J. & D. Weightman). N. Y.: Harper & Row.
- Keeney, B. (1983). *The aesthetics of change*. N. Y.: Guilford Press.
- Keim, I., Lentine, G., Keim, J. & Madanes, C. (no prelo). Strategies for changing the past. *Jour. of Strat. and Systemic Therapies*.
- Pillari, V. (1986). *Pathways to family myths*. N. Y.: Brunner/Mazel.
- Roberts, J. (no prelo). Use of ritual in "redocumenting" psychiatric history. In Imber-Black, E., Roberts, J. & Whiting, R. (Eds), *Rituals and Family Therapy*. New York: Norton Press.
- Ruthven, K.K. (1976). *Myth*. London: Methuen & Co Ltd.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, L. & Prata, G. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(3), 3-9.
- Steinglass, P. (1978). The conceptualization of marriage from a systems theory perspective. In T.J. Paolino & B.S. McCrady (Eds), *Marriage and marital therapy*. N. Y.: Brunner/Mazel.
- Turner, V. (1967). *The forest of symbols: aspects of ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press.
- Van Genep, A. (1960). *The rites of passage*. (M. Uizedom & G. Caffee, translators). Chicago: The Univ. of Chicago Press.
- Williams, M. (1983). *The Velveteen rabbit*. New York: A.A. Knopf.
- Wolin, S.J. & Bennett, L.A. (1984). Family rituals. *Family Process*, 23(3), 401-420.

ABSTRACT

MYTHMAKING IN THE LAND OF IMPERFECT SPECIAL-NESS: LIONS, LAUNDRY BASKETS & COGNITIVE DEFICITS

Family myths are both homeostatic and morphogenic and they contain within them (as does symptomatic behavior) many of the necessary components for change. In this case report, the therapy process is described as primarily a place to see family mythology in development where plots can shift, endings can be changed and new characters introduced. Four central myths were explored with this family of mother, father and two young children by juxtaposing, rewriting and shifting the meaning of various family rituals, symbols and stories. Techniques that clinicians can use to work with the evolution of family myths are highlighted such as puppet shows, bringing in symbols, gift giving, telling of open ended fables and termination rituals.

RÉSUMÉ

L'ELABORATION DES MYTHES DANS LA TERRE DES IMPERFECTIONS SPÉCIALES: LIONS, PANIERS À VÊTEMENTS ET DÉFICITS COGNITIFS

Les mythes familiaux sont aussi homéostasiques que morphogéniques et contiennent (tout comme les comportements symptomatiques) beaucoup des composés nécessaires au changement. Dans cet étude de cas, on décrit le processus thérapeutique comme un lieu où l'on observe le développement de la mythologie de la famille comme passible d'être modifiée en ce qui concerne ses procédures et ses finales. L'introduction des personnages est aussi possible. On explore quatre mythes avec cette famille (mère, père et deux enfants), par juxtaposition, réformulation et changement de la signification de plusieurs rituels de la famille, symboles et histoires. Les techniques utilisées par les cliniciens pour opérer l'évolution des mythes sont nettes, comme, par exemple, les fantoches, l'élaboration de symboles, donner des cadeaux, terminer des fables et finir des rituels.

UM MODELO DA ESTRUTURA COGNITIVA- OPTIMIZAÇÃO DOS PARÂMETROS DA MEMÓRIA SEMÂNTICA

DUARTE COSTA PEREIRA(*)

LEONOR LENCASTRE (**)

CÉSAR ALVES (***)

UNIVERSIDADE DO PORTO

Trata-se de um estudo sobre a optimização de um aspecto da memória -a memória semântica, de acordo com um modelo de estrutura cognitiva, já apresentado (Pereira, et al. 1987). Para se proceder a essa validação construiu-se um programa, em linguagem Fortran, que permite variar um parâmetro desse modelo, de cada vez, mantendo todos os outros com valores constantes. Este programa (Masvar) estabelece uma comparação entre duas matrizes de "forças" de ligação entre conceitos. Uma dessas matrizes - a que simula a memória semântica, obtem--se através de um programa de simulação da leitura (Master). A outra matriz, que se obtem através de um outro programa (Slave) traduz supostamente a estrutura real da memória semântica. Através de sucessivas execuções do programa de comparação destas matrizes, e entrando em cada nova execução com o valor do parâmetro que produz uma menor "distância" entre as duas matrizes, chega-se a uma estabilidade dos valores dos parâmetros. Obtêm-se assim os valores optimizados de cada parâmetro, que caracterizam um determinado sujeito.

INTRODUÇÃO

O modelo da estrutura cognitiva que se defende inspira-se fundamentalmente na teoria de Kintsch e simula as alterações que ocorrem na estrutura cognitiva de um sujeito aquando da leitura de um texto. Este modelo pressupõe a existência de três tipos de memória. Assim, a árvore proposicional, que num dado momento se encontra na memória operatória (com capacidade limitada) e forma um ciclo de processamento, é copiada para um tipo de memória mais permanente - a memória episódica - (onde as proposições se representam por pontos e a sua "distância psicológica" por linhas, formando uma estrutura de rede). Esta memória é ilimitada, mas é afectada após cada ciclo de processamento por um factor de decaimento. Mas, para além de ser copiada para a memória a longo prazo episódica, a árvore da memória operatória, que se obtém ao fim de cada ciclo é também impressa num outro tipo de memória permanente - a memória a longo prazo semântica. Esta memória representa os conceitos e suas relações por uma estrutura de rede semântica (os nós identificam-se com os conceitos e as linhas com as suas relações), que no entanto não é afectada pelo factor de decaimento.

(*) Professor Associado da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

(**) Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(***) Investigador do Centro de Informática da Universidade do Porto.

A correspondência para este artigo deve ser enviada para: Leonor Lencastre, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua das Taipas, 76, 4000 PORTO.

O modelo encontra-se implementado em programas de computador, em linguagem Fortran, para correr no Cyber 170/720. Um desses programas - o Master (Pereira et al, 1987)- permite fazer a simulação da leitura. O outro - o Slave (Pereira et al, 1987) - faz a extracção da estrutura e estilo cognitivos de um sujeito, necessários para fazer correr o primeiro programa. Para além disso o programa Master necessita que lhe sejam fornecidos supostos valores para os seguintes parâmetros: capacidade de compactação (número máximo de microproposições que podem ser compactadas. Pode eventualmente ser igual a 1 e então o processamento faz-se de forma microproposicional e não de forma macroproposicional); capacidade do ciclo de processamento (número máximo de macroproposições que podem ser processadas num ciclo de processamento); capacidade do "buffer" (número máximo de macroproposições que estabelecem a ligação entre ciclos de processamento); factor de decaimento (que toma valores entre [0,1]: 0-sem decaimento e 1-decaimento máximo); estilo cognitivo (ou estratégia de leitura. O leitor pode ser analítico ou sintético. No primeiro caso processa todas as microproposições, formando novas macroproposições com as que ultrapassam a capacidade de compactação. No segundo caso o leitor perde as microproposições subordinadas que ultrapassam a capacidade de compactação); objectivo de leitura, que é opcional (as macroproposições que traduzem esse objectivo, caso exista).

OBJECTIVOS

É especificamente sobre a estrutura da memória a longo prazo semântica que esta experiência se desenvolve, com o intuito de validar, ainda que de uma forma sequencial, todos os parâmetros do modelo.

METODOLOGIA

SUJEITOS

O cariz intrasujeito de todo o procedimento que adiante se expõe justifica o facto da análise incidir sobre um só sujeito -uma estudante do 2º ano da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- que participou na experiência como voluntário. (Este estudo poderia ter sido alargado a um maior número de sujeitos, mas não com o objectivo de se realizar uma análise diferencial, dado que com ele não se pretendia determinar a estrutura da memória a longo prazo semântica do ser humano, mas conceber uma simples hipótese, coerente, de funcionamento da memória humana).

MATERIAL

Foi utilizado um texto sobre a "Amnésia" de cerca de 15 linhas.

Extraíram-se os conceitos fundamentais desse texto e construiu-se com eles uma lista ordenada alfabeticamente.

Utilizaram-se três programas de computador, escritos em Fortran, para correr no Cyber 170/720. O "Slave" extrai a estrutura, que supostamente seria a estrutura cognitiva real da memória semântica de um sujeito (matriz de frequência das

"forças" de ligação entre os conceitos fundamentais do texto) uma vez fornecidas as listas de proposições e de conceitos que compõem um ensaio escrito pelo sujeito, enquanto que o "Master" simula o processo de leitura, apresentando a estrutura cognitiva da memória semântica que o sujeito possuiria depois de ler um texto, através das matrizes de frequência das "forças" de ligação entre os conceitos fundamentais do texto -esta é a estrutura cognitiva simulada desse sujeito. Finalmente o terceiro programa -"Masvar" estabelece a comparação entre duas matrizes de "forças" de ligação entre conceitos, calculando a distância entre elas.

Este programa "Masvar" permite variar um dos cinco parâmetros obrigatórios do programa "Master" (com o passo de variação e limites que se desejar) mantendo constantes todos os outros. Calcula para cada uma das matrizes, resultantes das combinações possíveis dos valores dos parâmetros (uma vez que um deles toma diferentes valores), a distância a uma outra matriz que lhe é fornecida. Na realidade as entradas do programa "Masvar" são as mesmas que se fornecem ao programa "Master" (de simulação da leitura), mas para além delas deve introduzir-se um ficheiro que contém uma matriz, das "forças" de ligação entre os conceitos relativos a um dado texto, que funciona como critério (ver Figura 1). Para além disso este programa apresenta os valores dos parâmetros que nessa execução produzem uma distância mínima entre matrizes e entra com esses valores numa nova execução.

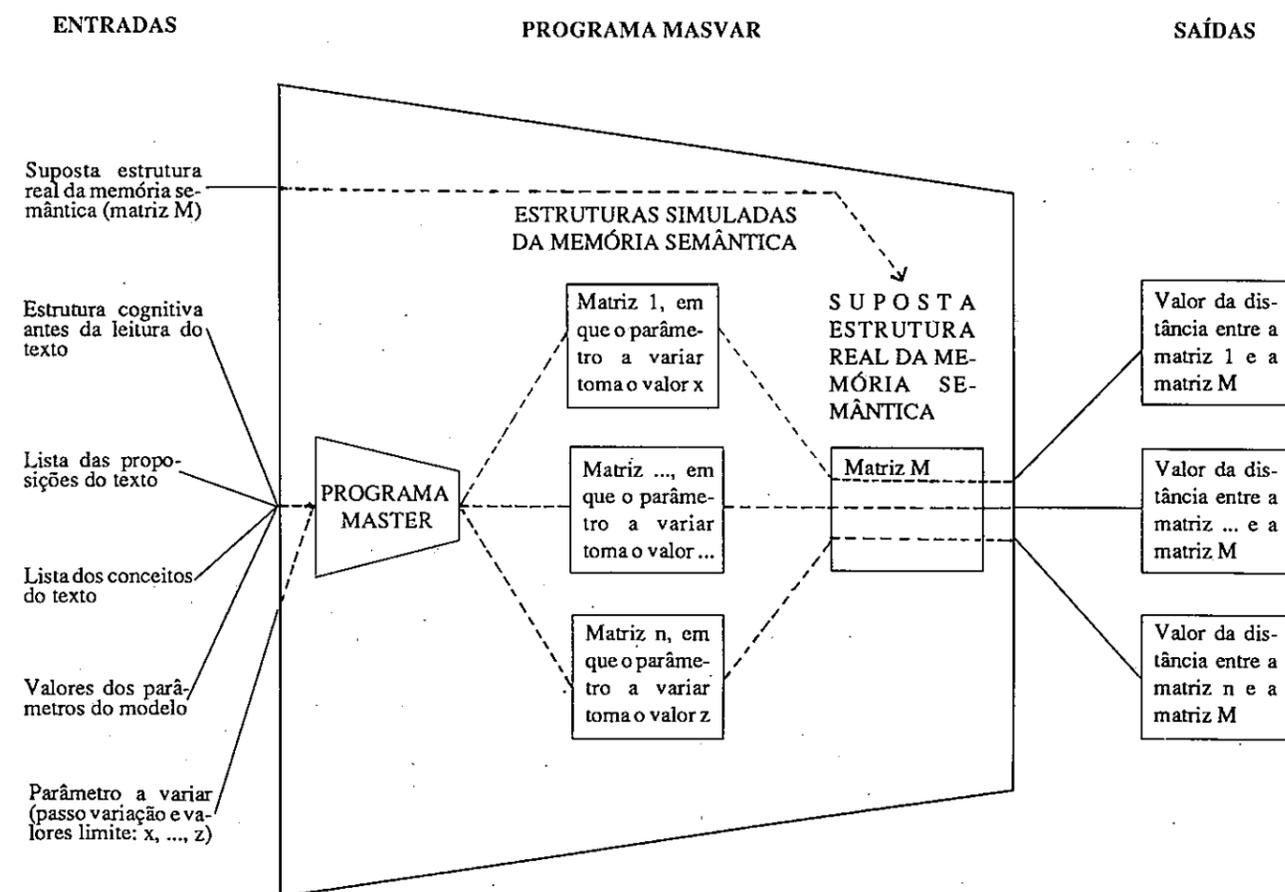


Figura 1 - Representação esquemática da execução do programa Masvar, suas entradas e saídas, segundo o Modelo da Estrutura Cognitiva de Pereira et al. (1987).

PLANEAMENTO E PROCEDIMENTO

No início, o sujeito foi informado de que "estava a participar numa experiência para testar um modelo sobre a estrutura da memória e que a sua tarefa consistia em escrever, numa folha que lhe seria distribuída, um ensaio de 20 a 25 linhas, sobre o tema "Amnésia". Na elaboração desse ensaio deveria fazer o possível por empregar as 32 palavras que constavam de uma lista que lhe seria entregue então, podendo alterar-lhes o número, o género e o tempo". (Essas 32 palavras eram os conceitos fundamentais do texto).

Depois de efectuado o ensaio, entregou-se ao sujeito um texto sobre o tema "Amnésia" e pediu-se-lhe para "efectuar a leitura do texto". Uma vez terminada essa leitura, disse-se ao sujeito para "empregar as palavras que faziam parte da lista entregue anteriormente, na redacção de um novo ensaio de cerca de 20 a 25 linhas, sobre o mesmo tema".

Os dois ensaios do sujeito, obtidos antes e depois da leitura do texto, converteram-se em bases de textos, de acordo com um conjunto de regras para a construção de proposições, desenvolvido pelos autores.

A estrutura da memória a longo prazo semântica foi analisada por um processo de optimização do isomorfismo entre a estrutura simulada da memória a longo prazo semântica, e a que se supunha ser a estrutura real dessa mesma memória, para os conceitos fundamentais do texto.

Este processo de optimização foi implementado no programa "Masvar". Como o "Masvar" só faz variar de cada vez um parâmetro do programa de simulação, a optimização da distância entre essas duas estruturas, obtinha-se pela realização de sucessivas execuções (runs) do programa "Masvar". De cada vez, entrava-se com os valores dos parâmetros que tornavam, mais pequena, a distância entre as duas estruturas, até se encontrar uma estabilidade dos valores dos parâmetros. Obtinham-se desta forma os valores dos parâmetros optimizados, que caracterizavam esse sujeito.

A que se supunha ser a estrutura real da memória a longo prazo semântica, e que constituiu o termo de comparação constante no programa "Masvar", foi obtida através do programa "Slave" (ver Fig. 1). Para se encontrar a matriz das "forças" de ligação entre os conceitos fundamentais do texto, que representava essa estrutura, forneceram-se ao programa "Slave" as listas das proposições e dos conceitos relativos ao ensaio, escrito pelo sujeito, depois da leitura do texto.

As estruturas simuladas da memória a longo prazo semântica, que são comparadas pelo programa "Masvar" com a suposta estrutura real dessa memória, foram obtidas fornecendo ao programa "Masvar" as entradas necessárias para fazer correr o programa de simulação - "Master", e que são: a suposta estrutura cognitiva real do sujeito antes da leitura do texto, obtida através do programa "Slave", entrando com as listas dos conceitos e das proposições relativas ao ensaio do sujeito, antes de ler o texto, bem como uma lista com os conceitos fundamentais do texto; as listas das proposições e conceitos relativos ao texto que o sujeito leu; e os parâmetros exigidos pelo programa de simulação para caracterizar o sujeito (capacidade de compactação, capacidade de cada ciclo de processamento, capacidade do "buffer", estilo cognitivo do sujeito e respectivo grau, factor de decaimento e objectivo da leitura). Para além disso em cada execução do programa "Masvar" identificou-se ainda o parâmetro, do programa de

simulação, que ia variar durante essa execução (especificando-se o passo de variação e os valores limite) (ver Fig.1).

Uma vez que o programa "Masvar" só permite variar um parâmetro de cada vez, pensou-se que inicialmente os parâmetros discretos: capacidade do ciclo de processamento, capacidade do "buffer" e capacidade de compactação, deviam apresentar valores medianos. Assim, na primeira execução desse programa, partiu-se de uma capacidade do ciclo de processamento igual a sete, com base na ideia de Miller (1956) de que a capacidade da memória operatória se situaria em torno de 7 2 unidades (chunks); de uma capacidade do "buffer" igual a 3, por ser aproximadamente metade do tamanho de um ciclo de processamento; de uma capacidade de compactação igual a cinco, sublinhando a ideia de Anderson (1983) de que uma unidade cognitiva engloba cinco elementos. Para o parâmetro capacidade de compactação supôs-se que a estratégia de leitura utilizada pelo sujeito era a seguinte: eliminar as proposições subordinadas, uma vez atingido o limite de proposições que se podem ligar a uma subordinativa - leitor sintético (ver noção de estilo cognitivo, Pereira et al, 1987).

No que respeita aos parâmetros contínuos, partiu-se de um grau de estilo cognitivo de 0,10 (este parâmetro varia entre [0;1]) e de um factor de decaimento de 0,10 (este parâmetro varia entre [0;1]).

No primeiro conjunto de 5 execuções (uma para cada parâmetro) do programa "Masvar", optou-se por variar primeiro os valores dos parâmetros contínuos, e só depois os dos parâmetros discretos, segundo a ordem:

- 1ª - grau de estilo cognitivo
- 2ª - factor de decaimento
- 3ª - capacidade de compactação
- 4ª - capacidade do ciclo de processamento
- 5ª - capacidade do "buffer"

Nestas 5 execuções partiu-se do princípio que o estilo cognitivo do sujeito era concentrador (ver noção de estilo cognitivo, Pereira et al, 1987). Relativamente aos limites de variação que cada parâmetro apresentava, pensou-se que se deveriam efectuar tantos conjuntos de 5 execuções deste tipo, quantas as combinações possíveis de variação crescente ou decrescente dos valores medianos fornecidos aos três parâmetros discretos. Realizaram-se então 8 conjuntos de 5 execuções deste tipo.

Efectuaram-se também 8 conjuntos de 5 execuções exactamente iguais às anteriores, mas para o caso de um sujeito com estilo cognitivo disperso.

Por se acreditar que a ordem pela qual se fazia variar os parâmetros era um aspecto muitíssimo importante na obtenção do isomorfismo máximo entre as duas estruturas cognitivas da memória semântica, a real e a simulada, efectuaram-se outros dois conjuntos de execuções semelhantes aos atrás descritos: um para o estilo concentrador e outro para o dispersivo, mas fazendo variar os parâmetros do modelo por uma outra ordem. Assim primeiro variaram-se os valores dos parâmetros discretos e só depois os contínuos, pela ordem seguinte:

- 1ª - capacidade do ciclo de processamento
- 2ª - capacidade do "buffer"
- 3ª - capacidade de compactação
- 4ª - grau do estilo cognitivo

5ª - factor de decaimento

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A distância mínima - 0.59319 E+0.1 - entre as duas matrizes de "forças" de ligação dos conceitos da memória semântica - a real e a simulada, supondo que o estilo cognitivo do sujeito era *concentrador*, e fazendo variar primeiro os parâmetros contínuos, foi apresentada quando os parâmetros possuíam os seguintes valores:

grau de estilo cognitivo - concentrador 0, 90
factor de decaimento - 0, 80
capacidade de compactação - 1
capacidade do ciclo de processamento - 1
capacidade do "buffer" - 3

Para a mesma ordem de variação dos parâmetros, mas supondo que o estilo cognitivo do sujeito era *dispersivo*, a distância mostrou-se mínima - 0.11158E+0.2 - quando os parâmetros apresentavam os seguintes valores:

grau de estilo cognitivo - dispersivo 0,10
factor de decaimento - 0,60
capacidade de compactação - 1
capacidade do ciclo de processamento - 1
capacidade do "buffer" - 3

Quando se fez variar primeiro os parâmetros discretos, e supondo que o estilo cognitivo do sujeito era *concentrador*, obteve-se a distância mínima - 0.59140E+0,1 - para os valores dos parâmetros:

capacidade do ciclo de processamento - 1
capacidade do "buffer" - 3
capacidade de compactação - 1
grau de estilo cognitivo - concentrador 0,90
factor de decaimento - 0,10

Para esta mesma ordem de variação dos parâmetros e supondo que o estilo cognitivo do sujeito era *dispersivo*, a distância apresentou-se mínima - 0.11333E+0.2 - quando os parâmetros apresentavam os valores:

capacidade do ciclo de processamento - 7
capacidade do "buffer" - 3
capacidade de compactação - 1
grau de estilo cognitivo - dispersivo 0,10
factor de decaimento - 0,10

Comparando estas 4 distâncias, pode dizer-se que a distância mais pequena é a que aparece no terceiro caso - 0.59140E+0.1 -. Na perspectiva do modelo pode então dizer-se que este sujeito possui um estilo cognitivo concentrador de grau elevado (grau de estilo cognitivo - concentrador 0.90), ou seja, ao fazer a leitura do texto reforça ao máximo as ideias que já possuía na memória a longo prazo semântica, e menospreza a informação nova. Efectua o processamento da informação do texto de forma microproposicional, não agrupando mais de que

uma microproposição numa só macroproposição (capacidade de compactação -1), como é pressuposto pela parâmetro de compactação. Esta característica poderá ser atribuída ao facto do assunto do texto ser novo para o sujeito, pois o parâmetro de compactação está directamente relacionado com a familiaridade com o assunto lido. Processa de cada vez 4 microproposições (capacidade da memória operatória) reservando 3 delas para fazerem a ligação entre os vários ciclos de processamento (capacidade do ciclo de processamento -1 e capacidade do "buffer" -3). E, o conteúdo da memória episódica, "forças" que ligam as proposições, é afectado após cada ciclo de processamento por um factor de decaimento de 0,10 (sendo 1 o decaimento máximo).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo o processo utilizado na optimização dos parâmetros do Modelo da Estrutura Cognitiva foi a comparação da estrutura da memória a longo prazo semântica, obtida por um programa de simulação da leitura (programa Master) com a suposta estrutura real da memória a longo prazo semântica, obtida através de um outro programa (programa Slave).

No desenvolvimento desta ideia surgiram algumas questões de base. Uma delas prende-se com o facto de o modelo possuir vários parâmetros: capacidades do ciclo de processamento, capacidade do "buffer", capacidade de compactação, estilo cognitivo e factor de decaimento. Será que para se produzir um isomorfismo, máximo entre a estrutura cognitiva simulada (obtida através do programa de simulação) e o critério (suposta estrutura cognitiva real) é necessário proceder a uma optimização global e simultânea de todos os parâmetros do modelo, ou será possível separar parâmetros, atribuindo-se neste caso a variação de determinadas características do modelo predominantemente a alguns deles? A optimização simultânea de todos os parâmetros do modelo seria ideal, mas impraticável dada a memória e rapidez que seriam exigidas ao computador. Optou-se então por estruturar um procedimento global de validação do modelo, em que entrarem todos os parâmetros, mas de cada vez só se faz variar um deles mantendo os outros com valores constantes.

Um outro aspecto problemático é a definição escolhida do critério-estrutura cognitiva real do sujeito. Nesta experiência optou-se por um critério interno, uma vez que a suposta estrutura cognitiva real se obtém pela execução de um programa (Slave), que é baseado no programa de simulação da leitura (Master), tendo em conta um ensaio escrito pelo sujeito depois de ler o texto. O critério assim obtido identificou-se com a matriz das "forças" das ligações entre conceitos.

Finalmente surge ainda a questão de qual a melhor maneira de comparar o produto da simulação com o critério, para se chegar a um isomorfismo máximo entre as duas estruturas cognitivas. Essa comparação foi feita estabelecendo-se a distância entre as respectivas matrizes de "forças" de ligação entre conceitos, calculada pela aplicação da fórmula:

$$D = \sqrt{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N (A_{ij} - B_{ij})^2 / N^2}$$

Em que:
A e B - são duas matrizes de dimensão N * N
N - número de conceitos

Examinando os resultados obtidos pode dizer-se que aparentemente existe uma indiferença relativamente à ordem de variação, isto para todos os parâmetros, à excepção do factor de decaimento. Este é um aspecto altamente abonatório da consistência interna do modelo. É no entanto aconselhável a realização de mais execuções do programa "Masvar", para outras ordens de variação dos parâmetros do modelo, com o intuito de reforçar ou rebater a aparente fiabilidade do modelo.

Talvez também fosse útil partir de valores medianos para os parâmetros contínuos: um grau de estilo cognitivo igual a 0,5 e um factor de decaimento igual a 0,5 (como aliás se fez para os parâmetros discretos). Para uma determinada ordem de variação e para um dado estilo cognitivo em vez de 8 conjuntos de 5 execuções do programa Masvar, seriam efectuados 32 conjuntos de 5 execuções desse mesmo programa.

Poderia também modificar-se a fórmula de comparação das duas matrizes de "forças" de ligação entre conceitos - a real e a simulada. Em vez de se empregarem os quadrados das diferenças das "forças" das duas matrizes como aparece na fórmula já apresentada, utilizar-se-ia o módulo dessas diferenças.

$$D = \sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N \frac{|A_{ij} - B_{ij}|}{N}$$

Em que:
A e B - são duas matrizes de dimensão N*N
N - é o número de conceitos

Poderia ainda fazer-se dotar o actual modelo de estrutura cognitiva, de dois parâmetros internos, um dos quais funcionaria como factor de conversão entre as "forças" de memória a longo prazo e as "forças" de memória operatória, ao qual no presente modelo por simplicidade se atribuiu o valor 1. Tal parâmetro poderia ser interpretado psicologicamente como o grau de "atenção" na leitura. Um segundo parâmetro de interpretação mais complexa estaria ligado à transição de estilos cognitivos e teria como interpretação psicológica a intenção dispersiva ou concentradora do sujeito (para além do estilo cognitivo, supostamente inato e invariável). Como resultado da implementação destas características o isomorfismo máximo entre as duas estruturas cognitivas de memória semântica (a real e a simulada), poderia corresponder a uma distância entre as respectivas matrizes igual a zero.

Finalmente para além dos aspectos de validação interna, a validação deveria ser complementada com critérios externos de validação - experiências envolvendo medidas independentes de factores como o estilo cognitivo dos sujeitos, o decaimento relativo da sua memória, etc.

Admitindo a separação dos parâmetros do modelo (condicionando alguns deles a memória operatória e outros a memória semântica) esta experiência poderia ainda ser realizada em complemento com um estudo sobre a estrutura da memória operatória, deste modelo. Neste estudo obter-se-iam os valores optimizados dos parâmetros do modelo directamente relacionados com a estrutura da memória operatória como é o caso da capacidade do ciclo de processamento e da

capacidade do "buffer". Uma vez fixados esses valores realizar-se-iam várias execuções do programa "Masvar", variando apenas os restantes três parâmetros.

REFERÊNCIAS

- Anderson, J.R. (1983) *The Architecture of cognition*, London: Harvard University Press
Miller, G.A. (1956) The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
Pereira, D.C., Alves, C., Lencastre L. (1987) Um modelo da estrutura cognitiva. *Jornal de Psicologia*, 6 (5), 3-8.

ABSTRACT

A MODEL OF COGNITIVE STRUCTURE - OPTIMIZATION OF SEMANTIC MEMORY PARAMETERS

This study is about the optimization of an aspect of memory -semantic memory- according to a Cognitive Structure Model, already presented (Pereira et al., 1987). In order to achieve this experimental study for the validation of a Cognitive Structure Model a computer program in Fortran IV was written, that allows for the variation of each of the model parameters in turn, maintaining the others as constants. This program (Masvar) compares two matrix of "associative strenghts" among concepts. One matrix -that simulates semantic memory- is given by a reading simulation program (Master). The other one, is obtained through another program (Slave) that extracts the supposed real structure of semantic memory.

Through successive executions of this program and entering each time the value of the parameter producing a smaller "distance" between the matrix of "associative strenghts" among the concepts -semantic memory- obtained through the simulation program and the matrix that is supposed to translate the cognitive structure of the actual semantic memory of the subject (obtained from the analysis of an essay through Slave computer program), stability is reached in the values of the parameters. These values are then taken as the optimized values of each parameter characterizing the subject.

RÉSUMÉ

UN MODÈLE DE LA STRUCTURE COGNITIVE - OPTIMISATION DES PARAMÈTRES DE LA MEMOIRE SÉMANTIQUE

D'après un modèle de la structure cognitive déjà présenté (Pereira et al., 1987), les auteurs essayent d'optimiser la mémoire sémantique en utilisant un programme en langage Fortran qui permet de faire varier un paramètre tout en tenant fixes les autres valeurs. Ce programme (Masvar) établit une comparaison vis-à-vis les deux maîtrises de "forces" de liaisons entre les concepts. Une de ces maîtrises - celle qui simule la mémoire sémantique - s'obtient à travers un programme de simulation de la lecture (Master). L'autre, obtenue avec un autre programme (Slave), est supposée de traduire la structure réelle de la mémoire sémantique.

Des successives exécutions du programme de comparaison de ces maîtrises (dans chaque nouvelle exécution on utilise la valeur du paramètre qui produit la "distance" mineure entre les deux maîtrises), produisent une stabilité des valeurs des paramètres. On obtient ainsi les valeurs optimisées de chaque paramètre qui caractérisent un individu déterminé.

A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO(*)

UNIVERSIDADE DO PORTO

Este artigo foca a atenção psicológica na saúde e não na doença. Defende-se a ideia de que promover a saúde é mais importante do que prevenir ou remediar a doença. Esta concepção deriva da evolução das sociedades modernas que exigem uma participação mais activa dos seus membros, do crescimento exponencial das despesas com os cuidados de saúde e do crescimento das causas de mortalidade e morbidade provocadas pelo comportamento das pessoas. Defende-se que a intervenção na psicologia da saúde, nesta perspectiva, se deve basear em modelos educativos em vez dos modelos médicos tradicionais em psicologia. Defende-se como objectivo prioritário da psicologia da saúde a influência da escolha de um estilo de vida saudável. Tal escolha implica duas componentes, uma mais estrutural-cognitiva salientando a capacidade de assumir responsabilidade pessoal pela sua saúde e outra salientando os conteúdos propriamente ditos, ou seja, os comportamentos a incluir num estilo de vida saudável.

INTRODUÇÃO

Em 1947 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde em termos muito amplos, como um estado de completo bem estar físico, mental, social e não apenas de ausência de doença.

Ultimamente tem-se desenvolvido um conceito associado à saúde que consideramos ter repercussões importantes para a intervenção psicológica, na medida em que faz apelo à responsabilidade e à iniciativa pessoais. O termo é *Wellness*. Este termo perde sentido ao ser traduzido dado que encerra toda uma filosofia e por isso será deixado na língua original. *Wellness* define-se como:

Um processo que envolve o prazer de viver, um estilo de vida de responsabilidade e iniciativa pessoal que conduza o indivíduo a viver no seu máximo potencial (Mullen, Gold, Belcastro & McDermott, 1986, p. 9).

Desde a definição lata do conceito de saúde da OMS muito se evoluiu. Na definição da OMS a saúde é vista como um estado relativamente passivo de homeostasia ou equilíbrio, enquanto no de *wellness* ela é vista como um processo dinâmico, como um desenvolvimento contínuo, de modo a atingir o máximo potencial. Esta diferença entre saúde-estado e saúde-processo permite que se faça uma distinção entre o que é chamado normalmente sistema de saúde e um sistema de doença. O que as sociedades organizadas propõem é um sistema que cuida da doença e não um sistema que promova a saúde, ou pelo menos esta segunda perspectiva permanece na

sombra da primeira.

Quando se começa a fazer a distinção entre a promoção da saúde e a cura da doença os critérios de avaliação da saúde numa sociedade não podem ser feitos exclusivamente a partir das percentagens de morbidade e de mortalidade. No entanto não tem sido fácil operacionalizar quais os indicadores que devem ser considerados para medir os resultados do que é boa saúde. Kaplan (1984) afirma que os mais apropriados são os capazes de combinar índices de mortalidade com os de morbidade, mas devendo este último ser avaliado através do impacto que tem na qualidade de vida da comunidade.

Estas mudanças na concepção da saúde devem-se às mudanças sociais e económicas ocorridas durante os últimos decénios. Périssé (1985) refere três causas principais: em primeiro lugar o senso comum apela para a ideia que é melhor prevenir do que remediar, chamando assim a atenção para a importância da prevenção sobre a cura. Para além do bom senso há razões económicas para defender esta ideia. Com efeito é mais barato investir na promoção da saúde (e não apenas na prevenção) do que na cura; em segundo lugar acredita-se cada vez mais, ao contrário de outrora, que a etiologia de grande parte das doenças não resulta de processos unifactoriais (germe, toxina, neoplasma, deficiência alimentar, etc.) mas sim de processos multifactoriais, resultantes da interacção entre o indivíduo e o meio, interacção essa que é comportamento; em último lugar, como salientaremos à frente, resulta do reconhecimento que o indivíduo é cada vez mais responsável pela sua saúde e não mais um receptáculo passivo tanto no que diz respeito à doença como aos cuidados de saúde.

Recentemente o contacto entre a psicologia e as ciências da saúde expandiu a saúde mental para uma vasta área interessada nos aspectos comportamentais que afectam a saúde física e a doença (Krantz, Grundberg & Baum, 1985, p. 350)

Esta expansão deu origem a uma nova área, a Psicologia da Saúde (*Health Psychology* no original). Esta nova área

(*) Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A correspondência para este artigo deverá ser enviada para a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Rua das Taipas, 76 - 4000 PORTO.

fez emergir em 1978, nos Estados Unidos da América, uma nova divisão da *American Psychological Association*, a divisão 38. Inúmeros periódicos surgiram recentemente dedicados ao tema. A Psicologia da Saúde define-se como:

O domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionados com a saúde a doença e disfunções associadas e à análise e implementação do sistema de cuidados de saúde e formação de política de saúde (Matarazzo, 1982, p. 4).

A psicologia da Saúde integra-se num universo pluridisciplinar vasto, conhecido por Medicina Comportamental (*Behavioral Medicine*, no original) onde uma das disciplinas importantes é a psicologia. A Medicina Comportamental define-se como:

O campo de interesse multidisciplinar que se dedica ao desenvolvimento e integração de conhecimentos e técnicas provenientes das ciências comportamental e biomédica relevantes para a saúde e doença e à aplicação destes conhecimentos e técnicas na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Schwartz & Weiss, 1978, p. 7).

Se compararmos as duas definições, a diferença aparente mais importante refere-se à ênfase colocada pela psicologia da saúde em modelos educativos em vez dos tradicionais modelos médicos. Os modelos educativos baseiam-se na premissa de que as mudanças nas atitudes e a consciencialização precedem qualquer adaptação a longo termo do estilo de vida, com vista a melhorar a saúde física e mental (Klippel & DeJoy, 1984). De qualquer modo este novo campo de intervenção contém um vasto potencial para desafiar especialistas de múltiplos campos disciplinares, durante as próximas décadas, a estabelecerem cooperação com vista a melhorar o processo de *wellness*.

Segundo Matarazzo (1980) a definição de medicina comportamental não salienta suficientemente a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença. Por essa razão propõe uma especialidade, emergente da medicina comportamental, que denomina de Saúde Comportamental (*Behavioral Health*, no original); que ocuparia um espaço mais restrito e teria por objectivo salientar a importância da prevenção/promoção e a sua repercussão em termos de custos económicos e humanos. A Saúde Comportamental define-se como:

O campo interdisciplinar dedicado a promover uma filosofia de saúde que salienta a responsabilidade individual na aplicação dos conhecimentos e técnicas provenientes das ciências biomédica e comportamental, com vista à manutenção da saúde e à prevenção da doença e disfuncionamento em geral, através do recurso a uma variedade de actividades de iniciativa individual ou colectiva (Matarazzo, 1980, p. 812).

Esta especialidade está mais virada para a promoção da saúde. Ela salienta, tal como o conceito de *wellness* a responsabilidade e iniciativa individuais constituindo-se um desafio importante para a psicologia. Com efeito é cada vez mais

notória a preocupação do cidadão com a saúde e com a qualidade de vida associada a ela, levando-o a implementar inúmeros comportamentos que, segundo crê, melhoram a saúde. A corrida e o exercício físico, a diminuição do consumo de açúcar e sal, a diminuição do consumo de alimentos com altos teores de gordura, etc. são parte desta preocupação. No entanto na maior parte dos casos tais comportamentos derivam da propaganda realizada por grandes interesses económicos, nem sempre coincidentes com os interesses do cidadão.

Para que as preocupações do cidadão tenham impacto na promoção da saúde torna-se necessário que os comportamentos implementados façam parte de uma organização conceptual do próprio cidadão que lhe permita integrar tais conhecimentos num estilo de vida saudável. Na realidade os comportamentos associados a uma vida saudável são divulgados por uma grande quantidade de especialistas, há décadas, sem que no entanto se tornem visíveis as mudanças no comportamento do cidadão. A alteração do comportamento implica a modificação do "universo de significância" individual, mudança essa que permita alterar a "selecção perceptiva" do indivíduo de modo a que os estímulos do meio ambiente, nomeadamente as informações acerca de como ter um estilo de vida saudável, se repercutam no comportamento individual (McQueen, 1987). Ora parece óbvio que a psicologia é a disciplina que domina o conhecimento científico de base, que possui a experiência prática aplicada capaz de começar a modificar o universo de significância e consequentemente o estilo de vida do cidadão com vista a promover a saúde.

Estilo de Vida é um conceito relacionado com a saúde particularmente divulgado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1982). Ele pode ser conceptualizado como:

uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde (Mc Queen, 1987, p. 30).

O estilo de vida implica a escolha de actividades diárias tais como o que comemos e quando, quando e como fazemos exercício, as maneiras que escolhemos para relaxar e enfrentar o stress, como comunicamos com as outras pessoas, o tipo e quantidade de produtos que consumimos e como nos relacionamos com o meio ambiente. O trabalho base de suporte desta noção deriva de investigação extensa produzida no último quarto de século no *Human Population Laboratory* em Berkeley. Frequentemente referido como estudo *Alameda*, este trabalho multidisciplinar examina as redes sociais, padrões de sono e de alimentação, hábitos tabágicos, utilização de álcool e participação comunitária, concluindo que há uma relação causal forte entre a maneira de viver e a morbidade e mortalidade (Berckman & Breslow, 1983). O conceito tornou-se tão importante que nos U.S.A. o estilo de vida é considerado, só por si, responsável por 43% das causas de morte, sendo os restantes factores; o meio ambiente responsável por 19%, a biologia humana (27%) e a organização dos cuidados de saúde (11%) (Mullen, Gold, Belcastro & McDermott, 1986).

Com efeito os grandes problemas de saúde actuais são muito diferentes dos que se colocavam no início do século. Nessa altura as principais causas de morbidade e mortalidade eram a tuberculose, a gripe e a pneumonia, o sarampo e poliomielite. Nos últimos 80 anos a evolução das ciências básicas e aplicadas conduziu à redução ou eliminação dessas grandes causas de origem infecciosa. Em compensação du-

rante esse mesmo período de tempo houve um incremento notável de morbidade e mortalidade provocadas por outras doenças não infecciosas tais como as doenças cardiovasculares, o cancro de pulmão, abuso de drogas e álcool, acidentes motorizados. Ora estas causas de morbidade e mortalidade, que tendem a acumular custos insuportáveis para as sociedades modernas, derivam, em grande parte, dos comportamentos das pessoas, comportamentos esses integrados num estilo de vida. São esses comportamentos e estilos de vida que é necessário modificar. O psicólogo é o profissional mais habilitado a provocar modificações de comportamento e por isso a sua acção em equipas multidisciplinares de saúde se torna imprescindível.

A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA SAÚDE

Na definição de saúde comportamental e de *wellness* podemos identificar três grandes linhas que interessam o psicólogo:

- Responsabilidade individual pela sua própria saúde;
- Implementação por iniciativa pessoal ou de grupos autónomos, de comportamentos e estilos de vida que a investigação tem demonstrado estarem associados a uma boa saúde.

Estas duas grandes linhas constituem, sem dúvida, objecto privilegiado da intervenção psicológica. Com efeito, assumir a responsabilidade pelo próprio comportamento pode ser entendido de forma semelhante a considerar-se "origem" (DeCharmes, 1968), o que é facilitado pelo facto de possuir um locus de control interno (Rotter, 1966), ou de possuir uma complexidade cognitiva elevada. Por exemplo se considerarmos a teoria do sistema conceptual (Harvey, Schroeder & Hunt, 1961) verificamos que os indivíduos que funcionam em níveis cognitivos mais complexos têm maior capacidade para assumir a responsabilidade pelas suas acções. Esta dimensão mais estrutural-cognitiva do ser humano pode ser desenvolvida intencionalmente através da intervenção psicológica. O desenvolvimento destas características psicológicas tornar-se-ia então mediador importante na promoção da saúde, na medida em que precedem a capacidade para assumir a responsabilidade e iniciativa individuais, sem as quais os próprios programas tenderiam a fracassar.

A terceira grande linha identificada no conceito de saúde comportamental que interessa os psicólogos refere-se à:

- Aprendizagem de conhecimentos e comportamentos que se constituirão num estilo de vida pessoal.

Os comportamentos a aprender têm sido associados a mais saúde e melhor qualidade de vida. Quaisquer publicações periódicas, das mais simples e populares às mais especializadas, fazem referências insistentes a esses comportamentos. As pessoas são expostas diariamente a sugestões acerca de comportamentos a implementar para promover uma boa saúde. Apesar disso, o cidadão comum, embora os conheça, não os implementa. Tal situação evidencia algo que é objecto da psicologia desde sempre e que se pode resumir à afirmação de que não chaga saber o que fazer para fazer. A aprendizagem de conhecimentos não se adquire por mera exposição à informação. A aprendizagem que conduz a uma modificação eficaz do comportamento implica o recurso a estratégias deliberadas de intervenção psicológica. Estas pertencem, obvia-

mente ao universo dos profissionais de psicologia. Daqui a nossa convicção da importância de haver psicólogos integrados em equipas pluridisciplinares. Esta aliás é uma das características salientes da medicina comportamental.

CONCLUSÃO

O virar do século surge com o panorama sombrio de uma diminuição crescente da qualidade de vida dos cidadãos derivada do próprio desenvolvimento das sociedades modernas. As doenças ditas da civilização crescem em quantidade. Na maior parte essas doenças derivam da utilização de comportamentos inadequados por parte dos indivíduos.

O aumento da consciência da situação por parte da comunidade tem exigido respostas mais diferenciadas por parte dos fornecedores de saúde que ultrapassam a capacidade da tradicional equipa constituída por médico e enfermeiro, para englobar profissionais mais diferenciados nomeadamente o psicólogo.

Com efeito a consciência e concomitante exigência actual do cidadão acerca da qualidade de vida representa um desafio importante para a grande variedade de profissionais capacitados para intervir na melhoria dessa qualidade de vida nomeadamente (embora não só) através da mudança do estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- Berkman, L.F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- DeCharmes, R. (1968). *Personal causation*. New York: Academic Press.
- Harvey, O.J., Hunt, D.E. & Schroder, H. (1961). *Conceptual Systems and personality organization*. New York: John Wiley & Sons, inc.
- Kaplan, R.M. (1984). The connection between clinical health promotion and health status - A critical overview. *American Psychologist*, 39 (7), 755-765.
- Klippel, J.A. & DeJoy, D.M. (1984). Counseling psychology in behavioral medicine and health psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 219-227.
- Krantz, D.S., Grundberg, N.E. & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review Psychology*, 36, 349-383.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- McQueen, D.V. (1987). A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. *Rev. Epidém. et Santé Public*, 35, 28-35.
- Mullen, K.D., Gold, R.S., Belcastro, P.A. & McDermott (1986). *Connections for Health*. U.S.A.: Wm. C. Brown Publishers.
- Périsse, P.M. (1985). Psicologia da saúde: novos horizontes para a pesquisa e prática psicológica. *Arq. Bras. Psic.*, 3, 112-121.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *The Journal of Youth and Adolescence*, 13 (1), 73-92.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1,

249-251.

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN HEALTH PROMOTION

This article enhances health, not disease. We defend the idea that promoting health is more important than preventing or treating disease. This concept stems from the evolution of modern society which demands a more active participation of its members, from the exponential increase of expenses with health care and the increase in mortality and morbidity caused by people's behaviour. We believe that the psychological intervention in health should be based on education models instead of the traditional medical models in psychology. In health psychology our primary objective is the choice of a healthy life style. Such a choice, implies two components, a structural-cognitive one, enhancing the ability of assuming personal responsibility in one's health, and the other enhancing the behaviours one must include in a health life style.

RÉSUMÉ

L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans cet article on met l'accent sur la santé, et par sur la maladie, en réhaussant que la promotion de la santé est beaucoup plus importante que la prévention ou le traitement de la maladie. Cette conception est ancrée dans l'évolution des sociétés modernes qui exigent une participation plus active de ses membres, de la croissance exponentielle des dépenses avec les soins de la santé et de l'augmentation des causes de mortalité et morbidité rapportées au comportement des personnes. Ainsi, l'intervention dans la psychologie de la santé doit être basée sur des modèles d'éducation et par sur des modèles médicaux traditionnels de la psychologie. L'objectif prioritaire est, dans ce cadre là, le choix d'un style de vie sain. Ce choix implique deux composantes, l'une plus structurale-cognitive mettant en relief la capacité de prendre de la responsabilité personnelle pour sa santé et l'autre, se référant aux comportements engagés pour atteindre ce style de vie.

A ORGANIZAÇÃO LÍMITROFE DA PERSONALIDADE E SUAS MANIFESTAÇÕES NO RORSCHACH

NINA DIEZ PRAZERES (*)

O presente trabalho divide-se em duas partes. Na primeira apresentam-se os aspectos fundamentais que caracterizam a organização limítrofe da personalidade numa perspectiva dinâmica. Na segunda parte, após referir a importância da aplicação de uma bateria de testes para a avaliação e diagnóstico daquela organização, o autor detem-se na apresentação das características do Rorschach de pacientes limítrofes.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A ESTRUTURA DA "ORGANIZAÇÃO LÍMITROFE DA PERSONALIDADE"

A designação de "organização limítrofe de personalidade" diz respeito a um conjunto de situações psicopatológicas que ocupam uma posição intermédia entre a psicose e a neurose, não no sentido de situações que oscilam entre uma e outra, mas como possuindo uma organização particular e estável da personalidade. Esta organização corresponde a uma fixação patológica e/ou regressão a um estágio do desenvolvimento intermédio entre as duas situações citadas (1).

No decurso do desenvolvimento das relações de objecto interiorizadas e inerente desenvolvimento das estruturas psíquicas, estes indivíduos regrediram ou ficaram patologicamente fixados num estágio de desenvolvimento em que a diferenciação entre as representações do self e as do objecto alcançou um grau suficiente para permitir uma relativamente boa distinção entre eles e uma concomitante integridade das fronteiras do ego, na maioria das áreas de funcionamento. As fronteiras do ego falham apenas nas áreas em conexão com as relações interpessoais significativas, onde ocorre a identificação projectiva e a fusão com os objectos idealizados, observável, em particular, nos movimentos transferenciais destes pacientes. Este estabelecimento das fronteiras do ego é considerado uma pré-condição estrutural para o estabelecimento do exame da realidade. Deste modo, uma das características das personalidades limítrofes é a permanência do exame da realidade, no sentido restrito de diferenciação entre experiência interna e experiência externa, aspecto que permite diferenciar estes indivíduos dos psicóticos, conquanto os aspectos mais subtis da avaliação realista dos afectos, pensamentos e comportamentos não estejam presentes. É, no entanto, de salientar que, se a capacidade de exame da realidade se mantém em situações correntes nesses indivíduos, ela pode desaparecer temporariamente em situações de "stress", de regressão induzida pelo efeito de drogas, em situações pouco estruturadas como as dos testes projectivos facilitadores da interferência do processo primário de pensamento e, como já foi referido, durante a transferência, altura em que estes pacientes desenvolvem uma psicose de transferência.

Atingindo este estágio de diferenciação, os indivíduos limítrofes fracassam na tarefa seguinte que levaria à constância de objecto, isto é, ao estabelecimento de relações de objecto total, ao início da posição depressiva; ou seja, falha aquilo que Kernberg (1975, p. 162) considerou ser a segunda tarefa do ego:

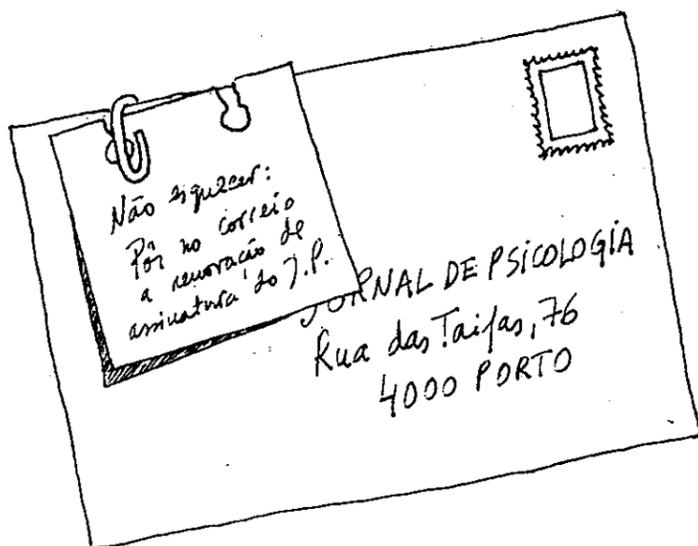
integração das imagens do self e das imagens do objecto libidinalmente determinadas com as respectivas imagens agressivamente determinadas.

Esta integração daria origem a um autoconceito mais realista assim como a uma representação do mundo objectal também mais realista o que constitui, num sentido lato, a "identidade do ego" típica da normalidade e do neurótico; possibilitaria igualmente que o carácter avassalador que caracteriza os afectos primitivos, fosse substituído por um leque mais variado e rico de matizes afectivos. Deste modo, os afectos do indivíduo com uma organização limítrofe da personalidade são expressões primitivas, persistindo uma tendência para a erupção de estados afectivos primários de carácter avassalador que, juntamente com a intolerância à frustração verificada nestes pacientes, contribui para a precariedade das suas relações objectais (parciais). A falta de um autoconceito integrado e, paralelamente, a falta de uma representação integrada do mundo objectal constitui o "síndrome de difusão de identidade" característica da organização limítrofe.

A falência na segunda tarefa do ego - a integração - é devida à predominância patológica de representações do self e do objecto determinadas agressivamente. Esta intensidade da agressão faz com que as representações boas sejam fortemente idealizadas, numa forma defensiva, contra a sua possível destruição pela agressão. Esta polaridade extrema torna a integração impossível pois esta conduziria a uma ansiedade e culpa insuportáveis, pela ameaça que sofreriam as boas relações externas e internas. A clivagem entre os aspectos contraditórios torna-se assim um mecanismo defensivo predominante. Steiner (1979, p. 385) considera tratar-se de:

pacientes que não são francamente psicóticos mas que utilizam mecanismos psicóticos e que têm de lidar com ansiedades de proporções psicóticas.

Considera ainda que a personalidade limítrofe permanece numa fronteira entre a posição esquizo-paranoide e a posição depressiva, num estado em que se defende da dor psíquica, da eminência de perda da realidade interna, da perda do self e



ASSINATURA ANUAL
(Portugal)
Individual: 1 000\$00
Instituições: 2 000\$00
Números atrasados: 200\$00

... o seu jornal de Psicologia!

(*) Psicóloga Clínica

A correspondência para este artigo deverá ser dirigida, para Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres, Rua Gonçalves Ramos, Prédio B r/c Dto. - 2700 AMADORA.

do objecto. Neste sentido, a organização limítrofe pode ser encarada como uma forma de defesa anti-depressiva organizando-se segundo Matos (1983, p. 32), antes da depressão,

no justo momento em que o indivíduo é assolado pelas angústias que traduzem a ameaça de perda: a angústia de separação (...).

Na organização limítrofe o ego é protegido de conflitos mantendo activamente separadas experiências contraditórias do self e dos objectos, evitando a ambivalência. Estes estados contraditórios são activados alternadamente, produzindo um dos sintomas mais característicos destes indivíduos, e, desde que possam ser mantidos separados, é evitada a ansiedade.

O "síndrome de difusão de identidade", juntamente com o conjunto de mecanismos de defesa primitivos, tais como a clivagem, aqui empregue como clivagem entre estados contraditórios e não em sentido mais destruturante, idealização primitiva, negação (denial) (2), projecção e identificação projectiva, onnipotência e desvalorização, constituem o que Kernberg (1975) considera serem as manifestações específicas da fraqueza do ego.

O uso de mecanismos de defesa deste tipo altera substancialmente a avaliação dos outros que são percebidos de forma irrealista, fortemente fantasiada, tendendo a ser encarados como totalmente bons ou totalmente maus, numa posição univalente típica do paciente limítrofe, incapaz de sentir ambivalência.

Esta posição univalente, este mundo dividido em objectos perseguidores e objectos idealizados, interfere com a integração do superego, devido à natureza extremamente sádica e superidealizada dos percursos do superego, levando à projecção dos aspectos exigentes e proibitivos, aumentando o carácter ameaçador do exterior e, concomitantemente, os traços paranóides do indivíduo, o que acaba por reforçar os mecanismos de defesa e a fraqueza do ego assim como impede a introjecção de imagens parentais mais realistas.

Perante a ausência de relações de objecto total, os sentimentos de depressão, preocupação pelo objecto, culpa, atitudes reparadoras que, numa visão Kleiniana (Segal, 1975), representam a base das actividades criativas e sublimatórias, estão ausentes. Encontramos assim a "depressão" característica das organizações limítrofes: em vez de luto, anseio, tristeza perante o sentimento de perda do amor do objecto, estes indivíduos sentem verdadeiramente a perda do objecto com sentimentos de vazio, isolamento, raiva e sentimentos de anulação por forças exteriores pelas quais se sentem ameaçados face à falta do objecto externo idealizado, objecto com funções de protecção, verdadeiro objecto anaclítico, a cuja ausência reage com reacções intensas de ansiedade de separação.

A ausência de necessidades reparadoras vai no sentido da ausência de desenvolvimento de canais sublimatórios, considerado por Kernberg (1975) um aspecto não específico da fraqueza do ego. A falha do controlo dos impulsos - que não é generalizada mas sim fortemente individualizada e cuja especificidade é tipicamente manifestada pela egossintonia dos impulsos que estão a ser expressos durante o tempo do comportamento impulsivo e pela sua natureza repetitiva -, a intolerância à ansiedade e enfraquecimento do exame da realidade sob as condições já indicadas, são, igualmente, aspectos não específicos da fraqueza do ego. Deste modo a criatividade seria um as-

pecto ausente nestes indivíduos levando Kernberg (1975) a considerar que a existência da capacidade para verdadeiras actividades criativas seria um elemento positivo para o prognóstico.

A ausência de sentimentos profundos juntamente com a falta de integração de um autoconceito realista bem como de uma representação objectal total condiciona uma falta de empatia com os outros, cujos sentimentos profundos, incapazes de alcançar, são também incapazes de ser compreendidos. Esta in-capacidade para avaliar realisticamente os afectos, comportamentos e pensamentos dos outros é um aspecto subtil do exame da realidade ausente nestes indivíduos. Esta incompreensão estende-se a si próprio com a presença de sentimentos de despersonalização e irrealidade, devidos à falta de um autoconceito que daria um sentido de continuidade existencial à identidade do indivíduo que se reconheceria o mesmo quer num eixo diacrónico quer num eixo sincrónico. O conhecimento que tem dos outros e de si próprio é superficial e distorcido e as relações íntimas tendem a ser infiltradas pela agressão pré-genital, com medo de retaliação e necessidade de controlar o objecto para que este não ataque (projectão da agressão). Este aspecto reflecte a identificação projectiva em que ocorre uma indiferenciação entre self/objecto na área particular em que ela se verificou. O indivíduo oscila assim entre uma aproximação excessiva em busca de um objecto protector e uma distância também excessiva, desconhecendo a distância óptima; Rey (cit. por Steinberg, 1979) designa esta oscilação por "dilema claustrofobia-agorafobia", considerando que, sob ansiedade agorafóbica, o indivíduo corre para os objectos fazendo identificações maciças e imediatas e que, perante a intimidade, tem medo de ser submergido.

Numa tentativa para diferenciar pacientes psicóticos, limítrofes e neuróticos, transcreve-se um excerto de Kernberg (1975, p. 39):

(...) os pacientes psicóticos possuem uma severa falha do desenvolvimento egóico, com predominância de imagens do self e do objecto indiferenciados, e concomitantemente ausência do desenvolvimento das fronteiras do ego; os pacientes limítrofes tem um ego mais integrado do que os psicóticos, com maior diferenciação entre as imagens do self e do objecto e com o desenvolvimento de firmes fronteiras do ego em todas as áreas excepto nas relacionadas com envolvimento interpessoal; apresentam tipicamente o "síndrome de difusão de identidade"; os pacientes neuróticos apresentam um ego forte com completa separação entre imagens do self e do objecto e concomitantemente delimitação das fronteiras do ego; não apresentam o "síndrome de difusão da identidade.

MANIFESTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO LIMÍTROFE DA PERSONALIDADE NO RORSCHACH

Embora o nosso interesse seja relativo às manifestações da personalidade limítrofe no Rorschach, não é demais salientar a importância, para o seu diagnóstico, de uma bateria de testes na qual as diferenças de funcionamento que se verificam são, por si só, reveladoras de uma forma particular de funcionamento. Neste sentido Smith (1980) afirma:

não acredito que o paciente limítrofe possa ser diagnosticado com confiança na base do Rorschach apenas. O diagnóstico competente requer sempre uma bateria de testes (p. 61).

Neste contexto, o factor mais saliente é o de um desempenho praticamente intacto em testes estruturados, como as escalas de Wechsler, associado a protocolos de Rorschach com respostas nitidamente desviantes, o que atesta a sua capacidade tanto para um funcionamento adequado como para um fortemente desorganizado. Gorney e Weinstock (1980) consideram ainda que os pacientes limítrofes manifestam uma tolerância notável para a aceitação do pensamento patológico que se tornou uma parte permanente da sua estrutura de carácter. Deste modo Gorney e Weinstock (1980) afirmam que o padrão de respostas desviantes tende a ser dado de uma forma egossintónica, os perceptos tendem a ser arbitrários, por vezes fluidos, e as convenções lógicas são facilmente quebradas, com um grau relativamente elevado de conforto e ausência de ansiedade manifesta. Este desempenho pobre, que aumenta com a diminuição de estrutura do teste, é patognomónico do funcionamento limítrofe. As dificuldades de funcionamento e de manutenção do exame da realidade no Rorschach são a tradução das dificuldades de funcionar adequadamente em situações que não providenciam uma estrutura de suporte a um ego deficientemente organizado. No entanto, ao contrário dos esquizofrénicos, os pacientes limítrofes são capazes de usar a estrutura externa para evitar ou recuperar de uma regressão, podendo frequentemente reconhecer a distorção do percepto elaborado, quando questionados. Verifica-se assim que o exame da realidade se encontra comprometido, quando as tarefas pedidas obrigam o indivíduo a recorrer às suas experiências internas, e que o potencial de perda do exame da realidade aumenta, quando surge material conflituoso específico, como, por exemplo, perante a emergência de temática agressiva, de dependência ou percepção de movimentos humanos interactivos. Em situações estruturadas, orientadas para a realidade, mantém-se o exame da realidade sendo raro encontrar uma perturbação formal do pensamento ou do seu conteúdo. De facto, se tal se verificar e estiver associado a uma severa perturbação no Rorschach, tal é, segundo Sugarman (1980),

suficiente para favorecer um diagnóstico de esquizofrenia em detrimento do de organização limítrofe (p. 43).

Focando a nossa atenção no protocolo do Rorschach, procuraremos manifestações da fraqueza do ego, específicas e não específicas, como impulsividade, tolerância limitada à ansiedade e aos afectos depressivos, problemas de integração dos afectos com os aspectos cognitivos, sinais de excessiva agressão pré-edipiana, crueza no conteúdo do pensamento e na expressão dos afectos, falência das capacidades sublimatórias, perda do exame da realidade, patologia das relações de objecto interiorizadas e mecanismos de defesa primitivos. Na medida em que diferentes estilos de carácter podem ter por estrutura uma organização limítrofe, a natureza específica destas perturbações deverá ser ponderada de acordo com o estilo de carácter no qual se verifica.

No que respeita à capacidade de manter o exame de realidade, pode, numa primeira análise, atender-se aos valores de R (número de respostas), de L (lambda) e do F+% (forma

pura convencional). No número total de respostas do protocolo, será evidente uma variação de acordo com o estilo de carácter do paciente, sendo de esperar que indivíduos hipomaníacos, paranóides ou narcísicos e alguns obsessivo-compulsivos "cilindrem" o examinador com elevado número de respostas, enquanto que os esquizoides, personalidades infantis e depressivo-masoquistas terão tendência a serem mais constrictos. A influência do estilo de carácter será também evidente no L (lambda) onde os caracteres obsessivo-compulsivos, com a preocupação do perfeccionismo e com defesas mais intelectualizadas, darão um L (lambda) mais elevado do que as personalidades infantis com tendência a descargas afectivas. Relativamente ao F+% verifica-se que, numa forma geral, os valores obtidos estão dentro das normas mas tal avaliação deve ser ponderada pelo exame dos aspectos qualitativos das respostas pois, regra geral, tal é conseguido através de perceptos vulgares e pouco elaborados, não havendo evidência de qualquer capacidade criativa o que, possivelmente, traduz a falência dos processos sublimatórios. Na verdade, quando tentam basear-se mais em pistas internas e formular perceptos mais criativos, tendem a distorcer severamente a realidade o que se traduz em respostas F-; estas respostas surgem ainda associadas sobretudo a materiais conflituosos específicos, como já foi referido.

A perda ou enfraquecimento do exame da realidade traduz-se também pela emergência do processo primário no pensamento. Este aspecto pode ser avaliado pela presença de respostas que dão lugar à codificação de fenómenos especiais. Verifica-se que, nos protocolos dos pacientes limítrofes, são raras ou mesmo inexistentes as respostas de contaminação (CONTAM), manifestações de perturbação severa do pensamento. No caso raro de ocorrência de tais respostas, o paciente limítrofe, se confrontado com a resposta, consegue um distanciamento suficiente que lhe permite uma atitude crítica face ao percepto e uma recuperação dos limites perdidos. Estas respostas, típicas dos processos esquizofrénicos, reflectem a perda de limites entre self e objecto e podem ser encaradas como exemplo do mecanismo de condensação do processo primário. Os pacientes limítrofes tendem, mais frequentemente, a dar respostas que traduzem formas menos severas de perda dos limites entre realidade externa e realidade interna. Deste modo, são mais frequentes as Respostas Circunstanciais (DR), nas quais perceptos parcialmente adequados são grandemente elaborados de uma forma irrealista ou indiossincrática, e Combinações Fabuladas (FABCOM), nas quais são propostas relações implausíveis entre os objectos percebidos. A existência destas respostas traduz a facilidade com que a realidade externa pode ser invadida pelas colorações afectivas e fantasias do mundo interno do paciente e o grau em que a experiência relacional está a ser influenciada por percepções irrealistas das relações interpessoais. São também frequentes as respostas que utilizam uma Lógica Inapropriada (ALOG). Smith (1980) propõe a identificação de dois níveis de gravidade nas respostas em que se verifica uma Combinação Incongruente (INCOM). Neste sentido, considera serem raras ou mesmo inexistentes respostas INCOM bizarras, que envolvem uma quase contaminação de perceptos animados e inanimados no mesmo objecto (ex: "duas bruxas com metralhadoras por braços"); a presença de uma única resposta deste tipo constituiria um forte indicio de um processo psicótico. Pelo contrário, as INCOM de nível superior seriam frequentes

(ex: "um homem com asas"). Este tipo de combinações impossíveis de objectos geralmente adequados ou de relações fantasiadas entre objectos pode traduzir o grande empenhamento em combinar objectos percebidos como separados, devido a preocupações de ordem simbiótica. É também possível verificar-se a ocorrência de Respostas Confabuladas (CONFAB), expressão de uma organização perceptual arbitrária na qual a parte define o todo.

Relativamente à organização afectiva, é comum encontrar, em todos os estilos de carácter, uma vacilação entre hipercontrolo da experiência afectiva e uma atitude de ser passivamente submerso por ela. A dificuldade em controlar e modular a experiência emocional reflecte-se nas respostas de cor cromática, sendo frequente verificar-se que CF+C é maior do que FC, indicador da pobreza de integração do afecto com a ideação. Embora seja raro encontrar mais do que uma resposta C puro, a perturbação do afecto pode ser observada na pobre integração da cor no percepto e na fraqueza da aderência à realidade perceptual, traduzida em respostas de pobre qualidade formal, geralmente associadas com conteúdos geradores de ansiedade. Deste modo, são também frequentes respostas FC arbitrárias, nas quais a cor é incluída no percepto apenas por existir no cartão independentemente da sua adequação ou não ao objecto (ex: "macacos azuis"). Respostas deste tipo reflectem a incapacidade do indivíduo para impedir que a cor se torne parte do objecto quando inapropriada e, portanto, grande passividade perante as suas emoções e dificuldades no seu controlo. Este modo de lidar com a emoção predispõe o paciente limítrofe a uma expressão do afecto arbitrária e não modulada. Outros tenderão a lutar contra a expressão afectiva, surgindo resposta de "nomeação da cor" (Cn) ou de rejeição, sendo predominantemente utilizadas as cores frias como expressão de uma experiência emocional insípida. Frequentemente estas defesas contra os afectos falham e os pacientes mostram súbitas descargas afectivas, sendo frequente que, em protocolos em que a cor é pouco utilizada surjam subitamente C puros ou FC de má qualidade formal.

Como já foi referido, estes pacientes possuem um nível elevado de agressão pré-edípica, que se reflecte no conteúdo das respostas de temática agressiva a qual, frequentemente, se refere a perceptos com conotação oral (ex: bocas, dentes, etc.). A agressividade é pouco elaborada e surge com uma crueza facilmente identificável. Num estudo com pacientes hospitalizados, verificou-se que as respostas que envolvem "explosões", movimento inanimado (m) juntamente com o uso do vermelho ou laranja, estão empiricamente associadas à ocorrência de comportamento violento; se as "explosões" estão ausentes deste grupo de respostas, o paciente tem mais tendência a um comportamento de "acting-out".

A dificuldade destes pacientes em lidar com a ansiedade reflecte-se na sua reacção ao sombreado dos cartões, verificando-se várias reacções de choque ao sombreado. Frequentemente reagem ao sombreado sem serem capazes de o integrar, dando respostas em que ele foi claramente um determinante mas não verbalizado pelo indivíduo nem mesmo no inquérito (ex: "rua de pêlo felpuda"). Uma manobra frequente para modular a ansiedade é usar um estado de hiperalerta ao pormenor fino, característico dos processos cognitivos dos paranoides. Foi sugerido por Blatt, Wild e Johnson (citados por Sugarman, 1980) que este estado de hipervigilância pode ser uma tentativa defensiva para acentuar, e mesmo manter, os limites.

As dificuldades em lidar com os afectos depressivos são um dos traços mais característicos destes pacientes em que se revela, no Rorschach, pela forma como utilizam a cor acromática (C'). Dependendo do estilo caractereológico, podemos encontrar um número excessivo de C' ou uma ausência das mesmas. O denominador comum é, no entanto, a sua inaptidão para experienciar, modular e expressar afecto disfórico, o que se traduz no facto de C'F+C' ser frequentemente superior a FC' e em respostas de má qualidade formal. Outra manifestação potencial desta incapacidade é o evitamento de uma resposta C', na qual o paciente usou claramente a cor acromática mas não a menciona nem mesmo no inquérito (ex: "nativos africanos dançando à volta de um pote"), sugerindo a dificuldade do indivíduo em permitir-se a experiência de depressão.

No que respeita à patologia das relações de objecto interiorizadas, o funcionamento destes pacientes ao nível das relações de objecto parciais e sua dificuldade em perceber os outros como autónomos reflectem-se no Rorschach, no elevado número de respostas "par" (2), na superioridade do número de respostas de "detalhe humano" (Hd) sobre as de figuras humanas completas (H) e na superioridade destas últimas sobre as respostas de "movimento humano" (M). Como já foi referido, a percepção de movimento humano, sobretudo interactivo, é particularmente ameaçadora uma vez que, para estes pacientes a emergência de uma relação de objecto, mesmo em fantasia, está associada a intensos medos de ser submerso e invadido, aos quais resistem com a adopção de medidas defensivas. As respostas de "movimento humano" (M) adequadas tendem a ser poucas em número, duas ou menos. As respostas humanas tendem a ser pouco diferenciadas e articuladas e, por vezes, são patentes experiências de fragmentação e falhas na integração básica, na forma como o percepto humano é descrito. As pessoas não são mais do que a soma de objectos parciais, sem coesão nem organização, como acontece na seguinte resposta ao cartão III: "duas pessoas a saltar enquanto, simultaneamente, os seus interiores estão a sair. Parece que isto é a traqueia e o estômago aqui. Parece que as cavidades pélvicas vieram para fora dos corpos e elas estão a descansar, as mãos estão a descansar em cima delas". Investigações recentes de Blatt, Brenneis, Schimek e Click (citados por Sugarman, 1980) sugerem que se podem fazer distinções diagnósticas mediante a avaliação destas variáveis nas respostas humanas.

Encontram-se igualmente conteúdos típicos, nos protocolos dos pacientes limítrofes. Como já foi referido a perda do exame da realidade associa-se, geralmente, com temas de dependência, raiva, agressão e sexualidade que se revelam como áreas conflituosas específicas. Referências a perceptos que estão ligados ou "gémeos siameses", reveladores, de preocupações ou desejos de fusão simbiótica, são típicos de personalidade infantis. Estes perceptos podem reflectir distorções lógicas como na resposta ao cartão IX: "um homem grávido"; noutras respostas a tonalidade de dependência pode não ser evidente mas está presente como no caso da resposta "anémonas do mar, não podem sobreviver se não estiverem ligadas, a uma rocha", dada no cartão X (D1). O carácter paranoide dá outro exemplo de como a temática da simbiose pode ser manifestada pois, com o medo de serem invadidos ou de perderem a sua identidade, raramente dão um percepto de fusão; pelo contrário, evitam a proximidade através de uma hipervigilância ao detalhe. Respostas de reflexo e envolvendo

gémeos são típicas de personalidades narcísicas. Perceptos de objectos como coroas, armaduras e monumentos são também indicadores da grandiosidade dos narcísicos e do seu desprezo pelos outros. Imagens perigosas, destruidoras ou assustadoras, visualizadas como olhando para o examinando, são frequentes nos paranoides. São também frequentes as preocupações com sentimentos de perda ou negações dessa perda, reflectindo a falência ao nível dos movimentos de separação.

As relações de objecto parciais e univalentes traduzem-se em perceptos com qualidade unidimensional, totalmente bons ou totalmente maus, gratificadores ou frustradores. Este aspecto pode ser igualmente patente na relação estabelecida com o examinador e com o teste, tendendo à sua idealização ou desvalorização e, por vezes, a uma oscilação entre as duas atitudes.

Relativamente à utilização de mecanismos de defesa primitivos, verifica-se frequentemente uma constelação específica de operações defensivas na qual coexistem defesas de nível superior com defesas primitivas. Deste modo, as defesas de nível superior como a repressão, intelectualização e formação reactiva podem ser evidentes mas tendem a ser pouco consistentes e a dar lugar a defesas primitivas menos adaptativas. De facto, a natureza instável do funcionamento defensivo, frequentemente observada, define com segurança a organização limítrofe da personalidade mais do que a simples presença ou ausência de uma defesa particular.

Encontramos assim sinais evidentes da utilização dos mecanismos de defesa propostos por Kernberg (1980) como característicos desta organização de personalidade:

- **Clivagem:** a sua utilização permite distingui-los dos pacientes com patologia neurótica e refere-se, sobretudo, à tentativa activa de manter separadas as representações determinadas por afectos contrários. Embora possam ser experienciados ambos os polos afectivos não o podem ser simultaneamente. Deste modo, encontramos uma ênfase em perceptos de tonalidade destrutiva e negativa; estas representações "más" podem ser alternadas com perceptos positivos fortemente idealizados como "reis", "anjos", etc. A clivagem pode ainda manifestar-se nos aspectos formais do teste, uma vez que determina uma deficiência na capacidade para integrar a experiência, o que se reflecte nas respostas W. Embora o seu número possa estar nos limites normais, a sua análise mostrará que são, frequentemente, respostas globais impressionistas e banais, requerendo pouca capacidade para integrar ou articular os diferentes aspectos da mancha. Quando as W não são do tipo global, é mais frequente serem respostas de combinação, em que as diferentes partes da mancha estão pobremente ligadas ao percepto total ou entre si. Por exemplo, no cartão X, a resposta "uma cena marinha", com a enumeração de vários perceptos entre os quais o caranguejo, não requer um grau de articulação elevado.

- **Identificação projectiva:** está nitidamente associada à clivagem e, segundo Rosenfeld citado por Sugarman, 1980, p. 54,

envolve a projecção de representações do self boas ou más, precipitando, frequentemente, fusão das partes do self projectadas com os objectos externos.

Como pacientes limítrofes sofrem de intensa raiva oral,

de difícil integração ou modulação, estão sujeitos a descargas inesperadas e assustadoras de agressão, temendo, concomitantemente que os outros os sujeitem aos mesmos ataques agressivos. Deste modo, precisam de examinar consistentemente o meio, estando hipervigilantes face a potenciais fontes de perigo. Assim, devem procurar-se no Rorschach, sinais desta hipervigilância, salientando-se, no entanto, que são estes sinais, em conjugação com sinais de raiva primitiva, que distinguem o paciente limítrofe de outras patologias que utilizam igualmente a projecção. Respostas de detalhe (D e Dd) e respostas em que o sombreado do cartão é utilizado como delimitação de objectos reflectem a sensibilidade paranoide a pequenos aspectos da realidade, potencialmente perigosos. Quando os pacientes limítrofes estão a utilizar a identificação projectiva, mostram-se hipercautelosos nas suas respostas, notando-se uma elevação nos seus tempos de reacção, e excessivamente interessados no que o examinador está a registar; podem também mostrar-se preocupados com o que o examinador pretende. Os paranoides e os depressivos apresentam sinais de projecção que, geralmente, envolvem constrição: número reduzido de respostas, Lambda e F+% elevados e poucas respostas cor. O conteúdo das respostas é de natureza ameaçadora como "olhos", "dedos apontando" e "caras maliciosas". Frequentemente, tais perceptos são de má qualidade formal e de natureza confabulatória, reflectindo a perda de limites que ocorre na identificação projectiva.

Relativamente à possibilidade de identificar uma constelação de mecanismos de defesa primitivos, no Rorschach dos pacientes limítrofes, que os distinguem dos pacientes neuróticos, Lerner e Lerner (1980) lavaram a cabo um estudo que nos parece importante quer como validação experimental das concepções de Kernberg (1980) relativas aos mecanismos de defesa característicos da organização limítrofe, quer como indicador possível de forma de avaliar a presença dessas defesas nos protocolos do Rorschach. O seu estudo revelou que os pacientes limítrofes tendem a utilizar significativamente mais vezes a clivagem, a desvalorização de nível inferior, a identificação projectiva e a negação de nível inferior do que os pacientes neuróticos. A clivagem e a identificação projectiva só foram encontrados nos protocolos dos pacientes limítrofes, revelando-se assim como aqueles que mais contribuem para discriminação entre os dois grupos. Considerando que a estrutura defensiva se torna manifesta nas relações do indivíduo com os outros, os sistemas de codificação que utilizaram foi aplicado unicamente às respostas que contêm uma figura humana inteira, estática ou em movimento, com a excepção para a identificação projectiva, em que são avaliadas também respostas de detalhe humano. Apresenta-se, em seguida, o sistema de codificação proposto por estes autores para os mecanismos de defesa referidos.

Clivagem: cota-se sempre que:

A) - numa sequência de respostas, um percepto humano, descrito com uma dimensão afectiva não ambígua, não ambivalente é imediatamente seguida outra resposta humana na qual a descrição afectiva é oposta à utilizada para descrever as respostas precedentes. Ex: "parece um criminoso horrível com uma arma" imediatamente seguida por "casais sentados muito juntinhos".

B) - na descrição de uma figura humana completa, uma

distinção clara é feita de forma que parte da figura é vista como oposta à outra parte. Ex: "uma gigante. A sua parte de baixo sugere perigo mas a parte superior parece benigna".

C) - incluídas numa só resposta, existem duas figuras claramente distintas, sendo cada uma delas descrita de uma forma oposta à da outra. Ex: "duas figuras, um homem e uma mulher. Ele é mau e grita com ela. De uma forma bastante angélica ela aguenta".

D) - uma figura implicitamente desvalorizada é valorizada pela adição de um ou mais traços ou uma figura implicitamente idealizada é estragada pela adição de um ou mais traços. Ex: "um anjo sem cabeça".

Desvalorização: são considerados cinco níveis sendo o último o que diferencia os pacientes limítrofes. O nível 5 cota-se quando a dimensão humana do percepto se perde, podendo haver ou não distanciamento, da forma distorcida, no tempo e no espaço e a figura é descrita tanto em termos neutros como negativos. Este nível inclui bonecos, manequins, robots, criaturas com algumas características humanas (excepto "monstros", possuam ou não características humanas), respostas metade humanas metade animais e respostas humanas com um ou mais traços animais. Ex: "manequins com vestidos mas sem cabeças"; "duas pessoas mas metade machos metade animais. São extra-terrestres"; uma mulher com peitos, sapatos de salto alto e bico de pássaro por boca".

Identificação projectiva:

A) - respostas confabulatórias envolvendo figuras humanas nas quais a qualidade formal é má e o percepto é excessivamente "adornado" com elaboração associativa atingindo o ponto em que as propriedades reais da mancha são desrespeitadas e substituídas por fantasias e afectos. Tipicamente a elaboração associativa envolve material com significado agressivo ou sexual. Ex: "um homem enorme que me vem apanhar. Vejo os seus grandes dentes. Olha-me fixamente. Tem as mãos levantadas como se me viesse bater".

B) - respostas ou de detalhe humano cuja localização é Dr (área pequena, raramente usada e arbitrariamente delimitada), o determinante é F(C) (delimitação de formas numa área fortemente sombreada sem usar o sombreado como tal ou utiliza as manchas de sombreado numa área colorida) e a figura é descrita como agressiva ou como tendo sido agredida. Ex: "uma cara feia" (com a testa e restantes elementos vistos na porção interior do cartão IV); "um homem ferido" (cartão VI área central superior).

Negação: são considerados três níveis sendo o último o que diferencia os pacientes limítrofes. O nível 3 cota-se quando a aderência à realidade está perdida de uma forma particular. Especificamente, uma resposta aceitável torna-se inaceitável quer pela adição de algo que não está presente quer por não ter em conta um aspecto da mancha que é claramente visível. Adicionalmente, este nível pode incluir igualmente respostas nas quais se fazem descrições incompatíveis do percepto. Ex: "duas pessoas mas a sua parte superior é feminina e a inferior masculina. Cada uma tem peito e pénis"; "uma pessoas mas em vez de boca tem um bico de pássaro"; "pessoa sentada na sua própria cauda".

Numa crítica a este estudo, Smith (1980) considera

limitativa a decisão de restringir a avaliação da presença da clivagem ao conteúdo humano uma vez que tal conteúdo, e sobretudo as respostas humanas completas, são raras neste tipo de pacientes. Propõe, então, que a clivagem seja identificada com base na evidência de polarização dos afectos. Deste modo, Smith (1980, p. 75) afirma que:

quando os objectos tendem a ser vistos em termos afectivos fortes mas simples como "demónio", "anjos", "urso feroz", "cara feia", "um gigante mas parece muito amigável" é indicada a polarização e a clivagem, como defesa, pode ser inferida.

NOTAS

(1) Nesta secção são apresentados, de forma sucinta, os aspectos que caracterizam a organização limítrofe da personalidade que se encontram mais desenvolvidos num outro trabalho da autora intitulado (Prazeres, no prelo).

(2) Segundo Kernberg (1975), a negação, aqui, é, tipicamente, exemplificada pela "negação mútua" de duas áreas da consciência emocionalmente independentes (neste caso poderíamos afirmar que a negação apenas reforça a clivagem). O paciente tem consciência do facto de que, neste momento, as percepções, pensamentos e sentimentos sobre si próprio ou sobre os outros são completamente opostos aos que teve noutras alturas; mas esta memória não tem relevância emocional, não pode influenciar os seus sentimentos actuais. Posteriormente poderá voltar ao estado egóico prévio e negar, então, o actual, persistindo, igualmente, a memória mas com uma completa incapacidade para vínculo emocional destes dois estados egóicos. No mesmo trabalho, Kernberg cita ainda outros níveis de negação bem como outras formas da sua manifestação.

REFERÊNCIAS

- Athey, G.I., Fleischer, J. & Coyne, L. (1980). Rorschach object representation as influenced by thought and affect organization. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Gorney, J.E. & Weinstock, S.J. (1980). Borderline object relations, therapeutic impasse and the Rorschach. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach teste* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Janson Aronson.
- Kernberg, O.F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Janson Aronson.
- Kernberg, O.F. (1980). The conceptualization of interpsychic structures. In O.F. Kernberg, *Internal world and external reality - object relations theory applied*. New York: Janson Aronson.
- Klawer, J.S. (1980). Primitive interpersonal modes, borderline phenomena, and Rorschach content. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Lerner, P.M. & Lerner, H.D. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in Borderline personality structure. In J.S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New

- York: International Universities Press.
- Matos, A.C. (1983). Notas sobre a psicopatologia dinâmica. *Separata do Jornal Médico*.
- Prazeres, N.D. (no prelo). Alguns aspectos de organização limítrofe da personalidade. *O Médico*.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Smith, K. (1980). Object relations concept as applied to the borderline level of ego functioning. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Smith, W.H. (1980). The Rorschach, the borderline patient, and the psychotherapist. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Steiner, J. (1979). The border between the paranoid-schizoid and the depressive position in the borderline patient. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 385-391.
- Sugarman, A. (1980). The borderline personality organization as manifested on psychological tests. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.
- Sugarman, A. & Lerner, H.D. (1980). Reflections on the current state of the borderline concept. In J. S. Klawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner & A. Sugarman (Eds) *Borderline phenomena and the Rorschach test* (3rd. ed.). New York: International Universities Press.

ABSTRACT

THE BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION AND ITS MANIFESTATION ON THE RORSCHACH TEST

The present paper is formed by two sections. The fundamental aspects characterizing the borderline personality organization, in a psychodynamic view, presented in the first one. In the second section the author concentrates on the characteristics of the Rorschach test of borderline patients, pointing out the importance of using a battery of tests for the appraisal and diagnostic of this personality organization.

RÉSUMÉ

L'ORGANISATION LIMITE DE LA PERSONNALITÉ ET CES MANIFESTATIONS DANS LE TEST DU RORSCHACH

Le présent travail se divise en deux parties. On commence par l'indication des aspects fondamentaux caractérisant les organisations limites de la personnalité, d'un point de vue dynamique. Dans la deuxième partie, tout en soulignant l'importance de la passation d'une batterie de tests pour l'évaluation et le diagnostic des organisations limites de la personnalité, l'auteur se penche plus longuement sur la présentation des caractéristiques fondamentales de ces organisations-là dans les protocoles du Rorschach.

1. Devem ser enviadas três cópias (incluindo o original) do manuscrito, para o Director, *Jornal de Psicologia*, Rua das Taipas, 76 — 4000 PORTO.

2. Os manuscritos não devem, ordinariamente, ultrapassar as 12-15 páginas, dactilografadas a 2 espaços. Todas as páginas devem ser numeradas sequencialmente. Deve incluir-se um resumo em português; o título do artigo em inglês e em francês, um resumo em inglês (abstract) e em francês (résumé); os resumos devem ter aproximadamente 150 palavras. Quadros, figuras, resumo, abstract, résumé e referências bibliográficas devem ser dactilografadas em páginas separadas.

3. Da primeira página do manuscrito, devem constar as seguintes informações: a) Título do artigo; b) nome(s) e afiliação(ões) institucional(ais) do(s) autor(es); c) morada actual do(s) autor(es).

4. a) Os quadros devem ser numerados sequencialmente e devem ter título. Cada quadro deve constar de folhas separadas, e a sua localização aproximada deve ser indicada por uma linha do texto transcrita em separado (por exemplo: "O Quadro I entra aproximadamente depois da seguinte linha...").

b) Gráficos e outras figuras, também transcritos em folhas à parte, devem ser numeradas sequencialmente (ex.: fig. 1, fig. 2, etc.), e a sua localização deve ser indicada de forma idêntica à dos quadros. As figuras devem ser desenhadas a tinta da China e cuidadosamente legendadas.

c) Nos casos em que se justifique, o *Jornal de Psicologia* poderá solicitar ao(s) autor(es) uma participação nos custos de reprodução de gravuras.

5. As notas de roda-pé, dactilografadas em separado, devem ser reduzidas ao mínimo, e numeradas sequencialmente, sendo publicadas no final do texto.

6. As referências devem ser citadas ao longo do texto (e não em roda-pé), constando do nome do autor(es) seguido do ano da publicação entre parêntesis. Por exemplo: "como Piaget (1964) fez notar..." ou "Krohne e Laux (1981) concluíram que...".

A lista de referências bibliográficas deve ser organizada alfabeticamente, tendo o cuidado de sublinhar, respectivamente o: a) Título da revista onde foi publicado o artigo; b) Título do livro; c) Título do livro onde foi publicado o artigo; d) Título da comunicação. Exemplos:

- a) Artigos de revista
Abrami, P., Leventhall, L., e Perry, R. (1982). Educational Seduction *Review of Education Research*, 52, 446-464.
- b) Livros
Garber, J., e Seligman, M. (1980). *Human Helplessness*. New York: Academic Press.
- c) Artigos em livros
Dunklin, M. (1985). Research on teaching in higher education. In M. C. Wittrock (Ed.) *Handbook of research on teaching* (3rd ed.). New York: MacMillan.
- d) Comunicações
Margh, H.; e Overall, J. (1979). *Validity of students evaluations of teaching*. Comunicação apresentada no Encontro Anual da American Educational Research Association, San Francisco.
- Em caso de dúvida, os autores deverão consultar o APA Publishing Manual, 3rd edition (1983).

7. São gratuitamente fornecidas ao(s) autor(es) duas cópias do número do jornal em que saiu o respectivo artigo e dez separatas do mesmo. Outras reimpressões dos artigos são fornecidas ao preço de custo mais encargos postais, se forem requisitadas quando o manuscrito é publicado.

8. Qualquer manuscrito que não obedeça às instruções acima referidas, é passível de ser devolvido para a necessária revisão antes de ser publicado.

9. Os artigos publicados são da exclusiva responsabilidade dos autores.

10. Após a sua publicação no J.P. os artigos ficam a ser propriedade deste.

REUNIÕES CIENTÍFICAS

XXIV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA (*)

Organizado pela *International Union of Psychological Science* e pela Sociedade Australiana de Psicologia, realizou-se em Sydney, Austrália, o XXIV Congresso Internacional de Psicologia, que decorreu entre 28 de Agosto e 2 de Setembro.

Este XXIV Congresso, que atraiu cerca de 4 000 participantes provenientes de todos os continentes, evidenciou bem a resposta e o desenvolvimento da comunidade internacional dos psicólogos. Cerca de 2 500 comunicações, assinadas por cerca de 3 000 autores abarcando todas as áreas e domínios da psicologia, foram apresentadas ao longo de cinco dias de duração, da maior e mais importante reunião científica internacional no domínio da psicologia, que se realiza de quatro em quatro anos.

PROGRAMA CIENTÍFICO

O Programa Científico englobou sete tipos principais de apresentação: *Keynote address*; Oradores convidados; *Symposia*; Jovens psicólogos; Foruns internacionais; Comunicações livres e *Workshops*.

Ao nível das *conferências* preferidas pelos oradores principais e convidados, num total de cerca de 90 apresentações, algumas merecem um destaque particular, não só pela qualidade da apresentação, mas também pelo interesse e discussão que geraram. É o caso das conferências sobre a análise ecológica do *self*. (U. Neisser, EUA), o conhecimento actual da estrutura da personalidade (R. Cattell, EUA), as expectativas, acções e atribuição na sequência da interacção (E. Jones, EUA), a psicologia ecossistémica (R. Diaz-Guerrero, México), desenvolvimento humano (P. Baltes, RFA), inteligência artificial (G.

Salomon, EUA), conceitos e modelos de educação pré-escolar (M. Kalmar, Hungria), a identificação precoce do fraco rendimento escolar (I. Knopf, EUA), o desenvolvimento do conhecimento na criança (J. Flavell, EUA), modelos mentais na compreensão de texto (G. Bower, EUA), imaginação, personalidade e saúde física (J. Singer, EUA), a psicologia das coisas de todos os dias (D. Norman, EUA), modalidades de imaginação e memória (A. Paivio, Canadá), o problema do determinismo na psicologia (B. Lomov, URSS), a psicologia cognitiva e a ciência da inteligência (F. Klix, RDA), causas e efeitos psicológicos do terrorismo (J. Groebel, RFA), teoria social cognitiva (A. Bandura, USA), memória e consciência (E. Tulving, Canadá), desenvolvimento de comportamentos problemáticos na adolescência (R. Silbereisen, RFA), motivação, afecto e metacognição na aprendizagem das crianças (S. Paris, EUA), a transmissão da investigação psicológica em práticas e políticas educacionais (R. King, Austrália), e activação, elaboração e consciência (G. Mandler, EUA).

O programa de *Symposia e comunicações*, com um total de cerca de 2350 apresentações, abrangeu uma vasta gama de temas e domínios e muitos deles contribuíram para a elevada qualidade científica do congresso, através da presença e contributo de alguns dos mais conceituados teóricos e investigadores nos respectivos domínios.

A psicologia cognitiva constituiu tema dominante de vários *symposia* e comunicações que abordaram assuntos como: aspectos quantitativos e qualitativos da tomada de decisões (H. Montgomery, L. Sjöberg); reconhecimento do discurso (J. Morais); competências cognitivas e psicomotoras (D. Glencross); teoria e aplicações da imaginação mental (D. Marks, J. Singer, A. Sheikh, E. Klinger e P. Sheenan); investigação e avaliação da inteligência (M. Eysenck, H. Rowe, J. Horn, E. Hunt, M. Richelle, J. Pellegrino, R. Snow, J. Carroll e K. Raheim); mecanismos de controlo e decisão na memória, recordação e reconhecimento (E. Tulving, W. Estes); dificuldades de aprendizagem, abordagens à análise da acção (A. Bandura, N. Feather, D. Birch, B. Weiner, J.

Kuhl); inteligência artificial (J. Scandura; velocidade do rendimento, processos psicológicos e movimentos dos olhos, processamento da linguagem, leitura e escrita, processamento cognitivo da informação pelo cérebro (N. Nirbaumer, P. Lang, H. Markowitsch); neuropsicologia da imaginação (A. Paivio, J. Richardson); organização neural da aprendizagem e memória; neuropsicologia cognitiva (D. Bishop, D. Schachter).

Na área da psicologia clínica e da saúde e da consulta psicológica, a natureza e tratamento das desordens de ansiedade (D. Barlow, P. Lang e P. Lovibond, entre outros), a natureza e tratamento da depressão (P. Wilson, L. Rehm), a investigação em esquizofrenia (M. Goldstein, R. Cohen, P. Holtzman), as intervenções inovativas na investigação sobre os cuidados de saúde (J. Mattarazo, C. Atkins, R. Kaplan), o apoio social e saúde (R. Schwarzer, D. Frey), as intervenções sociais e comportamentais em doenças cardio-vasculares (S. Lovibond, E. Lefebvre), os paradigmas da investigação em psicologia da saúde (H. Leventhall e J. Pennebaker), a consulta psicológica (R. Nelson-Jones, A. Ivey, C. Williams) e a auto-actualização na consulta psicológica (P. Pedersen), foram alguns dos temas abordados.

Igual destaque mereceram também os *symposia* subordinados a temas como: emoção e julgamentos sociais (J. Forgas, G. Bower e B. Weiner, entre outros); expressão e desenvolvimento emocional (C. Izard); afecto e cognição social (R. Zajonc, J. Argyle e K. Schwarzer, entre outros); stress e emoções (C. Spielberger, M. Bernard, R. Schwarzer, J. Brebner, J. Strelan, B. Strickland); cognição, emoção e confronto (N. Frijda, L. Laux e C. Carver) e ansiedade e rendimento (M. Borkaerts, C. Carver e R. Pekrun).

No domínio da psicologia educacional e da aprendizagem, a teoria da aprendizagem do estudante (J. Biggs, P. Janssen, S. Paris, C. Weinstein, J. Kirby), a análise experimental dos processos de reforço, a psicologia da aprendizagem da matemática (L. Resnick), o condicionamento e aprendizagem, o auto-conceito e realização escolar (H.

Marsh), aprendizagem e processos cognitivos (J. Lautrey e P. Bovet) e a motivação e volição (J. Kuhl, G. D'Ydewalle, E. Klinger, entre outros), constituíram os tópicos dominantes de alguns *symposia*.

O desenvolvimento psico-social dos adolescentes (J. Conger, D. Brown e J. Marcia, entre outros), o desenvolvimento da personalidade da adolescência à idade adulta (A. Petersen e R. Silbereisen), os processos de desenvolvimento cognitivo (J. Flavell e M. Anderson), o funcionamento cognitivo e contexto social na idade adulta (J. Hechhausen e M. Baltes), o envelhecimento cognitivo, a socialização da emoção, os modelos de desenvolvimento (S. Scarr, I. Siegal e J. Kagan) e a aprendizagem, ensino e desenvolvimento da linguagem (C. Snow), foram também alguns dos *symposia* apresentados no domínio da psicologia do desenvolvimento.

No domínio da psicologia social e organizacional alguns dos *symposia* com maior impacto abordaram aspectos como: a influência interpessoal e poder social (B. Raven); a psicologia social das relações íntimas (G. Fletcher, F. Fincham e J. Argyle); o comportamento face à televisão (R. Petty, W. McGuire, d'Ydewalle); as atitudes e outros determinantes cognitivos do comportamento; a felicidade e emoções positivas; a psicologia social da persuasão (R. Cialdini, R. Petty e T. Brock); a honestidade e decepção, a influência social (B. Latane); a psicologia organizacional (L. Porter, J. Misumi e B. Wilpert); os processos de liderança nas organizações de Este e Oeste (P. Smith e F. Heller); as novas tecnologias e mudança dos padrões de trabalho (R. Payne); os interesses profissionais, o *stress* e *burnout* profissional; as tendências europeias na psicologia do trabalho (R. Roe, P. Drenth e C. Levy-Leboyer); os *managers* do futuro, cultura organizacional e estratégias de inovação (G. de Cock e W. Lens); a selecção de pessoal (H. Schuler, N. Schmitt) e o impacto psicológico do desemprego.

A psicologia comparativa foi também um domínio particularmente em foco, com *symposia* sobre os primatas como modelos para a conceptualização, o comportamento animal e o comportamento humano, o desenvolvimento da psicologia comparativa (J. Barlow, EUA), os estudos comparativos em percepção, aprendizagem e

cognição (B. Zoetke e S. case), o comportamento emocional, a evolução da lateralidade (J. Lockard, J. Ward) e a contribuição dos *rattus norvegicus* para a psicologia comparativa (M. Renner).

Finalmente, outros *symposia* permitiram a abordagem de temas como: a personalidade e predictabilidade do comportamento humano (P. Costa, J. Strelan, N. Endler); a agressão humana (D. Perry e J. Rushton); as necessidades, valores e interesses (D. Super); psicologia desportiva - o atleta de elite (L-E. Unestahl, D. Glencross, G. Roberts e L. Williams); a psicologia desportiva nos jogos olímpicos (S. Murphy, C. Martin e J. May); a construção de testes (J. Raven e R. Hambleton); as vantagens sociais e económicas dos testes psicológicos (J. Zaal e K. Miller); o comportamento reprodutivo (H. David e W. Miller); violência e abuso sexual (C. Ward); estratégias de prevenção e intervenção na SIDA, inseminação artificial; efeitos da repressão e tortura, terrorismo internacional, prevenção da guerra nuclear; terapia sexual e conjugal e psiconeuroimunologia, entre outros temas.

No programa de apresentações feitas por *jovens psicólogos*, num total de 70, foram abordados, entre outros, temas como os factores psicológicos das desordens de pânico (A. Enlers, Alemanha), sistemas de apoio social dos estudantes universitários (H. Minami, Japão), conteúdo e possíveis efeitos de artigos de jornais sobre a SIDA (J. Grieson, Austrália), efeitos de recompensas extrínsecas na motivação intrínseca (S. Sakurai, Japão) *déficits* de memória relacionadas com o álcool (J. Homewood, Austrália), processos cognitivos no rato (M. Renner, EUA), envolvimento bacteriano no sono (R. Brown, Austrália), os sistemas de representação da criança (M. Pierre-Puysegur, França), limitações do conhecimento da linguagem e dos gestos (L. Pettitto, Canadá), e técnicas de tratamento da fobia escolar (E. Gullone, Austrália).

As cerca de 40 *Workshops* que se realizaram antes e durante o Congresso constituíram também uma excelente oportunidade de formação para os participantes. O controlo clínico da SIDA (por M. Anns e A. Morlet, Austrália), a terapia racional-emotiva com crianças, adolescentes e adultos (por R. Di Giuseppe, EUA, e M. Bernard, Austrália), a terapia para a depressão (L. Rehm, EUA), o tratamento do incesto (T. Trep-

per, EUA), novos desenvolvimentos no tratamento das desordens de pânico (D. Barlow, EUA), a prevenção e estimulação precoces (B. Terrisse, Canadá), a consultadoria organizacional (L. Goodstein, EUA) e a terapia de grupo para mulheres (V. Franks, EUA), foram algumas das sessões mais participadas.

Em síntese, e em face da dificuldades em enunciar aqui a totalidade dos temas e tópicos abordados o Programa Científico deste XXIV Congresso permitiu, sem dúvida, evidenciar alguns aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, demonstrou o desenvolvimento e avanço da ciência psicológica, bem como a sua aplicação aos mais diversos contextos, áreas e domínios de actividade, de investigação e/ou intervenção. Além disso, o carácter multifacetado do Programa reflectiu uma enorme variedade de perspectivas e abordagens teóricas e práticas, gerando discussões e diálogos abertos e inovadores. Finalmente, foi evidente a ênfase e o reforço da cooperação internacional ao nível da investigação, reflectindo o crescente trabalho conjunto de especialistas de diferentes países e de diferentes continentes.

PARTICIPAÇÃO PORTUGUESA

A psicologia portuguesa esteve também representada no XXIV Congresso, com cinco comunicações. J. Ferreira Marques (Univ. Lisboa) apresentou uma comunicação sobre "Valores e interesses: uma abordagem psicométrica"; num *symposium* coordenado por Donald Super, Maria de São Luís Castro (Univ. Porto) apresentou a comunicação "Percepção do discurso em adultos analfabetos" (com J. Morais e R. Kolinsky, da Univ. Livre de Bruxelas). A "Consulta Psicológica em Portugal" foi outra comunicação da autoria de Óscar Gonçalves (Univ. Porto), embora apresentada por Allen Ivey (Univ. Massachusetts). Finalmente José Fernando Cruz (Univ. Minho) efectuou duas apresentações: "Prevalência e fontes de *stress* nos professores" e "Psicologia desportiva em Portugal - Situação actual e perspectivas futuras".

ACTIVIDADES SATÉLITE

A realização do XXIV Con-

(*) A participação e estada na Austrália só foi possível graças aos apoios financeiros concedidos pela Fundação Calouste Gulbenkian e pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (Projecto nº 87526).

gresso Internacional de Psicologia proporcionou também a organização de diversas reuniões, conferências e *meetings* satélites, nacionais e internacionais, que ocorreram antes e depois desta reunião científica. Dentre essas actividades (cerca de 20, no total) uma saliência para a 4ª Convenção Anual do *International Council of Psychologists* (Singapura), o 9º Congresso Internacional da *International Association for Cross-Cultural Psychology* (Newcastle), a Conferência da *International Society for the Study of Behaviour Development* (Sidney), o Congresso sobre Estudo e Desenvolvimento do Ensino (Townville) e para o Seminário Internacional sobre a Inteligência, organizado pelo *Australian Council for Educational Research* (Melbourne), que contou com a presença, entre outros, de R. Sternberg (EUA).

EXPOSIÇÃO

O XXIV Congresso foi ainda palco de uma grande Exposição onde companhias e organizações de todo o Mundo tiveram oportunidade de expor os seus produtos e serviços, entre os quais, tecnologia para computador, testes psicológicos, equipamento para investigação e avaliação, livros, jornais e revistas.

José Fernando Azevedo Cruz

A PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Decorreu nos passados dias 7 a 9 de Abril, na Reitoria da Universidade de Lisboa, o Seminário subordinado ao tema "A Psicologia nos Serviços de Saúde" que constituiu mais uma realização da Associação dos Psicólogos Portugueses no âmbito do seu projecto *Novas Alternativas de Intervenção Psicológica*. Foram apresentadas cerca de cinco dezenas de comunicações distribuídas pelos seguintes temas: Desenvolvimento precoce e intervenção mãe-filho; Modelos de Intervenção; Parto e puerpério; Psicologia da gravidez; Psicologia pediátrica; Saúde familiar; Saúde Mental e Toxicoddependência.

De entre o conjunto de interven-

ções/mesas redondas destacamos as provenientes da equipa do Centro das Taipas sobre modelos de investigação, formação e intervenção junto de toxicoddependentes; a mesa sobre estratégias clínicas de intervenção em psicologia da saúde liderada pelo Prof. Doutor Óscar Gonçalves e que contou, entre outras, com as prestações dos Drs Edgar Pereira (perspectiva comportamental-analítica na terapia do autismo infantil), Carlos L. Pires (Teorias bio-imagéticas em psicologia da saúde) e Fernando Fradique (Depressão puerperal: prevenir ou remediar); a mesa a cargo da Associação Portuguesa dos Médicos da Clínica Geral que explorou as relações entre a psicologia, a clínica geral e a medicina de família; a mesa subordinada ao tema "Intervenção psicológica nas Maternidades" coordenada pelo Dr. João Justo e, *last but not the least*, a mesa organizada pelos Serviços de Pediatria do Hospital de Santa Maria a cargo do Prof. Doutor J. Gomes-Pedro que evidenciou a necessidade, cada vez mais importante de uma intervenção precoce junto de mães em risco, no sentido de lhes possibilitar a aquisição das competências necessárias ao bom desempenho do seu papel.

O Seminário pode ainda contar com a presença do Prof. Doutor Dale Larson, da Universidade de Santa Clara (Califórnia), especialista em Psicologia da Saúde, que se deslocou ao nosso país a convite da APPORT, tendo proferido uma comunicação sobre "Psicologia e promoção da Saúde", acompanhada de um suporte audio-visual, que imprimiram ao seminário uma valorização científica de inegável interesse.

Uma palavra final de apreço à organização e à Associação dos Psicólogos Portugueses por mais esta realização, que demonstra bem a diversificação que assume a intervenção do psicólogo e o identifica cada vez mais como o agente de mudança que ele pode representar na nossa sociedade.

No quadro das suas actividades para o corrente ano, a APPORT propõe-se ainda realizar um Seminário sobre a *Componente de Psicologia na Formação de Professores* (Évora, 28 a 30 de Setembro), culminando as suas actividades com a sua II Convenção em Novembro, na capital. (v. pág. 35).

Rui Abrunhosa Gonçalves

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

- *Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina*, 1988, vol. 34, nº 3.
- *American Psychologist*, 1988, vol. 43, nºs 5 e 12; 1989, vol. 44, nºs 1 e 2.
- *Análise Psicológica*, 1988, nº 2.
- *Apa Monitor*, 1988, vol. 19, nºs 9 e 11.
- *Apuntes de Educación*, 1988, nº 30 e 31.
- *Apuntes de Psicologia*, 1988, nº 26 e 27.
- *Arquipélago*. Revista da Universidade dos Açores, 1988.
- *Comemoração do Centenário do nascimento de Fernando Pessoa em S. Paulo*. Brasil, Fundação Engenheiro António de Almeida.
- *Comemoração do Centenário do nascimento do poeta português Fernando Pessoa na Unesco*. Centro Unesco do Porto. Fund. Engenheiro António de Almeida.
- *Educational and Psychological Interactions*, 1988, nº 92.
- *Guia del Psicólogo*, 1988, nºs 66 e 67; 1989, nº 70.
- *International Psychologist*, 1988, vol. XXIX, nº 3; 1989, vol. XXIX, nº 4.
- *Ludens*, 1988, vol. 12, nº 1.
- *Novas Tecnologias na Educação Especial - uma abordagem pedagógica*. Actas. Pólo do Projecto Minerva da Universidade Técnica de Lisboa. ISEF/DEER. 1989.
- *O Médico*, 1989, Ano 40, vol. 120, até ao nº 1926 (semanal).
- *O Professor*, 1989, nº 117.
- *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 1988, vol. 4, nº 2.
- *Reabilitação*, 1988, 2ª série, nº 1.
- *Revista de Psicologia*, 1988, vol. X, nº 1.
- *Solidariedade - Ano III*, 1988, nº 31 e 32; 1989, nºs 33 e 34.
- *Temas*, 1986, Ano XVI, Junho-Dezembro, nº 30 e 31.
- *The British Psychological Society. Annual Report*, 1988-89.
- *The Psychologist*, 1988, vol. 1, nº 10; 1989, vol. 2, nºs 1, 3 e 4.

LEITURAS

Forgotten Millions. The treatment of the mentally ill - a global perspective. David Cohen, Paladin Grafton Books, London, 1988, 263 p.

Tal como muitos, também eu pensava que se havia países onde o cuidado e o tratamento dos doentes mentais era objecto de particularidades bastante ambíguas e mais ou menos reprováveis, esses países eram os do leste europeu. Pensava isso de facto, mas depois de ler este livro de D. Cohen tenho que reconhecer que, neste como em tantos outros aspectos, o desconhecimento e a falta de informação sobre outras realidades socio-culturais são e serão sempre os piores conselheiros. Entre outras coisas, fiquei de facto a saber que se há país em que adquirir o estatuto de doente mental é engranar num processo irreversível a caminho da morte, esse país é o Japão. De facto, a realidade socio-económica e a filosofia de vida japonesas encaram o ser humano como uma peça da maquinaria do sistema de produção do país, de tal forma que se um indivíduo se encontra incapacitado por razões físicas para cumprir as suas obrigações laborais, a empresa-estado tem o dever de lhe proporcionar uma recuperação tão rápida quanto possível. A incapacidade que provem de um distúrbio mental, mais ou menos passageiro, é, por outro lado, encarada como uma recusa ao trabalho e portanto como uma afronta a toda a ideologia do sistema socio-político-económico japonês. Daí resulta o desprezo com que são tratados os doentes mentais, quer pelas instituições quer pela própria família. Exponente máximo desta atitude é o facto de, nos hospitais japoneses de saúde mental, ser permitido o espancamento dos doentes sempre que estes se recusem ou eventualmente questionem ordens administrativas. Por outro lado, a família tem plenos poderes para determinar o grau de sanidade mental de um dos seus membros, sancionando assim a eventual entrada para instituições de assistência psiquiátrica.

Nem todas as realidades culturais analisadas pelo autor são, todavia, da mesma estirpe da japonesa. América, Israel, Egipto, Índia e Reino Unido são

outras tantas das culturas analisadas. Em todas elas nada é o que parece. Uma análise lúcida e actual onde a negligência é apontada como palavra de ordem. A solução proposta passa pela legislação, pela obtenção de fundos, pela preservação das unidades hospitalares, pelo treino de pessoal especializado, pela mudança das atitudes em relação à doença mental, pelo respeito pelas necessidades locais e pela importância do papel que podem representar o apoio de pessoal não-médico. A ler, sobretudo porque questiona a eficácia do "hospital aberto".

Rui Abrunhosa Gonçalves

The Psychologist Companion. Robert J. Sterneberg, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, 208 p.

Muitos estudantes assim como licenciados recebem pouco ou mesmo nenhum treino formal e específico em como escrever um artigo, um livro ou um capítulo de livro, uma tese, enfim, publicar algo no domínio da Psicologia. É comumente aceite que esses mesmos estudantes e/ou psicólogos recebem essa informação por canais informais adquirindo assim as competências necessárias por si mesmos.

Robert Sternberg, autor de "The psychologist companion" não acredita na eficácia desse treino informal propondo-se com este livro fornecer informação básica acerca do modo correcto de escrever emesmo realizar um trabalho de Psicologia, informação essa que está contida em dez capítulos.

O capítulo um apresenta e discute oito crenças que a maioria dos estudantes mantêm e que muitas vezes são reforçadas em lugar de extintas pela formação académica. Muitos acreditam, por exemplo, que mais importante do que a maneira como se dizem as coisas, será o que se pretende transmitir, que artigos extensos são os melhores ou ainda que uma forma de ganhar credibilidade será refutar teorias de outros.

Os capítulos dois e três apresen-

tam a sequência de passos que os psicólogos seguem ao escrever um artigo. Concretamente o capítulo dois lida com artigos de pesquisa bibliográfica enquanto o capítulo três refere artigos de pesquisa experimentais. A sequência de passos começa com a procura de ideias e termina com a publicação do trabalho acabado. Neste capítulo encontra-se resposta, por exemplo, para a questão: o uso de tabelas extensivas e figuras para clarificar a apresentação de dados experimentais encoraja ou desencoraja? O autor refere que desencoraja a leitura.

O capítulo quatro contém regras para a escrita dos artigos (por exemplo: elimine redundância desnecessária, prefira palavras simples), seguindo-se o capítulo cinco com a lista de palavras mal usadas que aparecem mais frequentemente, descrevendo de seguida o uso apropriado de cada uma delas.

O capítulo seis sumariza as normas da American Psychological Association para artigos, enquanto o capítulo sete fornece linhas de orientação para a apresentação de resultados. Uma lista e descrição da maioria das referências que os psicólogos utilizam na realização dos seus trabalhos, é apresentada no capítulo oito (saber por exemplo que determinado tipo de artigos de determinada temática se encontram geralmente em determinado jornal ou revista).

O capítulo nove lida com os critérios de classificação de um ótimo, bom ou razoável artigo. O último capítulo (10) contém sugestões práticas em como submeter um artigo a uma revista da especialidade.

No final do livro o autor apresenta em Apêndice um pequeno artigo de acordo com as normas da APA (este artigo ilustra muitos dos princípios descritos no capítulo seis).

Parece-nos um livro de grande interesse e basicamente de grande utilidade para todos aqueles que pretendam realizar e publicar trabalhos de Psicologia, em Portugal ou no estrangeiro, com garantia de objectividade face às normas estabelecidas.

Cônceição Nogueira

CALENDÁRIO

NACIONAL

- 1º ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA EDUCACIONAL.** Laboratório Nacional de Engenharia Civil, Lisboa, 29 a 31 de Maio de 1989. - Informações: Rua Ferreira Lapa, 2B, 3º Dto. - 1100 LISBOA
- COLÓQUIO A HISTÓRIA E AS CIÊNCIAS SOCIAIS NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES.** Escola Superior de Educação de Portalegre, 1 a 4 de Junho de 1989. Informações: Escola Superior de Educação de Portalegre, PORTALEGRE
- II CONVENÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES.** Reitoria da Universidade de Lisboa, 23-26 de Novembro de 1989. - Informações: Apartado 4353 - 4006 PORTO CODEX.
- IV ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL.** Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 14 a 16 de Junho de 1989. - Informações: Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental, Rua Santana à Lapa, 50-52 - 1200 LISBOA.
- JORNADAS INTERNACIONAIS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL.** Porto, 24 e 25 de Novembro de 1989. - Informações: U.T.C. - Hospital de Magalhães Lemos, Estrada Interior da Circunvalação - 4100 PORTO.
- 1º CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO.** Porto, 30 de Novembro a 2 de Dezembro de 1989. - Informações: Comissão Organizadora, Rua de Ceuta, 118, 6º - 4000 PORTO.

INTERNACIONAL

- Ier CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT - GENESE, VICISSITUDES DES CONDUITES DE DEPENDANCE. ASSOMPTION DE L'INDEPENDANCE.** Paris, 2-4 de Junho de 1989. - Informações: Pr. M. Basquin, Hôpital de la Salpêtrière, 47, Bd. de l'Hôpital, 7561, Paris Cedex 13.
- 47TH ANNUAL CONVENTION OF THE INTERNATIONAL OF PSYCHOLOGISTS.** Halifax, Nova Scotia, 2-6 de Junho de 1989. - Informações: Secretariat, 4805 Regent St. Madison, WI 53705, USA.
- CONFLITS: ORIGINES, ÉVOLUTIONS DÉPASSEMENTS. 7 ÈME FORUM PROFESSIONNEL DES PSYCHOLOGUES.** Montpellier, 15 a 17 de Junho de 1989. - Informações: Journal des Psychologues, 61 rue Marx-Dormoy, 13004 Marseille, France.
- XXII INTERAMERICAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY.** Buenos Aires, Argentina, 25-30 de Junho de 1989. - Informações: Ana Alvarez, SIP Secretary General, P.O. Box 23174, UPR Station, Rio Piedras, PR 00931-3174.
- WORLD CONGRESS OF COGNITIVE THERAPY.** Oxford, 28 de Junho a 2 de Julho de 1989. - Informações: Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX37JX, UK.
- SECOND EUROPEAN CONFERENCE ON COMPUTERS IN CAREERS GUIDANCE.** Cambridge, 28-30 de Junho de 1989. - Informações: Ms Janet Selby, Conference Secretary, CRAC/NICEC, Sheraton House, Castle Park, Cambridge CB3 OAX, England.
- LIFESTYLES AND HEALTH. EUROPEAN HEALTH PSYCHOLOGY SOCIETY.** Utrecht (Holanda), 28 a 30 de Junho de 1989. - Informações: Dep. of Clinical and Health Psychology, Utrecht University, Heidelberglaan 1, 3508 TC Utrecht, The Netherlands.
- FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON VIOLENCE AND SOCIAL MYTH.** Jerusalem, 2-6 de Julho de 1989. - Informações: 1st International Congress on Violence and Social Myth. C/o International Ltd. P.O.Box 29313, 61292 Tel-Aviv, Israel.
- FIRST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY.** Amsterdam, The Netherlands, 2-7 de Julho de 1989. - Informações: Congress Secretariat, P.O. Box 5362, 1007 AJ Amsterdam, The Netherlands.
- INTERNATIONAL SEMINAR ON FAMILY LIFE AND SEXUAL HEALTH EDUCATION.** Tel-Aviv, 10-13 de Julho de 1989. - Informações: E. Chigier, Organizing Committee, Israel Society for Adolescent Health, 12 Kaplan St., Tel-Aviv 6474 Israel.
- SPORT PSYCHOLOGY AND HUMAN PERFORMANCE. 7TH WORLD CONGRESS IN SPORT PSYCHOLOGY.** Singapura, 7 a 12 de Agosto de 1989. - Informações: Singapore Sports Council, National Stadium, Kallang, Singapore 1439.
- 1989 WORLD CONGRESS FOR MENTAL HEALTH.** Auckland (Nova Zelândia), 21-25 de Agosto de 1989. - Informações: World Mental Health Congress 89, c/o Convention Management Services. P.O. Box 3839, Auckland, Nova Zelândia.
- X CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO: "RENCONTRE OU ALIENATION. LA SIGNIFICATION DU GROUPE DANS LA SOCIÉTÉ ACTUELLE"** - Amesterdam (Holanda), 27 de Agosto a 2 de Setembro de 1989 - Informações: IAGP. Amsterdam Congress 1989. Vrite Universiteit Conference Service. P.O.B. 7161. 1007 MC Amesterdam - The Netherlands
- INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON MOTOR LEARNING AND MOTOR BEHAVIOR.** Saarbrücken, Germany, 29 de Agosto a 1 de Setembro de 1989. - Informações: Internationales Symposium "Motorikund Bewegungsforschung", Sportwissenschaftliches Institut der Universität des Saarlandes, Im Stadtwald, Bau 56, D-6600 Saarbrücken, Attn: Claudia Splittgerber.
- THIRD EUROPEAN CONFERENCE FOR RESEARCH ON LEARNING AND INSTRUCTION.** Universidad Autonoma de Madrid, Facultad de Psicologia, 4-7 September 1989. - Informações: Mario Carretero, Facultad de Psicologia, Universidad Autonoma de Madrid, Cantoblanco, 28049 Madrid, Spain.
- SIXTH WORLD CONGRESS ON PAIN.** Adelaide, Austrália, Abril de 1990. - Informações: International Association for the Study of Pain, 909 NE 43rd St., Suite 306, Seattle, Washington 98105-6020.
- XIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE RORSCHACH E DE MÉTODOS PROJECTIVOS.** Paris, 22-27 de Julho de 1990. - Informações: Sociedade Portuguesa de Rorschach e Métodos Projectivos. Av. Visconde de Valmor, 30, Cave, 1000 - LISBOA.
- 22ND INTERNATIONAL CONGRESS OF APPLIED PSYCHOLOGY.** Kyoto (Japão), 22-27 de Julho de 1990 - Informações: Secretariat, 22nd IAAP Congress C/O Kyoto International Conference Hall, Takara-Ike, Sakyo-Ku 606. Kyoto - Japão.

ASSOCIAÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

Divisão de Psicoterapia e Consulta Psicológica

Workshops, Conferências e Debates

(Programa até Outubro 1989)

Actualidades Psicoterapêuticas 1989

A Divisão de Psicoterapia e Consulta Psicológica da Associação dos Psicólogos Portugueses vai levar a cabo uma série de conferências, debates e workshops dirigidas principalmente aos seus associados mas abertas a outros psicólogos e psicoterapeutas.

Esta série de actividades, denominada Actualidades Psicoterapêuticas 1989 visa apresentar temas actuais da psicoterapia e consulta psicológica, promovendo a formação, espírito de investigação e de debate entre os psicólogos e psicoterapeutas.

Todas as sessões terão lugar no Centro Unesco do Porto, Rua José Falcão 100 - Porto. As workshops exigirão uma inscrição prévia enquanto que as conferências e debates serão de entrada livre.

Informações e Inscrições:

Associação dos Psicólogos Portugueses

Apartado 4544

4009 Porto Codex

Programa (*)

10 de Abril (21:30 - 22:30) - Conferência - "Psicologia e Promoção da Saúde". Prof. Doutor Dale Larson, University of Santa Clara, California.

6 de Maio (9:30 - 12:30) - Workshop - Sistemas Cognitivos Complexos e Psicoterapia. Prof. Doutor Mario Reda, Universidade de Cagliari; Dr. Antonio Caridi, Centro de Terapia Cognitiva de Roma (Sócios da APPORT 1 000\$00; Não Sócios - 2 500\$00)

25 de Maio (21:30 - 22:30) - Conferência - A construção da depressão nas sociedades abstractas. Prof. Dr. Mayté Miró, Universidade de Valência e Centro de Terapia Cognitiva de Valência.

19 de Junho (21:30 - 22:30) - Conferência - "Agorafobia - Uma perspectiva construtivo-desenvolvimental". Prof. Doutor Oscar F. Gonçalves, Universidade do Porto

28 e 29 de Outubro (9:30 - 12:30; 14:30 - 17:30) - Workshop - Imagética e Metáfora em Psicoterapia - Uma perspectiva multimodal". Prof. Doutor Gerald Piaget, Stanford University e Pacific Graduate School of Psychology, E.U.A. (Sócios da APPORT 5.000\$00; Não Sócios - 10.000\$00)

(*) Inclui as actividades já realizadas e a realizar.

ESTA PÁGINA É DA INTEIRA RESPONSABILIDADE DA ASSOCIAÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

PROCURE ESTAR PRESENTE NAS PRÓXIMAS INICIATIVAS DA APPORT:

SEMINÁRIO "A COMPONENTE DE PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES"

Universidade de Évora 28 a 30 de Setembro de 1989.

Informações: Comissão Organizadora. Divisão de Pedagogia e Educação, Universidade de Évora, 7001 ÉVORA Codex

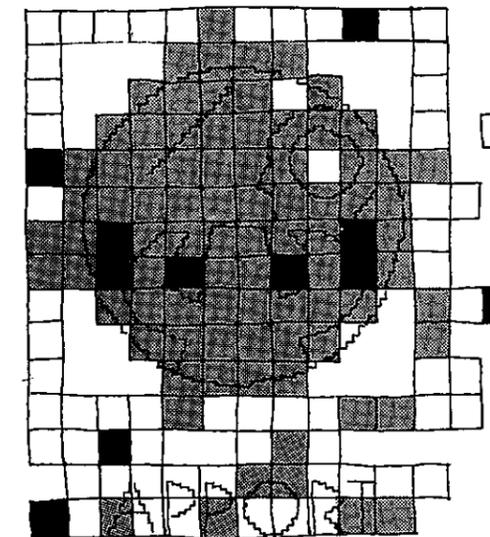
2ª CONVENÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
"A PSICOLOGIA E OS PSICÓLOGOS HOJE"

Lisboa 23 a 26 de Novembro de 1989.

Convidados:

Stan Maes, David Ho, Hans Eysenck, Dale Larson, Pieter Span(*), Peter Merenda(*), Michael Mahoney(*), Alber Pennings, Vanda Zammuner, Georges Meuris(*), Eunice Alencar(*), Jesus Palacios, Mario Reda, Oscar Serafini(*), Jairo Borges-Andrade, Solange Wechsler, Serge Ginger, Reinhard Pekrun, George Domino, Richard Linn, Igor Kon, Andrevna Micaelovna, Anastasia Efklides(*), Junia de Vilhena, Robert Sternberg, John Long, Milen Nikolov, René Clement, Norbert Hacquard, Maria Helena Novaes(*), Peter Bryant, Paul Kunath(*), Shulamith Kleiter(*), Bernard Douet, Fernando Arias Galicia(*), Chavdar Kiskinov.
(* - Presenças já confirmadas.

Informações: Sede da APPORT, Apartado 4353 - 4006 PORTO Codex



ASSOCIAÇÃO DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
Cada vez mais a sua Associação