

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

NARCISISMO: O ECO DO REFLEXO FRÁGIL

Ana Raquel Serra Alves

Dissertação orientada por Professor Doutor António Pazo Pires

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

“As the Desert Fathers knew and taught, the genuine seeker is rightfully wary of worshiping his or her own image of God, of encountering a controllable “other” rather than encountering the Wholly Other”

Phyllis Zagano

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Pires, pela sua disponibilidade e bom humor.

Aos meus colegas de turma, pelo companheirismo e boa disposição. À Raquel e Vanessa obrigada pela ajuda nos pequenos grandes pormenores,

Aos meus amigos Telma e João, e ao David, pela ajuda e amizade.

À minha mãe, por todo o carinho, que me deu força para a vida.

Ao meu pai, por ter acreditado em mim.

Ao David, pela companhia e dedicação.

ÍNDICE

I – <u>ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA</u>	1
<u>RESUMO</u>	2
<u>ABSTRACT</u>	3
<u>INTRODUÇÃO</u>	4
<u>O Processo Terapêutico</u>	5
<u>O Percurso da Investigação em Psicoterapia</u>	6
<u>A Eficácia das Psicoterapias</u>	10
<u>Os Resultados Terapêuticos</u>	14
<u>Mecanismos e Processo de Mudança</u>	15
<u>Investigação em Psicoterapia Psicodinâmica</u>	17
<u>Processo das Relações de Objecto</u>	18
<u>Aliança Terapêutica</u>	19
<u>O Narcisismo</u>	21
<u>A Auto-estima no Narcisista</u>	22
<u>Estudo de Caso</u>	24
<u>CONCLUSÃO</u>	25
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	26
.....	
II – <u>ARTIGO EMPÍRICO</u>	31
<u>RESUMO</u>	32
<u>ABSTRACT</u>	33
<u>INTRODUÇÃO</u>	34
 <u>MÉTODO</u>	 38
<u>Participantes</u>	38
<u>Procedimento</u>	39
<u>Análise de Dados</u>	39

RESULTADOS	40
DISCUSSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	52
Anexo A	53
Lista de Categorias	54
Anexo B	60
Memorandos	61
Anexo C	80
Grounded Theory	81

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Num lugar não menos importante que o de uma psicoterapia, reside o trabalho que se realiza no sentido de melhorá-la, modificá-la, superá-la. O campo da investigação torna-se assim um lugar cada vez mais comum e necessário na psicoterapia.

São vários os autores que concordam que nas últimas décadas tem havido um acentuado aumento do interesse e conseqüentemente de investigações no ramo da psicoterapia. Como por exemplo, Strupp e Howard, que referem que a partir dos anos setenta, pudemos verificar que houve um período de *boom* em investigação (Leal, 2005), Ruiz, Bland, Pi & Zuleta, (2005), referem que nas últimas duas, três décadas, se verificou um aumento geral na área da investigação em psicologia e da psiquiatria, aumento este explicado pelos autores como reflexo de uma extensiva globalização. Mais adiante faremos uma exposição um pouco mais alargada acerca do início e percurso da investigação nesta área.

Palavras-chave: Investigação em Psicoterapia, Psicoterapia Psicanalítica, Narcisismo, *Grounded Theory*.

ABSTRACT

In a position as important as psychotherapy lies the work of improving, changing and overcoming it. Thus, the field of Research becomes a necessary common place in psychotherapy. Several authors agree that in the most recent decades there has been a sharp increase of interest in Psychotherapy therefore Research on this field as seen a new growth. For example, Strupp and Howard refer that from the 70's forward, a boom period occurred in investigation. (Leal, 2005), Ruiz, Bland, Pi & Zuleta (2005) refer that in the last two / three decades, a general increase of research in the area of psychology and psychiatry occurred. The author describes this phenomenon as a reflection of an extensive globalization. Further ahead a larger exposure will be done about the beginning and development of investigation in this area.

Key Words: Psychotherapy Research, Psychoanalytic Psychotherapy, Narcissism, *Grounded Theory*

INTRODUÇÃO

Operacionalizar mecânicamente, ou cientificar uma arte falada, nunca foi tarefa fácil. No entanto Palmer, já em 1928 considerava que havia uma forte vantagem nas ciências sociais e humanas, que não se poderia verificar nas ciências da natureza, que é o facto das pessoas poderem ser interrogadas, ou “utilizadas” como recurso para ajudar de alguma forma, a compreensão e explicação das suas realidades (Poupart, 2008). Ou seja a arte da palavra foi de facto vista não como um impedimento, mas como uma mais valia. Bourdieu, Chamboredon e Passeron, (1968), opunham-se a esta concepção, considerando que a arte da palavra se interpunha contra o avanço da ciência uma vez que se poderia cair em tentação de ver a ciência interpretar a realidade em vez de a descrever tal como ela é (Poupart, 2008).

Procurámos com esta revisão de literatura, fazer um apanhado geral do percurso da investigação em psicoterapia, desde o seu início até aos dias de hoje, passando por vários autores, e perspectivas. Partimos assim do início da psicoterapia, caminhando pelos processos psicoterapêuticos, apreciando algumas características deste processo, bem como variáveis que o influenciam, tais como por exemplo, a formação do psicoterapeuta, e o contexto em que se insere a psicoterapia, ou factores mais específicos, como a intensidade da patologia, ou a idade do paciente.

Daqui partimos para o percurso da investigação em psicoterapia desde os seus primórdios em que se tinha por base apenas os apontamentos pessoais do psicoterapeuta acerca dos seus casos, passando pelo aparecimento das metodologias psicométricas até à preocupação pela objectivação e rigor científico, para o qual contribuíram Keisler (1973), com o seu contributo acerca dos métodos e técnicas de investigação, e Waskow e Parlof (1975), com o seu contributo acerca dos métodos de investigação e pesquisa de resultados. Numa fase posterior deu-se a expansão, diferenciação e organização da investigação que foi marcada pela fusão da pesquisa geral com estudos qualitativos e experimentais (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

De seguida abordámos o estudo da eficácia das psicoterapias, para o qual contribuiu a crítica de Eysenk datada de 1950, acerca da eficácia das mesmas, mencionando alguns estudos acerca desta temática, que considerámos pertinentes. A utilização de estudos comparativos de

diferentes psicoterapias contribuíram grandemente para a avaliação da eficácia das diferentes psicoterapias.

Revimos os resultados terapêuticos, e os mecanismos e processos de mudança impulsionados pela terapia, em que abordámos alguns estudos acerca desta temática, como por exemplo o modelo dos factores comuns, o modelo contextual, estudos empíricos, entre outros.

Por fim, debruçámo-nos na investigação em psicoterapias psicodinâmicas, que apesar de terem sido um alvo menor de estudos, comparativamente às restantes terapias, é o quadro teórico onde se enquadra a nossa abordagem. Aqui consideramos oportuno falar da aliança terapêutica, e no processo das relações de objecto, e no seu peso e contributo no campo da efectividade das psicoterapias.

De seguida passámos pelo narcisismo, caminhando no percurso da sua definição e investigação.

O PROCESSO TERAPÊUTICO

O processo terapêutico é o que resulta da interacção entre o paciente e terapeuta, ao longo do tempo. É um sistema de acção entre duas pessoas com passados e vivências diferentes, que se encontram num dado momento das suas vidas, e cujo encontro, altera o percurso do futuro de ambos.

O ambiente em que ocorre um processo terapêutico é bastante variável, dependendo do contexto em que a terapia se insere. Este ambiente, por sua vez, influencia também a relação terapêutica em si. Por exemplo, um paciente institucionalizado, a quem é prescrita terapia, não tem a mesma abertura, disposição ou vontade, de estabelecer uma relação empática, mesmo que para seu benefício próprio. Um outro factor é a intensidade da patologia que o sujeito possui, caso a sua perturbação seja mais limitativa, também não temos criadas as melhores condições para desenvolver esta relação. O factor idade também faz oscilar o nível de intimidade carecido por uma terapia, especialmente porque, muitas vezes, temos crianças ou mesmo adolescentes enviados pelos pais, que não manifestam um interesse honesto na terapia, mas uma vez que estão ainda à responsabilidade de outrém, muitas vezes não têm alternativa. Estes são uns de entre muitos factores que são alheios á terapia, mas que contudo se conjugam e influenciam qualquer

terapia, e com os quais nos deparamos, e temos que saber, identificar, e controlar da melhor forma. A escola em que o terapeuta se formou, também vai influenciar o nível da relação. Caso este seja direccionado para terapêuticas mais práticas e menos demoradas temporalmente, ou pelo contrário mais dinâmicas e demoradas, vai ditar o percurso, duração e também o nível de complexidade da relação.

O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

A investigação dos processos psicoterapêuticos baseia-se em gravações das sessões psicoterapêuticas, desde 1930. As investigações anteriores a esta data, apenas se baseavam nos apontamentos feitos pelo psicoterapeuta dos seus casos. Estas gravações revelavam-se fieis objectos de estudo, sempre disponíveis para serem ouvidas, mantendo-se o *setting* inalterável independentemente do ouvinte, ao qual poderá ser aplicado uma extensa planóplia de técnicas objectivas. E foi precisamente isto que foi feito mais tarde. Percebeu-se que se poderiam aplicar métodos psicométricos a fim de quantificar e comparar possíveis percepções subjectivas e julgamentos, que permitissem ter uma perspectiva experimental dos dados de uma psicoterapia, tal como fazer escalas e questionários para estudar objectivamente as experiências subjectivas dos pacientes e dos próprios terapeutas.

Numa segunda etapa, a preocupação da investigação no processo psicoterapêutico foi a procura de objectivação e de rigor científico, fase esta que datou de 1955 a 1970.

“Aqueles que procuraram objectivar experiências de pacientes e terapeutas em observadores participantes tal como os que confiaram em observadores não-participantes para ganhar uma visão objectiva do processo terapêutico tiveram como visão principal a procura de rigor científico...” (Orlinsky & Russel, 1994 cit. por Orlinsky et al., 2004, p. 308).

O apogeu da investigação nesta altura deu-se, segundo Orlinsky, Ronnestad e Willutzki (2004), com a influência de Keisler, (1973), através do seu contributo acerca dos processos e métodos de investigação, e também pelo contributo de Waskow e Parloff (1975), acerca dos métodos de pesquisa de resultados (*outcome*).

A terceira fase de investigação ocorreu com a expansão, diferenciação e organização marcada pela fusão de pesquisa geral com um programa de estudos quantitativos e experimentais.

A aplicação da meta-análise deu também um importante contributo na demonstração da eficácia das psicoterapias.

São vários os contributos que impulsionaram a investigação de entre os quais salientamos o interesse na relação terapêutica de Bordin, e na sua aplicação do conceito de Aliança Terapêutica (*working alliance*); a importância da chamada de atenção feita por Rogers acerca das condições suficientes e necessárias à mudança terapêutica (Truax & Mitchell, (1971) cit. por Orlinsky et al. 2004); o desenvolvimento do método de “trabalho analítico” de análise intensiva das sessões terapêuticas de Greenberg e Rice, (1984), em que marcadores de mudanças terapêuticas significativas foram definidos, de forma a permitir medir e avaliar o desenvolvimento e impacto da terapia. Greenberg, viria mais tarde a realizar um compendio juntamente com Pinsof, (1986) com técnicas mais actualizadas de investigação, que viria a refrescar esta área.

Depois de 1985, Orlinsky et al. (2004) defendem que chegamos a uma fase de consolidação, para a qual ajudaram os relatórios feitos acerca das terapias de longo termo, de entre os quais se salienta entre outros, o relatório NIMH (*Treatment of Depression Collaborative Research Program*); de *standardização* através da aleatorização de casos clínicos (*randomized clinical trial*) de pacientes com terapêuticas de diagnóstico específico, realizado por terapeutas treinados em identificar e direccionar as diferentes patologias; de elaboração dos dados além do até então feito; e crítica dos métodos até então encontrados, a respeito das avaliações de resultados de pacientes, e ao estudo de processos terapêuticos.

O desenvolvimento da investigação qualitativa, teve grande impacto no processo de desenvolvimento da investigação. Salientamos a *Grounded Theory*, metodologia de trabalho do presente estudo, a Análise Compreensiva dos Processos, a Abordagem Fenomenológica e o Método Consensual Qualitativo.

São vários os autores que escreveram acerca do caminho evolutivo que a investigação em psicoterapia percorreu. Robert Wallerstein (2001) divide este processo evolutivo em quatro principais fases, descrevendo uma evolução sucessiva correspondente, permitida pelas sofisticadas metodológicas e tecnológicas. A primeira fase iria de 1917 a 1968, incluindo resultados clínicos provenientes de critérios pouco específicos. O segundo período compreender-se-ia entre 1959 e 1985 constituindo-se por duas fases: A) estudos de agregação de tratamentos psico-analíticos, com definições específicas, critérios operacionalizados, e previsões de

resultados esperados, e B) resultados estudados individualmente numa sequência de pacientes. A 3ª geração iria de 1954 a 1986 e combinava os dois tipos de estudos da 2ª geração e além disto, procedia à separação dos resultados que se tenham revelado com efeitos mais duradouros e mais relevantes no final, que por isso, seriam tidos em conta em estudos subsequentes. A quarta fase seguiria após 1970, e utilizaria as mais recentes tecnologias como gravações áudio e pesquisas informáticas.

Segundo o que Wallerstein (2001) concluiu acerca da investigação em psicoterapia, através das suas pesquisas, importa saber: o que muda efectivamente no decorrer e após uma psicoterapia, no paciente; de que forma é que essas mudanças acontecem; a partir da interacção de quais factores do paciente, na terapia e com o terapeuta; e na vida do próprio paciente. Poder-se-á responder a estas questões partindo de uma perspectiva que os resultados estarão interligados aos processos realizados em psicoterapia.

Na perspectiva de Orlinsky et al. (2004), é primordial existir uma boa definição dos processos psicoterapêuticos e seus resultados, para se poder proceder à investigação. Assim por processos psicoterapêuticos, poderemos entender os acontecimentos específicos observados em terapia, tais como acções, experiências, interacções entre paciente e terapeuta nas sessões psicoterapêuticas, tais como as partilhas que ambos fazem um com o outro acerca de acontecimentos das suas vidas fora do consultório, que podem ter relação ou não com a terapia em si.

Uma sessão de psicoterapia produz dados passíveis de serem analisados posteriormente, além de o serem pelo terapeuta no momento da presente sessão. São formas de análise, por exemplo, os questionários, análises dos conteúdos da sessão, que poderão apresentar-se em forma de gravações vídeo, áudio, ou através de notas feitas pelo terapeuta acerca das sessões, escalas de avaliação, tal como todo o processo terapêutico pode ser revisto na íntegra por um qualquer terapeuta ou investigador não participante na terapia em questão.

Um dado também pertinente a que chegaram estes investigadores é o facto de que o significado do processo terapêutico, da perspectiva do paciente, não é o mesmo que o da perspectiva do terapeuta, nem o mesmo que as pessoas exteriores a este processo lhe atribuem.

As perspectivas individuais de cada um dos intervenientes quer do processo terapêutico em si, quer na fase posterior de estudo da terapia, são portanto um factor difícil de ser controlado. Assim sendo, a melhor forma de netralizar estas perspectivas, seria procurar ter consciência delas,

identificá-las e pô-las de parte voluntariamente, garantindo um trabalho limpo de possíveis inviezamentos de direccionabilidade.

A mudança terapêutica que se espera fazer ocorrer com uma psicoterapia, é comumente vista segundo Orlinsky et al., (2004), e Rogers, Rice e Greenberg como uma mudança no interior do paciente, sendo o comportamento do terapeuta visto como facilitador do seu processo de mudança, e nunca como agente propulsor dessa mudança.

A análise do processo psicoterapêutico realiza-se através de estudos longitudinais onde se procede à análise de grande quantidade de material, tornando-se assim um processo moroso e dispendioso. Uma alternativa a esta realidade são os estudos transversais, mas uma vez que estes estudos não são sensíveis aos efeitos temporais da terapia, por serem realizados sem terem em conta as consequências temporais, perde-se com eles o objectivo de se conseguir avaliar a efectividade do tratamento em questão.

Greenberg (1986, cit. por Orlinsky et al. 2004) propôs quatro níveis de divisão da fase descritiva, que deveriam ser tidos em conta numa investigação de processos, o primeiro deles corresponderia ao conteúdo manifesto, o segundo ao acto do discurso, o terceiro ao episódio em si, e por fim, o quarto ao relacionamento. Já Elliott (1991, cit. por Orlinsky et al. 2004), propôs em vez de quatro, seis níveis divisórios. Orlinsky et al. (2004) por sua vez descrevem nove níveis, mas referem que o número utilizado na prática, se resume ao considerado necessário por cada investigador. O primeiro nível seria o processo micro-momentâneo, em que o foco do processo seria a observação de mudanças de olhar e expressões faciais. Esta fase seria observada em poucos segundos, e seria registada numa escala também ela em segundos. Nesta fase há resultados esperados. A segunda fase corresponderia ao processo momento-a-momento, em que o foco seriam os movimentos tácticos, tais como, ciclos interactivos e manifestações específicas. Esta fase é observada momentaneamente, e a sua escala é em minutos. Espera-se ver estas alterações durante as sessões, com as experiências emergentes, tais como as de catarze, *insight*, etc. A terceira fase constituir-se-ia pelos processos das sessões, tais como as mudanças de estratégia, ruptura e reparação da aliança terapêutica, e as dinâmicas de todas as sessões. A observação é feita ocasionalmente, e a escala é feita em horas, em que se esperam observar os resultados após sessão, tais como melhoria imediatas de humor, motivação, e até de cognição. A quarta fase seria a do processo sequencial das sessões, em que o foco são as experiências entre as sessões, as atribuições do trabalho elaborado em casa, e de breves episódias do tratamento. A

observação é feita diariamente. Nesta fase espera-se encontrar o reforço do corrente funcionamento do paciente. A quinta fase corresponderia a uma curta fase no curso do processo em que o processo fundamental seria a formação e evolução da aliança terapêutica ou um episódio de terapia breve. A escala é semanal. Nesta fase o foco dos resultados seria um melhoramento gradual, semanal do estado psicológico do sujeito, tal como a redução de sintomas. O sexto nível tratar-se-ia de um processo com foco a médio curso, que se centra no trabalho periódico interpessoal, cognitivo, nos conflitos motivacionais, e nos episódios de tratamento de médio termo. A escala é mensal. O foco de resultados seria a mudança na adaptação pessoal, tal como a resolução de atitudes e cognições disfuncionais. À sétima fase corresponderia um processo de foco de longo curso, ao que interessa os episódios de tratamentos de longo termo. Regista-se numa escala anual. O foco dos resultados centra-se na mudança de personalidade. A oitava fase teria como foco de processo o multitratamento, como a sequência de tratamentos. A escala centra-se numa fase da vida do sujeito, e a sua trajectória durante a mesma. O foco de resultados seriam as alterações de carácter. Por último, a nona fase teria um foco de processo baseado em todo o caminho do processo terapêutico, em que a escala é o percurso total de vida. O foco de resultado nesta última fase baseia-se numa retrospectiva da trajectória de vida sob a influência do tratamento.

Orlinsky et al. (2004) chama a atenção para o facto do termo processo ter diversos significados, dependendo da literatura, e Orlinsky e Howard (1978, cit por Orlinsky et al. 2004) para o facto da avaliação da evidência dos resultados, dever preferencialmente ser efectuada por alguém alheio à relação terapêutica.

A EFICÁCIA DAS PSICOTERAPIAS

Podemos dizer que um factor impulsionador à recolha e colecção de dados acerca do impacto das psicoterapias, foi a crítica de Eysenck (1950, cit. por Joyce, Wolfaardt, Sribney & Aylwin, 2006) acerca da eficácia das mesmas. Esta crítica derivou de uma investigação em que comparou 24 estudos de pacientes que estavam no presente momento em psicoterapia com dois casos de pacientes sem qualquer tipo de terapia, e os resultados a que chegou indicaram uma associação inversa entre a intensidade da terapia, e o grau de recuperação, ou seja quanto mais

psicoterapia, menor grau de recuperação. Notou também que independentemente do tipo de terapia, 66% dos pacientes demonstraram remissão de sintomas em dois anos.

A partir desta crítica, imensas pesquisas e estudos foram elaborados, abrangendo vários tipos de terapêuticas, no sentido de demonstrar a sua eficácia, o que permitiu identificar falhas e procurar metodologias mais sólidas e claras de investigação de resultados. Um enorme avanço foi o aparecimento da meta-análise por volta de 1970, uma vez que esta permitiu a integração matemática de múltiplos estudos, e consecutivo estudo particular que por comparação, permitiu demonstrar a efectividade ou não do tratamento em questão.

De entre os vários estudos que foram feitos com intuito de confirmar ou infirmar a validade das psicoterapias, entre eles salientamos o estudo de Smith e Glass (1977), em que analisaram 375 estudos onde comparam várias terapias com grupos de controle sem terapia, chegando à conclusão que os pacientes alvo de terapia apresentaram uma redução dos sintomas 75% acima dos pacientes que não beneficiaram de terapia.

Glass e Miller em 1980, analisaram 475 estudos em que concluíram que os pacientes que estavam sob efeito de uma terapia, tiveram uma melhoria de 80% relativamente ao grupo de sujeitos de controle, que não recebeu nenhum tipo de terapia. Andrews e Harvey, em 1981 reexaminaram os estudos feitos por Glass, Smith e Miller, em 1980 e após terem retirado os casos que consideraram não ter diagnósticos clínicos definidos, chegaram às mesmas conclusões destes autores, quanto à eficácia das psicoterapias, o que veio contrapor o que Eysenck tinha defendido (Joyce et al. 2006). Também Robinson, Berman e Neimeyer (1990) analisaram estudos de várias terapias aplicadas a pacientes depressivos com um grupo de controle sem terapia, em que confirmaram a efectividade das psicoterapias.

Charman (2003) também chegou à conclusão baseada em Hardy, Shapiro, Stiles & Barkham, 1998; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Luborsky & Schmidt, 1999, que independentemente da psicoterapia, os resultados são equivalentes.

Outra técnica utilizada para demonstrar a efectividade das psicoterapias, é a utilização de estudos comparativos, e estudos comparativos de diferentes psicoterapias revelaram ter resultados equivalentes (Hardy, Shapiro, Stiles & Barkham 1998; Stiles Shapiro & Elliott, 1996; Luborsky, Diger & Schmidt, 1999; cit por Charman, 2003). Contudo, a primeira análise meta-analítica revelou uma vantagem relativamente maior, para as abordagens psicoterapêuticas mais dirigidas, tal como a de base cognitiva ou comportamentalista, relativamente às abordagens mais teóricas

como a psicanálise ou as terapias interpessoais, e uma posterior meta-análise concluiu que esta vantagem se devia aos artefactos metodológicos desta abordagem. (Joyce et al. 2006; Asay e Lambert, (1999, cit. por Charman, 2003).

A partir destes estudos verificou-se que factores paralelos à terapia influenciaram também a avaliação da sua eficácia, tais como as diferenças de habilidade dos terapeutas e variações no rigor metodológico nos estudos.

Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn (1997), utilizando a meta-análise, limitaram a análise dos seus estudos a terapias que consideraram genuínas, ou seja, específicas e dadas por terapeutas treinados. No final do seu estudo chegaram também às mesmas conclusões sobre o efeito positivo das psicoterapias.

Os autores Joyce et al. (2006) na sua revisão de literatura acerca desta temática, concluíram que estudos acerca de psicoterapias psicodinâmicas ou humanistas eram um menor alvo de estudo, uma vez que estas técnicas continham outros desafios associados, tais como a definição de alguns dos pressupostos inerentes à teoria de base, como por exemplo, o conceito de interpretação ou diferenciação. No entanto referem que a partir de 1980, se verificaram estudos de impacto de terapias dinâmicas a curto prazo.

Alguns dos autores responsáveis por estas análises são, Svartberg, Stiles (1995) e Crits-Christoph (1992, cit. por Joyce et al. 2006), que publicaram um artigo meta-analítico em que confirmaram uma relativa superioridade das psicoterapias de curto termo relativamente a outras terapias e a grupos de controlo que não beneficiaram de qualquer tipo de terapia. Revelaram também uma relativa inferioridade comparativamente aos grupos alvo de terapias cognitivistas e comportamentalistas com tratamento equivalente a um acompanhamento de seis meses, e mais inferior ainda quando o acompanhamento passava a ser de 12 meses.

Após este estudo Crits-Christoph em 1992, efectuou um outro estudo em que seguiu critérios mais rigorosos, e passos mais definidos, chegando à conclusão que as psicoterapias dinâmicas de curto termo eram efectivamente mais eficazes, relativamente ao grupo de controlo que não beneficiava de nenhum tipo de terapia, e aos grupos que não tinham tratamento psiquiátrico, e equivalente aos grupos que recebiam terapias cognitivas, comportamentais ou outro tipo de psicoterapias dinâmicas. (Joyce et al. 2006).

A discrepância entre os resultados destes dois últimos estudos, foi explorada por Messer e Warren (1995, cit. por Joyce et al. 2006), e foi atribuída à diferença na definição de psicoterapias

psicodinâmicas breves que os autores demonstraram, e ao facto de Crits-Christoph ter amostras de estudos psicoterapêuticos psicodinâmicos mais fidedignos, que relectiram um maior controle da variável em causa estudada. Estes autores chamaram a atenção para a existência de subjectividade em experiências objectivas, por parte dos próprios investigadores.

Anderson e Lambert (1995, cit por Joyce et al. 2006) estudaram também a efectividade das psicoterapias psicodinâmicas breves e, utilizando um critério semelhante ao de Svartberg e Stiles (1991, cit por Joyce et al. 2006), concluíram novamente a efectividade desta terapia relativamente ao grupo sem terapia, e uma eficácia equivalente relativamente ao grupo das terapias alternativas (comportamentais e cognitivistas).

Em 1995 surgiu o movimento empírico, que juntamente com a aleatoriedade controlada de estudos clínicos (*Randomized controlled trial*), considerada uma das mais utilizadas metodologias (Borckardt, Nash, Murphy, Moore & O'Neil, 2008), permitiu ajudar a responder a questões tais como, a efectividade da psicoterapia, e permite verificar se ocorreram mudanças nos pacientes com o tratamento, ajudando a determinar as terapias mais apropriadas a cada grupo de pacientes. (Joyce et al. 2006; Arkowitz, 1989, cit. por Goldfried & Eubanks-Carter, 2004). Neste sistema, é atribuído aos sujeitos, aleatoriamente um tratamento e grupo de controlo, e no final são aplicadas escalas para determinar resultados (Charman, 2003). É assumido que qualquer diferença prévia entre os indivíduos que poderá afectar o resultado do tratamento, será aleatória e igualmente distribuída pelos diferentes grupos (Aveline, Strauss & Stilles, 2007).

Esta perspectiva acredita que técnicas distintas são igualmente efectivas na terapia do paciente, e considera a terapia em si, como a única responsável pela mudança no paciente, negligenciando tudo o que a rodeia, inclusivamente as características individuais do paciente, a relação entre paciente e terapeuta, pressupostos estes diferentes dos meta-analíticos. Os estudos das terapias de longo termo, em que é utilizada esta mesma metodologia aleatória, são normalmente utilizados para avaliar a recuperação e recaídas do paciente, em que mais uma vez, o tratamento é visto como principal responsável por estas oscilações. (Charman, 2003).

Aveline et al. (2007), consideram que os estudos aleatórios controlados são uma adaptação ao método experimental, a melhor forma de se mostrar a causalidade. Sendo todas as condições controladas, ou seja, mantidas constantes, à excepção da variável independente, qualquer diferença observada no resultado, ou seja na variável dependente, seria da responsabilidade directa da variável independente.

No entanto, existem dificuldades em aplicar-se a metodologia experimental no estudo de uma psicoterapia, uma vez que as pessoas apesar de poderem possuir o mesmo tipo de patologia, são na realidade diferentes umas das outras, impossibilitando o exacto tratamento a ambas (Haaga e Stilles, 2000, cit por Aveline et al., 2007), havendo sempre variações mínimas incontroláveis.

OS RESULTADOS TERAPÊUTICOS

Os resultados de uma terapia, abrangem todo o tipo de mudanças ou conjunto de mudanças ocorridas no sujeito durante a mesma, dependendo a definição específica do termo resultado, da perspectiva de quem o avalia (Aveline et al., 2007), tal como dos objectivos específicos do tratamento (Ambul & Strauss, 1999, cit. por Aveline et al., 2007)

Orlinsky et al. (2004) descrevem duas principais áreas que se debruçaram acerca dos resultados. A perspectiva observacional, crê que os resultados, tal como os processos de uma terapia, diferem consoante a perspectiva em que a terapia está inserida. Em termos do nível da análise, alguns investigadores vêem as mudanças ocorridas dentro de uma sessão terapêutica, como fazendo parte dos resultados da terapia, independentemente do facto destas terem sido induzidas por técnicas, no entanto, alguns autores acreditam que os resultados devem ser observados fora do quadro terapêutico, como é o caso de Orlinsky e Howard, (1978, cit. por Orlinsky et al., 2004).

E quando se dizer que se verificam resultados na terapia? Nem sempre que ocorre uma melhoria ou deterioração dentro de uma terapia, estamos preparados para falar acerca dos resultados da terapia. Não querendo com isto dizer, que não poderão ser indicadores da efectividade da mesma.

MECANISMOS E PROCESSO DE MUDANÇA

Há alguns anos que se estudam os mecanismos de mudança impulsionados por uma terapia. Yalom em 2005, escreveu sobre o assunto algumas considerações, entre as quais, que apesar das intervenções terapêuticas poderem sofrer variações entre os tratamentos, já a aliança terapêutica, mantém-se e é crucial a qualquer tipo de terapia.

Estudos efectuados nesta temática, centram-se sobre elementos a nível do processo terapêutico, na relação entre elementos do processo e resultados da terapia em questão, tendo como objectivo, identificar os mecanismos de mudança.

Joyce et al. (2006), falam do Modelo dos Factores Comuns, que aborda os elementos provenientes da relação e do processo na terapia, a caminho do processo de mudança. Lambert e Ogles (2004, cit. por Joyce et al., 2006), dividiram os factores comuns em três categorias. A primeira inclui factores como aliança terapêutica, catarse, factores estes que contribuem para um bom ambiente, propício à mudança proveniente da terapia; a segunda categoria corresponde a factores como *insight*, experiência emocional correctiva, que proporcionam ao paciente um novo enquadramento cognitivo que pretende facilitar a mudança da sua própria percepção bem como a dos seus problemas. A última categoria diz respeito à modelagem, aceitação de risco, trabalho a nível das necessidades emocionais, associados à efectiva mudança de comportamento.

Miller e Duncan em 1997, por sua vez, falam de quatro factores independentes: as características do paciente, que teriam uma enorme influência no resultado da terapia; o factor de relacionamento, como tendo importância imediatamente a seguir, neste mesmo nível de resultados; o factor técnico, e factores placebo, como oferecendo ao paciente uma nova forma de encarar os seus problemas, bem como formas de os resolver ; e o factor expectativa como facilitador de mudança (Joyce et al. 2006).

Asay e Lambert, nos seus estudos, atribuíram 40 % do resultado terapêutico, às características do próprio paciente, 30 % da mudança no paciente ao impacto da relação terapêutica. (Joyce et al., 2006), e 15% à técnica em si (Charman, 2003).

O modelo contextual, refere-se às condições em que decorre o processo terapêutico, e ao papel dos seus participantes. Frank e Frank (1991, cit. por Joyce et al., 2006), escreveram acerca deste modelo algumas considerações. Tal como Miller (1997) e Duncan (2002) também

consideraram quatro componentes essenciais numa psicoterapia. Salientaram a importância da teoria racional passada pelo terapeuta ao paciente como sendo essencial ao seu processo de mudança. Assim sendo, um terapeuta eficaz, é aquele que consegue desenvolver no paciente uma perspectiva do processo de mudança a partir da perspectiva do próprio paciente acerca da terapia, dentro do quadro teórico em que o terapeuta labora. Assim, paciente e terapeuta, partilham a mesma perspectiva do que vai mudar, e como se vai proceder a essa mudança.

Outro investigador, Wampold (1997) também enfatiza a importância da relação terapêutica, tal como a importância na crença de ambas as partes na terapêutica a ser aplicada.

Estudos empíricos também foram efectuados com o objectivo de identificar os factores comuns relevantes numa psicoterapia, nomeadamente um estudo efectuado por Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn e Wampold (2003, cit. por Joyce et al., 2006), em que foram examinados textualmente os modelos cognitivos usados pelos investigadores em psicoterapia, e pelos próprios psicoterapeutas. Verificaram-se duas dimensões mais significativas, a dimensão emocional, e a dimensão cognitiva. Os fenómenos comuns que se revelaram mais significativos foram a relação terapêutica, a provisão explicativa e os esforços na estruturação do processo.

Após esta reunião de estudos, Joyce et al. (2006) concluíram que os factores comuns têm um grande peso nos resultados, independentemente da terapia utilizada, mas no entanto, não se pode atribuir a eles uma responsabilidade total pela mudança na terapia.

Quanto às considerações acerca do modelo contextual, pode-se dizer que privilegia a aliança terapêutica, a crença incutida no paciente pelo terapeuta e também compartilhada por este, na terapia, e por último, alinha as expectativas com as crenças na terapia.

Charman (2003), considera que a investigação acerca dos resultados de diferentes terapias não têm chegado a nenhuma conclusão, uma vez que os tratamentos se têm revelado equivalentes, tendo o efeito dos terapeutas surtido maiores efeitos que a terapia em si. Contudo, também esta autora encontra evidências da eficácia das psicoterapias nos estudos comparativos de Seligman, e Asay e Lambert.

Borckardt et al. (2008), no seu estudo acerca da investigação feita a partir da prática clínica, concluíram que a existente lacuna entre a prática e a investigação pode ser reduzida, através da utilização da metodologia *case-based time-series*, por eles estudada. Os dados recolhidos com esta experiência também ajudaram a compreender o processo de mudança ocorrido na terapia. Salientaram também o facto de ser necessário um discurso produtivo e

permanente entre os investigadores e terapeutas clínicos, com vista a promover uma ciência clínica robusta nesta área.

Yeaton e Sechrest (1981, cit por Aveline et al., 2007), consideram que as psicoterapias para serem eficazes, devem conter o máximo de ingredientes possíveis para auxiliarem a mudança, devendo manter a integridade da teoria subjacente. Assim sendo, de acordo com esta lógica, pacientes que recebessem uma maior quantidade de ingredientes, ou variáveis do processo, apresentariam uma mudança maior, ou seja, mais variáveis de resultado, apresentando o processo e o resultado uma correlação positiva. Segundo Orlinsky et al., (1994, cit por Aveline et al., 2007), esta metodologia permite aos investigadores determinar quais as componentes do processo que têm efeitos positivos, e quais os que não têm. Há no entanto qutores que consideram esta premissa enganadora (Stiles 1988; Stilles et al., 1998; Aveline et al., (2007) cit. por Aveline et al., 2007).

INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIAS PSICODINÂMICAS

De facto, as psicoterapias de cariz psicodinâmico, foram menor alvo de estudo do que as restantes terapias, já mencionadas. De entre os vários motivos, poderemos salientar o facto de este tipo de terapêutica produzir um efeito mais imediato a nível interno, do que externo, e também o facto de normalmente serem terapias de longo curso, o que dificulta o estudo dos seus efeitos (Charman, 2003).

Charman fala-nos de três paradigmas a nível de investigação Psicoterapêutica. O primeiro refere-se à efectividade da terapia na perturbação, o que segundo Lampropoulus, requer primeiramente uma boa definição da perturbação (Charman, 2003). Elkin (1994, cit. por Charman, 2003) defende que investigações nesta área mostraram que por exemplo, uma psicoterapia interpessoal se revelou mais eficaz quando praticada por um terapeuta psicodinâmico. O segundo paradigma refere-se à efectividade na prática, e surgiu da preocupação em determinar a sua validade externa e viabilidade. Neste âmbito, esta prática tem como principal preocupação perceber se a terapia está de facto a ser benéfica para o paciente, que se apresenta no momento com determinadas condições, e se ele está a responder positivamente ao tratamento que

está a ser aplicado. (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996, cit. por Charman, 2003). O terceiro paradigma refere-se ao fenómeno em si mesmo, à terapia como um processo. Este processo, segundo Strupp (1976, cit. por Charman, 2003) por sua vez tem em vista mudanças de crenças, pensamentos, atitudes e comportamentos incómodos para o sujeito. Mas existem várias outras definições para este processo.

O processo de investigação (exploratório) em psicoterapia envolve a descrição do que ocorre numa terapia, desprovida de qualquer enquadramento teórico. (Hill, 1990, cit. por Charman, 2003). No entanto alguns autores, como Hayes, Luborsky, Barber e Crits-Christoph consideram que num processo de investigação não se devem desprezar as teorias já formuladas em anos anteriores baseadas nas investigações passadas.

PROCESSO DAS RELAÇÕES DE OBJECTO

A psicanálise encontra-se por excelência intimamente ligada às relações (Greenberg & Mitchell, 2003), e vive ela também baseada na relação que se estabelece entre o paciente e o psicoterapeuta.

Apesar da definição da teoria das relações de objecto poder ser complexa, uma vez que é utilizada em inúmeros contextos diferentes com propriedades também elas diferentes, é um conceito necessário e essencial, havendo inclusivé autores que consideram que “simplesmente abandonar a expressão teria como resultado, maior do que menor confusão...” Greenberg e Mitchell (2003).

O termo que consideramos mais pertinente, é o que se refere à sua origem, o da teoria da pulsão de Freud, em que o “objecto de uma pulsão, é a coisa através da qual a pulsão consegue atingir o seu alvo” (Sigmund Freud, 2001).

As relações de objecto são as que se referem às ligações emocionais com pessoas significativas (Cashdan, (1988), cit. por Charman 2003). Interessa a este campo de investigação, identificar padrões repetitivos de interacção, a sua dinâmica, e o seu significado a nível dos resultados da terapia. Segundo Luborsky e Crits-Christoph, a relação entre o paciente e terapeuta, é muito importante no processo de mudança do paciente.

Uma das formas de avaliar o estado das relações de objecto do sujeito, é comprovar se o sujeito tem tido uma relação contínua com pelo menos uma pessoa, e averiguar a natureza dessa relação. A capacidade de estabelecer este tipo de relações tem-se verificado relacionada com os resultados da psicoterapia (Charman, 2003). Também se verificou, no âmbito da investigação das relações de objecto, que os resultados mostraram uma ligação entre a qualidade da relação de objecto e a quantidade, e entre a qualidade das intervenções do terapeuta (Piper & Duncan, (1999), cit. por Charman 2003).

ALIANÇA TERAPÊUTICA

A aliança terapêutica, é uma colaboração activa, baseada em papéis definidos, entre o paciente e o terapeuta (Leal, 2004). Esta aliança baseia-se na confiança que o paciente deposita no terapeuta, e no trabalho conjunto que ambos se propõe a fazer com vista a um melhoramento da condição actual do paciente. Podemos encontrar este tipo de aliança em qualquer terapia, independentemente do quadro teórico em que a mesma se insere (Horvath, 2001).

Parece haver uma forte conexão entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia (Horvath, 2001; Charman, 2003). Investigações recentes centram-se nas habilidades e factores pessoais do terapeuta, que podem contribuir ou não, para o desenvolvimento desta aliança. (Horvath, 2001).

Devido à importância desta aliança, metodologias foram desenvolvidas no sentido de identificar estas interacções. Desde descrições feitas pelos terapeutas e pacientes acerca da sua relação na terapia, utilizando medidas standardizadas, medidas estas que se revelaram pouco úteis na definição destes padrões, até metodologias como, *Core Conflictual Relationship Theme*, em que são analisadas as transcrições das entrevistas, com vista a identificar os episódios de interacção (Charman, 2003). Segundo Fried, Crits-Christoph & Luborsky, este método tem sido aplicado para formar um padrão interaccional entre o paciente e o terapeuta, ou seja, a transferência (Charman, 2003).

Um estudo realizado com pacientes que sofriam de perturbação de ansiedade e que estavam a usufruir de uma psicoterapia psicodinâmica, revelou, através da análise de transcrições

de duas sessões do início da terapia, e duas do final do processo, que 16% dos episódios do início da terapia, e 22% dos episódios do final da terapia, foram identificados como sendo episódios que envolviam o terapeuta. A estas transcrições foram adicionados sete casos ao acaso, e entregues a três Juízes sem terem conhecimento dos casos, que identificaram as interações entre os terapeutas e pacientes correctos, comprovando assim, a consistência e clareza dos padrões existentes nestas interações. Foi também encontrada uma semelhança entre o padrão do terapeuta relativamente aos seus diferentes pacientes (Charman, 2003). A qualidade da aliança terapêutica, não depende assim apenas do paciente, mas também do próprio terapeuta. A sua flexibilidade e capacidade adaptativa, depende também da qualidade das suas relações de objecto (Charman, 2003).

Estudos realizados relativamente aos efeitos da aliança terapêutica, mostraram que uma aliança estabelecida no início da terapia, é um melhor preditor de resultados do que alianças estabelecidas no meio ou no final da terapia (Horvath, 2001). Encontramos mais literatura que confirma também que alianças estabelecidas no início da terapia, são melhores preditores que alianças estabelecidas mais tarde, em: Barber, Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes em 1996; em Gaston, Gallager, Cournoyer & Gagnon 1998; em Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend, 2001, Joyce & Piper, 1998; Krupnick et al., 1996; Sexton, 1996, (cit. por Horvath, 2001). No entanto, também encontramos literatura que chamava a atenção para alianças terapêuticas patológicas, ou seja, com demasiadas expectativas iniciais, o que poderia ditar um final precoce da terapia, ou resultados abaixo das expectativas. (Horvat, 2001). Assim sendo, o mais saudável em todas as perspectivas, seria um estabelecimento inicial da aliança, e o seu aumento gradual a par com a terapia.

Segundo Horvath (2001), existem alguns factores que influenciam a qualidade da aliança terapêutica. Três destes factores são da responsabilidade do paciente. São eles, o nível de severidade da sua perturbação, o tipo de prejuízos, e a sua qualidade de relação de objectos. Esta última é frequentemente abordada por vários autores, alguns deles já mencionados no presente trabalho. Por parte da responsabilidade do terapeuta, temos as suas capacidades individuais de comunicação, a sua abertura, empatia, capacidade de exploração, a sua experiência e treino, se bem que já foram encontrados estudos que mostraram que o treino e experiência do terapeuta, podem não ser sinónimos ou preditores de uma capacidade acrescida para estabelecer uma boa aliança terapêutica. A personalidade dos terapeutas segundo alguns autores como Hersoug et al.,

(Harvath, 2001), também influencia a qualidade da aliança terapêutica. Harvath (2006), considera que numa relação psicoterapêutica, existem alguns factores inerentes à relação em si, são eles a aliança, a coesão, a empatia, colaboração, relação positiva, congruência, *feedback*, raparação de rupturas na aliança, auto-revelação, contratransferência e interpretação relacional.

O NARCISISMO

O termo narcisismo foi introduzido em 1899, por Nacke, e designava originalmente um comportamento de auto-erotização (Matos, 1997; Crockatt, 2006). Freud alargou mais tarde este conceito, passando a considerá-lo como uma fase regular do desenvolvimento humano (Milheiro, 1990). Distinguiu narcisismo primário e secundário, e explicou através de um sistema hidráulico, os dois extremos do narcisismo: de um lado a paixão, em que haveria um investimento libidinal exclusivo no objecto de amor, e a paranóia, como extremo do investimento libidinal no próprio.

“Um sólido egoísmo preserva da doença, mas é necessário amar para não adoecer, e adoecer-se quando não se pode amar” (Freud, 1914, cit por, Milheiro, 1990).

Mais tarde a definição de narcisismo primário anobjectal por definição, é deixada cair por terra, criticada por Balint em 1934, (Matos, 1997). Ele criticou o facto de na sua experiência, pacientes que se pensou estarem a afastar-se de uma relação de objecto, estavam de facto intensamente ligados a um objecto fantasiado por si (West, 2004). Segundo ele, o narcisismo formar-se-ia após o amor primário, a partir dos distúrbios entre a criança e o meio envolvente, no que respeita à frustração. Em 1960, refere que, o que Freud chamou de narcisismo primário, dever-se-ia chamar de objecto de amor primário (Rosenfeld 1964).

Freud na sua definição de narcisismo, considerava que não existia transferência devido a uma grande incapacidade que os sujeitos possuidores deste tipo de transtorno possuíam neste campo, devido a uma enorme resistência. No entanto, a maioria dos terapeutas que trabalhou com este tipo de patologia discordou desta ideia (Rosenfeld, 1964), sendo mais tarde abandonada e refutada por Waelder (1925), Clark (1933), Fromm-Reichmann (1943, 1917), Bion (1962), e Rosenfeld (1963).

Kohut, teorizou na psicologia do *self*, a existência de uma linha de desenvolvimento própria e independente de onde se formaria o narcisismo. Segundo ele, os defeitos narcísicos dever-se-íam a uma ausência de empatia por parte dos pais (Salgueiro, 1990; Cordeiro, 2002). Já segundo Bion, a empatia não é condição suficiente para que sejam afastados os traços narcísicos patológicos, mas sim a qualidade de mãe contentora, que é proporcionada ao seu bebé.

São várias as teorias que explicam a personalidade narcisista. Segundo a *Harvard Medical School* (2004), ela é definida como um estado de amor auto-destrutivo, em que encontramos características como a vaidade, auto-importância, auto-absorção, egocentrismo, e um padronizado comportamento desdenhoso para com os outros. Segundo Matos (1997), por sua vez, o narcisismo é um funcionamento regulador da auto-estima. De acordo com o manual de diagnóstico da *American Psychiatric Association*, a personalidade narcisista é caracterizada por sentimentos de superioridade e um sentimento de direito próprio, e de unicidade (*Harvard Medical School*, 2004). Vakin (2003, cit por Davis, Wester & King, 2008), e Boldt (2007) caracterizam a personalidade narcisista como tendo um sentimento de direito, de grandiosidade e tendência para procurar a atenção dos outros. Paulhus & Williams, (2002, cit. por Sedikis, Rudick, Gregg, Kumashiro & Rusbult, (2004) salientam a vaidade, sentimentos de auto-suficiência, grandeza e exibicionismo. Barry, Frick, Adler & Grafeman (2007), mencionam o narcisismo como tendo vindo a ser descrito como um conjunto de características emocionais e motivacionais que manifestam uma representação de grandiosidade, e preocupação com o valor pessoal aos olhos dos outros. Na concepção de Cohn (1940), Stone (1954), e Rosenfeld (1963), o narcisista seria definido em termos da sua onipotência, confusão entre o *self* e os objectos, introjecção dos objectos e projecção da agressividade nos objectos (Rosenfeld, 1963).

A AUTO-ESTIMA NO NARCISISTA

Zeigler-Hill (2006), elaborou um estudo acerca da auto-estima, e dos seus componentes explícitos e implícitos. Os componentes explícitos seriam o amor próprio, valor próprio, e aceitação. Os implícitos corresponderiam a valores não conscientes, automáticos, obtido através do *feedback* das interacções sociais. Centrou-se no seu estudo, na auto-estima discrepante alta,

que seria uma forma de auto-estima frágil que conteria um factor implícito baixo e um valor explícito alto da auto-estima, conceito este que se opõe ao conceito de uma auto-estima discrepante baixa, que teria os mesmos componentes mas em valor inverso, ou seja, uma auto-estima implícita alta, e uma explícita baixa.

Verificou no final do seu estudo que sujeitos possuidores de uma auto-estima congruente alta, possuíam uma auto-estima explícita mais estável comparativamente aos indivíduos com uma auto-estima discrepante alta, que teriam uma auto-estima mais instável.

Sedikis et al. (2004) no seu estudo, encontraram uma correlação positiva entre a auto-estima e o narcisismo normal. Foi demonstrada a correlação negativa entre o narcisismo e a depressão, a predisposição para a tristeza, e a ansiedade, tendo sido positivamente relacionado com a boa disposição. Este estudo ajudou a demonstrar que indivíduos com alto nível de narcisismo, são psicologicamente saudáveis. (W. K. Campbell, 2001, Rose, 2002, Sedikis & Gregg, 2001, cit por Sedikis et. al, 2004). Segundo Barry et al. (2007) a auto-estima é um constructo cognitivo, consistindo na auto-avaliação pessoal que cada indivíduo faz de si mesmo.

O narcisista, segundo West (2004), tem uma tendência inata para preferir ou sentir-se atraído pelo que é semelhante a si mesmo. Esta característica dificultaria as relações do sujeito, uma vez que encontraria certamente no outro, diferenças relativamente a si mesmo, que lhe causariam frustração e o levariam ao afastamento. Assemelha esta característica à concepção de Britton (2004), acerca do narcisista preferir a similaridade e igualdade, sendo adverso à diferença. Segundo este autor, o termo narcisismo descreve um fenómeno vastamente encontrado na prática clínica, pertencendo a um distúrbio da personalidade, que se reflecte numa oposição do sujeito relativamente às relações de objecto, que se verifica com a retirada ou um não investimento na relação com o outro.

Segundo Kohut (1984, cit. por Trumpeter, Watson, O'Leary & Weathington, 2008), é essencial que haja uma empatia parental de modo a inculcar na criança um sentimento de amor próprio, mas muito importante também que haja uma falha nesta empatia, uma vez que esta falha vai contribuir para a maturação da criança no sentido de criar um sentimento de *self* mais realista, contribuindo para um narcisismo saudável. Segundo ele a imaturidade proveniente de uma extrema falta de empatia, origina uma frustração traumática na criança, o que resulta numa baixa auto-estima, depressão, necessidade de exploração e de sentimento de direito, ou seja, um mau narcisismo.

Segundo Aalsma, Lapsley & Flannery (2006), a grandiosidade, exibicionismo, a elevado sentido de auto-consciência, característicos do narcisismo, são também traços característicos da adolescência. Um estudo realizado por estes autores concluiu que estes sentimentos de onnipotência e singularidade não oscilariam desde o início até ao final da adolescência, embora se tenha verificado um aumento da invulnerabilidade entre o início e o meio da adolescência, tal como a propensão para a depressão que também sofre um aumento acentuado nesta fase. Ficou também comprovado neste estudo que haverá uma maior tendência para o narcisismo em adolescentes do sexo masculino, revelando nas adolescentes do sexo feminino, por sua vez, uma maior tendência para os sintomas depressivos. O traço de onnipotência seria considerado como adaptativo, mas já o sentimento de singularidade relacionar-se-ia negativamente com a saúde mental, sendo associada aos estados depressivos, e ideação suicída, associação esta forte do início até meio da adolescência. Assim, o narcisismo encontrar-se-ia positivamente correlacionado com índices de ajustamento, e negativamente correlacionado com a internalização de sintomas.

ESTUDOS DE CASO

Os estudos de caso são uma forma de expressão da investigação qualitativa. Têm sido uma ferramenta largamente utilizada para investigar acerca da teoria e prática da psicoterapia, já antes de Freud (Aveline et al., 2007). Este tipo de estudos pode ser de cariz exploratório ou confirmatório.

Segundo Stiles (1993, 2003, cit por Aveline et al., 2007) as investigações de teor interpretativo, que se baseiam em testar hipóteses, são estratégias para controlar a qualidade científica da teoria em questão, uma vez que os cientistas extraem uma ou mais afirmações da teoria e comparam-na com as observações que efectuam. Caso a observação confirme a afirmação, há uma aumento da credibilidade e fiabilidade dessa mesma afirmação, que passa a incrementar-se na própria teoria. Este aumento é variável e pode até mesmo não se verificar, no entanto, como são examinadas muitas afirmações, os resultados podem ser comparados aos efectuados através de metodologias estatísticas a partir de testes de hipóteses (Aveline et al., 2007).

Investigações neste quadro originam teorias a partir dos dados (Aveline et al., 2007), e uma das melhores metodologias para usar nestes casos é a *Grounded Theory*, metodologia por nós utilizada no presente estudo.

CONCLUSÃO

As psicoterapias psicodinâmicas, são talvez as que tendencialmente mais se baseiam na experiência que têm presentemente em mãos, no entanto muitas vezes verificamos que os relatos estão efectivamente impregnados por inferências dos próprios terapeutas, que grande parte das vezes não conseguem ser imparciais. Verificámos que uma psicoterapia envolve muito mais do que a terapia prescrita por si só. Ela envolve, o paciente, com as suas características pessoais e únicas; as limitações que a sua patologia lhe confere e que o afectam de modo singular; o seu contexto pessoal passado e presente, que o tornaram como é, conferindo-lhe uma maior ou menor disponibilidade mental, motivação e condições para a terapia; o contexto em que é feita a abordagem terapêutica que pode ser institucional ou não; envolve também o terapeuta, com as suas características; quadro de referência, trabalhando com condições melhores ou menores consoante o espaço físico em que labora; a sua capacidade de interpretação, a sua sensibilidade; a sua capacidade de não impregnar os dados com as suas perspectivas ou crenças pessoais. Elementos que devem ser tidos em conta especialmente quando se tem em vista fazer uma investigação.

Sentimos a necessidade que existe em criar novas metodologia de estudo que se caracterizem pela imparcialidade, com vista a reduzir a impregnação do material de estudo por parte dos investigadores.

Verificámos a existência de relativamente pouca informação no que respeita à investigação na área das psicoterapias psicodinâmicas, talvez devido a estas terapias serem de extensa duração, o que torna as investigações morosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalsma, M. C., Lapsley, D. K. & Flannery, D. J. (2006). Personal fables, narcissism, and adolescent adjustment. *Psychology in the Schools*, 43(4). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Aveline M., Strauss, B. & Stiles W. B. (2007). Pesquisa em Psicoterapia. In Gabbard, G. O., Beck J. S. & Holmes J. (2007). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed
- Barry, C. T., Frick, P. J., Adler, K. K. & Grafeman, S. J. (2007). The predictive utility of narcissism among children and adolescents: evidence for a distinction between adaptive and maladaptive narcissism. *Journal of Child & Family Studies* 16, 508-521. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Boldt, R. M. (2007). Who feeds narcissism? *The Journal of Individual Psychology*, 63(2) 146-157. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist* 63 (2), 77-95. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Britton, R. (2004). Narcissistic disorders in clinical practice. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 477-490. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Charman, D. (2003). Paradigms in current psychotherapy research: A critique and the case for evidence-based psychodynamic psychotherapy research. *Australian Psychologist*, 38(1), 39-45. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Cordeiro, J. C. D. (2002). Do narcisismo normal ao narcisismo patológico. *Manual de Psiquiatria Clínica. 2ª Ed.* Lisboa: Fundação caloust Gulbenkian.
- Crockatt, P. (2006). Freud's on narcissism: an introduction. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(1), 4-20. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Davis, M. S., Wester, K. L. & King B. (2008). Narcissism, entitlement, and questionable research practices in counselling. a pilot study. *Journal of Counselling & Development* 86, 200-210. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Freud, S. (2001). *Textos Essenciais da Psicanálise. Volume I.* Mem Martins: Publicações Europa America.

- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. (4^a ed.). Chicago: Aldine.
- Goldfried, M. R. & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Western, Novotny, and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin*, 130(4), 669-673. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38 (4). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 43 (3), 258-263. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Joyce, A. S., Wolfaardt, U., Sribney, C. & Aylwin, A. S. (2006). Psychotherapy research at the start of the 21st century: The persistence of the art versus science controversy. *The Canadian Journal of Psychotherap*, 51(13). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século
- Leal, I. P. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Ispa
- Matos, A. C. (1997). Narcisismo e depressão. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 16 (Setembro), 19-25.
- Miller, M. C. (2004). Narcissism and self-esteem. *Harvard Mental Health Letter* 20(8). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Willey & Sons.
- Pires, A. (2001). Introdução à grounded theory. In: A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco*. (pp. 41-63). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Poupart, J. (2008). A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In Poupart, J. Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires A. P. (Eds.), *A Pesquisa Qualitativa*. Brasil: Editora Vozes.

- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (2008). *A Pesquisa Qualitativa*. Brasil: Editora Vozes.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neymer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1), 30-49. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45(2). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ruiz, P., Bland, I. J., Pi, E. H. & Zuleta F. (2005). Cross-cultural psychotherapy. In Gabbard, G. O., Beck, J. S. & Holmes, J. (2005). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Salgueiro, E. (1990). Breves reflexões sobre o narcisismo e o objecto estético na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 71-90.
- Sedikis, C., Rudick, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro M. & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 400-416. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A. & Agnew-Davis, R. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the second shefields psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical*, 66(5), 791-802. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Trumpeter, N. N., Watson, P. J., O'Leary B. J. & Weathington B. L. (2008). Self-functioning and perceived parenting: relations of parental empathy and love onconsistency with narcissism, depression, and self-esteem. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(1), 51-71. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research. An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18(2), 243-267. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- West, M. (2004). Identify, narcissism and the emotional core. *Journal of Analytical Psychology* 49, 521-551. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality* 74(1). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

ARTIGO EMPÍRICO

RESUMO

O objectivo deste estudo consistiu na elaboração de uma teoria reflexiva do funcionamento de um sujeito em psicoterapia psicanalítica. Foram utilizadas as notas de 38 sessões de psicanálise, de um sujeito de 26 anos de idade e sexo masculino, analisadas segundo a metodologia *Grounded Theory*. Verificou-se neste quadro terapêutico um *self* frágil, e uma extrema sensibilidade à crítica por parte do sujeito, e elaborou-se um modelo explicativo do seu comportamento geral. Concluiu-se que todo o seu comportamento possui traços da personalidade narcisista, e é condicionado por esta sua sensibilidade, que o leva ao isolamento.

Palavras-Chave: Investigação em Psicoterapia; Psicoterapia Psicanalítica; Auto-estima; Narcisismo; *Grounded Theory*.

ABSTRACT

The purpose of this study consisted in the development of a reflexive theory of a patient's functioning in psychoanalytic psychotherapy. Notes from 38 psychoanalysis sessions of a 26 year-old male patient were used and analyzed through Ground Theory Methodology. A fragile self and an extreme sensibility to judgment were found in this therapeutic framework, and an explanatory model of his general behavior was elaborated. All his behavior showed narcissistic personality traits, and he is affected by his sensibility, leading him to isolation.

Key-Words: Psychotherapy Research; Psychoanalytical Psychotherapy; Self-Esteem; Narcissism; *Grounded Theory*

INTRODUÇÃO

A investigação em psicoterapia, pode incidir sobre diferentes fases do processo. Segundo Arkowitz (1989, cit. por Goldfried & Eubanks-Carter, 2004), pode incidir: na investigação sobre psicopatologia básica de diferentes problemas clínicos, identificando o que necessita ser mudado; na investigação na área dos processos terapêuticos que clarifica como ocorre a mudança; e no estudo que recai na pesquisa de resultados, como por exemplo é o caso das estudos clínicos aleatórios (*randomized clinical trials*), que ajudam a especificar se realmente ocorreu mudança. Segundo Goldfried e Wolf (1996, cit. por Levitt, Stanley & Frankel, 2005), pode também ajudar identificar qual o tipo de tratamento mais eficaz para cada patologia.

A méta-análise por sua vez, sugeriu que as psicoterapias teriam todas elas o mesmo tipo de efeito nas diferentes patologias, e que quando se revelava um efeito diferente, era da responsabilidade da aliança que se estabeleceu entre o terapeuta e o paciente (Anderson & Levitt; Berman, Miller & Massman, 1985; Elliot, 2001; Lipsey & Wilson, 1993; Luborsky et al., 1999; Robinson, Berman, Neimeyer, 1990; Wampold, 2001; citados por Levitt et al., 2005).

Os principais objectivos a ter em conta na investigação de resultados terapêuticos, são então, a especificação do tratamento e avaliação da sua eficácia e viabilidade (Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007). A integridade do tratamento (*Treatment integrity*, ou *Treatment fidelity*), refere-se à medida em que a intervenção foi implementada segundo os seus próprios pressupostos. Quando não obtemos os resultados esperados com determinado tratamento, a primeira coisa a fazer é tentar perceber se o tratamento decorreu e foi aplicado tal como foi concebido para ocorrer. O nível de aderência do terapeuta à terapêutica em questão é um factor também a ter em conta, pois dele depende o modo mais ou menos fiel com que segue os parâmetros do tratamento em questão.

A investigação em ciências humanas, possui limitações em termos de condições e quantidade de situações que lhes permitam reunir amostras suficientemente significativas para gerar conclusões. A quantidade de pacientes é limitada na variedade e severidade das suas problemáticas, e é provável que qualquer julgamento se baseie em indícios parciais (Aveline, Strauss & Stiles, 2007). Por outro lado, a investigação ajuda a repensar os resultados e processos da terapia, dando importância aos indicadores de progresso, como uma aliança positiva, uma boa empatia, um entendimento progressivo, resolução de problemas e satisfação do paciente.

Segundo Aveline et al., 1995 (cit por Aveline et al., 2007), uma investigação deve ser representativa, rigorosa, relevante, refinada, realizável, expedita e reveladora.

Podemos partir para uma investigação, pretendendo responder a questões de ordem quantitativa ou qualitativa, sendo que o foco da primeira é o estudo dos processos, proporcionando a última um meio empírico de validar, e refinar a prática e teoria da psicoterapia, fornecendo muitos dados acerca do processo de mudança (Aveline et al., 2007).

Interessa também à área de investigação verificar a eficácia das psicoterapias. Há autores que distinguem eficácia de efectividade das terapias, por exemplo, para Staruss e Wittmann, (1999, cit por Aveline et al., 2007) a eficácia determina-se por experiências clínicas aleatórias, controlando o maior número de variáveis possível, para que se encontre a relação entre o tratamento e o resultado da forma mais clara que se conseguir, e se possível, inferir relações causais a partir dos resultados.

Estes estudos enfatizam a validade interna do modelo experimental, através do controlo do tipo de pacientes e das suas correspondentes patologias, pelo uso de tratamentos personalizados, pela capacitação dos terapeutas, e pela adesão linear do manual do tipo de tratamento a utilizar.

A efectividade, segundo Shadish et al., (1997, cit por Aveline et al., 2007) por sua vez, enfatiza a validade externa. Os pacientes não são seleccionados previamente, os tratamentos não são personalizados, a duração e características dos tratamentos é variável, e não são controlados, actuando na rotina clínica. Este tipo de estudos é utilizado na avaliação de resultados provenientes de tratamentos mais difíceis de avaliar, quer devido a características formais como extensa duração do tratamento, questões éticas, ou condições especiais da aplicabilidade da terapia, tais como internamentos, ou psicanálise. Como exemplo de estudos deste cariz no campo psicanalítico, temos o *Menninger Psychotherapy Research Project* (Wallerstein, 1986), o *Heidelberg Psychosomatic Clinic Study* (Fonagy, 2001), e o *Berlin Multicenter Study* (Rudolf, 1991), este último acerca de tratamentos psicanalíticos. (Aveline et al., 2007).

Um tema que tem sido pouco alvo de estudo a nível de investigação é o Narcisismo. O narcisismo é caracterizado pelo amor que o sujeito tem por si próprio. A lenda refere que Narciso se apaixonou pela sua imagem, a partir da visão do seu próprio reflexo à margem de um rio. Parece assim que podemos estabelecer uma relação estreita e positiva entre o narcisismo e a auto-estima. Segundo Matos (1997), o narcisismo refer-se de facto à auto-estima, ao amor próprio.

Segundo ele, a função do narcisismo é precisamente regular a auto-estima. Refere que a auto-estima no narcisista, como sendo inicialmente regulada pelo exterior, através do objecto amante ou depreciador, tornando-se progressivamente regulada pelo interior do sujeito à imagem do que nele foi investido.

Segundo a definição de *Harvard Medical School* (2004), o narcisismo relaciona-se também com a auto-estima, auto-estima esta que segundo esta definição, os terapeutas consideram como valiosa e pretendem encorajar. De imagem altiva, o narcisista surpreende-se e sente-se traído quando se sente criticado ou rejeitado de alguma forma.

Caracterizado por uma extrema falta de empatia alheia (Hunyady, Josephs & Jost, 2008), sempre suscitou no entanto, curiosidade no outro. São vários os autores, estudos e abordagens utilizadas no sentido de descobrir novos elementos, novas associações que nos permitam melhor compreender o narcisismo. Maniacci (cit. por Schneider, Kern, Curlette 2007), distingue quatro tipos de narcisismo: o narcisista sem escrúpulos, o narcisista amoroso, o narcisista compensatório, e o narcisista elitista. Esta identificação, segundo o autor, veio ajudar os terapeutas a identificar o tipo de narcisismo, de modo a mais facilmente detectarem a temática principal, ou o foco de preocupação do indivíduo. Boldt, por sua vez estudou a dinâmica “dar-receber” do par do narcisista, identificando três principais estilos de personalidade destes parceiros. São eles o prazeroso, a vítima e o mártir, ajudando assim a perceber a dinâmica entre o narcisista e o outro. Schneider e Sadler focaram-se nos processos e recursos de ganho e perda de poder do parceiro do indivíduo com perturbação narcísica, oferecendo-lhe uma planóplia de materiais e suporte para reconstruir a sua auto-estima (Schneider et. al, 2007).

Berke & Schneider (2007), relacionam o narcisismo com a religião. Somos educados que fomos criados por Deus, à sua imagem, e assim sendo seria normal que desenvolvessemos um sentimento grandioso acerca de nós mesmos, ambicionando ser como o nosso criador.

Ramadanovic (2008), associa o egocentrismo do narcisista à preocupação elevada que o sujeito tem por si mesmo, característica de um pós-trauma. Segundo ele em ambos os casos existe uma retirada do investimento libidinal no mundo exterior, sendo reinvestido no ego. Tal como os narcisistas prestam mais atenção a si mesmos, também os traumatizados estariam mais preocupados com o seu problema e menos atentos ao exterior, havendo consequentemente um decréscimo de compaixão pelo outro. Primo Levi (cit. por Ramadanovic, 2008), considerou acerca deste assunto que haveria um decréscimo de altruísmo numa pessoa que sofreu um trauma,

e só após o solucionar este seu trauma, haveria condições para ajudar pessoas em semelhante condição.

Hunyady et. al (2008), no seu estudo acerca da relação entre o narcisismo e a traição, referem que indivíduos com alto nível de narcisismo, experienciam a traição de forma muito negativa, não conseguindo reparar, ou assimilar a cicatriz criada por ela. Mesmo uma traição alheia, como por exemplo uma infidelidade de um dos seus progenitores, é sentida pelo narcisista como um trauma, que inclui o choque, humilhação, indignação, sentimento de injustiça.

Parece haver uma situação em que o narcisista e o pós traumatizado partilham de sentimentos semelhantes, mas que o narcisista tende a manter, o que nos leva a levantar a questão de como reage um narcisista a um episódio traumático? Que diferença haverá no seu comportamento?

Investigações recentes demonstraram que a condição de personalidade narcisista não tem só contrapartidas negativas, e que pode ser inclusive indicador de saúde psicológica, uma vez que esta condição se relaciona negativamente com estados de ansiedade resultantes do dia a dia, depressões disposicionais, solidão, relacionando-se por sua vez positivamente com estados de bem estar (Sedikides, Rudick, Gregg, Kumashiro & Rusbult, 2004; Trumpeter, Watson, O'Leary & Weathington, 2008).

Investigadores examinaram a estrutura da personalidade narcisista à luz de concepções anteriores, associadas às últimas descobertas, e identificaram factores adaptativos nesta estrutura, tais como o sentido de autoridade, auto-suficiência, e superioridade, embora características negativas coexistam com estas, tais como a necessidade de exibicionismo, tendência para a exploração e noção de direito, características estas já reconhecidas por diversos autores, (Emmons, 1984; Raskin & Terry, 1988; Watson 2005, cit. por Trumpeter et al., 2008; Davis et. al, 2008). Aalsma, Lapsley & Flannery (2006), concluíram também no seu estudo que a onnipotência foi consistentemente associada a resultados adaptacionais positivos, revelando-se como um bom preditor de valor pessoal e trato, e contrariando sentimentos depressivos.

Segundo Trumpeter et al. (2008), uma auto-estima segura e um narcisismo saudável são alcançados, quando a criança pode internalizar experiências seguras, obtidas através da existência de uns pais protectores das suas vulnerabilidades, e ao mesmo tempo estimuladores do seu

progressivo desenvolvimento. Kohut (1984, cit. por Trumpeter et al. 2008), dá uma considerável importância à vivência da frustração pela criança dentro de uma relação empática, considerando que um narcisismo saudável é fruto do processo da internalização das falhas empáticas dos pais, obtido através de um processo de frustração positivo, a que ele chama *optimal frustration*. Trumpeter et al. (2008), fizeram um estudo baseado nestas premissas de Kohut e verificaram que uma relação emocional e cognitiva empática, da parte dos pais, se associa a bons níveis de auto-estima e de narcisismo saudável, e baixos níveis de depressão e narcisismo negativo na criança. Um nível de frustração traumático teria uma correlação negativa com um auto funcionamento adaptativo, e positivo com um funcionamento inadaptado.

O presente estudo incidiu sobre um estudo de caso, de um sujeito com 26 anos, mais precisamente nas suas sessões de Psicanálise.

Foi realizado com o método *Gounded Theory*, em que partimos para a análise dos dados, ao contrário da maior parte das metodologias, sem ter criada qualquer hipótese, ou qualquer ideia pré-concebida. Entregámo-nos à análise dos dados dispostos a tentar perceber o que se salienta neles.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo foram utilizadas as notas escritas pelo terapeuta, de 38 sessões de uma psicanálise. Cada nota está escrita no discurso directo procurando reproduzir o que foi conversado na sessão, e equivale a cerca de 90% ou mais do conteúdo do total da sessão.

O sujeito estudado tem 26 anos de idade, e é do sexo masculino. Por questões de sigilo será designado por Sr. X. O Sr. X vive com os seus pais e um irmão mais novo. Estudou engenharia, mas desistiu em prol de um curso na área artística. Chega à consulta com a principal queixa de depressão que terá ocorrido no final da sua adolescência, referindo as artes como o seu principal refúgio na altura em que isto ocorreu. Refere-se incerto quanto ao seu futuro, refere

alguns problemas de auto-imagem, e uma mudança de atitude e vestuário, com a entrada na faculdade, tornando-se um pouco mais rebelde, em que refere inclusivé o uso de haxixe. Teve um relacionamento de três anos com uma colega de curso de música, que referiu ser muito energética. O Sr. X encontra-se nesta altura a terminar o seu curso de artes e não tem nenhum relacionamento amoroso à data.

Procedimento

Numa primeira fase foram seleccionadas aleatoriamente 19 sessões de um total de 69 sessões de psicoterapia, dos primeiros seis meses, após uma primeira leitura e apreciação global do caso. O critério de selecção das 19 sessões inicialmente prendeu-se com a incidência de assuntos mais repetitivos, mas depois, optámos por fazer uma selecção sistemática de retirar uma sessão de quatro em quatro sessões, a fim de minimizar qualquer tipo de enviesamento dos futuros resultados. As sessões eram analisadas pelo investigador, sem qualquer tipo de alteração, correcção gramatical, ou alteração frásica. Estas sessões começam na primeira sessão de todas do sujeito, e vão até à sessão 69 do mesmo.

Depois, voltámos a seleccionar mais 19 sessões de um total de 73, através da mesmo modo de selecção, seleccionando uma sessão de quatro em quatro sessões, de uma fase posterior de terapia, correspondente à primeira metade do terceiro ano.

Análise de dados

Procedeu-se à análise das sessões segundo o método *Grounded Theory*. Foi analisada linha a linha, no final da qual se colocaram códigos, que são palavras que abrangem a ideia presente em cada incidente, que foram colocados na margem de cada uma dessas linhas, processo este denominado de codificação aberta. De seguida, elaborámos uma lista com estes códigos, a que passámos a chamar categorias, e em frente a cada uma das categorias, colocámos o número da sessão e da página em que apareciam respectivamente, bem como as vezes que se repetiam em cada página. Depois disto, analisámos quais as categorias mais repetidas, e foi a estas que demos

mais importância, por se terem salientado desta forma, ou seja, por terem sido as mais mencionadas pelo Sr. X. Após termos identificado as categorias mais pertinentes, elaboramos uns memorandos acerca de cada uma delas, cruzando a informação contida em cada uma das sessões acerca de cada uma destas categorias, e verificámos que se criavam padrões de funcionamento. A partir destes padrões sentimo-nos prontos a elaborar uma teoria acerca do padrão comportamental encontrado no Sr. X. Em seguida, voltámos a pegar em mais 19 sessões retiradas de um total de 73 sessões de uma fase posterior de terapia, e procedemos da mesma forma. Codificámos as novas 19 sessões, e acrescentámos as categorias, algumas repetidas e outras novas, à nossa lista.

Observámos que o funcionamento do sujeito se manteve, e elaborámos um modelo que reflectiu o comportamento geral do sujeito, e elaborámos uma teoria, tal como previsto neste tipo de estudos.

RESULTADOS

O problema que mais se salienta no Sr. X é a sua extrema dificuldade em lidar com a crítica. O meio envolvente que assumimos como neutro, uma vez que se encontra à priori desprovido de aspectos negativos, proporciona-lhe uma possibilidade de se expôr, exposição esta que pode ocorrer de forma formal, ou informal. Qualquer uma destas possibilidades o amedronta, uma vez que representam uma possibilidade de poder vir a sofrer de algum tipo de crítica, e exposto sente-se um alvo fácil.

No caso da ocorrência de uma exposição informal, como por exemplo, encontrar casualmente um amigo na rua, ou uma visita de familiares, teme ser criticado, pelo que possa dizer, pela sua aparência ou simples forma de estar. Estas críticas podem ocorrer de forma directa, indirecta (pensamento persecutório) ou de auto-referência, estando o Sr. X especialmente atento às duas últimas. Estas duas formas de atenção constante a possíveis críticas é uma forma de se auto-sabotar, procurando conscientemente razões para se sentir criticado, logo depreciado. Mas além disto, ele tem o hábito de procurar constantemente razões à sua volta para se sentir mal, em baixo, como se procurasse dar razão ou sentido ao seu mau estar interior, com razões lógicas, palpáveis.

Como exemplo de uma auto-referência, temos uma conversa que ele menciona numa sessão, entre a sua tia e alguns dos seus familiares, em que a tia diz relativamente à sua filha: “A minha filha está muito zangada com o professor de EVT porque só lhe deu 3. Também ela não se interessa por artes, dito de forma que ouvisse bem.” (sessão **23**, 2)

Neste episódio ele sente que a sua tia fez este comentário para o atingir e de alguma forma denegrir a sua área vocacional. Uma vez que se encontra numa área também ela artística, considera que a sua tia com este comentário teve como objectivo denegri-lo directamente.

No caso de uma exposição formal, que é mencionada no âmbito da sua produção pessoal, ou no decorrer do seu desempenho académico que é o seu curso na área artística, teme a ocorrência de uma crítica nesta área, ou de uma avaliação negativa, que lhe transmitam a sensação de mau desempenho.

Qualquer uma destas formas, quer seja uma sensação de mau desempenho, uma crítica directa ou indirecta, ou um sentimento de auto-referência, são sentidos como profundamente destrutivos. Ex: “Senti-me mal. Eu com a crítica passo do 80 para o 8 de motivação para a, desculpe a expressão, para a merda.”(sessão **4**, 3)

Por melhor que ele se esteja a sentir na altura, assim que é criticado sente-se invariavelmente magoado. A crítica é algo que refere não compreender, e que considera como ofensivo, comparando-a ao gozo, troça. Sente-se invariavelmente atacado e agredido quando é criticado, gerando-se um sentimento de raiva para com aqueles que o criticaram. No entanto é incapaz de reagir a uma crítica, e reconhece esta sua incapacidade de reacção que já é uma constante desde a sua infância.

Assume então uma postura contra a crítica. Afirma ser incapaz de criticar, e nas poucas vezes que recorre à crítica, refere que a fundamenta muito bem, pensando muito bem no que vai dizer, medindo as suas palavras com todo o cuidado, e apenas se atreve a fazer este tipo de apreciação a alguém com quem tenha bastante confiança. Ex: “Acho que vou falar o que penso ser a origem dos meus problemas – incapacidade de reagir à crítica e à agressão, são mais as vezes que não consigo reagir, e fujo ao conflito.” (sessão **6**, 1)

Tendo tido uma educação religiosa desde pequeno, recorre algumas vezes a ela ao longo da sua vida, numa tentativa de o ajudar a resolver alguns problemas. Sendo este um problema considerável para si, ele faz uso dela para moralizar esta sua falta de reacção à crítica, tentando

convencer-se que esta sua abstinência é a atitude moralmente correcta a tomar, na esperança de se sentir melhor com a sua postura.

A raiva que sente acaba por ser internalizada por si mesmo logo a seguir. Este processo baixa-lhe a auto-confiança, deixando-o muito fragilizado. Ao não reagir e ao internalizar a zanga, acaba por afastar-se. Este afastamento constante leva-o ao isolamento e vai mais longe, levando-o a evitar locais e pessoas que possam de alguma forma destabilizá-lo.

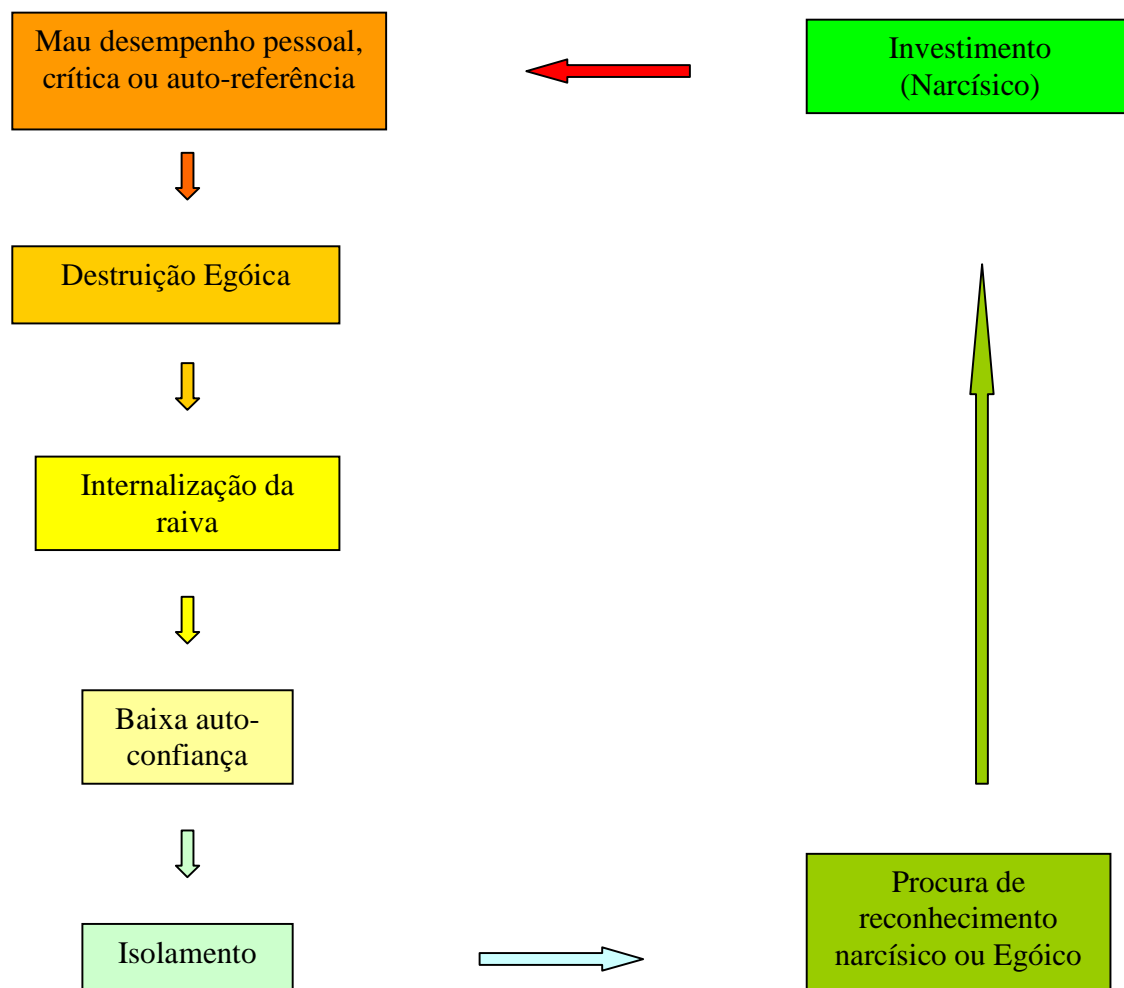
Este isolamento por vezes chega a ser sentido mesmo na presença física de pessoas, o que o leva muitas vezes a uma fuga física desse local, numa tentativa de fugir ao isolamento que está a sentir, e talvez numa tentativa de dar razão e sentido a esta sensação de isolamento que sente. Estando realmente sozinho, a sensação de isolamento nessas condições passa a ser mais desculpável, lógica, e bem tolerada por si. Ex: “Decidi vir repentinamente e numa atitude de fuga a estar em casa. Estava a sentir-me isolado.”(sessão 47, 2)

A sua falta de auto-confiança fá-lo mais uma vez moralizar, desta vez o desejo pelo sexo oposto, o que resulta numa negação deste desejo, tal como podemos verificar no exemplo abaixo. Assim, fica protegido perante a possibilidade de uma rejeição. Ao não se aproximar, agindo moralmente bem, não corre o risco de rejeição, logo não sofre.

Não investe em nenhuma relação, nem de amizade, nem familiar, pois pode correr o risco de ter uma desilusão, de algum dia não se sentir suficientemente apreciado, ou ser criticado. Ex: . “Não lhe falei da questão sexual.. o desejo de ter alguém foi por água abaixo, foi abafar o desejo. O único que me restava era o de ser músico e era onde eu tinha maior auto-estima.” (sessão 15, 2). Depois de se isolar, resta-lhe tentar procurar uma forma de voltar a sentir-se valorizado, de obter reconhecimento narcísico, então investe na única coisa em que faz sentido para si investir, na sua área de escolha profissional, que no caso é a música. Esta é a área à qual vai buscar maior reconhecimento e auto-estima. É a área da sua vida em que sente ter menos possibilidade de se desiludir, uma vez que recebe na mesma medida em que dá, em que se empenha. É a área que sente algum poder de controle.

O investimento exclusivo que faz nesta área, e o medo que tem de ser criticado quer numa exposição formal, quer informal, leva-o a investir demasiado, e a planear muito bem as exposições formais que sabe vir a ter, o que faz com que uma falha seja sentida de uma forma nefasta.

POSSÍVEL MODELO DE FUNCIONAMENTO DO SR. X



DISCUSSÃO

O objectivo deste trabalho foi elaborar um modelo teórico acerca do funcionamento base do Sr. X. O problema central com que nos deparámos foi a extrema sensibilidade à crítica, que se revelou a base de toda a organização comportamental do sujeito do nosso estudo.

A sua auto-estima revelou-se bastante frágil em todos os momentos da terapia, condizendo também com a descrição que faz de si próprio desde criança, e com a visão que possui de si mesmo, no presente. A ideia de que os narcisistas possuem uma baixa auto-estima não é pouco comum. Encontrámos estudos que relacionam um tipo de auto-estima, que parece ser a que se identifica mais à do o Sr. X, com o narcisismo, traço saliente na sua personalidade. Falamos na *Discrepant high self-esteem* (Zeigler-Hill, 2006), que traduziremos como auto-estima discrepante alta, que na realidade é uma forma de auto-estima frágil, reflectindo sentimentos de baixo valor próprio, vulnerabilidade nos desafios, necessitando de constante validação, e frequentemente de um certo grau de decepção pessoal. Zeigler-Hill (2006) distinguiu dois tipos de auto-estima, a auto-estima discrepante alta, e a auto-estima discrepante baixa. O Sr. X parece enquadrar-se na primeira, uma vez que possui uma das características fundamentais desta definição. Este tipo de auto-estima contém uma componente implícita baixa, componente esta que derivaria das experiências afectivas obtidas dos *feedbacks* das interações sociais, de modo automático e inconsciente. Uma auto-estima implícita alta, protegeria o indivíduo das situações ameaçadoras para o seu *self*, tais como agressões, decepções, rejeição social, ou sentimento de falha. Segundo Dijksterhuis (2004, Zeigler-Hill, 2006), serviria como que um tampão para que o indivíduo não necessitasse utilizar estratégias desagradáveis com intuito de manter a sua auto-estima o mais intacta possível, perante estas situações negativas. Ora, o Sr. X não apresenta este tipo de estratégias no seu comportamento, optando invariavelmente pelo afastamento e fuga deste tipo de situações.

Zeigler-Hill (2006), relaciona este tipo de auto-estima com a personalidade narcisista, tipo de personalidade que encontramos no Sr. X. Brown & Bosson (2001, cit. por Zeigler-Hill, 2006), chegam mesmo a atribuir a fragilidade e volatilidade característicos da personalidade narcisista, a esta auto-estima discrepante alta. O Sr. X revela também o que parece ser segundo Zeigler-Hill (2008), uma inconsistência relativamente à sua auto-estima explícita, que se refere à consciência pessoal que o sujeito tem acerca da sua aceitação por parte dos outros, ao gostar de si próprio ou

não, e à forma como avalia o seu valor pessoal. Vemos assim uma vez mais, o que parece ser a confirmação de que o Sr. X pertence de facto a este quadro de auto-estima, uma vez que uma auto-estima ímplicita baixa, se associa a uma explícita inconsistente, que ele também parece ter. Por fim, Zeigler-Hill, conclui que uma auto-estima discrepante alta, traduz-se numa auto-estima instável.

Aslsma et al. (2006), relacionaram a invulnerabilidade, traço que caracterizaram como narcisista, como preditora de um bom nível de valor-próprio, contendo assim um valor adaptativo. O Sr. X não demonstrou ter alguns dos traços característicos do narcisista, incluindo este, ele revelou possuir uma boa consciência de valor-próprio. A sua auto-estimado revelou-se unicamente relacionada com a produção pessoal, no momento, a área artística. O seu investimento narcísico, é exclusivamente feito nesta área, o que não lhe permite ter outras áreas onde possa valorizar-se quando os aspectos nesta área não correm como ele perspectiva.

Verificou-se também que Sr. X moraliza o desejo. Parece ser um caminho mais fácil para si pensar que não está a ceder ao pecado, mas sim a agir de acordo com o “moralmente correcto”, do que arriscar investir, e sair derrotado. Moraliza também a sua não-reacção constante à crítica, de forma a desculpar a sua incapacidade de reagir.

Trumpeter, Watson, O’Leary e Weathington, (2008) mencionam num estudo seu um dado acerca do moralismo associado ao narcisismo. Este dado foi retirado de Watson e Morris (1991), em que dizem que foi encontrada uma correlação negativa fraca entre a defesa baseada na moral, e o narcisismo negativo. Estes dados parecem reflectir uma tendência para a desejabilidade social, o que parece ser pouco compatível com um traço caracterizado, pela grande maioria dos autores, como característico da personalidade narcisista: a sua tendência para explorar o outro. Estes dados parecem encaixar na tendência que o Sr. X demonstra algumas vezes de moralizar as suas não-reacções, dando-lhes assim um cariz socialmente aceitável, e nobre, que o faz sentir-se menos impotente perante as suas dificuldades.

O conflito do Sr. X parece ser vivido essencialmente em função do exterior. O ser ou não apreciado pelos outros, ter pelo menos o apreço mínimo que o proteja de uma crítica depreciativa. Milheiro (1990), refere que os indivíduos com este tipo de conflito, tendem a recorrer à defesa por erotização do narcisismo, defendendo-se assim da fragilidade que sentem. A sua extrema

dependência do exterior, e a forma como esta demonstrou sobrevalorizar o seu conflito, inibe o seu investimento social, contribuindo para o seu afastamento e inevitável isolamento.

Atlas & Them (2008), fizeram algumas considerações interessantes acerca deste assunto. Interrogaram-se se narcisistas aparentemente têm um auto-confiança forte e uma enorme falta de empatia pelos outros, porque razão se deixam afectar pelas críticas e opiniões alheias? Aparentemente não faz parte da sua estrutura darem tanta importância ao pensamento dos outros.

Bom, quanto à auto-confiança poderemos considerá-la como sendo uma mera capa que utilizam para encobrir a sua verdadeira fragilidade e vulnerabilidade, sendo essencialmente uma postura que os caracteriza. De facto devido ao seu extremo egocentrismo, em princípio não deveriam dar tanta importância à opinião alheia, no entanto, podemos pensar, eles vivem do que a sua postura lhes trás.

Quanto à sensibilidade à crítica que verificámos no Sr. X, encontrámos uma justificação em Atlas que já em 1994 verificou uma relação entre a sensibilidade à crítica e a postura perante oportunidades de receber *feedback*, verificando através de escala *Sensitive to Criticism Scale* (SCS) que quem é mais sensível à crítica tende a evitar situações de *feedback*. Após o seu estudo acerca da relação entre a sensibilidade à crítica e a personalidade narcisista, Atlas e Them (2008) verificaram que não existia uma correlação positiva entre estes dois factores. Sugerindo que quanto maior o grau de intensidade de traço narcisista, menor importância seria dada à crítica alheia. Verificaram também que um *feedback* essencialmente negativo aumentava a sensibilidade à crítica, bem como levava ao evitamento da hipótese de falar com os responsáveis por ela. Barry et al. (2007), verificaram que eventos negativos para o sujeito, tais como *feedback* negativo, levariam à perturbação do comportamento do narcisista.

No entanto verificou-se a partir da escala *Narcissistic Personality Inventory* (NIP), que a sensibilidade à crítica estava directamente relacionada com o sentimento de superioridade e de auto-suficiência. Sabendo nós que o sentimento de superioridade é uma realidade na personalidade narcisista, podendo inclusivamente ser considerado um dos traços que caracteriza esta personalidade, chegamos a um ponto de contradição com o resultado a que chegaram os autores Atlas e Them (2008), a respeito da pouca sensibilidade que os traços vinculados desta personalidade atribuiriam à crítica. Até porque poderemos pensar que quanto mais vincado o traço narcisista de personalidade, maior o sentimento de superioridade.

Matos (1997) entende a exaltação narcísica como uma compensação do sentimento de inferioridade, proveniente de uma falha narcísica. O Sr. X aparentemente não apresenta alguns dos traços mais marcantes deste tipo de personalidade, pelo que poderemos considerar que não tem um grande sentimento de superioridade, o que é manifesto no seu discurso, ao longo de todas as sessões. Pelo contrário, ele revela-se sempre bastante inseguro.

Millon & Grossman (2007) , falam em comportamento altivo. Este comportamento seria expresso na forma de arrogância, orgulho e desdém pelos outros e com este sentimento, viria um desprezo pelas regras convencionais. Esta característica pode assemelhar-se ao que os autores Atlas & Them (2008), referem como comportamento de superioridade, traço este que o Sr. X não aparenta possuir.

Atlas & Them (2008), falaram também acerca de dois tipos de narcisismo, o *Overt Narcissism*, e o *Covert narcissism*. Ao primeiro corresponderia um sentimento de superioridade, uma necessidade de reconhecimento, e uma preocupação com o sucesso e grandiosidade, e uma baixa sensibilidade à crítica, e o segundo envolve um egocentrismo com foco negativo, uma hiper-sensibilidade relativamente à opinião que os outros têm acerca de si mesmo, à crítica, acerca do desprezo e falta de consideração e reconhecimento por parte deles, e uma tendência para se considerarem pouco competentes.

Os focos destes dois tipos de narcisismo são muito distintos. O primeiro centra-se nos aspectos positivos que pode retirar dos outros em proveito próprio, havendo uma atenção direccionada para as potenciais recompensas positivas, o segundo foca-se nos aspectos negativos, como as possíveis formas de não estar a receber atenção, respeito e admiração dos outros nas diversas situações. Este segundo aspecto pode justificar o pensamento persecutório que identificámos no Sr. X. A sua constante busca de aspectos negativos, que pudessem servir-lhe o propósito de se sentir denegrado, está muito presente no seu comportamento habitual perante as diversas situações e ocasiões da sua vida.

Assim, chegamos à conclusão que esta extrema sensibilidade à crítica, que foi o que mais se salientou no Sr. X, é o que fundamentalmente distingue estas duas definições de narcisismo, correspondendo e enquadrando-se o Sr. X nesta sensibilidade correspondente ao *Covert narcissism*, apresentando ele no seu comportamento os traços que a definem.

Um traço que também identificámos no Sr. X foi a internalização que faz constantemente da raiva que sente perante quem o critica, ou perante situações em que se sente de alguma forma criticado. De facto também encontramos evidências em estudos (Atlas & Them, 2008) que mostram como este é um traço característico do *Covert narcissism*. É explicado como sendo uma internalização dos sentimentos negativos, especialmente quando provêm de críticas ou apreciações negativas, tal como o Sr. X faz ao internalizar a raiva que é um sentimento negativo, proveniente de uma crítica.

Aalsma et al. (2006), fazem também algumas considerações acerca deste assunto, ao explicarem como o sentimento de singularidade, característico do narcisista, se relaciona negativamente com a saúde psicológica, e atribuem-lhe a responsabilidade pela internalização sintomatológica, e pelos possíveis riscos que isto acarreta posteriormente, como a ocorrência de depressão e ideação suicida. O narcisismo vê-se deste modo fortemente correlacionado com a internalização de sintomas, que podemos observar no Sr. X. Washburn, (2004, cit. por Barry et al. 2007), associa também o narcisismo à internalização de sintomas que se verifica no Sr. X.

Uma tentativa de explicar a incapacidade de reagir à crítica, poderá estar também presente no estudo de Atlas & Them (2008), ao encontrarem ruminação associada à internalização dos sentimentos negativos provenientes de uma crítica ou de um *feedback* negativo. O Sr. X, ficaria também demasiado tempo ruminando a raiva que internalizou, desperdiçando assim o tempo adequado para reagir adequadamente a essa mesma crítica. Esta ruminação no seu caso é tão profunda, que acaba por formar um padrão de expectativa negativa relativamente à opinião que os outros têm de si, e das suas realizações.

A dificuldade de exposição do Sr. X pode ser explicada pelo que Wallace e Baumeister (2002, cit. por Davis, Wester & King, 2008), explicam acerca de um momento em que o indivíduo sente como propício a obter uma auto-valorização baseada no *feedback* demonstrado pelo outro. Segundo eles, uma boa performance é uma ótima oportunidade para se auto-valorizarem, especialmente se entre as pessoas que estão a assistir, estiverem pessoas cujas opiniões o narcisista valoriza, e respeita. Opiniões de pessoas cujo narcisista não respeitada e admira, não têm o mesmo impacto. Mas por outro lado, caso as opiniões sejam negativas, a auto-estima desce, que é o que acontece frequentemente com o Sr. X, portanto os momentos de exposição são momentos de hipótese de obter uma auto-valorização que podem ser desperdiçados, e não só, podem mesmo transformar-se em momentos negativos e potenciadores

de um decréscimo de auto-estima, e por esta razão, sejam tão difíceis estes momentos para o Sr. X.

Freud caracterizou o narcisismo como um recolhimento do investimento no mundo exterior, e investimento no próprio *self* (Cortesão, 1990). Milheiro (1990), falou acerca do self-objecto como sendo um aspecto cultural do narcisismo, decisivo na constituição do sujeito. Assim sendo, o Sr. X, utilizaria a música que é a sua profissão, como um self-objecto. Ele teria assim, estendido projectivamente o seu self a este objecto inanimado, a sua carreira, emprestando carácter ao self.

Millon & Grossman (2007) defendem que a representação dos objectos da personalidade narcisista é planeada. Sugerindo que as representações de experiências passadas seriam internalizadas e serviriam de modelo na avaliação de novas situações. Eles sugeriram que o narcisista transformaria as más representações do passado, em representações proveitosas para si, de forma a se enaltecere através delas. Isto não aparenta acontecer com o Sr. X, e daí mais uma vez pensarmos que ele não apresenta os traços narcisistas comuns, ou muito acentuados. No entanto ele refere algumas situações de grandeza, que revelam este cariz, tal como na vez em que se sentiu a sua voz a projectar-se sobre a plateia, como se ele se projectasse a ele próprio sobre ela.

O Sr. X revelou um nível de isolamento bastante considerável, com especial aumento nos momentos em que se sente mais em baixo, devido a críticas alheias. Este comportamento anti-social, de afastamento e pouco entusamento com os demais, pode ser explicado através de Hare (1994, cit. por Barry, Thompson, Barry, Lochman, Adler & Hill, 2007), que defendem que ao longo das últimas décadas de investigação em psicopatologia, se demonstrou que indivíduos portadores de psicopatologia têm altos níveis de comportamento anti-social, nível este estável.

Barry et al., (2007), explicam este isolamento e má qualidade de relações sociais, através da pouca auto-estima que os narcisistas possuem.

Uma característica que se revelou também bastante presente no Sr. X foi a sua extrema atenção ao discurso alheio, procurando formas de auto-referência negativa, que por vezes pareciam uma forma de auto-sabotagem. Esta característica pode ser explicada por West (2004), ao referir que é característico do narcisista estar frequentemente atento, sintonizado como eles referem, ao que os outros dizem e sentem, identificando-se intensamente com o que ouvem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atlas, G. D. & Them, M. A. (2008). Narcissism and sensitivity to criticism: a preliminary investigation. *Curr Psychol* 27, 62-76. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Barry, T. D., Thompson A., Barry, C. T., Lochman J. E., Adler K. & Hill K. (2007). The importance of narcissism in predicting proactive and reactive aggression in moderately to highly aggressive children. *Aggressive Behaviour* 33, 185-197. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Berke, J. H. & Schneider, S. (2007). Nothingness and narcissism. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(4), 335-351. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Davis, M. S., Wester, K. L. & King B. (2008). Narcissism, entitlement, and questionable research practices in counselling. a pilot study. *Journal of Counselling & Development* 86, 200-210. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Goldfried, M. R. & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Western, Novotny, and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin*, 130(4), 669-673. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Hunyady, O., Josephs, L. & Jost J. T. (2008). Priming the primal scene: betrayal trauma, narcissism, and attitudes toward sexual infidelity. *Psychology Press*, 7, 278-294. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Levitt, H. M., Stanley C. M. & Frankel, Z. (2005). An evaluation of outcome measures used in humanistic psychotherapy research: Using thermometers to weigh oranges. *The Humanistic Psychologist*, 33(2), 113-130. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Matos, A. C. (1997). Narcisismo e depressão. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 16 (Setembro), 19-25.
- Miller, M. C. (2004). Narcissism and self-esteem. *Harvard Mental Health Letter* 20(8). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Millon, T. & Grossman S. D. (2007) Psicoterapia para o transtorno da personalidade narcisista. In Gabbard, G. O., Beck J. S. & Holmes J. (2007). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed.
- Perplechikova, F., Treat, T. A. & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychology research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ramadanovic, P. (2008). “You, your best thing, seth”: trauma’s narcissism. *Studies in the Novel*, 40(1,2). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Schneider, M. F., Kern R. M. & Curlette W. L (2007). Narcissism, imagery, early recollections, and social interest. *The Journal of Individual Psychology*, 63(2). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Sedikis, C., Rudick, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro M. & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 400-416. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Trumpeter, N. N., Watson, P. J., O’Leary B. J. & Weathington B. L. (2008). Self-functioning and perceived parenting: relations of parental empathy and love inconsistency with narcissism, depression, and self-esteem. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(1), 51-71. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- West, M. (2004). Identify, narcissism and the emotional core. *Journal of Analytical Psychology* 49, 521-551. Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality* 74(1). Consultado através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

ANEXOS

Anexo A

LISTA DE CATEGORIAS

Nota: Categoria – **sessão**, página da sessão, número de vezes além de uma única ocorrido na sessão

1. Abalado – **63**, 1
2. Acção interior – **35**, 1
3. Adaptação – **29**, 2
4. Admiração – **6**, 2; **39**, 1, 2
5. Adolescência – **15**, 2; **39**, 1; **47**, 2; **51**, 2x; **63**, 1x, 2; **317**, 1x
6. Afatamento – **4**, 1,2,3; **6**, 2; **15**, 1, 2x; **22**, 1; **23**, 3; **30**, 1x; **47**, 2; **51**, 2; **301**, 2; **353**, 2; **361**, 1
7. Agir – **47**, 2x; **55**, 1; **63**, 1
8. Agressão – **4**, 1xx, 2x; **6**, 1; **22**, 1xxx; **47**, 1
9. Agressividade – **4**, 1; **22**, 2x; **35**, 2; **51**, 1; **341**, 2; **353**, 1
10. Alegria eufórica – **12**, 2
11. Ambivalência da mãe – **16**, 2
12. Amigos – **4**, 1x; **6**, 1; **8**, 1; **12**, 1x; **22**, 1, 2x; **23**, 3; **30**, 1x; **43**, 1xx, 2; **47**, 1, 2; **55**, 1; **63**, 1; **317**, 1; **365**, 1
13. Análise – **6**, 1, 2; **23**, 2; **29**, 2; **30**, 2; **309**, 1; **333**, 1; **357**, 2
14. Angústia – **6**, 1; **15**, 1; **16**, 1; **51**, 2
15. Ansiedade – **6**, 1; **12**, 1; **23**, 1x; **29**, 2; **30**, 1; **35**, 1x; **43**, 1; **51**, 1; **59**, 2
16. Aparência física/Desvalorização – **4**, 1, 2xx; **30**, 1
17. Apaziguado – **35**, 2
18. Aproximação – **55**, 1
19. Artes – **23**, 2; **55**, 1
20. Arrogância – **47**, 1x; **55**, 2x; **317**, 1
21. Atitude defensiva – **43**, 1x; **309**, 1
22. Autoconfiança – **12**, 2; **301**, 1
23. Auto-estima – **4**, 1x; **15**, 2xx; **22**, 2; **23**, 1; **39**, 2; **51**, 1; **353**, 2; **357**, 2
24. Auto-sabotagem – **8**, 1; **23**, 1,2; **30**, 1; **305**, 1; **313**, 2; **357**, 1, 2; **373**, 1
25. Autonomia – **325**, 2; **361**, 1
26. Avaliação – **29**, 2x, 3xx; **30**, 2; **59**, 2; **329**, 1
27. Birra – **22**, 2x; **51**, 1
28. Cansaço – **30**, 1
29. Castigo – **63**, 1, 2
30. Castração – **39**, 1
31. Cessar do pânico – **12**, 1, 2
32. Chantagem emocional – **313**, 1
33. Choro – **51**, 1
34. Ciúme – **22**, 2x; **341**, 1, 2
35. Ciúme fraterno – **23**, 2
36. Comparação – **51**, 2; **329**, 2; **369**, 1
37. Competência – **39**, 2
38. Complexo intelectual – **51**, 2

39. Comunicação – **43**, 1; **55**, 1
40. Confiança – **29**, 1; **35**, 1; **321**, 2
41. Confronto – **15**, 1; **16**, 2; **22**, 1xx; **341**, 2; **353**, 1
42. Controlo da zanga – **4**, 3
43. Convicções – **43**, 1, 2; **67**, 1xxxx
44. Coragem alheia – **6**, 1, 2x
45. Coragem pp – **6**, 2
46. Corte radical – **15**, 1
47. Crítica – **4**, 1x, 3x; **6**, 1, 2; **12**, 2; **15**, 3; **16**, 2, 3; **22**, 2x; **23**, 2x; **43**, 1x; **47**, 1; **59**, 1, 2
48. Culpa (T) – **8**, 2; **29**, 1; **63**, 2; **353**, 2
49. Culpa – **305**, 2; **309**, 1; **321**, 1; **333**, 1; **357**, 2; **361**, 1, 2; **369**, 1
50. Defeitos – **337**, 1
51. Defesa – **55**, 1
52. Dependência – **301**, 2; **309**, 1; **361**, 1
53. Depressão – **12**, 1; **15**, 1, 2; **22**, 1; **23**, 1, 2, 3; **29**, 1; **39**, 1; **43**, 1; **47**, 2; **67**, 1; **321**, 1; **349**, 1; **373**, 2
54. Desconfiança – **55**, 1; **365**, 1; **369**, 2
55. Desconfiança pelo bem estar – **12**, 2
56. Desejo – **3**, 1; **369**, 1
57. Desejo de independência – **305**, 1x; **353**, 2; **369**, 1
58. Desejo de retaliação – **305**, 1; **341**, 1, 2; **353**, 1; **373**, 2
59. Desejo em voltar ao Jazz – **15**, 1,3
60. Desejo de ser amado – **51**, 2
61. Desempenho – **4**, 2; **6**, 2
62. Desilusão – **30**, 2, **39**, 2x; **43**, 2x; **51**, 1; **63**, 2; **67**, 1; **301**, 2; **321**, 1
63. Desinteresse alheio pela música – **23**, 1
64. Desinteresse plos amigos – **30**, 1
65. Desistir – **30**, 1; **51**, 1
66. Desprezo – **8**, 2; **23**, 3; **313**, 1
67. Desprezo pela arte - **16**, 1
68. Desvalorização – **4**, 3x; **23**, 1; **47**, 1; **301**, 1
69. Dificuldade – **30**, 1x, 2
70. Dificuldade de aproximação ao sexo oposto – **63**, 2
71. Dificuldade de exposição – **4**, 2; **6**, 1x; **16**, 1, 2; **29**, 1; **43**, 1; **59**, 1xx; **349**, 1
72. Disciplina – **51**, 1
73. Distância – **4**, 1
74. Droga – **12**, 1
75. Egoísmo – **325**, 2
76. Elegância – **47**, 2
77. Elogio – **8**, 1; **29**, 1; **63**, 1
78. Elogio alheio – **23**, 1
79. Em baixo – **39**, 2
80. Em cima – **39**, 2x
81. Emoções – **55**, 1
82. Espelho – **43**, 2, 3
83. Evitamento – **6**, 1; **357**, 1

84. Exigência consigo próprio – **337**, 2
85. Expectativa – **8**, 1, 2; **337**, 1x, 2
86. Exposição de dificuldades – **30**, 1
87. Extremos – **30**, 2; **43**, 1x; **47**, 1; **51**, 1; **67**, 1x
88. Falta de confiança – **30**, 1
89. Falta de energia – **29**, 1; **30**, 1x; **325**, 1
90. Família – **23**, 1xx; 2x, 3; **29**, 2; **39**, 1x, 2xx; **51**, 1; **55**, 2x; **63**, 1, 2x; **67**, 2
91. Fantasia de agressão – **12**, 2
92. Fragilidade – **51**, 2
93. Frustração – **305**, 2; **321**, 1
94. Fuga – **6**, 1, 2; **16**, 2; **47**, 2; **59**, 1; **301**, 2; **309**, 1; **337**, 1
95. Fúria – **22**, 1x
96. Gozo – **4**, 1, 2; **22**, 2x; **30**, 1, 2; **39**, 2
97. Hierarquia – **39**, 1; **309**, 1; **373**, 2
98. Hipocondria – **12**, 1
99. Honestidade – **67**, 2
100. Humilhação – **337**, 1; **341**, 2; **353**, 1; **357**, 2; **373**, 1
101. Idealização – **16**, 3; **22**, 2; **43**, 3; **63**, 2; **301**, 1; **337**, 1, 2
102. Identificação – **337**, 2
103. Ignorância – **47**, 1x; **55**, 2
104. Imagem – **8**, 2, **22**, 2
105. Incapacidade de reagir – **6**, 1; **63**, 2
106. Incapacidade em lidar com o insucesso – **8**, 2
107. Incompreensão alheia – **22**, 1; **47**, 1; **55**, 1, 2x
108. Indisponibilidade mental – **6**, 1
109. Individualidade – **353**, 1, 2; **361**, 1
110. Inércia – **51**, 2
111. Infância – **22**, 2; **23**, 3; **39**, 1; **43**, 1; **47**, 2; **51**, 1xx; **63**, 1
112. Inferioridade – **30**, 2
113. Influência – **23**, 2; **67**, 1
114. Inibição – **30**, 2x
115. Insatisfação – **55**, 2
116. Insegurança – **4**, 1; **6**, 2; **8**, 1; **22**, 1; **23**, 2; **43**, 2; **309**, 2; **361**, 1
117. Intolerância à frustração (T) – **12**, 1
118. Intuição – **22**, 1
119. Inveja – **8**, 1, 2x; **23**, 1, 3x; **39**, 1; **43**, 2; **47**, 1; **317**, 1; **329**, 1x, 2; **341**, 1x, 2
120. Irmão – **8**, 2; **39**, 2; **43**, 1, 2; **47**, 1x, 2; **51**, 1x; **55**, 2; **63**, 1, 2; **321**, 1x
121. Isolamento – **22**, 1; **43**, 1; **47**, 2; **333**, 1; **357**, 1; **369**, 1
122. Justiça – **63**, 2; **67**, 2
123. Lacuna afectiva – **15**, 2
124. Limitações – **30**, 1; **305**, 2
125. Limites – **30**, 1
126. Magoar – **4**, 1
127. Marginalidade – **51**, 2
128. Marginalização – **47**, 1
129. Médico – **12**, 1

130. Medo – 6, 1; 22, 1; 23, 1; 39, 1; 43, 1; 309, 1
131. Medo da pp violência – 12, 1
132. Medo de enlouquecer/descontrole – 12, 1x
133. Medo de falhar – 51, 1
134. Modelo – 337, 1
135. Moral – 35, 2; 47, 1; 51, 1xx, 2; 55, 1; 63, 1xxx, 2x; 67, 1x; 317, 1x; 333, 1; 341, 2; 349, 2
136. Mudança – 8, 2; 51, 1, 2; 55, 1, 2, 3; 59, 1; 63, 1; 67, 1x; 333, 1, 2; 365, 1
137. Mudança interior – 29, 1; 30, 1
138. Música – 29, 1; 43, 2; 47, 1x; 55, 1, 2x; 59, 1
139. Música como meio de valorização pessoal – 23, 2
140. Música como refúgio – 23, 2
141. Namoro – 4, 3; 6, 1, 2x; 8, 1; 15, 2; 43, 2; 55, 1
142. Necessidade de certezas – 43, 2
143. Não-agressividade – 51, 1
144. Não-desejo – 59, 1; 321, 1; 341, 2; 353, 2
145. Não-espelho – 43, 2
146. Não investimento em outras áreas – 59, 2
147. Não ter nada para dizer – 35, 2
148. Não valorização – 29, 2
149. Não-violência – 4, 1, 2; 47, 2
150. Necessidade de aprovação – 321, 2
151. Notas – 51, 2
152. Obediência – 51, 1
153. Obra escrita – 29, 1, 2
154. Obra tocada – 29, 2
155. Omnipotência – 16, 3
156. Omnisciência – 16, 2, 3
157. Oposição – 15, 2; 55, 1
158. Oposição aos pais – 15, 1
159. Pais – 39, 1x, 2; 51, 1x, 2; 55, 1; 67, 2
160. Pânico – 12, 1xx; 47, 2
161. Paragem – 59, 1
162. Pensar – 59, 1
163. Pensamento persecutório – 4, 3; 23, 2
164. Perda – 6, 2
165. Persistência – 51, 1
166. Política – 39, 1x
167. Prazer – 59, 1
168. Prazer acima de tudo – 15, 2
169. Preguiça – 51, 2
170. Pressão – 8, 1; 16, 1, 2x
171. Produção – 30, 2x
172. Prof temido – 29, 1, 2
173. Projecção de si pp – 6, 1, 2
174. Projectos alheios – 6, 1xx

175. Projecto pessoal – **6**, 1x; **8**, 1x; **321**, 1
176. Pseudo reacção – **4**, 1
177. “Puro” – **63**, 1, 2
178. Questionamento – **67**, 1
179. Raiva – **22**, 1, 2; **341**, 1, 2; **353**, 2; **357**, 1x
180. Racionalização – **317**, 1; **357**, 1
181. Receio de não ser aceite – **43**, 1
182. Receio de não ser reconhecido – **29**, 3; **39**, 2
183. Receio em partilhar/de relação – **6**, 1; **12**, 1, 2x, 3; **43**, 1
184. Regras – **47**, 1
185. Relação – **6**, 2x; **22**, 1; **43**, 1x; **55**, 1; **67**, 2; **305**, 1; **317**, 1; **365**, 2
186. Religião – **4**, 1; **63**, 1; **67**, 1
187. Repressão da inveja – **23**, 3
188. Resistência – **39**, 3
189. Retraimento – **30**, 2
190. Revolta – **63**, 1; **373**, 1, 2
191. Rivalidade fraterna – **23**, 2
192. Satisfação – **8**, 1; **63**, 1
193. Segurança – **43**, 3
194. Sensação de castigo pp – **8**, 2
195. Sensação de demasiada exposição – **30**, 1
196. Sensação de ficar algo por dizer – **35**, 1
197. Sensação de inutilidade – **23**, 1; **47**, 2
198. Sensação de poder – **55**, 1
199. Sentimento de não-persuasão – **51**, 1
200. Sentir-se em baixo – **29**, 1
201. Sintomas físicos – **12**, 1
202. Socialização – **43**, 1
203. Subsistência – **16**, 1; **35**, 1; **59**, 1x, 2
204. Supressão da zanga – **4**, 3
205. Tabus – **67**, 2
206. Tempo – **35**, 1xx
207. Tensão – **23**, 1; **47**, 2
208. Tentativa de ser igual aos outros – **337**, 1
209. “Ter”valorizado – **23**, 2
210. Títulos – **23**, 1
211. Trauma – **22**, 1, 2
212. Tristeza – **6**, 1; **23**, 1; **29**, 1; **30**, 1, 2x; **47**, 2xxx; **51**, 1, 2; **67**, 2; **337**, 1
213. Utilização – **325**, 1; **329**, 2
214. Vaidade alheia – **8**, 1x, 2x
215. Vaidade pp – **8**, 1x; **55**, 2; **301**, 1; **305**, 2
216. Valorização pessoal através da produção – **8**, 2; **301**, 1
217. Vazio interior – **6**, 1x; **47**, 2
218. Vergonha – **8**, 1; **349**, 2
219. Vingança – **47**, 2
220. Violência – **47**, 1x, 2; **51**, 1

221. Vulnerabilidade – **67**, 1

222. Zanga – **12**, 1; **22**, 1, 2; **47**, 1, 2; **67**, 2; **301**, 1x, 2; **309**, 1; **353**, 1; **357**, 2; **373**, 2

Anexo B

MEMORANDOS

Adolescência: 15, 2; 39, 1; 47, 2; 51, 2x; 63, 1x, 2

O Sr X em pequeno sempre foi muito dedicado, exigente consigo próprio, bom aluno e algo ansioso relativamente à disciplina, tinha medo de falhar, e segundo a sua mãe, um pouco inibido e nada agressivo. Refere que esta necessidade de ser disciplinado, se relaciona com a noção de moral que sempre sentiu bastante presente na sua vida.

Refere que se tornou perguiçoso por volta do 9º ano de escolaridade. Antes disto sentia-se frágil, e acreditou que uma imagem mais despreocupada era mais “cool”. Conta que se começou a sentir atraído por uma imagem de certo modo mais marginal à que tinha tido até então. Conta como uns amigos o definiriam apenas com uma palavra como puro, ou correcto. Ele refere sentir-se elogiado com isso. E diz que isso não é alheio à sua revolta na adolescência.

Diz que até ao 8º, 9º ano sofria influências familiares no sentido de possuir, ter, mas depois apercebeu-se que a sua felicidade não seguia esse caminho.

A partir dos 12, 13 anos, refere que deixou de fazer festas de aniversário, e de convidar os seus amigos para irem a sua casa, utilizando como desculpa, o facto dos seus pais não gostarem de ter os seus amigos por perto. No entanto, mais tarde, acaba por concordar que esta foi uma forma de não ver rejeitados os seus convites aos seus amigos. Ao pôr de lado, esta possibilidade, acabou por se isolar.

Afastamento: 4, 1,2,3; 6, 2; 15, 1, 2x; 22, 1; 23, 3; 30, 1x; 47, 2; 51, 2; 301, 2; 353, 2; 361, 1

O X não consegue defender-se de críticas ou agressões verbais. Refere não entender o porquê de certas críticas e afasta-se de pessoas próximas que o criticam. Conclui que as críticas o

magoam, e chega mesmo a viver estas críticas como agressões. O X conta que antes tentava reagir às agressões, mas como não tinha sucesso, afastava-se para evitar “pôr-se a jeito”.

O prof refere que há pessoas com uma imagem frágil que se afastam, como que para não gastar energias.

Afastou-se do meio Jazzístico, um meio onde se sentia bem e integrado, quando começou a relação com a sua ex-namorada, quando ela passou a estar integrada “inside” passou ele a sentir-se “outside”. A última vez que esteve nesse meio, foi numa prestação em que não se sentiu à altura, por não se sentir bem na presença dela.

Do afastamento, conta que passou para o corte radical. Sentiu que o afastamento total não fazia sentido, um dia em que um professor lhe emprestou um cd, e sentiu vontade de compor qualquer coisa.

Ao afastar-se daquilo que o faz sentir sentimentos negativos, também se afasta de coisas que gosta. Que se relacionam com o que lhe causou esses mesmos sentimentos, como locais, situações, pessoas.

O X considera que é necessário virar as costas às emoções para conseguir seguir em frente e ser algém.

O prof refere que há quem se afaste como forma de inveja. Não posso ser como eles, desprezo-os.

Refere que se afastou de pessoas que faziam observações quanto à sua aparência, por se sentir mal ao ouvir essas observações.

Afastou-se de dois colegas por ter sentido um complexo intelectual, relativamente a eles.

Afasta-se das relações quando se sente triste. Esta tristeza pode provir do facto de não se sentir elogiado, ou apreciado, valorizado pela pessoa. Para ele, afastar-se faz mais sentido do que outro tipo de reacção como a zanga, ou o “ataque” como refere, por exemplo.

Padrão: é criticado, não consegue reagir, interioriza a zanga e afasta-se.

Agir: 47, 2x; 55, 1; 63, 1

Sente que foi uma criança triste, que o brincar não chegava, tinha que agir. Por vezes é levado a agir para se sentir melhor.

Foi educado com princípios morais, e ensinado que se agisse mal, era castigado.

Agressão: 4, 1xx, 2x; 6, 1; 22, 1xxx; 47, 1

Conta que sempre se sentiu incapaz de se defender das agressões, quer elas sejam verbais ou físicas. Diz que é capaz de ser violento com as pessoas mais próximas, mas com as pessoas de fora, não.

Foge constantemente ao confronto. Antes da depressão, isto levou-o ao isolamento. Nunca entendeu a agressão uma vez que não sente que faça parte da sua estrutura moral, e fica furioso com a sua incapacidade de reacção.

Tem medo da agressão subtil e verbal.

No último verão, sofreu uma agressão verbal, mas desta vez já teve quase uma reacção, que foi de agressividade, apesar de não a ter efectivado.

Esta incapacidade de reagir á agressão já vem da infância, já que nessa altura já era provocado e nunca reagia.

Agressividade: 4, 1; 22, 2x; 35, 2; 51, 1; 341, 2

Mostrou o surgir de alguma agressividade há pouco tempo, quando foi agredido verbalmente, mas no entanto não fez nada. Normalmente guarda a agressividade para si mesmo. Diz que na sua infância era mais agressivo, apesar da sua mãe dizer o contrário, ele considera que punha a zanga para fora, não para dentro como agora. Um exemplo dessa agressividade está

numa história em que terá dado uma pedra para o irmão engolir, numa altura que estava irritado, com ciúmes do irmão.

Conta que uma vez desconstruiu os ditados populares que a sua mãe costumava utilizar, o que pode ser visto como uma forma de agressividade.

Angústia: **6, 1; 15, 1; 16, 1; 51, 2**

O X sentiu-se angustiado na fase em que estava na escola de Jazz e estava simultaneamente em processo depressivo. A forma que escolheu para expressar essa angústia perante as confrontações com os seus pais, foi de alguma agressividade, tomando posições opostas às deles, por exemplo, quando lhe falavam que um artista vive dos aplausos, ele respondia que não queria saber de remunerações monetárias para nada. Talvez aqui se veja alguma negação da sua parte, e uma necessidade de oposição a eles.

Acaba por revelar a sua angústia numa sessão posterior, precisamente relacionada com a sua noção de falta e necessidade de subsistência, na entrada do mundo do trabalho.

Sentia-se angustiado relativamente às notas, e não sabe atribuir se essa angústia era relativamente à comparação das suas notas com as dos outros, ou se era apenas a nota em si que não o satisfazia. Sentiu que por volta do 9º ano, se transformou num aluno mais irregular que os seus colegas, e isso causava-lhe angústia. Esta fase correspondeu à sua fase de mudança para um adolescente mais “cool”.

Ansiedade: **6, 1; 12, 1; 23, 1x ; 29, 2; 30, 1; 35, 1x; 43, 1; 51, 1; 59, 2**

A mãe do x refere que ele era uma criança ansiosa e disciplinada.

Aos 12 anos, o X teve que fazer uma apresentação quando andava na catequese, na qual se sentiu ansioso. Relata este episódio, como tendo sido uma experiência assustadora.

Refere um episódio de ansiedade e pânico relacionado com o consumo de haxixe, episódio este que o levou a pedir ajuda. Sentia que os efeitos do consumo não desapareciam, e faziam-no sentir os músculos tensos e quanto mais pensava nisso pior se sentia.

Sentiu-se também ansioso numa altura em que foi de férias com a sua família para o norte. Esta ansiedade relaciona-se com o facto de lá não estar a fazer nada, não estar a produzir, o que lhe causa uma sensação de inutilidade. Com a sua produção, este pensamento acalma, pois desta forma tem com o que ocupar a mente.

Sente ansiedade com o facto de vir a não ser valorizado no seu desempenho.

Agora mais recentemente a sua ansiedade relaciona-se com o atingir metas, e a sensação do tempo estar a passar. Tem noção que a esta altura já devia estar a trabalhar, e na realidade não está.

Sente ansiedade também nalgumas sessões em que quer falar muito e sente o tempo a a passar também rapidamente.

Sente ansiedade e receio pela reacção dos outros em relação a si mesmo. Sente necessidade em ser aceite, mas teme ser criticado.

A aproximação de avaliações deixa-o também ansioso.

Aparência física/ Desvalorização: **4**, 1, 2xx; **30**, 1

Viveu críticas relativas à sua aparência física, como negativas. E como experiência negativa que foi, fê-lo afastar-se de quem as fez.

Auto-estima: **4**, 1x; **15**, 2xx; **22**, 2; **23**, 1; **39**, 2; **51**, 1; **353**, 2; **357**, 2

O X tem uma auto-estima frágil. Qualquer crítica o incomoda bastante, como se uma crítica à sua aparência por exemplo, destruísse a imagem que tem de si mesmo, como se essa crítica o destruísse, contaminasse.

Deprimiu-se entre o 10º ano e o 1º ano da faculdade, mas relaciona o início da sua depressão, com a baixa auto-estima e da lacuna afectiva que sentia no momento.

A área em que sente uma melhor auto-estima no momento é na música. Anteriormente a isto era nas boas notas que tinha na escola. A sua auto-estima vem sempre depois das notas.

Uma forma que tem de não se sentir em baixo, devido à sua pouca auto-estima, é produzir, ou tentar produzir. É uma forma de o ajudar a ocupar a mente, e não pensar. A sua auto-estima também descaí um pouco quando se sente comparado com o irmão, ou quando vê a sua área (artes) ser alvo de qualquer tipo de menosprezo por parte de alguém.

A sua auto-estima faz com que tenha constantemente receio do que os outros pensam dele. Como se aquilo que possam pensar dele o contamine, passe a ser uma verdade absoluta. Como se não tivesse uma estrutura interna capaz de lhe prover uma identidade.

Lembra-se de ir perdendo a auto-estima na altura em que foi desistindo de ser bom aluno, e foi tomando uma posição mais desleixada, mais “cool”. Nesta altura tinha um complexo intelectual em relação a dois colegas.

Assume que pensa que a terapia é uma forma de fazer subir a sua auto-estima.

Auto-sabotagem: 8, 1; 23, 1, 2; 30, 1; 305, 1; 313, 2; 357, 1, 2; 373, 1

Não se permite sentir vaidade, considera que vaidade significa pouco esforço.

Por vezes procura num discurso paralelo aspectos negativos que se possam relacionar consigo, como possíveis indirectas, e sempre com teor depreciativo. E mesmo que as indirectas aparentemente pareçam que lhe tiram a possibilidade de responder, ele não responde de qualquer forma mesmo quando são críticas directas. Acaba por se afastar, e interiorizar a zanga.

A forma como se desvaloriza constantemente também é uma forma de se auto-sabutar. Não se permite sentir-se bem.

Até num riso procura uma forma de estarem a gozar com ele, e isto mais uma vez serve para se sentir em baixo.

Acha que os seus sucessos futuros serão uma resposta para todos aqueles que não acreditam em si, mas por outro lado, diz não gostar de partilhar os seus sucessos que vai tendo ao longo do tempo, com as pessoas que considera terem sido negligentes consigo, ou que de alguma forma não lhe dão valor. Ou seja, há aqui um contracenso. Afinal, os seus sucessos como não são partilhados com ninguém ficam só a ser vividos por si, e uma vez que necessita da aprovação alheia para se sentir bem, continua a sentir-se inseguro.

O X antes de estar com as pessoas, antevê que não vão querer estar consigo.

Além disto, pensa constantemente que não é capaz de fazer as coisas da melhor maneira, que devia ter feito melhor, e isto é uma forma de se sentir constantemente mal.

Avaliação: **29**, 2x, 3xx; **30**, 2; **59**, 2

A situação de avaliação, causa-lhe ansiedade, pois é uma ocasião em que vai saber de modo formal se vai ser ou não valorizado, e esta preocupação acerca da sua valorização, é uma constante para ele.

Receia que a avaliação, tal como a impressão que as outras pessoas têm dele, o contaminem.

A chegada dos momentos de avaliação deixam-no ansioso.

Confronto – **15**, 1; **16**, 2; **22**, 1xx; **341**, 2; **353**, 1

O X teve alguns confrontos com os pais acerca da divergência de pensamento que havia relativamente à área que escolheu como profissão. A preocupação dos seus pais baseia-se na sua subsistência, e o X dá mais valor ao prazer que pode vir a obter ao fazer uma coisa de que gosta, apesar de poder não vir a ganhar muito dinheiro com isso.

Tem medo do confronto, e a constante fuga de possíveis confrontos, levou-o ao isolamento.

Crítica: 4, 1x, 3x; 6, 1, 2; 12, 2; 15, 3; 16, 2, 3; 22, 2x; 23, 2x; 43, 1x; 47, 1; 59, 1, 2

A crítica é algo que considera desnecessário e mesmo ofensivo, não lida bem com ela. Compara-a de certo modo ao gozo e sente-a como uma agressão. Por sua vez, como agressão que é, fá-lo afastar. Dá exemplos de críticas que lhe foram dirigidas que se relacionam com a sua aparência (franzino, magro).

Diz não saber processar a crítica, não sabe reagir perante uma crítica, sente-se magoado com ela, e por vezes passa mesmo do 80 para o 8, como ele diz, “na merda”.

A sua auto-estima é abalada pela crítica, como se fosse muito frágil e pouco estável.

Refere que quando critica alguém, se esforça por argumentar, e só o faz relativamente a pessoas com quem tem uma certa confiança.

Reconhece que a crítica teve um papel fundamental no rompimento da sua relação com a sua ex namorada.

Quando há uma comparação, invariavelmente sente-se criticado. Corre mais riscos de ser criticado por pessoas que valorizam mais o ter que o ser.

Para evitar situações em que pode ser criticado, como por exemplo, numa exposição académica, ele procura ter certezas da qualidade do que vai apresentar, para assim evitar críticas negativas. Ao fazer isto, ele investe apenas numa área para garantir que é bom, e deixa outras áreas da sua vida um pouco de lado.

A crítica fragiliza-o, e o cuidado que tem em não criticar, visa o não ser criticado de volta.

Após o processo depressivo, sentiu uma grande necessidade de ser aceite, mas ao mesmo tempo havia ansiedade, medo e cuidado para não ser criticado pelos outros.

Padrão: Sente a crítica de uma forma destrutiva. Ela destrói-o, independentemente de como ele se esteja a sentir no momento em que é deparado com ela.

Depressão: 12, 1; 15, 1, 2; 22, 1; 23, 1, 2, 3; 29, 1; 39, 1; 43, 1; 47, 2; 67, 1; 321, 1; 349, 1; 373, 2

O X deprimiu-se entre o 10º ano de escolaridade e o primeiro ano de faculdade. Refere que esta altura sentia uma lacuna afectiva, uma necessidade de namorar, que depois negou, ao sentir desvanecer a esperança de se relacionar afectivamente.

Antes de se deprimir, e durante o processo depressivo afastou-se das pessoas que o criticavam.

Hoje em dia afasta-se do meio que frequentava quando lhe surgiu a depressão, e de algumas pessoas com que se dava nesta fase, justificando que se sentia angustiado, que não se sentia bem consigo próprio nessa altura, o que lhe causa agora um certo receio em se reaproximar.

A fase final da sua fase depressiva deu-se numa fase em que consumo haxixe. Este consumo fê-lo ficar ansioso e com sensação de pânico, que o levaram a pedir ajuda.

Na altura da depressão não tinha horizontes. Não sentia energia para viver. Atribui a sua depressão à sua obediência contra a sua própria vontade, e hoje que reconhece isso, revolta-se.

Desconfiança – 55, 1; 365, 1; 369, 2

O X é uma pessoa desconfiada. Frequentemente pensa que os outros lhe dizem ou perguntam qualquer coisa com uma segunda intenção, que é frequentemente uma intenção negativa, maldosa.

Desejo de independência – 305, 1x; 353, 2; 369, 1

Sente cada vez mais vontade em se afirmar, ser independente, e sente isto quando tem pequenas desavenças em casa, com os seus familiares, quando sente o seu espaço invadido, ou se

sente pouco respeitado por eles. Por outro lado, as situações que o fazem sentir dependente, tais como a contribuição monetária que recebe dos seus pais para o seu sustento mensal, fazem-no sentir dependente, e com vontade de emancipar-se, no entanto, uma vez que a sua vida profissional não está ainda definida, este assunto causa-lhe ansiedade, e provoca-lhe sérias dúvidas acerca da possibilidade da sua auto-subsistência no ramo que escolheu.

Desejo de retaliação – **305**, 1; **341**, 1, 2; **353**, 1; **373**, 2

Com o avançar da terapia, surge uma vontade de retaliação, de vingança, relativamente áqueles que não acreditaram em si, nas suas capacidades de vingar na vida que escolheu para si, e que nunca lhe proporcionaram ou ajudaram a afirmar-se, a individualizar-se.

Quando se sente em baixo, com a sua auto-estima destruída, tem o desejo de provocar sofrimento nos outros, para não ser o único a sofrer, mesmo que isso implique provocar sofrimento em si mesmo também.

Considera que agora, já algum tempo depois de estar em terapia, recuperou a sua vontade de destruir os outros, em vez que se anular a si próprio, mas continua a não fazer nada. Tudo se mantém.

Desilusão: **30**, 2, **39**, 2x; **43**, 2x; **51**, 1; **63**, 2; **67**, 1; **301**, 2; **321**, 1

Acaba por se desiludir com uma pessoa relativamente a quem sente empatia, assim que se sente de alguma forma gozado por essa pessoa.

Sente-se desiludido, quando vê que alguém com quem se achava parecido de alguma forma, o que lhe trazia a sensação de segurança, afinal revela aspectos com os quais não se identifica .

Teve também uma desilusão relativamente ao que acreditava ser verdade antes, que afinal se revelou não ser bem assim.

Quanto maior proximidade atinge das pessoas, maior a possibilidade de poder vir a desiludir-se com elas, então, resiste à aproximação, como que a prevenir futuros desgostos.

Considera que ele e o irmão acabaram por desiludir o seu pai, ao seguirem rumos diferentes ao que ele pretendia para eles.

Desprezo – 8, 2; 23, 3; 313, 1

Utiliza o desprezo como forma de camuflar a sua inveja.

Desvalorização: 4, 3x; 23, 1; 47, 1; 301, 1

Uma crítica exterior rapidamente o deixa na “merda”. Quando se sente triste, em baixo, rapidamente se auto-denomina de “merda” também. Reúne todas as características negativas acerca de si próprio e por vezes até escreve acerca delas.

Também desvaloriza os outros interiormente, como que para desvalorizar o mal que sente pensarem dele, mas nunca passa nada disso para o exterior.

Sente-se desvalorizado quando sente que não expressam verbalmente o valor que gostaria, e precisa sentir que pensam que ele tem. A ideia de trabalhar numa área que não a da sua escolha, também o faz sentir-se desvalorizado.

É muito dependente de elogios para se sentir valorizado.

Dificuldade de exposição: 4, 2; 6, 1x; 16, 1, 2; 29, 1; 43, 1; 59, 1xx

Até aos 17 anos considera que sempre teve uma maior facilidade em expôr-se que o seu irmão. O nervoso que sentia era controlável. Mas aos 18 anos, começou a sentir-se mais receoso.

Quando tinha 12 anos, teve uma experiência assustadora, numa exposição que fez no âmbito da catequese. Relata que se sentiu como que a projectar-se sobre a plateia, e saiu do palco a correr.

A dificuldade que sente em expôr-se também o limita em termos da sua profissão, que requer uma grande dose de exposição.

Ele tem noção do medo que sente em expôr-se, e por isso quando sabe que vai ter que se expôr, pensa e prepara muito bem essa exposição, como uma atitude de defesa, para evitar ser criticado.

Padrão: Como se a sua exposição, seja em que termos for, fosse um momento de avaliação de toda a sua personalidade. Como se qualquer crítica ao seu desempenho o destruísse por completo, o esmagasse irreparavelmente.

Expectativa – 8, 1, 2; 337, 1x, 2

Sente que na altura da sua adolescência, em que passou de ótimo aluno a aluno médio, perdeu as expectativas de ser apreciado.

No entanto, hoje em dia é com humilhação que se sente quando pensa não ter correspondido às expectativas.

Extremos – 30, 2; 43, 1x; 47, 1; 51, 1; 67, 1x

Oscila entre os extremos muito facilmente, e vive cada um com muita intensidade, sem memórias do extremo oposto onde esteve ainda há momentos.

Fuga: 6, 1, 2; 16, 2; 47, 2; 59, 1; 301, 2; 309, 1; 337, 1

Não consegue reagir à crítica e à agressão, e reage com a fuga.

Tem também uma postura de fuga relativamente aos pensamentos acerca da sua auto-subsistência, foge à sua auto-subsistência.

Foge também de situações que antecipa como más para si mesmo.

Face a uma desilusão, ou sentimento de tristeza numa relação, prefere a fuga, ou afastamento em vez de um confronto, uma vez que considera o confronto ou a retribuição de um possível ataque, umas forma “estupida” de reagir.

Gozo: 4, 1, 2; 22, 2x; 30, 1, 2; 39, 2

Considera o gozo, como se fosse uma crítica. Os motivos de gozo de que era alvo, eram frequentemente relacionados com a sua aparência física. Já em pequeno gozavam com ele.

O simples rir de uma situação que lhe esteja a acontecer, é logo interpretado por ele como estando os outros a gozar com ele, como sendo depreciativo.

Humilhação – 337, 1; 341, 2; 353, 1; 357, 2; 373, 1

Este é um sentimento de que fala recentemente, já depois de algum tempo em terapia.

Refere sentir-se humilhado por não corresponder às expectativas, ao sentir comportar-se de forma obediente, e ao ser ajudado pelo analista.

Idealização – 16, 3; 22, 2; 43, 3; 63, 2; 301, 1; 337, 1, 2

Idealiza professores, considerando que devem saber tudo. Idealizou um amigo de infância que era mais velho que ele, que depois o veio a criticar mais tarde, tendo um efeito muito negativo nele.

Coloca o terapeuta num pedestal, tal como ele próprio diz, e sente-se **frustrado** quando não se sente compreendido por ele.

Tem a noção de que as reparigas julgam que tem que ser o homem perfeito, e sentir que não está á altura, frustra-o.

Insegurança: 4, 1; 6, 2; 8, 1; 22, 1; 23, 2; 43, 2; 309, 2; 361, 1

A sua insegurança fá-lo sentir-se incapaz de se defender de agressões. Nunca percebeu o engraçado de se gozar com alguém, porque normalmente era ele o gozado.

Quando se sente inseguro, acaba por se afastar do meio em que se encontrava quando se sentiu assim.

A confrontação com a falta de projectos pessoais também o faz sentir-se inseguro, então adopta uma postura de auto-protecção (ele próprio concorda com isto), mostrando para fora que ainda não se sente preparado.

As críticas deixam-no inseguro. O seu pensamento persecutório ou auto-sabotagem também contribui para a sua insegurança.

Fala de uma situação em que se revê na insegurança de um colega, como se se visse ao espelho. Dá a sensação que só consegue ver nos outros os seus próprios aspectos negativos.

Mais recentemente refere sentir-se inseguro como resultado do facto de ter deixado de tentar que os seus pais o compreendessem.

À medida que se vai individualizando dos seus pais, sente insegurança.

Inveja – 8, 1, 2x; 23, 1, 3x; 39, 1; 43, 2; 47, 1; 317, 1; 329, 1x, 2; 341, 1x, 2

Sente inveja de ver os seus amigos e colegas com projectos futuros, embora não admita.

Uma das formas como reage à inveja, é com afastamento, e desprezo, tentando menosprezar, desdenhar, fazendo de conta que não está nem aí.

Sente que o seu irmão foi mais apapricado e apreciado que ele, e sente inveja disso.

A inveja fá-lo sentir-se zangado, e essa zanga, agora, após algum tempo em terapia, provoca-lhe o desejo de retaliação, mas este desejo acaba por ser negado, sendo desprezada a fonte da inveja, e a raiva virada para si mesmo.

Isolamento – 22, 1; 43, 1; 47, 2; 333, 1; 357, 1; 369, 1

Durante o seu processo depressivo isolou-se das pessoas. Há medida que o tempo de terapia vai passando, ele ganha o à vontade de recusar certos convites de amigos, como por exemplo convites de aniversário, sem sentir necessidade de se justificar. Antes aceitava os convites, mesmo que não lhe apetecece ir, ou então, justificava muito bem a razão pela qual não aceitava o convite. No entanto, a posição que tem agora, apesar de o deixar no momento aliviado, por não ir e não sentir necessidade de se justificar, causa-lhe uma sensação de solidão, que acaba por contribuir para o seu isolamento.

A solidão, assusta-o. De alguma forma pensa que impôr os seus desejos o encaminhará para a solidão.

Medo: 6, 1; 22, 1; 23, 1; 39, 1; 43, 1; 309, 1

Tem medo de errar.

Tem medo do confronto com os outros, de poder ser sujeito a algum tipo de agressão verbal por parte deles, e de poder não corresponder às suas expectativas.

Moral: 35, 2; 47, 1; 51, 1xx, 2; 55, 1; 63, 1xxx, 2x; 67, 1x; 317, 1x; 333, 1; 341, 2; 349, 2

Na primária tem ideia de ter sido altamente moralista. Tinha já bem definidas as ideias relativamente ao respeito, e à forma de como se deveria comportar em determinada situação.

Fala de uma sensação que descreve como sendo estar acima da moral, quando por vezes em casa sente vontade de esquecer as boas maneiras por oposição ao que foi até então (altura de mudança).

Acredita que a sua incapacidade de agir o levou a moralizar. Como não conseguia aproximar-se do sexo oposto, moralizou o seu desejo.

Mudança: 8, 2; 51, 1, 2; 55, 1, 2, 3; 59, 1; 63, 1; 67, 1x; 333, 1, 2; 365, 1

Houve uma mudança de excelente aluno a aluno razoável, o que comportou também uma mudança em termos de sentimentos relativos à sua própria imagem. Como se as suas notas lhe dessem identidade, e não fossem apenas um aspecto da sua vida, como tantos outros.

Aos poucos diz que foi desistindo de ser bom aluno, e foi perdendo gradualmente a auto-estima (que se encontrava muito ligada ao que ele fazia, às notas que obtinha, como se ele fosse aquilo que conseguia fazer, e não aquilo que é realmente). Diz que esta forma de desleixe, correspondia a uma imagem mais “cool”. Com esta mudança, ou tentativa de mudança, (não temos a certeza do que aconteceu após as sessões a que temos acesso), veio também um esquecer das boas maneiras até então utilizadas.

Apesar de dizer que na faculdade era genuinamente arrogante e vaidoso, custa-me a acreditar.

Atribui alguma responsabilidade a esta mudança que se deu na adolescência ao facto dos outros o classificarem como “puro”, “correcto”. Terá feito uma tentativa de se descolar deste registo. Refere ter-se desiludido com aquilo que era. (ou será antes desilusão coma imagem que percebeu terem dele?)

Há uma certa mudança relativamente à culpa que sentia relativamente ao dever de aceitar os convites alheios, que o levavam a sentir uma necessidade de se justificar, o que parece estar a mudar.

Deseja mudar.

Padrão: Parece-me que esta mudança pode ter resultado de uma revolta que sentiu quando chegou a uma determinada fase do curso e da vida, e se deparou com dificuldades a nível da continuação do percurso escolhido por si. Fez uma tentativa de desistir, e não se preocupar mais, mas em vez disso, a sua auto-estima sofreu directamente as consequências da sua mudança de atitude, o que o deixou mais em baixo ainda.

Pensamento persecutório: 4, 3; 23, 2

Já não bastam as “críticas” que lhe são dirigidas directamente, que são sentidas como nefastas, ele também procura nas conversas alheias, formas de sentir que estão a querer atingi-lo de alguma forma indirectamente.

O pensamento persucutório funciona como uma auto-sabutagem.

Receio em partilhar/de relação: 6, 1; 12, 1, 2x, 3; 43, 1

O X tem algum receio em se aproximar das pessoas, inclusivamente do terapeuta nas sessões, e o terapeuta sente isso. Mantém também o mesmo receio quando fala com as pessoas em geral, apesar de dizer que em casa não se passa o mesmo, que não sente esse receio.

Raiva: 22, 1, 2; 341, 1, 2; 353, 2; 357, 1x

A sua raiva é internalizada por si. Tenta moralizá-la a fim de se sentir menos mal com a sua falta de reacção.

Passado algum tempo em terapia, reconhece a sua dificuldade em procurar apreço noutra área que não a música, e isso causa-lhe alguma raiva.

Relação: 6, 2x; 22, 1; 43, 1x; 55, 1; 67, 2; 305, 1; 317, 1; 365, 2

As relações com pessoas destemidas, que se “atiram para a frente” sem medo, parecem inibi-lo. A admiração que sentia pela sua namorada da altura, acabou por se transformar num sentimento de ensombramento que passou a sentir ao pé dela.

A constante fuga ao confronto, e atitude defensiva fê-lo afastar-se das pessoas, diminuindo assim o seu ciclo de relações, e prejudicando as relações que mantém.

Para se dar a conhecer a uma pessoa, tem que conhecer essa pessoa muito bem. Tem receio de partilhar

Tristeza: 6, 1; 23, 1; 29, 1; 30, 1, 2x; 47, 2xxx; 51, 1, 2; 67, 2; 337, 1

Ouvir os outros a falar dos seus projectos pessoais causa-lhe tristeza, uma vez que se confronta com a sua ausência de projectos pessoais no momento. Geralmente quando está triste, não demonstra uma tristeza leve, é sempre muito negativa e de alguma forma auto-destrutiva “sou uma merda”.

Faz um esforço por corresponder às expectativas que pensa terem acerca de si, e entristece-o o facto de não conseguir cumprir esse objectivo.

Zanga: 12, 1; 22, 1, 2; 47, 1, 2; 67, 2 ; 301, 1x, 2; 309, 1; 353, 1; 357, 2; 373, 2

O X geralmente quando sente raiva de algum assunto, guarda a zanga para si mesmo, e afasta-se para evitar “pôr-se a jeito”.

Refere que quando era criança o mesmo não se passava. Punha a zanga para fora através de birras, e considera que chegava mesmo a ser agressivo. (duvido. N confere com a opinião que a mãe tinha dele, nem com o que ele próprio comenta acerca de si mesmo).

Mesmo mais tarde, apesar de já conseguir expressar verbalmente algumas vezes o facto de estar zangado, nomeadamente ao terapeuta, continua a meter a zanga para dentro, reconhecendo que a interioriza. No entanto é capaz de não se afastar do terapeuta.

A sua zanga é muito passiva. Ele próprio escreveu esta palavra num dia em que se sentiu zangado.

Este sentimento também surge quando o X tenta mostrar o seu valor a alguém, e não sente o seu valor reconhecido por essa pessoa.

Padrão: O X invariavelmente mete a zanga para dentro e afasta-se. Mesmo quando esta zanga provém de uma crítica, ele mete-a para dentro e afasta-se.

Anexo C

GROUNDING THEORY

A *Grounded Theory*, ou teorização enraizada, é método elaborado pelos sociólogos, Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss em 1967, que veio refrescar e influenciar decisivamente as metodologias qualitativas até então em vigor, embora não sendo totalmente original uma vez que nela encontramos continuidade e semelhanças com abordagens anteriores, como a indução analítica e o interaccionismo simbólico (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires, 2008).

Metodologicamente, a teorização enraizada, encontra-se influenciada pelo pragmatismo americano, que se verifica na necessidade dos investigadores utilizadores desta metodologia em enraizar a teoria na realidade concentrando-se a observação na mudança, nos processos, e na complexidade do real, e pela filosofia fenomenológica, ao excluir noções preexistentes, coexistindo com uma epistemologia mais ampla, segundo a qual o mundo social, seria continuamente construído pelos actores sociais, que definem e interpretam constantemente, sendo as suas acções resultado das suas interpretações, constituindo esta última o objecto do interaccionismo simbólico. (Poupart et al., 2008).

Esta metodologia, tem como principal objectivo, gerar teoria a partir dos dados, e destaca-se de todas as outras principalmente pelo seu papel na descrição e interpretação dos mesmos. Teorizar a partir dos dados, é a maior premissa de toda a teoria, e faz sentido uma vez que a única forma que temos de garantir que a teoria realmente funciona com determinados dados, é se de facto tiverem sido esses mesmos dados que nos levaram até ela (Glaser & Strauss, 1967).

Glaser e Strauss consideram que uma teoria que surgiu a partir de determinados dados, não pode ser refutada por dados adicionais, nem substituída por outra teoria. A sua existência também ajuda a prevenir a utilização de teorias dúbias e pouco funcionais. Gerada de forma indutiva, que na opinião dos autores a torna mais promissora de ser efectiva, possui também características tais como a consistência lógica, a clareza, a parcimónia, a densidade, o propósito, a integração, que tal como o seu ajuste e a sua operacionalidade dependem de como a teoria foi criada.

Segundo Glaser e Strauss, gerar uma teoria a partir dos dados, significa ainda, que qualquer hipótese e conceito que surjam, vêm especificamente e apenas dos dados, e são

sistematicamente trabalhados em relação a estes durante o processo de investigação, processo este essencial para gerar uma teoria, segundo os autores.

Pires, A. (2001), refere que existem alguns cânones que se devem verificar presentes numa teoria. O ajustamento, onde os conceitos se devem relacionar com os dados observados; a relevância, que deve reflectir os aspectos realmente importantes dos dados presentes; a sua funcionalidade, que deve ser capaz de explicar o fenómeno presente nos dados; a modificabilidade, em que a teoria tem que estar pronta para ser modificada, caso os dados assim o indiquem; e a transcendência, característica fundamental numa boa teoria, em que a teoria ascende e passa a aplicar-se a outros contextos.

Este método que pertence às abordagens qualitativas, apela à criatividade individual de cada investigador, bem como à sua total abertura de espírito, e apoia-se fundamentalmente numa metodologia de comparação constante.

Sendo a comparação uma forma de proporcionar evidência fiável, estabelecer um grau de generalização de um facto, especificar um conceito, e para verificar e mesmo gerar teoria (Pires, 2001). Comparando onde os factos são similares e diferentes, podemos gerar propriedades de categorias que aumentem a sua generalidade e poder explicativo (Glaser & Strauss, 1967). Mas a comparação vai mais longe. A comparação constante entre grupos, evidencia as semelhanças bem como as diferenças entre eles, facilitando o desenvolvimento da teoria em si, e gerando as hipóteses.

A teoria constitui-se por categorias, as suas propriedades e hipóteses de relação entre ambas (Pires, 2001), em que primeiro é gerada uma categoria conceptual, ou são evidenciadas as suas características, e depois essas características que emergiram acerca da categoria, são utilizadas para ilustrar o conceito. A categoria descoberta, é então considerada válida, até se encontrarem dados que provém a insuficiência da mesma (Glaser & Strauss, 1967).

As categorias que devem ser analíticas, sensíveis, e o mais abrangentes possível, emergem então dos dados, factor este que as torna relevantes e ajustadas, sendo depois continuamente avaliada em termos de relevância, a sua possibilidade de generalização e significado (Pires, 2001).

A recolha dos dados ocorre de acordo com a teoria emergente (Glaser e Strauss, 1967). O investigador recolhe os dados, e simultâneamente procede à sua análise e codificação (Pires, 2001). A codificação é feita linha a linha, com base na ocorrência dos incidentes. Há medida que

vamos codificando, podemos escrever uns memorandos, nos quais reflectimos teorizamos acerca do que vamos encontrando a respeito de cada codificação repetida. Quando chegamos a um ponto em que não verificamos a emergência de dados novos, atingimos a saturação teórica da categoria estudada, ou seja, esgotamos as características da mesma. Há categorias mais centrais na teoria que outras, ou seja que podem ser mais exploradas por terem um maior poder explicativo do fenómeno em estudo (Pires, 2001). Estamos em condições de chamar categoria central, à categoria que mais se demonstrou relacionada com todas as outras categorias encontradas, e com as suas propriedades, a que ocorreu com mais frequência nos dados, a que mais demorou a saturar, que mais significativamente se relacionou com todas as categorias, e ser variável.

“A finalidade da análise é, pois, a de desenvolver novos conceitos susceptíveis de explicarem comportamentos de actores situados empiricamente, desenvolver relações entre diferentes conceitos e, simultâneamente, fornecer exemplos susceptíveis de fundamentarem a sua plausividade.” (Albarello, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy & Saint-Georges, 2005)