

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Depressão na Adolescência

Um Estudo de Caso

Lúcia Maria Monteiro da Silva Abrantes

Orientador de Dissertação: *Professora Doutora Cláudia Carvalho*

Coordenador de Seminário de Dissertação: *Professora Doutora Cláudia Carvalho*

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Carvalho apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica, conforme a despacho da DGES nº 6037/2007 publicado em Diário da República 2^a série de 23 de Março, 2007.

RESUMO

O objectivo deste estudo é tentar perceber através de sinais e expressão de sintomas descritos por duas adolescentes, como e porquê de indivíduos na fase da adolescência esconderem por um determinado tempo (longo ou não) um grande sofrimento psíquico que, por vezes, pais e professores não conseguem detectar. Tentar perceber os sinais de alerta que estão por detrás de determinadas condutas, procedimentos e atitudes que por impossibilidade da relação que têm consigo mesmo e com os outros o adolescente não é capaz de manifestar e pedir ajuda.

A fim de compreender esta fase particular da adolescência foram realizados dois estudos de caso com duas adolescentes do sexo feminino com 18 anos, ambas estudantes do 12º ano de escolaridade. Além da mesma idade e escolaridade, têm também em comum o facto de um dia precisarem de ajuda psicológica para o seu mau estar no HSM mais precisamente no Núcleo de Estudos do Suicídio.

Palavras-chave: Adolescente, Depressão, Estudo Caso

ABSTRACT

In the context of the study on the theme of the depression in the adolescence, we propose to study through signs and expression of symptoms, the distance described by the adolescent one, in a situation of depressive problematic.

How and why individuals in the phase of the adolescence they hide for a determined time (long or not) a great psychological suffering what, sometimes, parents and teachers do not manage to detect. Trying to realize the signs of alert that are behind of determined conducts, proceedings and attitudes what for impossibility of the relation that get even and with others the adolescent is not able to show and to ask help.

In this context the present study intends to point out the methodology of used investigation, and the theoretical fundaments that supports it, through a case study, with an adolescent of the feminine sex with 18 years, student of the 12th year of schooling that one day needed psychological help in the HSM more precisely in the Nucleus of Studies of the Suicide where it began her treatment.

Key Words: Adolescent, Depression, Study Case

Índice

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 2 |
| 2.1 A Adolescência | 2 |
| 2.2 A Depressão na Adolescência | 4 |
| 2.3 Adolescência Normal vs Adolescência Patológica | 7 |
| 2.4 Comportamentos de Risco, Suicídio e Tentativa de Suicídio | 8 |
| 2.5 Entrevista com o Adolescente | 13 |
| 2.6 O que se pretende pensar e perceber com a apresentação deste caso clínico | 14 |
| 3. METODOLOGIA | 16 |
| 3.1 Caracterização do Instrumento de Investigação | 16 |
| 3.2 Procedimento | 16 |
| 4. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO | 17 |
| 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 20 |
| 6. CONCLUSÃO | 22 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 24 |
| | |
| LISTA DE ANEXOS | |
| Anexo 1 – Carta de Consentimento | 28 |
| Anexo 2 – SL90 | 29 |
| Anexo 3 – Desenhos | 30 |
| Anexo 4 – Textos | 35 |
| Anexo 5 – Teste Projectivo | 36 |
| Anexo 6 – Hipótese de Diagnóstico e Projecto Terapêutico | 40 |
| Anexo 7 – Sessões de Acompanhamento | 42 |

Introdução

Procura-se com este estudo sobre a temática da adolescência, tentar perceber a depressão ou sintomas que se inserem numa problemática depressiva, numa das fases do ciclo de vida extremamente importantes do ser humano do ponto de vista do desenvolvimento psicológico.

Pode acontecer num quadro considerado normal em que segundo Fleming (2005) assistimos ao processo evolutivo envolvendo a necessidade de um trabalho de luto ou uma depressão normal, maturativa que acompanha as remodelações psíquicas inerentes a mudança.

Ou, por outro lado, ainda segundo Fleming (2005) o adolescente sente uma perturbação afectiva que sobressai por entre os problemas psicológicos da adolescência, onde o risco de suicídio poderá ser significativo, pelo impacto negativo nos mecanismos de adaptação e ajustamento social, onde se poderá instalar a depressão patológica, que curiosamente é muitas vezes ignorada, ou dificilmente reconhecida pelo próprio ou pelos familiares.

Matos (2005), diz mesmo que o adolescente só muito raramente tem consciência da sua depressão, e com frequência as suas atitudes e comportamentos são defesas antidepressivas.

Interessa então perceber como lida o adolescente com o seu sofrimento, com a sua dor, com a sua dificuldade em pensar, e pensar se!

Quando por exemplo factores de natureza cultural dizem, que esta não é a idade para se estar deprimido! Ou quando não existe comunicação afectiva por parte dos pais, professores, familiares? Ou quando se isola no quarto?

Quais as características psicológicas dos adolescentes que estão em maior risco de adoecer depressivo?

Estas foram algumas das questões que fizeram nascer este trabalho.

Assim considerámos importante perceber a adolescência enquanto aparelho psíquico que integra uma série de mudanças e transformações (Barreto, 2003), bem como através do estudo de caso apresentado perceber a dinâmica da depressão na adolescência quando se fixa e se organiza num quadro clínico patológico.

No âmbito destas considerações, propusemos ilustrar o acompanhamento de um caso de uma paciente com um possível diagnóstico de Depressão, no sentido de exemplificar esta temática e tornar coerente todo o suporte teórico.

2. Enquadramento Teórico

2.1 A Adolescência

“ (...) Nenhuma adolescência é fruto do acaso, e grande parte do rumo que toma depende seguramente do que para trás se viveu... Nada parte do nada, e a melhor segurança para uma adolescência tranquila reside no capital afectivo acumulado durante a infância (...)”
Strecht, (2001,citado por Fonseca, 2002)

Tudo começa com a puberdade. Esta muda o corpo, a mente e os afectos. O pré-adolescente entra assim numa nova fase da sua vida, banhada por novas pulsões, novas sensibilidades, novas capacidades cognitivas, novas dificuldades nos seus pontos de referência (Monteiro & Santos, 1999).

Pode-se, assim dizer, que a adolescência é um espaço/tempo onde os jovens através de momentos de maturação diversificados fazem um trabalho de reintegração do seu passado e das suas ligações infantis, numa nova unidade. Esta reelaboração deverá dar capacidades para optar por valores, fazer a sua orientação sexual, escolher o caminho profissional, integrar-se socialmente. Este processo de crescimento faz-se também com retrocessos, com o melhor amigo, com e contra os pais, com os outros adolescentes e com outros adultos (Monteiro & Santos, 1999).

Blos (1962) defende existirem cinco fases da adolescência: pré-adolescência, adolescência precoce, representando o primado da genitalidade, fase média da adolescência, caracterizada pela escolha de objecto, adolescência tardia, pautada por um período de procura de uma forma pessoal de vida e pós adolescência, na qual o eu se organiza, dando lugar a formação de carácter e personalidade.

Para este autor, a adolescência constituiria um segundo processo de individuação, com um afastamento dos imagos parentais, estando presente uma vulnerabilidade na organização da personalidade, derivada da necessidade do jovem de experimentar situações de emoção intensa, para lidar com o vazio interior consequente ao quebrar das ligações infantis.

Segundo Jeammet (1994), a adolescência comporta exigências de instauração de novos equilíbrios entre o próprio e os outros, o sujeito e o seu corpo, as relações objectais e o narcisismo, o mundo interno e o comportamento ... que contribui fortemente para a determinação das orientações futuras destes equilíbrios.

Coimbra de Matos (1986, citado por Matos, 2005), refere a adolescência como a última etapa do desenvolvimento. No entanto este movimento de autonomia e expansão começa muito antes da adolescência. Quando o vínculo primário se torna menos necessário ao preenchimento das

necessidades biológicas, à medida que o crescimento vai fazendo da criança um ser menos imaturo.

Assim sendo a adolescência é a desvinculação dos objectos do passado e a desistência dos objectos infantis, para assumir a vinculação aos objectos do presente e a orientação para os objectivos do adulto.

Coimbra de Matos (2003), acrescenta ainda que a adolescência não é uma sequência de lutos, a não ser na patologia, é antes de mais uma sucessão de conquistas, pois a relação com os pais não é abandonada, ela é sim transformada: “menos dependente, menos ambivalente, mais simétrica, mais madura, mais compreensiva, menos conflitual”.

De acordo com Fleming (1997), Freud define o processo adolescente num duplo registo, um reflectindo o outro. O registo da realidade externa e o registo da realidade interna. O registo da realidade externa é contemporâneo e contextual e, expresso na forma de um conflito de gerações. O registo da realidade interna é expresso no abandono das ligações aos primeiros objectos de amor e no investimento em novos objectos heterossexuais extrafamiliares. Esta autora define a adolescência como sendo uma fase longa do ciclo da vida, em que o conflito é impresso no plano familiar.

Freud (1917 cit por Fleming, 1997) foi o primeiro a referir a importância primordial da separação individualização adolescente, ao equacionar os fundamentos básicos da psicologia do desenvolvimento adolescente.

Para Freud (1917, citado por Fleming, 1997), a separação adolescente-progenitores é uma tarefa dolorosa mas essencial ao desenvolvimento do homem e da sociedade. Subordina a aquisição do estatuto de adulto, em termos maturacionais, à realização da tarefa da separação interna dos objectos primitivos, acentuando os aspectos pulsionais e mudanças envolvidas pela ocorrência da puberdade. O indivíduo humano tem de dedicar-se à grande tarefa de se separar dos seus pais, e, até que esta tarefa esteja cumprida, ele não deixa de ser criança e não pode tornar-se membro da comunidade social. Para o rapaz consiste em separar os seus desejos libidinais da mãe empregando-os na escolha de um objecto de amor exterior.

Salgueiro (1990) não considera que os adolescentes façam um desinvestimento dos pais. Considera antes, que o amor pelos pais é substituído, muitas vezes, por um, ódio, pelo menos em parte, ligado à decepção derivada da desidealização crescente. Este ódio é um ódio positivo, “companheiro inseparável do amor positivo” (Salgueiro, 1990). O amor pelos pais pode permanecer, por períodos, sob a forma de ódio, o que facilita os movimentos afectuosos no exterior da família.

2.2 Depressão na Adolescência

“ (...) Um adolescente com problemas graves não se autonomiza dos pais, isola-se ou conflita com o grupo de amigos, inquieta-se permanentemente com a sua identidade.

Pode então surgir a depressão, que estudos recentes provam não ser rara e poder provocar dificuldades ao jovem e à sua família. Então importa perceber a depressão juvenil, caracterizá-la sem ambiguidades e procurar solução para as suas consequências (...)”.

Sampaio (citado por Bouça, 1997)

Durante muitos anos acreditou-se que os adolescentes, assim como as crianças, não eram afectadas pela depressão, já que supostamente, este grupo etário não tinha problemas vivenciais. Actualmente sabemos que os adolescentes são tão susceptíveis à depressão quando os adultos e é um distúrbio que deve ser encarado seriamente em todas as faixas etárias.

Segundo Matos (2001), a depressão na adolescência começa a instalar-se a meio ou no fim da mesma, e depois de um período de separação-autonomia e individualização, mas que estão insuficientemente assumidas, pois parece que o adolescente se autonomizou, mas inconscientemente ainda está ligado aos objectos de infância.

Compreendemos que durante a adolescência, período marcado por sucessivas perdas que implicam um processo de luto normativo, desenvolve-se simultaneamente uma reactivação da posição depressiva. A evolução do luto no sentido normal ou no sentido patológico, depende da capacidade de reparação que o Eu do adolescente é capaz de experimentar (Dias Cordeiro, 1988)

A partir de 1925 a maioria dos autores estão divididos em duas tendências, sobre as quais incidem as diferentes componentes da depressão:

- Por um lado, o modelo proposto por Freud ou Abraham é conservado quase integralmente;

- A tónica é colocada para realçar as diferentes formas de depressão e sobretudo da sua eteopatogenia” define-se pela desvalorização de si próprio, a autodepreciação dolorosa, é desprovida de ideia consciente de culpabilidade; somos incapazes de fazer o mal, porque somos incapazes de fazer o que quer que seja...” (Pasche, 1969, citado por Marcelli e Braconnier, 2005). A origem da depressão estará, então, nas dificuldades encontradas pela criança para elaborar o Ideal do Ego primitivo.

- Por outro lado, a tónica é colocada sobre uma concepção psicogenética ou desenvolvimental. Em 1934, Klein introduz a noção de posição depressiva infantil a qual é uma fase inevitável durante o desenvolvimento. Será o modo como a criança reage e atravessa esta posição que fará com que esteja mais tarde mais ou menos exposto à depressão.

Segundo Strecht (2001) as organizações depressivas são, muitas vezes condicionadas por acontecimentos sentidos como traumáticos pelas crianças, vulgarmente consequentes a perdas. Outros, mais graves, correspondem a falhas narcísicas (na auto-estima, auto-imagem) em etapas precoces do desenvolvimento.

Quase sempre, mais do que a forma de que realmente se revestiram, interessa o modo como cada uma os viveu.

Para Ferreira (2002), o sentimento de exclusão, solidão, abandono, gera sintomas em que a tristeza e a angústia se combinam e manifestam no mesmo sintoma-sinal de alarme. Vemos por vezes a inexistência da organização de um núcleo básico de uma auto-estima necessária ao equilíbrio psíquico. Geralmente vêm à consulta tendo como sintoma o insucesso escolar, sendo que os indicadores mais frequentes são as inibições e suas repercussões no comportamento e nos resultados escolares, em contraste com o funcionamento esperado. Há queixas de desinteresse escolar, apatia, ausência de curiosidade, tristeza. O ponto central comum a todas as formas de depressão caracteriza-se pela inconsistência do núcleo de auto-estima, falhando de imediato o investimento na própria vida. Suspende-se o interesse pelo mundo externo, perde-se a capacidade de amar.

Segundo Neinstein & Lawrence (1991) os factores envolvidos na depressão do adolescente são os seguintes:

- Baixa auto-estima
- As conquistas reais feitas pelo adolescente estão abaixo das suas aspirações
- Perda significativa
- Morte ou rejeição
- Separação ou divórcio dos pais
- Perda de objectivos (definições dentro da família)
- Perda da normalidade (p.e doença física)
- Inaptidão para realizar as tarefas normais comuns ao desenvolvimento do adolescente.
- Depressão dos pais ou abuso de substâncias
- Conflitos familiares ou comunicação pobre
- Incapacidade de aprendizagem
- Elevadas expectativas por parte dos pais
- Problemas nas relações com os pares

Os principais tipos de depressão durante a adolescência, presentes no Manual DSM IV (1996) e supracitados estão presentes por um período de duas semanas e representam uma mudança face a comportamentos anteriores.

- Disposição deprimida ou irritável durante quase todo o dia durante as duas semanas

- Interesses e alegria acentuadamente diminuída em todas ou quase todas as actividades diárias praticamente todos os dias.
- Perdas ou ganhos significativos de peso mesmo sem dieta ou perdas ou ganhos de apetite.
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
- Agitação ou retardação psicomotora quase todos os dias.
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de não valia ou de culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.
- Lentificação do pensamento, dificuldade em se concentrar quase todos os dias.
- Pensamentos recorrentes de morte.
- Ideias de suicídio, ou tentativas de suicídio.

Os estudos epidemiológicos, mostraram que a depressão, na sua forma Major, está presente na população adolescente entre os 3% e os 7% com uma média de 5%. Em contrapartida os “problemas depressivos” evidenciaram uma prevalência que se situa entre os 30% e os 45% (Marcelli, 1999 citado por Barreto, 2003).

Marcelli e col. (1994, citado por Barreto, 2003), estudaram a depressão numa população entre os 12-20 anos, através de uma escala de auto-avaliação de depressão e de critérios do DSM III-R, a prevalência da problemática depressiva encontrada foi de 37%. O Episódio Depressivo Major foi encontrado em 7% da população com problemas depressivos; em 22% predomina a morosidade; 2% crise “ango-depressiva” e 6% apresentavam depressividade.

Marcelli e Braconnier (1996) desenvolveram uma abordagem psicopatológica da depressão, com base no funcionamento psíquico do adolescente deprimido. Em função do predomínio de uma das dimensões da depressão, os autores distinguiram entre a reacção “ansio-depressiva”, depressão de inferioridade, depressão de abandono e depressão melancólica. A crise “ansio-depressiva ainda segundo o mesmo autor, traduz a conflitualidade dos dois modos de relação objectal, cuja tensão pode reactivar experiências afectivas dolorosas, que aumentam a ansiedade que sinaliza a proximidade da ameaça depressiva.

Já de acordo com Braconnier (1988, citado por Barreto, 2003), a problemática inerente à depressividade na adolescência é, marcadamente, narcísica. O adolescente ao ser invadido, tanto pela angústia como pelo afecto depressivo, antecipa o perigo ao mesmo tempo que evita a tomada de consciência da falha narcísica.

Braconnier (1998, citado por Barreto, 2003) distingue, também, a depressão de inferioridade e depressão de abandono. A depressão de inferioridade está mais ligada à problemática narcísica, estando o conflito muito ligado à dinâmica entre o ideal do Eu e o confronto com a realidade.

Uma incidência elevada de depressões nos pais, frequentemente na mãe pode ser uma fonte de depressão para o adolescente, nomeadamente através de um mecanismo de identificação e/ou

um sentimento de inacessibilidade e indisponibilidade desta, face ao adolescente em crescimento e à criança que já foi.

Para a quase totalidade dos autores, os filhos de pais deprimidos são uma população em risco psicológico. Estatisticamente, correm mais risco que os outros de apresentar perturbações do humor.

Segundo Guedeney, 26,2% de famílias estudadas, em que um dos pais é deprimido, existe pelo menos uma criança perturbada. Este risco aumenta mais se a este factor se juntar a ausência de suporte familiar. Entende-se por suporte familiar: a capacidade do cônjuge em apoiar o pai deprimido/ a mãe deprimida e de assegurar o seu papel familiar; os recursos familiares financeiros, materiais e afectivos.

2.3 Adolescência Normal vs Adolescência Patológica

A adolescência é um processo relativamente exigente no que diz respeito à capacidade de adaptação do próprio adolescente ao seu corpo em mudança, às suas diferentes possibilidades do ponto de vista cognitivo e do seu funcionamento mental global, bem como às novas exigências do ponto de vista social.

Para alguns adolescentes mais frágeis do ponto de vista interno podem ocorrer situações de descompensação psíquica, nas quais é importante intervir precocemente.

Por outro lado, é também na adolescência que por vezes surgem os episódios iniciais de quadros psicopatológicos graves dos adultos, embora com algumas diferenças e especificidades.

Segundo Marcelli & Braconnier (2005), mais do que em qualquer outra idade da vida, esta questão do normal e patológico põe-se com acuidade na adolescência. São tantos os eixos de ajustamento, quantas as incertezas: “ os critérios sobre os quais noutras idades se baseiam a noção do normal ou do patológico são questionados”

- a) normalidade no sentido da norma estatística incitaria a considerar como normais comportamentos manifestamente desviantes noutros momentos, correndo o risco de lhes retirar todos os significados de sofrimento (tal é o caso da ideia de suicídio do adolescente).
- b) a normalidade no sentido da norma sociológica arriscaria de rejeitar a totalidade da adolescência no campo patológico (em função da frequência dos comportamentos ditos precisamente anti-sociais)
- c) a normalidade oposta à doença levaria a falar de “adolescência-doença”.

“Será necessário objectivar ao máximo o comportamento para reduzi-lo a um sintoma associado a uma etologia? Ou será necessário, pelo contrário, reduzir esse a comportamento

pelo facto de se revestir pela subjectividade do adolescente ou interessar-se apenas à vivência deste último?” (Widlocher, 1976, citado por Marcelli & Braconnier, 2005).

Segundo este autor a resolução do paradoxo entre o normal e o patológico reside numa melhor compreensão dos comportamentos do adolescente, e recusa a separação dos comportamentos que seriam testemunho de uma patologia (comportamento-sintoma) e os comportamentos que seriam a expressão de uma patologia normal (comportamento-vivência).

Assim sendo, realça duas modalidades de análise para uma melhor interpretação entre o que poderá ser o normal e o patológico, e, que poderá permitir uma clarificação dinâmica à compreensão do mesmo:

- 1) por um lado, a fluidez oposta à rigidez dos comportamentos e a forma como esses comportamentos interferem com o funcionamento global da personalidade, ou seja, os acontecimentos actuais e a organização mental historicamente construída;
- 2) por outro lado, o impedimento mais ou menos significativo que representam esses comportamentos para a continuação do desenvolvimento psíquico, ou seja, uma análise prospectiva sobre as interacções entre os acontecimentos actuais e o processo psíquico em construção.

No mesmo sentido Coimbra de Matos (2002), diz que patológico, é doença é sofrimento, ou seja; o que exprime desacordo com a textura da pessoa, o que representa atraso ou hipermauração, o que revela a revivência de conflitos que já deveriam ter sido mais ou menos resolvidos pelo adolescente.

“Nem todo aquele que sofre é doente; mas todo aquele que sofre precisa de ajuda e, sobretudo de compreensão. E todo aquele que sofre está na iminência de vir a ser doente”.

Coimbra de Matos (2002)

2.4 Comportamentos de Risco, Suicídio e Tentativa de Suicídio na Adolescência

“(…)Um adolescente que faz qualquer coisa deliberadamente para morrer é porque se encontra numa situação de desespero que lhe é insuportável e para o qual não vê nenhuma saída (...)”

Bouça (1997, pág.53)

Prats (1987, citado por Sampaio, 1991) afirma que “não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o seu significado do após a morte”.

“Os comportamentos Auto-Destrutivos dos adolescentes correspondem a um importante problema de saúde pública. As ideias de morte, as ideias de suicídio, os comportamentos de risco

e auto-mutilação, os comportamentos para-suicidários e as tentativas de suicídio surgem muitas vezes numa escala sequencial, progressiva, com repetição de actos ou ocorrências cada vez mais graves (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001) ”.

Muitas das tradicionalmente consideradas condutas de risco na adolescência não são mais do que condutas de experimentação. Estão inseridas na linha da descoberta do mundo do adolescente. A vivência do risco, a confrontação com a necessidade de fazer opções (tomar a decisão de ir/não ir, beber/não beber etc), faz parte integrante do processo de desenvolvimento do adolescente e é essencial para a construção da sua autonomia.

Quando estes comportamentos deixam de ser integrantes da vida social do adolescente pode ocorrer turbulência no seu processo de desenvolvimento pois os comportamentos de risco não andam isolados, e segundo Matos (2005) “ no cruzamento de exigências opostas o adolescente coloca-se, muito frequentemente, na fronteira entre o normal e o patológico; até porque se exprime sobretudo através da acção e a sociedade julga o acto sem a preocupação compreensiva do fenómeno psíquico que lhe está subjacente”.

A agressividade que é comum nos adolescentes por si só não pode ser considerada como um transtorno psiquiátrico específico, pois ela é, antes disso um sintoma que reflecte uma conduta desadaptada. Pode dizer-se até que a conduta agressiva costuma ser normal em certos períodos do desenvolvimento infantil, e está vinculada ao crescimento e cumpre uma função adaptativa.

Quando comportamentos agressivos estão combinados com outras alterações do comportamento completamente desadaptadas, aí o adolescente apresenta um quadro de comportamento mais grave, e é preciso estar atento.

Os comportamentos auto-destrutivos relacionam-se em regra, com as vicissitudes do processo da adolescência e o seu conhecimento e manejo são importantes para a prevenção do suicídio e dos comportamentos desviantes em jovens.

Segundo Marcelli e Braconnier (2005), a tentativa de suicídio é um dos comportamentos mais significativos da adolescência, devido à impulsividade frequente que preside à sua realização põe-se o problema fundamental nesta idade da adolescência que é da encenação e da passagem ao acto.

Para De Wilde & colaboradores (1992, citado por Marcelli & Braconnier, 2005), os adolescentes suicidas diferem dos adolescentes deprimidos e dos restantes adolescentes, porque vivenciaram uma maior quantidade de acontecimentos negativos, mais especificamente; conflitos familiares durante a infância e que persistem, abusos sexuais, situações de instabilidade social (profissional e familiar), mudança de casa, repetição de ano escolar.

As acumulações destes factores tornam-se importantes para a compreensão de cada caso clínico.

Assim convêm diferenciar cautelosamente:

- Como são expressos os pensamentos sobre morte
- As ideias de suicídio. Trata-se de pensamentos directos sobre matar-se e não simplesmente morrer.
- As intenções suicidas. O sujeito pensa na melhor forma de se matar: absorção de medicamentos, defenestração, enforcamento, arma de fogo, etc.
- Projectos suicidas. O sujeito começa a preparar o seu gesto: acumulação de comprimidos, compra da corda, etc.

Segundo Landame & col (2002, citado por Marcelli & Braconnier, 2005), um jovem que sofre de uma perturbação de humor corre o risco de cometer uma tentativa de suicídio 4,6 a 28% vezes mais elevado do que um jovem sem perturbação de humor. O maior factor de risco para o suicídio reside no facto de se ter já antecedentes de tentativa de suicídio.

Ainda, Landame (2002), evidencia três séries de factos num estudo do adolescente suicida com a sua família.

1) O adolescente é muitas vezes o lugar de projecção parental excessiva.

Serve mais especificamente de receptáculo ao sofrimento parental.

A relação entre pais e adolescente não está imbuída pela empatia compreensiva

2) A barreira entre as gerações é muitas vezes confusa nessas famílias

Coligações entre os membros pertencentes a gerações diferentes, transgredindo a estrutura normal da família. Ex: mãe faz aliança com filha contra o pai...

3) Degradação progressiva do ambiente familiar e social

Falecimento ou partida de um membro da família

Ruptura afectiva

Ruptura com o grupo de pares

“Nos jovens, a ingestão medicamentosa continua a ser o método auto destrutivo mais frequente, mas têm vindo a aumentar, de modo significativo, diversos tipos de auto lesão, como cortes superficiais, queimaduras, escoriações varias auto-infligidas, cuja gravidade é variável, sendo difícil de averiguar, por vezes o grau de intencionalidade face à morte. Os principiantes mais frequentes são conflitos familiares e afectivos, com sentimentos de desespero, perda e abandono, em jovens com dificuldades relacionais, de vários tipos, mais frequentemente diagnosticados como depressivos” (Santos & Sampaio, 1997).

“Nos jovens suicidas que temos tratado no Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria, o gesto auto-destrutivo aparece como uma meta-comunicação, isto é, uma comunicação sobre a comunicação familiar. A família vive uma fase de desequilíbrio, de

instabilidade, a partir da qual não se consegue organizar, em parte pela sua rigidez (Sampaio, 2002, in *Psychologica*)”.

“...As famílias dos adolescentes suicidas são caracterizados por alta rigidez, com uma adaptabilidade reduzida face aos desafios da adolescência dos filhos; frequentes conflitos intra familiares, com má relação entre o suicida e os seus pais; marcadas dificuldades na comunicação; redes de sociabilidade muito pobres, quer do ponto de vista dos seus membros vistos como um todo, quer dos elementos do agregado familiar considerados individualmente (Sampaio, 2002, in *Psychologica*)”.

Em relação à tentativa de suicídio, Sampaio (2002) considera que corresponde às situações em que o indivíduo atenta contra a sua vida, não alcançando o seu objectivo por motivos alheios à sua vontade.

Num estudo efectuado pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital S. Teotónio Viseu por Loureiro, Fernandes, Santos, Silveira & Figueiredo (2005), e apresentado no 8º Congresso Internacional de Adolescência (2005), com jovens adolescentes de idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, por tentativas de suicídio, estudados durante 4 anos internados neste serviço verificou-se o seguinte:

Dos casos analisados, verificou-se um predomínio do sexo feminino. A grande maioria ocorreu por intoxicação medicamentosa (91%) correspondendo a cerca de metade dos internamentos por intoxicação neste grupo etário. As tentativas ocorreram predominantemente à tarde ou à noite, e os precipitantes mais frequentes foram os problemas afectivos, principalmente familiares, escolares e amorosos. Verificou-se que a maioria das tentativas ocorreram de modo impulsivo, sem planeamento prévio, nem aviso de intenção suicida.

Adiantam ainda que as tentativas de suicídio são um sinal de desespero, um pedido de ajuda, uma expressão dum desejo de mudança em relação a uma situação problemática em que o adolescente se encontra.

“Ninguém se mata para morrer, mas – antes – como forma desesperante de comunicar uma dor...” (Sá, 2002).

Segundo Sá (2002), o suicídio surge como uma forma desesperada de comunicar a dor, afirmando que na falência da defesa narcísica, a dor pode expressar-se num comportamento suicidário de cinco formas:

- Através da angústia de abandono, até ao momento em que uma separação é sentida como uma queda num abismo de morte;
- Por intermédio do calor da raiva narcísica que, impulsivamente, as faz derraparem para o suicídio;

- Como ruminação obsessiva, movida pelo desprezo narcísico e altivo, em que o comportamento suicidário representa uma forma de dizer que nada nem ninguém esta a altura de entender e de ajudar quem se tenta suicidar;

- Para destruir a dor, através da indução de uma dor aguda (mas contida) que absorva toda a vida interior, todos os afectos. Esta dor pode surgir sob a forma de sintomas diversos, como a anorexia nervosa, ou alguns quadros psicossomáticos, que se configuram como um suicídio lento;

- Para destruir as pessoas que foram abandonadas. O suicídio tem o objectivo de introduzir na mãe, no pai, no companheiro ou na companheira, os remorsos persecutórios que os mortifique de culpa e o mate, por dentro, devagar.

Relativamente aos trabalhos sobre a tentativa de suicídio na adolescência é de salientar o contributo de Laufer (2000), que defende que esta representa sempre a perda temporária da capacidade de ligação à realidade externa e pode ser encarada como um episódio agudo, neste contexto.

Tendo em conta que as tentativas de suicídio raramente ocorrem antes da puberdade, Laufer (2000), e seus colaboradores associam-nas às transformações físicas e psicológicas ocorridas durante esta etapa da vida. Neste sentido, é teorizado que as tentativas de suicídio podem surgir quando um adolescente sente que se encontra num beco sem saída do seu desenvolvimento, não se sentindo apto para progredir para a idade adulta e simultaneamente impossibilidade de efectuar um movimento regressivo de encontro com os objectos edipianos.

Este autor afirma ainda que, ao efectuarem uma tentativa de suicídio, os adolescentes podem ver a morte, como uma fantasia de auto-punição, como o fim de um sofrimento ou como a concretização de um desejo. O ataque ao próprio corpo é prova da sua genitalidade madura e a fonte de desejos agressivos e sexuais. É também a única postura activa que o adolescente crê ter ao seu alcance neste conflito insolúvel, e assinala, então uma falha no estabelecimento de uma nova identidade sexual estável.

Jeammet e Birit (1994) enquadraram a tentativa de suicídio adolescente articulando o narcisismo com a relação de objecto. Segundo eles, é uma falha na constituição das bases narcísicas que confere às relações de objecto o seu carácter patológico. Verifica-se assim, um paradoxo ao nível das tentativas de suicídio: por um lado, trata-se de um gesto heróico e onnipotente de domínio sobre o corpo e, por outro lado, de uma decisão profundamente anti-narcisista e destruidora do próprio.

Estudos efectuados por estes autores em jovens que realizaram tentativas de suicídio, demonstram que as falhas na organização do Complexo de Édipo conferem aos imagos parentais

um registo arcaico e pouco diferenciado, enquanto que a fragilidade do recalçamento permite o aparecimento de fantasmas incestuosos.

Os mesmos autores consideram que, para o adolescente, o suicídio significa negar a castração resultante das mudanças corporais da adolescência, destruindo sozinho a união que originou a sua vida: se não decidiu o seu nascimento, ele espera pelo menos ditar o seu desaparecimento. Ele afirma, assim, que pode decidir morrer, acto através do qual se afirma como seu próprio progenitor, negando a cena primitiva, a sua dependência das figuras parentais e os laços de filiação. Esta impossibilidade do sujeito elaborar a sua exclusão da cena primitiva impede a eficiência dos processos identificatórios.

Jeammet e Birit (1994) defendem, ainda, que as condutas de risco e as tentativas de suicídio na adolescência podem representar, na sua dimensão ordálica, o conflito interiorizado do adolescente com os seus pais, no caso de a introjecção da imago parental do mesmo sexo ter uma conotação de excitação desorganizante. Nestes casos, dar-se-ia uma falha na introjecção, o que provocaria (a nível externo) conflitos sado-masoquistas, com o pai do mesmo sexo e (a nível interno) conflitos entre o Eu e o Super Eu que dariam origem às tentativas de suicídio como forma de exorcizar o Super Eu sádico.

2.5 Entrevista com o Adolescente

Segundo Marcelli & Braconnier (2005)...”é no decurso das primeiras entrevistas, que o clínico se confronta com a necessidade de uma avaliação diagnostica global... partir das hipóteses psicopatológicas acerca do funcionamento intrapsíquico, tal como é apreendido através dos comportamentos manifestos e da dinâmica relacional, provenientes por último da análise das interações familiares e sociais. A partir destes dados, o clínico avalia, aquilo que são as suas preocupações essenciais: diagnóstico, e terapêutica”.

Segundo os mesmos autores, a análise psicopatológica dos comportamentos do adolescente é necessária, para distinguir os comportamentos que pertencem ao registo; “...do compreensível, da vivência, numa palavra, do normal, e por outro lado o registo do incompreensível, do sintoma, numa palavra, do patológico,...”

Chamam a atenção ainda para o cuidado do clínico que está a fazer o diagnóstico, simplesmente não etiquetar uma serie de sintomas, pois corre-se o risco de nesta idade um comportamento surgir num dia, ao menos uma vez, mas sem necessariamente traduzir uma organização psicopatológica fixa.

Assim na prática clínica e segundo o Adolescent Health Care (1991), no tratamento técnico de adolescentes a personalidade do terapeuta e a sua filosofia de tratamento são muito importantes. O técnico deverá ser uma pessoa com disponibilidade, gostar verdadeiramente dos adolescentes

como pessoas, e conseguir comunicar facilmente com eles. Uma boa entrevista com adolescentes é importante não apenas para a recolha dos dados como para se estabelecer qual a dinâmica da futura interacção.

Neste sentido a primeira entrevista deverá constar do encontro com o adolescente e a sua família, e assim estabelecer duas aproximações básicas:

- A família junta. Esta aproximação pode permitir a recolha de mais informação logo nos primeiros minutos sobre a dinâmica familiar, e poderá a ajudar a envolver a família na problemática.

- O adolescente sozinho. Outra aproximação básica é a entrevista a sós.

Seja qual for o método utilizado, o adolescente deve ser sempre a primeira fonte de informação. Estabelecer uma comunicação com empatia entre o técnico e o adolescente é fundamental para o reforço da confidencialidade. A importância de saber ouvir faz suscitar no adolescente confiança, para que ele possa desenvolver junto com o técnico as suas preocupações e procurar perceber as razões de determinados comportamentos. Só assim se poderá incrementar a responsabilidade junto do adolescente.

2.6 O que se pretende pensar e perceber com a apresentação deste caso clínico

O primeiro objectivo foi aprender acerca do que pode ser a depressão na adolescência, nomeadamente numa fase da adolescência em que acontece uma ruptura, qual é o seu significado e quais são as respectivas repercussões na vida do adolescente.

Os comportamentos auto-destrutivos, bem como a tentativa de suicídio parece ser visto como um instante particular de manifestação da tal ruptura no desenvolvimento, ou seja: importa perceber a problemática interna na qual o adolescente se sente incapaz de avançar, de progredir e na qual se sente “encurralado”.

O que estará a acontecer com o sujeito, que resulta num desejo de atacar o seu próprio corpo? Por um lado mutilando-se, por outro, ter um desejo consciente de morte!

Assim sendo e partindo da suposição inicial, uma tentativa de suicídio, ou um comportamento auto-destrutivo, não é só resultado de um acto impulsivo, mas algo que começa mais atrás. É o resultado de uma cadeia de acontecimentos psicológicos internos, que provavelmente se foram instalando durante a infância até à adolescência, altura em que o sujeito, não aguentou a pressão interna e descompensou.

A vulnerabilidade instalada, nesta adolescente parece residir num conjunto de fracassos anteriores, durante a infância, que a deixou desprotegida, exposta e incapaz de lidar com as exigências normais no decorrer do seu desenvolvimento pubertário.

De qualquer modo e citando Eduardo Sá (2002) “...ninguém se mata para morrer...”, mas antes, o que parece passar-se com esta jovem adolescente, parece ser um pedido de ajuda, perante a incapacidade que sente em lidar com situações de dor intensa.

Sentimentos de impotência, de fracasso. O facto de vir à consulta, e perceber que necessita de ajuda, vem confirmar, o desespero, em que esta adolescente se encontra.

Nesta primeira parte do trabalho, foi feita uma abordagem teórica relativamente aos aspectos considerados mais importantes, tendo em conta a etapa da vida humana que é a adolescência e as suas implicações no desenvolvimento do indivíduo.

A pesquisa de várias obras sobre esta temática da adolescência, sustenta o caso clínico que à frente se apresenta, nomeadamente a adolescência vivida de forma a integrar transformações próprias desta fase do desenvolvimento, e por outro lado a adolescência vivida de uma forma que causa sofrimento ao indivíduo e aí se pode instalar uma depressão.

Assim, apesar da depressão, no adolescente, ser muito diversificada, é consensual em quase todos os autores que a entrada na adolescência é marcada por um aumento significativo de humor por vezes triste e de distúrbios depressivos.

Neste trabalho pretende perceber-se como se pode instalar uma depressão, quais são os seus sintomas, e como se podem manifestar. Para isso são utilizados vários instrumentos, assim como SCL-90, teste de personalidade Rorschach, e ainda sessões individuais, desenhos e textos.

Este trabalho pretende alertar para a importância que pode ter a ajuda dos adultos, a ultrapassar uma fase que por vezes pode ser perturbada, pelas mudanças quer sejam físicas, emocionais ou sociais.

Nem sempre os adultos mais próximos, quer sejam pais ou professores se apercebem que o adolescente precisa de ajuda, devido ao facto de se esperar dos adolescentes comportamentos considerados inconstantes nesta fase. Por outro lado existe o facto de estes não conseguirem exprimir-se da maneira mais adequada, e de os adultos não conseguirem decifrar certos comportamentos que advinham uma crise.

Por outro lado este estudo também reflecte as vivências depressivas dos pais, ou até verdadeiras depressões, constituindo-se assim modelos identificatórios para a criança, reforçando e alimentando a patologia que poderá estar em formação.

3. Metodologia

3.1 Caracterização dos Instrumentos de Investigação

Sessões de psicoterapia feitas no HSM, com uma das pacientes no decorrer do meu estágio, que me permitiu elaborar a respectiva **Anamnese** (com exame do estado mental, avaliação esta feita por uma psiquiatra, do HSM).

Aplicação do teste SCL-90-R, que consiste num inventário de auto-preenchimento de 90 itens, de forma a avaliar a psicopatologia em nove dimensões primárias de sintomas (somatização, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoíde, sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões e psicoticismo) e três índices globais. Assim sendo, as dimensões referidas pretendem medir traços psicopatológicos da personalidade a partir da sintomatologia encontrada em cada uma delas, tendo em consideração, de que não se trata de um instrumento de medição da personalidade, mas sim do estado psicológico e sofrimento do sujeito aquando da aplicação.

Foi também aplicado o **Teste Projectivo Rorschach** que é uma prova que apresenta ao indivíduo uma situação estímulo, dando-lhe oportunidade de lhe atribuir as próprias necessidades íntimas e as percepções e interpretações particulares. Assim destina-se a provocar respostas que revelarão a estrutura de personalidade, os sentimentos, valores, motivos, modos característicos de ajustamento e complexos do indivíduo (Freeman, 1962). Destina-se a todo o tipo de pessoas.

Interpretação de **Desenhos e Textos** que a paciente trouxe para dentro do espaço terapêutico por sua livre vontade.

O desenho é um elemento essencial na entrevista psicológica com a criança e com o adolescente, sendo um dos modos através dos quais exprimem e projectam o seu mundo interno e relacional. O desenho entra assim numa dinâmica relacional, ou seja a representação mental tal como aparece no desenho é vivida num quadro relacional e a qualidade da relação é matizada pela harmonia ou desarmonia do desenho.

3.2 Procedimento

Para a elaboração deste estudo foi pedida autorização à adolescente, bem como à Instituição do HSM. Os pais também tiveram conhecimento do mesmo, e manifestaram a sua disponibilidade.

Foi explicado que este estudo teria como finalidade a apresentação de uma Monografia de final de curso, ao que a resposta foi de imediato positiva.

Em primeiro lugar procedeu-se a uma primeira consulta de triagem, para recolha de dados, complementado se com informações também disponibilizadas pelos pais, que no primeiro dia, acompanharam ao Hospital a sua filha.

Seguidamente deu-se início a uma série de sessões de psicoterapia, depois de na segunda consulta ter sido solicitado um pedido manifesto de ajuda.

O estudo de caso, seguidamente apresentado, foi feito no Hospital de Santa Maria, no Núcleo de Estudos do Suicídio.

Este núcleo está inserido no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, no intuito de aprofundar os conceitos de suicídio, tentativa de suicídio e para suicídio na adolescência.

4. Descrição do Caso Clínico

Maria, 18 anos, estudante do 12º ano

A Maria compareceu na consulta de triagem do Hospital Santa Maria, em Fevereiro de 2005 acompanhada pela mãe, na sequência de uma ingestão medicamentosa de quatro comprimidos (Unisedil) da mãe, uns dias antecedentes à triagem. Fez lavagem gástrica no Hospital São Francisco Xavier. Recorreram a este serviço depois de uma consulta ao site do NES (Núcleo de Estudos do Suicídio) onde perceberam que poderiam obter ajuda.

A Maria aponta a frágil relação que mantinha com o namorado como sendo o factor precipitante para o comportamento para-suicidário, assim como uma grande tristeza que a invade aliado a um sentimento de vazio interno e a falta de comunicação com as irmãs e mãe. Terminou esta relação em Janeiro de 2005, na sequência de um aborto que acabaria por fazer em Outubro de 2004 e do qual diz ter ficado bastante afectada, pois o namorado não a acompanhou.

Neste momento relata mesmo episódios em que não consegue controlar-se, irrita-se com muita facilidade, se a contradizem sai de casa sem dizer para onde vai, e está por vezes várias horas fora. Depois envia mensagens para familiares e amigos com intenção de os preocupar para posteriormente saírem à sua procura. São várias as vezes que já partiu objectos em casa após discussão com o namorado, mãe ou irmãs. Já aconteceu partir o telemóvel, objectos no interior do seu quarto, computador, óculos. Explica que estes comportamentos estão ligados a uma raiva intensa que diz por vezes não conseguir controlar.

HISTÓRIA BIOGRÁFICA

História Pessoal

Maria é a quinta filha de uma fratria de cinco raparigas. Nega a existência de sintomas psicopatológicos durante a infância. Em criança considerava-se irritante. Viveu sempre com a mãe e as irmãs, pois o pai trabalhava em Moçambique só vinha a casa nas férias ou era visitado

pela família. No entanto a Maria diz não ter memórias do pai, pois este faleceu tinha a Maria cerca de dois anos.

Idade Escolar

A Maria frequentou um infantário perto de casa, e era a mãe que habitualmente a ia buscar e levar até à pré-primária. Começou o ensino básico com 5 anos num externato na zona de residência, onde se considerava uma boa aluna. Todos os anos do ensino básico mudavam a professora inclusive no 4º ano que teve duas. Com cerca de 9/10 anos começou a frequentar o 5º ano com antigas colegas mas mudou de escola. Aqui considerava-se um pouco preguiçosa, mas era boa aluna. Começou a fazer o percurso para a escola sozinha.

Adolescência

Conta que a partir do 7º ano de escolaridade ficava sempre doente nas férias, com muitas dores de cabeça. No 8º ano e com cerca de 12 anos foi-lhe diagnosticada meningite e esteve hospitalizada nas férias da Páscoa. Lembra o internamento sozinho numa sala infecto-contagiosos. A partir do 8º ano teve um grupo de três amigas com quem se dava regularmente. No 9º ano com cerca de 14 anos teve o primeiro namorado, um colega da mesma turma. Diz que vivia com intensidade “estas paixões”(sic)... “mas quando percebia que já não gostavam de mim ou arranjavam outra namorada, ficava com um ódio de morte, e um grande sentimento de vazio, tinha grandes ataques de choro”...(sic).

A partir do 10º ano fez a escolha de curso de Humanidades, foi também quando começou a escrever poemas.

Considera que o percurso escolar tem sido regular, nunca reprovou. Continua a considerar-se uma boa aluna e está neste momento a fazer o 12º ano.

HÁBITOS TÓXICOS

Tabaco.

HISTÓRIA MÉDICA

Sem história clínica a salientar, a não ser um ano a esta parte.

HISTÓRIA FAMILIAR

Mãe – Funcionária pública tem 55 anos. Está de baixa psiquiátrica já há alguns meses. Diz que tem uma depressão há já alguns anos. Toma diariamente anti-depressivos. Ficou viúva com 40 anos e com cinco filhas menores. Tem oito irmãos. Diz estar muito aflita com os comportamentos da Maria e que os principais problemas da filha são: o namoro de um ano com o Miguel, as mensagens que enviam um ao outro e o tempo que passa com ele na net que a deixam nervosa e descontrolada. Este relacionamento tem gerado só conflitos. Diz ainda que a Maria com frequência não cumpre os horários que lhe impõe. Baixou o rendimento escolar. Relata

vários episódios em que já teve de ir buscar a Maria a Belém, quando esta se ausenta sem dar explicações.

Pai – Faleceu em Agosto de 1990 com cancro de pulmão, quando Maria tinha 2 anos. Era funcionário público e trabalhava em Moçambique desde 1984 de onde é originária a família. Vinha a Portugal nas férias. Era filho único. A Maria diz não ter quaisquer memórias do pai. Durante o seu crescimento a mãe sempre evitou falar na morte do pai, por isso a imagem parental é quase inexistente.

Irmã 1– Tem 30 anos é licenciada em Direito.

Irmã 2– Tem 28 anos é licenciada em Gestão de Recursos Humanos. Trabalha. Vive em casa da mãe.

Irmã 3– Tem 26 anos é Assistente Social. Trabalha no Alentejo e só vem a casa aos fins-de-semana.

Irmã 4– Tem 22 anos e está a fazer o estágio de Ergonomia em S. João da Madeira. Está no último ano, vem a casa aos fins-de-semana

Avós Paternos – O avô já faleceu. A avó tem 80 anos. A Maria diz não ter grande relação com esta avó.

Avós Maternos – O avô já faleceu, a avó tem 86 anos. Mantêm uma relação de proximidade com esta avó.

PERSONALIDADE PRÉVIA

Em criança considerava-se muito irritante. Hoje em dia considera-se pouco determinada, com baixa auto-estima.

PROJECTO DE VIDA

A Maria está a acabar o 12º Ano e pretende fazer um curso superior na área das ciências da comunicação. Diz que gostaria de ser ou escritora ou deputada. Costuma participar em Workshops de escrita criativa e de teatro.

Pedido de ajuda: ter mais intimidade com ela própria, ser mais confiante e determinada, conseguir falar mais com a mãe sobre os seus próprios problemas. Tentar que o ambiente familiar seja menos individualista. Ter relações de mais proximidade com as irmãs, e obter delas mais atenção. Ter mais espaço para pensar. Esquecer o Miguel. Afirma que gostaria de ser mais confiante. Na sua relação com o corpo gostaria de dar mais nas vistas, chamar mais a tenção dos outros sobre si.

EXAME DO ESTADO MENTAL

Observação Psicopatológica:

A Maria é uma jovem de aspecto franzino, estrutura média, aparenta menos idade. Magra, usa óculos, cabelo aos caracóis, bonitos, com grandes olheiras. Aspecto cuidado e de acordo com a idade. Postura defensiva.

Atitude: Apresenta-se colaborante, estando no entanto um pouco desconfiada no início da consulta.

Consciência e Orientação: Consciente e orientada no espaço e no tempo.

Atenção: Mantida ao longo do tempo, com evitamento do olhar.

Memória: Não se apuraram alterações da memória imediata, de fixação ou de evocação. Sem alteração da capacidade de manter a atenção.

Discurso e linguagem: Discurso coerente. Sem alterações da linguagem ou da articulação da fala.

Percepção: Sem alteração da percepção.

Pensamento: Com capacidade de abstracção mantida, sem alterações do limite do eu com o mundo exterior. Ideia de morte sem ideação suicida actual.

Vida instintiva: Insónia inicial.

Insight: Mantido.

Num primeiro momento a Maria demonstrava uma atitude de certa reserva e mesmo algum receio, de aparência frágil, apesar da sua constituição física ser adequada à sua idade, aparentava ter menos idade. Consegue estabelecer um contacto sintónico e simpático ao perceber que do outro lado está alguém que a quer ouvir que não a vai julgar ou criticar.

A tristeza que trazia no seu olhar era por demais evidente que dentro de si pairava um mau estar que sozinha não estava a conseguir resolver.

Uma jovem que trazia uma visão negativa de si própria, sentindo-se desenquadrada nas relações mais próximas, como sendo com o namorado, mãe e irmãs, e consigo própria.

De qualquer modo a Maria disse sentir uma grande necessidade de falar dos seus problemas, o que foi facilitador e empático para encetarmos uma relação terapêutica.

Senti que me exigia disponibilidade, abertura, atenção.

5. Discussão dos Resultados

De acordo com os testes aplicados nos estudos de caso atrás apresentados, assim como o restante material (sessões, textos, desenhos), pode verificar-se a existência de uma percentagem elevada de sintomas e de sinais que nos remetem para a possibilidade de se ter instalado uma depressão na jovem estudada.

De uma forma geral, os resultados obtidos, essencialmente na evolução ao nível das competências para lidar com situações de frustração e de dor da adolescente vêm de acordo com

o que se verificou empiricamente. Ou seja: Verifica-se nesta adolescente o desenvolvimento de defesas anti-depressivas e fuga à mentalização, principalmente através de passagens ao acto, e que constitui formas de preencher o vazio da perda, a ausência do objecto e impedem a formação da própria depressão.

Quanto às respostas do questionário SCL – 90-R, verificou-se que no caso da Maria as sub-escalas **hostilidade e depressão** apresentaram valores mais significativos que vão de encontro à grande dificuldade de mentalizar por um lado e por outro lado a depressão que aponta para o humor disfórico e impotência para lidar com situações adversas.

Os desenhos efectuados pela Maria em criança, também denotam alguma dependência face à figura materna, onde parece revelar o medo inerente à perda deste objecto de amor e a constante vigilância para não o perder, assim como o de agradar à mãe para que possivelmente assim se sinta amada.

Assim está patente a angústia de perda do objecto, uma vez que sem este objecto o sujeito entrará em depressão.

Segundo Ana Barreto (2003), a psicopatologia na família, também contribui significativamente, para a ocorrência de manifestações depressivas na criança e no adolescente. A depressão dos pais, particularmente a depressão materna, parece ser o factor de risco não específico no desenvolvimento da psicopatologia da criança.

Quanto aos Textos apresentados pela Maria parece também estar patente sinais depressivos, e que vão de encontro aos sentimentos espelhados nos desenhos acima descritos. Objectos internos, pouco consolidados, ameaça de perda.

Ao nível do Teste de Personalidade Rorschach, verificou-se, alguma inconsistência relativamente à sua identidade, na medida em que em alguns cartões faz identificações em duplicado, e revela pouco investimento em si própria.

Tal como Chabert (2000) afirma, é o narcisismo que assegura a coerência do aparelho psíquico, sendo que o investimento narcísico promove a consolidação das barreiras entre fora e dentro, assegurando a defesa das fronteiras do Eu, o que evita a confusão com o outro, fundamental para a construção da identidade da pessoa.

Assim sendo no estudo desenvolvido com o objectivo de pesquisar a depressão na adolescência, através da sua expressão sintomática, foi encontrada uma percentagem elevada de sinais e sintomas de depressão.

Foram recolhidos para cruzamento de informação recolhida, os critérios para a depressão do DSM-IV, sessões, e todos os instrumentos descritos anteriormente.

De acordo com o suporte teórico apresentado na primeira parte deste trabalho, a adolescência constitui uma etapa no desenvolvimento, em que a problemática da perda é central para a compreensão da dinâmica mental durante este período.

A adolescente deste estudo tem uma história relacional com adultos inconsistentes, nomeadamente os modelos parentais.

Assim parece que esta descontinuidade relacional poderá ser responsável por uma organização de padrões de vinculação inseguros que bloqueiam o desenvolvimento e a organização/integração do psiquismo (Ana Barreto, 2003).

6. Conclusão

Depressão e adolescência, podem caminhar numa grande proximidade, sem no entanto se cruzarem. Esta proximidade pode reflectir só o caminho que o adolescente terá de fazer até à idade adulta, sem que necessariamente se instale patologia.

No entanto pode acontecer que como no estudo de caso apresentado, que variáveis familiares (nomeadamente conflitos), baixa auto-estima, difusão de identidade, se possa instalar a depressão, que nestes casos parece existir e é alimentada por problemáticas familiares que se arrastam desde as suas infâncias.

Verificou-se nestes estudos que através de transtornos do comportamento e da patologia do agir, que esta jovem se exprime de um modo mais manifesto as consequências da relação de dependência.

Assim as personalidades borderline, como descritas por Masterson, passam ao acto de forma impulsiva para lutar contra a angústia e os afectos depressivos que ameaçam exceda-las.

Existe nestes casos uma ameaça sobre a autonomia e o pensamento (incapacidade em mentalizar) que ataca a sua integridade narcísica e gera em retorno uma violência defensiva, que traduz a resposta para o agir comportamental.

Neste contexto, os estados-limite da adolescência, como neste estudo de caso caracterizam-se por uma incapacidade de elaboração da depressão. Esta constatação corresponde às teorias de Kernberg, Bergeret ou Klein (in A. Dias, 1991, citado por Matos).

Na perspectiva dos trabalhos de Melanie Klein o adolescente borderline é incapaz de organizar um regresso que corresponda à posição depressiva. Esta posição marca a perda da imagem do objecto idealizado (pode-se dizer, da relação simbiótica) o que é, naturalmente, acompanhado de uma gama de sentimentos particulares, entre os quais se destacam o luto, a nostalgia e a culpabilidade depressiva. A impossibilidade de perda dos objectos infantis, a impossibilidade de fazer o trabalho de luto, quer maternal quer paternal, cria uma outra

impossibilidade: a de organizar uma autentica posição depressiva durante a adolescência, impedindo assim o Eu de utilizar de forma positiva as suas capacidades repartidas.

O facto da jovem adolescente ser filha de uma mãe deprimida, estatisticamente, e segundo alguns estudos (Weissman, 1987) correm mais riscos que os outros de apresentar perturbações de humor, apesar das taxas de incidência variar consideravelmente.

Tambem a ausência da figura paterna (Câmara, 2005) contribui largamente para a dificuldade de autonomização e, conseqüentemente, de rivalização.

Para poder existir a Maria identifica se à tristeza da mãe, a agressividade que deveria estar em parte, virada para o exterior é inflectida e bloqueia.

Admite se relacionar a tristeza da Maria com a da sua mãe numa relação dual psicologica e patológica, uma relação pouco sã que não promove a descoberta de novos mundos, a curiosidade, o desbravar de novas possibilidades.

7. Referências Bibliográficas

- Blos, P. (1962). On adolescence. Nova Iorque: Free Press of Glencoe.
- Barreto, Ana. (2003). A depressão em adolescentes institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Coimbra.
- Bouça, D. (1997). Madrugada de lágrimas. Porto. Edinter.
- Braconnier, A. (1998). Menace depressive et dépression à l'adolescence, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 46 (10-11), 557-564.
- Câmara, P. (2005). Depressão na infância e relações objectais. Lisboa. Climepsi.
- Chabert, C. (2000). A Psicopatologia à prova no Rorschach. Lisboa. Climepsi.
- Chabert, C. (1998). O Rorschach na clínica do adulto. Lisboa. Climepsi.
- Cordeiro, J.D. (1998). Os adolescentes por dentro. Ed. Salamandra.
- DSM IV (1996) "American Psychiatric Association". Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição. Climepsi.
- Ferreira T. (2002). Em defesa da criança. Ed. Assírio e Alvim.
- Fleming, M. (1997). Adolescência e Autonomia. Porto. Ed. Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). Entre o medo e o desejo de crescer. Porto. Ed. Afrontamento.
- Fonseca, H. (2002). Compreender os Adolescentes. Lisboa. Editorial Presença.
- Fonseca, H. (2005) Viver com Adolescentes. Lisboa. Editorial Presença.
- Guedeney, N "Les Enfants de Parents Déprimés". Resumo de Textos de Psicopatologia da Criança e do Adolescente.

Jeamment, P e Birit, E. (1994). Le Fonctionnement mental de l'adolescent et du jeune adult suicidants.Paris.

Laufer, M. (2002) O Adolescente Suicida. Lisboa. Climepsi.

Leal, I. (2004), Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio. Lisboa. Ispa.

Loureiro, F.,S.,S.,e Figueiredo (2005). Internacional Association for Adolescent Health – 8th World Congress. (2005). Lisboa. Camara Municipal de Lisboa.

Marcelli, D. Braconnier. (2005). Adolescência e Psicopatologia. Lisboa. Climepsi.

Marcelli, D. Braconnier, A. (1996). Manual de psicopatologia do adolescente. Brasil: Artes Médicas.

Matos, C. (2002). Adolescência.Lisboa. Climepsi.

Matos, C. (2001). A Depressão. Lisboa. Climepsi.

Matos, C. (2003). Mais Amor Menos Doença. Lisboa. Climepsi.

Matos, M. (2005). Adolescência Representação e Psicanálise. Lisboa. Climepsi.

Monteiro M. e Santos Milice (1997) Psicologia. Porto Editora.

Neinstein, L. S. (1991). Adolescent Health Care. Baltimore, Maryland.

Núcleo de Estudos do Suicídio. Material de Apoio ao Estágio. Outubro de 2004.

Oliveira, A, Amâncio, L & Sampaio D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. Análise Psicológica nº 4.

Pinto, J. (2003). Adolescência e escolhas. Coimbra. Ed. Quarteto.

Sá, Eduardo. (2002). *Adolescentes Somos Nós*. Lisboa. Fim de Século.

Salgueiro, E. (1990). Breves reflexões sobre o narcisismo e o objecto estético na adolescência, *Revista Portuguesa de Psicanalise*.

Santos, N e Sampaio D. (1997) *Adolescentes em Risco de Suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio*.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho: O Adolescente e o Suicídio*. Lisboa. Caminho.

Strecht, P. (2001). *Preciso de Ti*. Lisboa. Assírio e Alvim.

Vallejo, R. J. (2002). *Introducción a La Psicopatología y la Psiquiatria*. Barcelona. Masson.

ANEXOS

Anexo 1- CARTA DE CONSENTIMENTO

Eu concordo que a minha filha participe num estudo sobre a “Depressão na Adolescência”. O objectivo deste estudo é perceber quando e como se instala a depressão.

Concordo que a minha filha participe neste estudo que tem a duração de aproximadamente 2 horas, as quais serão distribuídas em várias sessões. A participação neste estudo envolve responder a um questionário, desenho livre e, ainda, à aplicação de um teste projectivo.

Estou consciente que os riscos e consequências da participação da minha filha neste estudo são mínimos, improváveis. Este estudo envolve, apenas, falar de sentimentos, emoções que a minha filha experimentou e experencia com a doença.

Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial. Apesar deste trabalho ser material de estudo para uma monografia de final de curso sendo assim apresentada publicamente a um número restrito de pessoas (profissionais da área) a minha confidencialidade como a do meu filho/a será mantida, pois o estudo reflecte apenas resultados (médias) globais e não serão revelados dados individuais. Só o investigador envolvido neste trabalho tem acesso aos resultados individuais.

Eu percebo que a participação do meu filho/a é voluntária. Se optar por que o meu filho/a participe inicialmente e depois achar que não o deve fazer, posso desistir a qualquer momento. A minha decisão em o meu filho/a participar ou não, não afectará de modo algum a relação com o hospital e com os profissionais deste.

A minha assinatura abaixo indica que li e compreendi esta carta, e que estou de acordo com a informação contida nesta forma de consentimento. Qualquer questão que venha a ter será respondida do modo mais satisfatório possível pelo investigador.

Uma cópia desta carta de consentimento ser-me-á entregue se solicitada.

Entrevistado _____ Data: _____

Pai/Mãe _____ Data: _____

Investigador _____ Data: _____

Anexo 2 – Aplicação do SCL-90-R

Obteve-se o seguinte perfil:

Verifica-se que no caso da Maria que as sub-escalas que apresentam valores significativos (acima de 2), estão directamente ligados aos sintomas iniciais que a paciente descreveu sentir no início da vinda ao HSM:

Hostilidade – que aponta para um estado afectivo negativo traduzindo-se pela irritabilidade fácil é aqui notório no caso da Maria na sequência de grande frustração e passagem ao acto que não consegue conter, nomeadamente quando parte objectos, ou sair de casa sem cumprir regras que lhe são impostas.

Depressão – identifica os sinais de isolamento, humor disfórico, e perda de objectivos, que acontece quando a Maria se sente mais triste, e pensa na “morte” como limite na impotência de conseguir ultrapassar a sua dor.

Ansiedade – que reflecte um conjunto de comportamentos associados à tensão, agitação, nervosismo, encontra-se na forma como se relaciona com ela própria e com os outros.

Ideação Paranoíde – traduz um modo de pensamento perturbado, principalmente ao nível do pensamento projectivo, hostilidade, egocentrismo e medo da perda da autonomia e psicoticismo, que traduz o isolamento interpessoal acentuado, que no caso da Maria se traduz no medo de ser abandonada, não amada.

Obsessões-Compulsões – que traduzem pensamentos, impulsos acções experimentadas como persistentes, indicando também alguma rigidez do pensamento

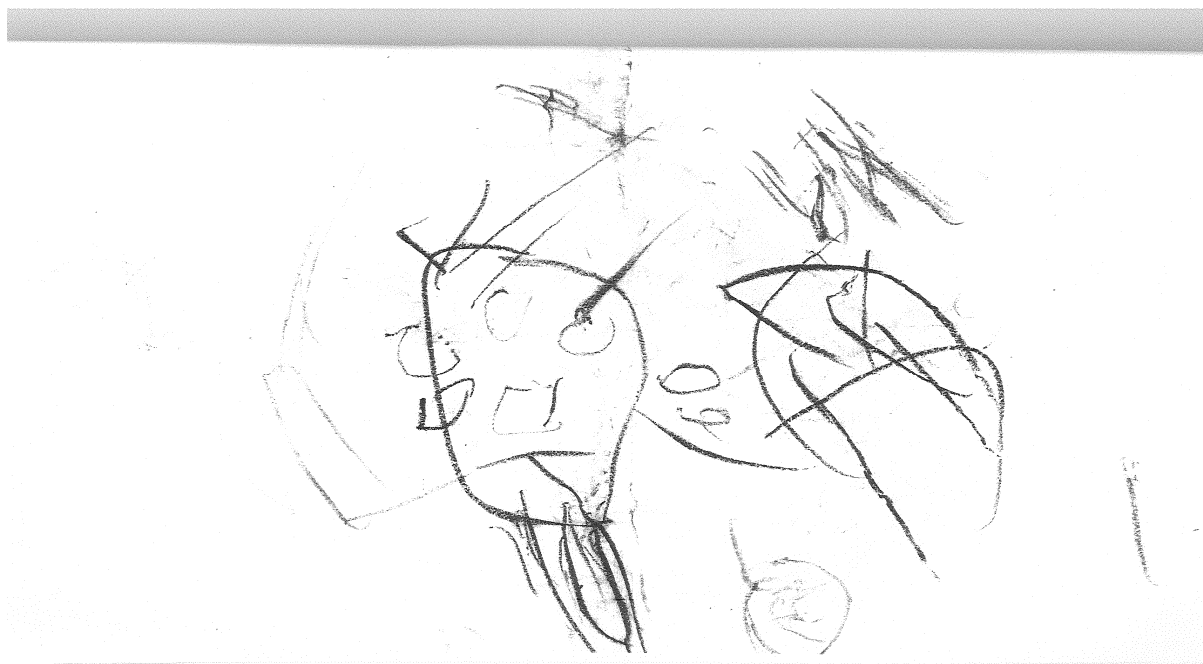
Psicoticismo – traduz o isolamento interpessoal acentuado, que no caso da Maria não é significativo pois não é um factor permanente.

Somatização – É mais relevante ao nível da perda de peso e do apetite que está mais desequilibrado desde que se sente mais triste.

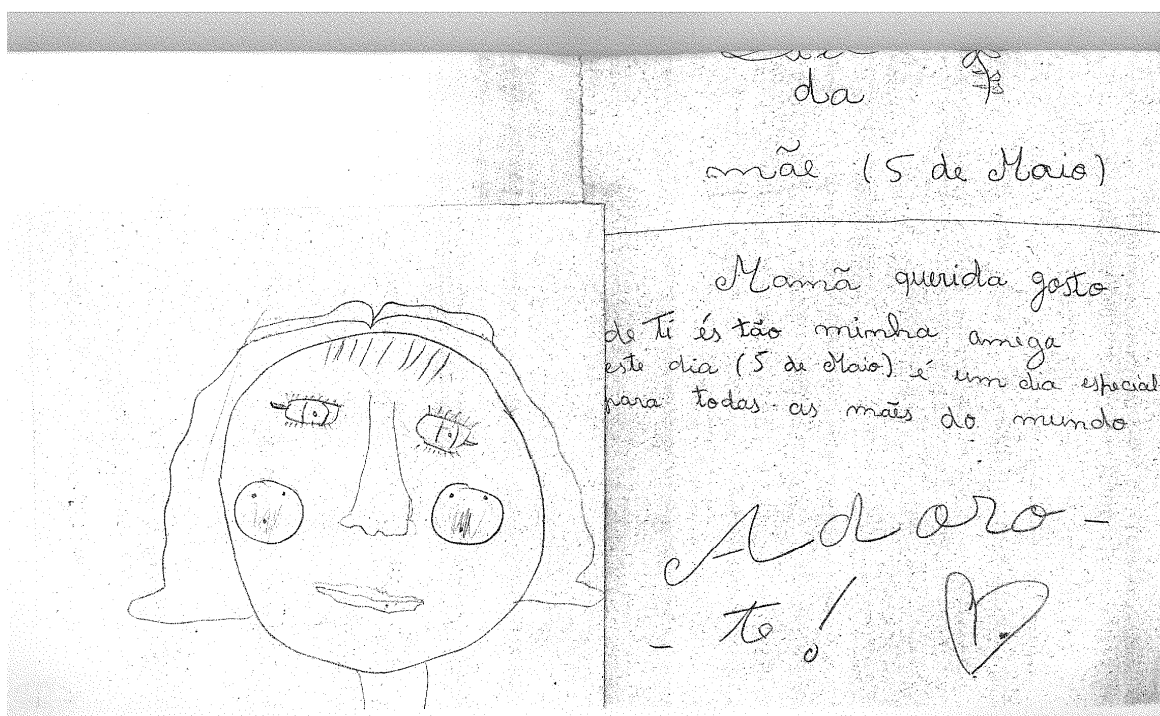
Ansiedade Fóbica – traduz a resposta de medo persistente a um sujeito, local e situação específica, com carácter irracional.

Anexo 3 – Desenhos

Desenho 1 – Foi feito aquando a entrada na creche, com cerca de três anos. Garatujas. Já tem representado uma figura humana. Traços agressivos, rosto fechado, tanto de um lado como do outro da folha. Olhar vazio.

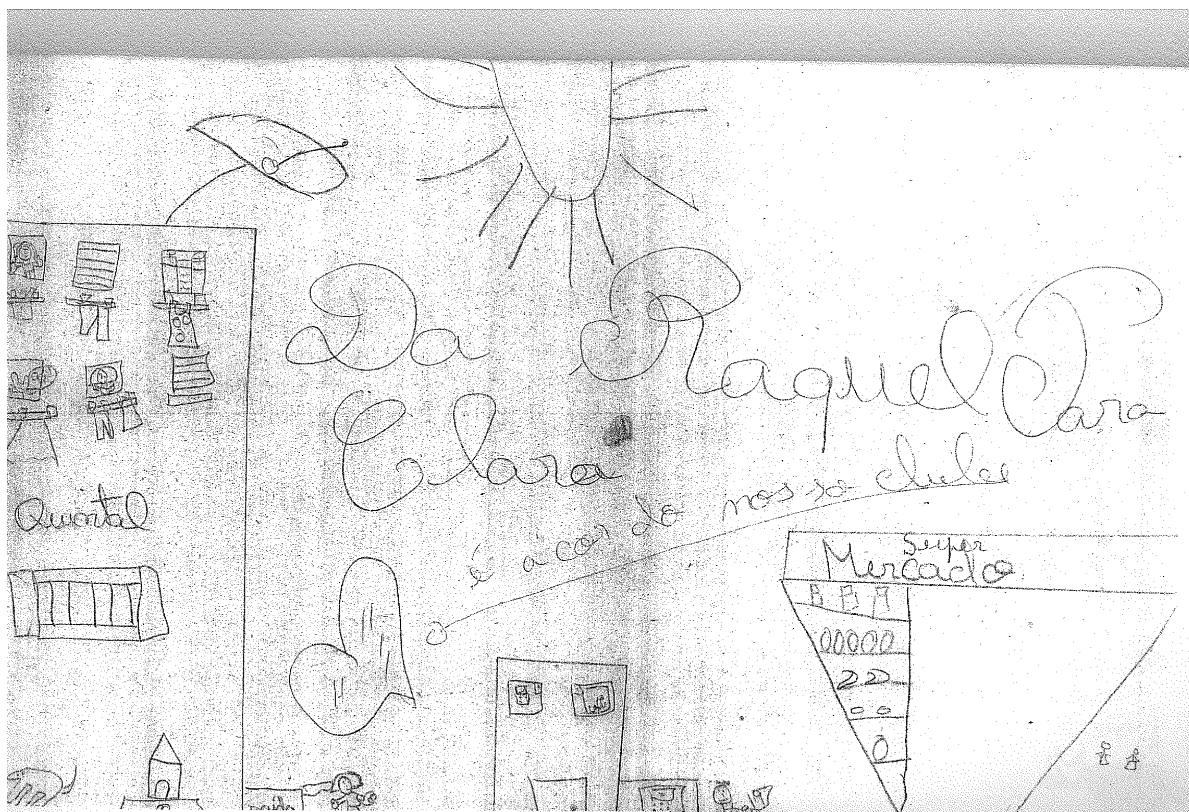


Desenho 2 – Desenho dedicado ao dia da mãe, altura em que frequentava o ensino básico. Denota um olhar triste, boca fechada. Provavelmente a mãe deprimida. Discurso para a mãe, lembrar-lhe que é sua amiga, como tentativa de a confortar de algo que não esta bem. É o dia idealizado das mães, o dia feliz para as mães.



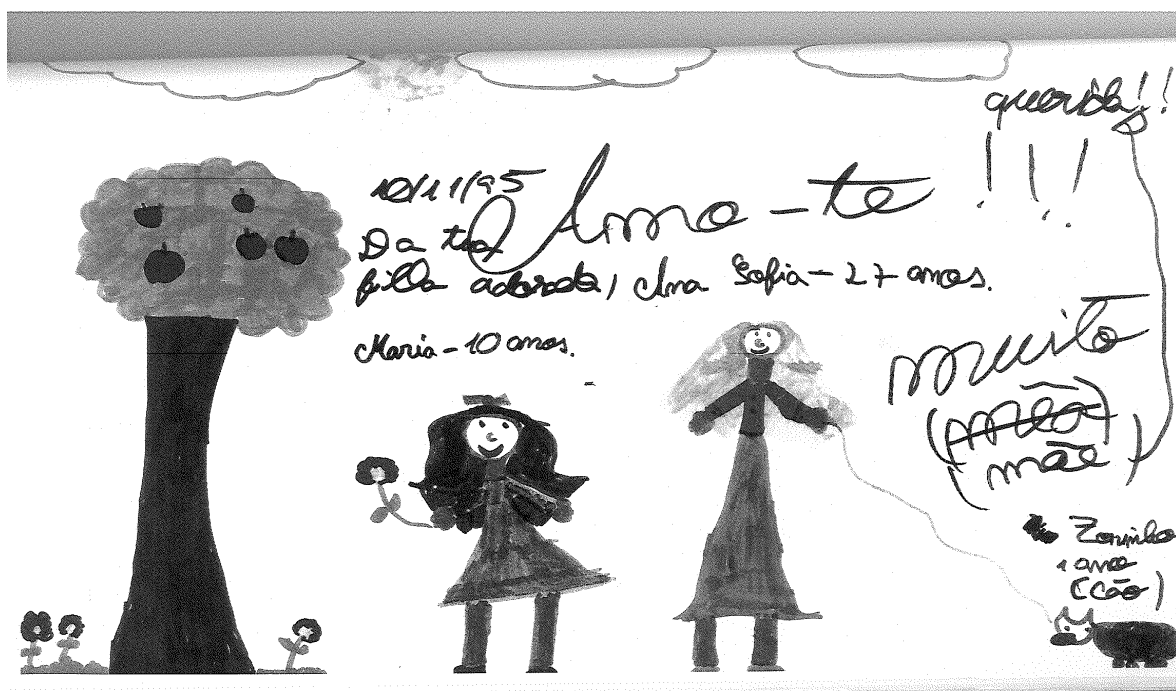
Desenho 3 – Desenho do exterior da casa, do circundante. A casa simboliza por si só o lugar onde são buscados o afecto e a segurança. Faz três edifícios, um dos quais não tem uma boa sustentabilidade. (pai que se desmorona e morre!)

Ou por outro lado o edifício representa uma mãe em dificuldades, supermercado, onde se buscam coisas boas, mas com pouca base.

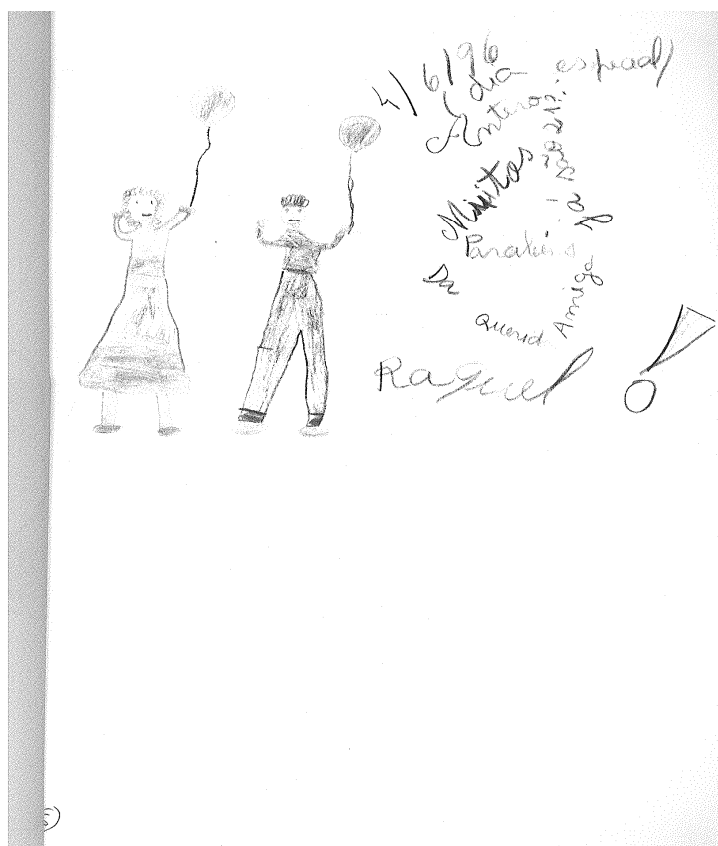


Desenho 4 – Desenho representativo de mãe e filha, desenho de família. Não deixa no entanto de parecer o triângulo figurativo parental. A árvore, lado esquerdo a mãe lado direito e a Maria posicionada no meio. Desejo inconsciente da família com o pai presente através da árvore (símbolo fálico, grande tronco). Em cima o sol brilha. Quatro flores as irmãs, cinco frutos na copa da árvore (as cinco filhas).

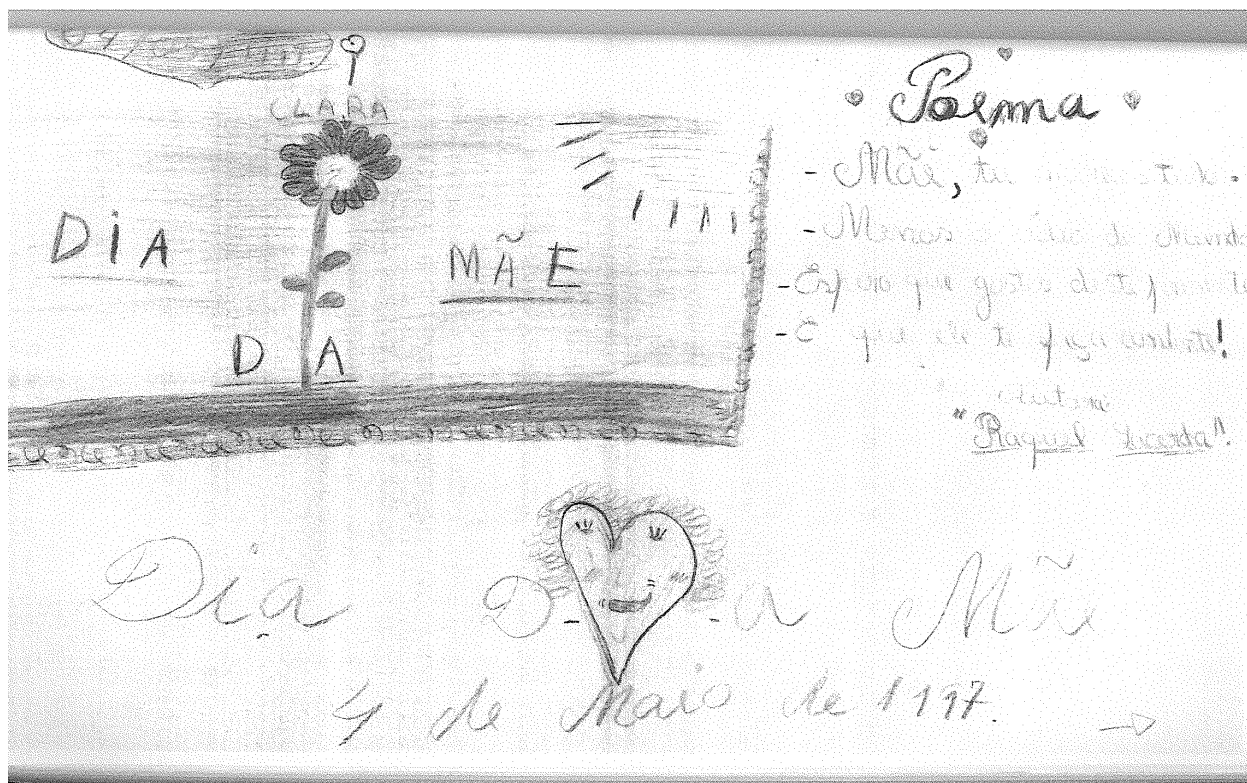
Desejo expresso da família reunida. Desproporção da saia da mãe, bastante comprida em relação ao tronco, parece evidenciar o carácter fálico, que provavelmente seria do pai, mas é representado pela mãe.



Desenho 5 – Desenho de um casal, para oferecer a um suposto amigo idealizado nos anos, feito canto superior esquerdo, um pouco tímido. Braços curtos desproporcionados com o resto do corpo, quase inexistência de mãos para agarrar o balão. Expressões tristes, traços rígidos para conter um esbatimento que teima sair. Homem parece aleijado na zona do pescoço, que é um suporte da cabeça, figura feminina apagada. A cor roxa pode traduzir depressão. Balão verde/esperança balão azul/ o materno.

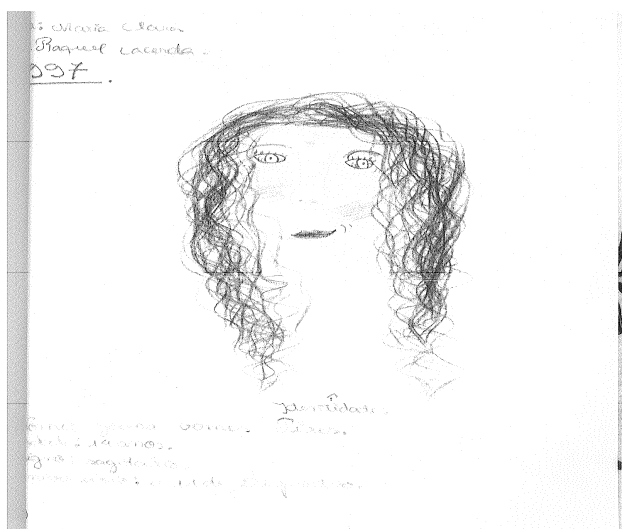


Desenho 6 – 8 anos. Desenho do dia da mãe. Preocupação constante em agradar á mãe, e lembrar-lhe que gosta dela. Parece denotar alguma angústia, em constantemente precisar de estar atenta á suposta tristeza da mãe.

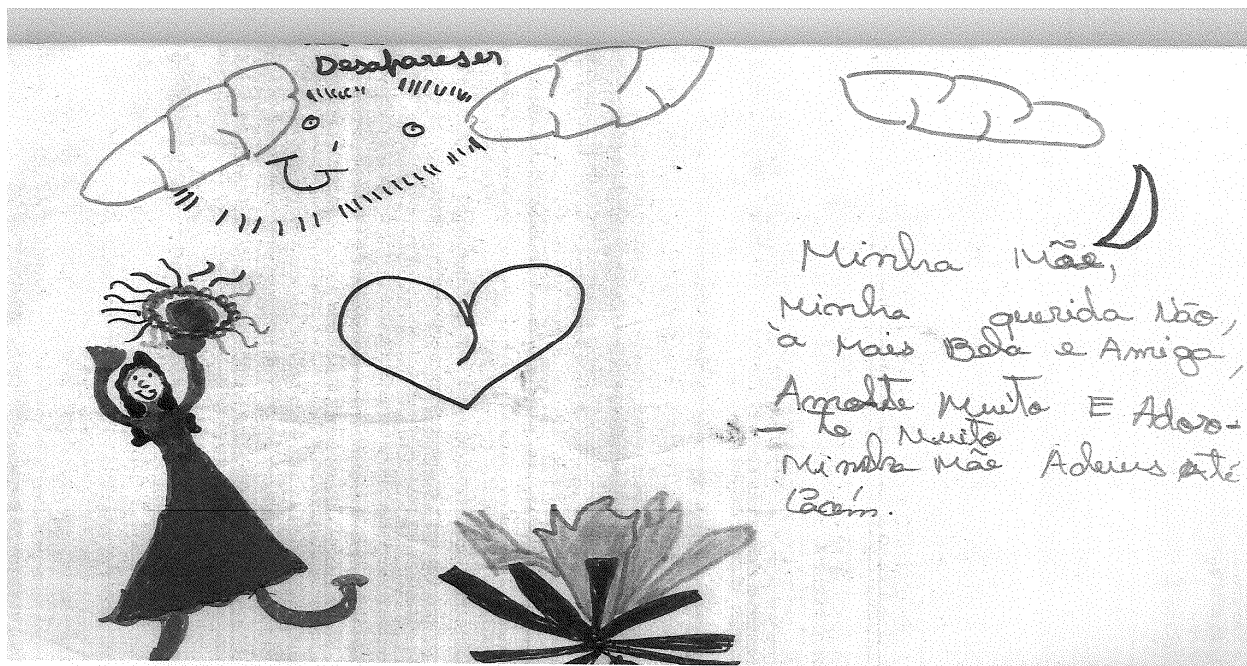


Desenho 7 – 8 anos. Mais um desenho para oferecer á mãe. Desenho de uma pessoa imaginada. Parece ser a sua própria projecção. Centrado na folha, olhar expressivo mas distante. Busca de identidade. Quem sou eu! No entanto não pode descolar da mãe e também aqui lhe oferece o desenho. Projecta-se mais velha com 14 anos. Esboço de um sorriso, que parece denotar alguma esperança no futuro.

O dia 11 no fim da folha não foi feito ao acaso, uma vez que o dia 11 é o dia do seu nascimento.

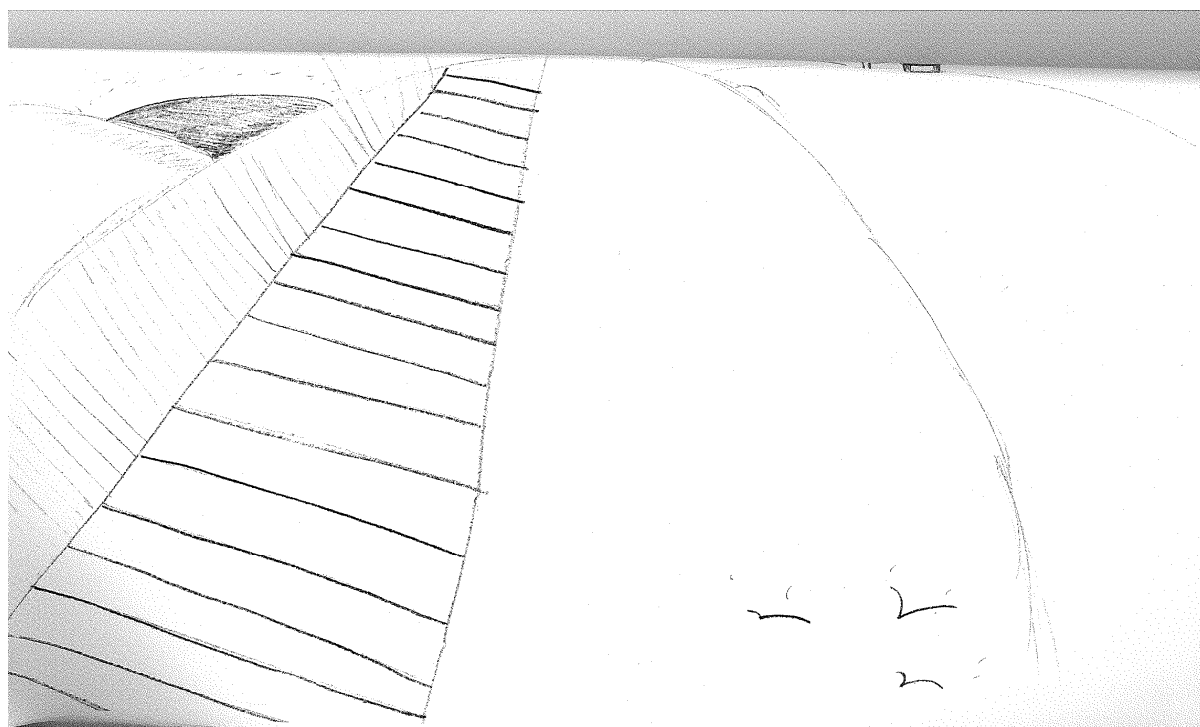


Desenho 8 – Sol a desaparecer! Esperança no futuro a desaparecer! Fogueira poderá representar a chama da dor intensa. Mais uma vez tem a “tarefa”, de dar “colo” á mãe, através das palavras que acompanham o desenho. Frase contraditória!



Desenho 9 – Este desenho foi feito pela Maria, já depois de ter aderido à psicoterapia, no NES. Foi feito em casa, pois disse-me não ter percebido, que era para ser feito ali. Optou por o fazer com lápis de carvão, que denota desde já alguma depressividade.

A escada ou o caminho parece representar o percurso (interno) para chegar ao cimo do monte, onde aparece o horizonte (o perceber-se, a esperança na mudança).



Anexo 4 – Textos

Os textos foram trazidos pela Maria e pela mãe, no primeiro dia que apareceram na consulta de triagem do HSM. A mãe insistiu com a Maria para que os trouxesse, para a consulta pois estava muito aflita, disse-me com a autorização da filha para que os lesse, pois assim poderia adquirir mais conhecimentos, sobre a problemática da filha.

Parece existir uma relação amor/ódio ao longo destes textos, por um lado a grande necessidade que tem desde criança, em verbalizar que ama a família, ou seja os objectos de amor próximos, assim como o namorado, e por outro lado toda uma hostilidade em relação aos objectos que por outro lado teme perder. Objectos externos insuficientemente instáveis, sempre ameaçados em desaparecer, não permite consolidar o seu Eu interno. “...é pena o pai ter morrido”...(sic)

Teme a ameaça de invasão, e está sempre a deixar-se ser invadida.

A morte, a vida, as representações de relações, que mostram também uma dupla polaridade: uma que nos mostra um apego mais dependente em relação ao seu meio; e por outro lado uma outra que dá conta de manifestações mais agressivas e odiosas, que parece tentar alcançar alguma diferenciação para poder ter uma separação do outro, desesperadamente em busca de uma identidade, de um Eu. “... uma moldura vazia... a moldura estava definitivamente vazia”... (sic)

A morte, a vida, as representações de relações, que mostram também uma dupla polaridade: uma que nos mostra um apego mais dependente em relação ao seu meio; e por outro lado uma outra que dá conta de manifestações mais agressivas e odiosas, que parece tentar alcançar alguma diferenciação para poder ter uma separação do outro, desesperadamente em busca de uma identidade, de um Eu. “... uma moldura vazia... a moldura estava definitivamente vazia”... (sic)

Anexo 5 – Teste Projectivo Rorschach

Análise Quantitativa

R – O número médio de respostas esperadas varia entre 12-20. Neste protocolo o sujeito dá um número de respostas acima da média o que sugere alguma ansiedade face principalmente aos 2 últimos cartões. Como se tivesse de procurar as respostas consideradas certas e assim pode dominar a angústia que a invade face à fragmentação, à regressão e a fantasmas ligados à promoção da unidade do Eu, visto a tonalidade emocional ser muito variável.

Tempo de Latência – O protocolo da Maria apresenta um tempo de latência baixo de 1,4'', o que significa que se encontra abaixo da média (7''). Na maior parte dos cartões o tempo de latência está abaixo da média o que poderá remeter para o facto de querer controlar alguma invasão que possa ter sido sentida.

Tempo Total – O tempo total varia em regra entre os 20-30 minutos. A Maria obteve um tempo total de 15,08''. As respostas não são muito longas.

Análise dos Modos de Apreensão

Respostas G – A Maria obteve uma percentagem de G de (21%) inferior à média, dado que os valores normativos deste são entre 50-60%. Assim, isto pode significar pouca capacidade de elaboração e mentalização, assim como uma imagem corporal relativamente instável.

Respostas D – Os D presentes neste protocolo encontram-se um pouco acima da média (70%) quando a média é de: 50%-60%), parecendo servir de ancoradouro às defesas às emoções e aos fantasmas do sujeito. Os D *Remetem* para um significado adaptativo e socializado. Pertencem ao registo dos factores implicados no funcionamento cognitivo.

Respostas Dd – As respostas dadas em Dd foram duas. Uma das quais está compreendida numa localização mais rara e a outra obedece aos princípios lógicos da percepção comum. A norma destas respostas é de 10%. A Maria tem uma percentagem inferior de 8%. O modo de apreensão detalhado e minucioso dá conta das veleidades de um controlo rígido e pseudo-obsessivo.

Respostas Dbl – As respostas dadas em Dbl inscrevem-se numa dialéctica relacional primária. Uma particular sensibilidade ao branco. A Maria deu duas respostas Dbl, que estão inscritas dentro da normalidade, ou seja 8%, dentro dos 10% da norma.

Análise dos Determinantes

Respostas F – A Maria demonstra uma percentagem de F (80%) um pouco acima da média, pois o valor normativo dos F é entre 60%-70%. Já o F+% (50%), apresenta um valor um pouco abaixo da média (60%-90%) o que poderá traduzir incapacidades de ordem intelectual (falta de espírito crítico ou julgamento) ou perturbações afectivas importantes. Isto significa, também, um

controlo insuficiente das reacções afectivas indesejáveis e uma imaginação irregular por parte do sujeito.

Respostas Cinestésias – As cinestésias têm como objectivo verificar a representação de si e da representação da relação. Neste protocolo verifica-se um total de cinco cinestésias. No cartão III o movimento projectivo é forte, evoca o conflitual, uma luta competitiva. Mobiliza alguma agressividade.

Análise dos Conteúdos

Respostas A – Os conteúdos animais revelam o grau de adaptação e sociabilidade do sujeito. Os valores normativos situam-se entre os 50%-60%. A Maria nesta prova obteve 20% o que significa um valor bastante abaixo dos valores esperados. Não quer dizer que indique uma falha na socialização mas neste caso esteve deslocado certamente para outro tipo de conteúdos.

Respostas H – As respostas H indicam a capacidade do indivíduo em se identificar com uma imagem humana como reconhecimento da sua espécie, o que sedimenta a sua identidade. A Maria apresenta oito respostas H (25%) um pouco acima da média. O valor normativo para os H é entre 16%-18%.

Análise Qualitativa

Cartão I – Este cartão remete para o imago materno pré-genital (Chabert, 1998).

A Maria deu neste cartão duas respostas, uma delas em Dbl, que pode induzir a uma sensibilidade a falhas fundamentais, o tipo de estruturação do objecto, e portanto o tipo de relações precoces com a mãe. A resposta a seguir em G aparece logo de seguida para servir de receptáculo parece à resposta anterior que provavelmente gerou ansiedade e angústia.

Cartão II – A simbologia do cartão II pode remeter para a relação precoce maternal (Chabert, 1998).

A Maria dá uma primeira resposta em G que reenvia para uma problemática pré-genital, de relações precoces com a mãe, simbióticas e/ou destrutivas.

Seguidamente dá mais três respostas onde aparece o vermelho, que apela aos afectos mais primitivos e apresenta também a imagem do vazio. A valorização das respostas em D poderá evidenciar o esforço de não evocar associações que remetem para uma problemática de castração, que, apesar de tudo traduz, mas que seria susceptível de arrastar manifestações de angústia.

Cartão III – Este cartão tem como valor simbólico a representação de si face ao outro (Chabert, 1998). Parece estar aqui representada a problemática da identificação, dificuldade de se ver a si e há sua imagem como identificação e a representação de relações divergentes na última resposta que poderá remeter para a problemática entre a mãe e as irmãs.

Cartão IV – Remete para a imagem de potência, força e de autoridade sendo normalmente associado ao imago parental (Chabert, 1998).

Aqui a Maria deu duas respostas G e minimiza este cartão que traduz força e autoridade. Reduz o que poderia ser a figura masculina, talvez por não ter referências masculinas, pois não conheceu o seu pai, e sempre viveu rodeada de mulheres. Nem a mãe nem as irmãs nem ela própria tem uma figura de masculina interiorizada. Parecem estar impedidas.

Cartão V – Este cartão remete para a unidade do ego, apelando ao sentimento de integridade e à imagem de si. É, também, o cartão que está mais próximo da realidade (Chabert, 1998).

Este cartão é demonstrativo através das respostas, da Maria, a pouca valorização narcísica (lesma). Incapacidade em reconhecer a entidade global que o cartão sugere. Relação em espelho, dificuldade em se poder ver a si própria. Insuficiência do investimento de si.

Cartão VI – O valor simbólico deste cartão remete para o sexual, abordando quer a vertente fóbica, quer a vertente feminina (Chabert, 1998).

Por um lado é retirada a forma fálica do cartão, por outro lado mais uma vez não se vê a si confrontada numa imagem feminina como deveria neste cartão, mas sim confundida mais uma vez na imagens de dois homens (situação em espelho).

Cartão VII – Este cartão remete para o imago materna (Chabert, 1998).

A Maria dá uma resposta ligada à figura materna algo estática, parada (bustos).

Cartão VIII – Este cartão apela a afectividade e trocas com o exterior podendo as cores suscitar respostas com valor regressivo (Chabert, 1998).

A Maria dá mais uma vez respostas em espelho (dois mamíferos e a sua sombra), como sendo a sua organização interna. Identificação sempre em “duplicado”.

Cartão IX – Este é um cartão pessoal. A solicitação à regressão é dominante podendo as posições agressivas serem vividas positiva ou negativamente, reenviando sempre para um simbolismo materno pré-genital associado ou não a fantasmas de gravidez ou nascimento (Chabert, 1998).

Mais uma vez surgem respostas “em duplicado”. Dificuldade em fazer a diferenciação de si.

Cartão X – A posição do último cartão desempenha um papel de transferência e a solicitação simbólica consoante a contração é feita nas cores ou na dispersão (Chabert, 1998).

Neste cartão a Maria dá respostas fragmentadas, assentes na dispersão.

Áreas de Análise Qualitativa das Respostas RCH

Análise da Capacidade Intelectual

Esta vertente mede a forma como o sujeito se encontra intelectualmente ligado à realidade. A Maria mostrou-se à vontade no decorrer do protocolo, e bastante curiosa com uma certa

implicação pessoal na prova. Ao longo do protocolo surge uma luta entre o reconhecimento da sua identidade, incapacidade do eu e do outro, muitas respostas em espelho, duplicidade.

As respostas F- estão um pouco acima da média poderá remeter para falhas no processo separação/individuação e conseqüente angústia de separação.

As respostas G, estão abaixo da média, poderá traduzir a falta de separação clara estabelecida entre os objectos, menor capacidade de discriminação entre o sujeito e o objecto. Pouca capacidade para a inserção numa realidade objectal claramente definida e diferenciada.

Os D encontram-se acima da média, assim como associados a alguns F- pouco perceptivos, o que poderá circunscrever uma submissão desorganizante ás moções projectivas pulsionais e fantasmáticas.

De qualquer modo os D estão fora das normas estabelecidas, testemunha a qualidade de participação num modo de pensamento.

Análise do Nível de Socialização

O facto do F+% estar abaixo da média, remete para ausência critica das percepções, e perda da qualidade da relação à realidade externa. Apesar da Maria se considerar uma pessoa sociável aparentemente durante toda a sua vida, percebe-se que tem de recorrer a mecanismos e defesas para aparentar aos outros, um lado bem disposto e sociável.

Análise da Dinâmica Afectiva

A atitude da Maria face ao RCH foi favorável, facilitadora, e colaborante. No entanto percebi que estava um pouco ansiosa, pelas várias perguntas que fez. Nomeadamente quando eu teria aos resultados, se demorava ou não, como se o resultado fosse muito importante, lhe daria uma informação sobre a sua “doença”.... Sobre o que se passaria consigo. Esta parece ser a inquietude interior, o precisar de uma identificação que não tem ... colabora porque precisa ser ajudada a descobrir-se, percebe que o teste pode ajudar-me a ajudá-la. O teste pode dar uma representação de si, que ela ainda não tem e não sabe buscar ou procurar dentro, precisa da ajuda de fora...

A Maria apresenta um TRI Introversivo puro. A relação aprisionada num face a face, é realçada ao longo do protocolo. A função de individuação do si, mal assegurada, que ameaça o sentimento de identidade da Maria é uma característica patente nos sujeitos limite.

Anexo 6 – Hipóteses de Diagnóstico e Projecto Terapêutico

A Hipótese de diagnóstico assenta sobre Episódio Depressivo Major, pela presença dos seguintes critérios, (DSM-IV, 1996):

- Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias.
- Sentimentos de desvalorização e de culpa
- Aumento de irritabilidade (sentimento exagerado de frustração, acessos de cólera)
- Fadiga generalizada
- Alteração de apetite, traduzida em perda de peso.
- Diminuição clara do interesse e prazer durante a maior parte do dia, quase todos os dias.
- Diminuição da concentração, dificuldade em tomar decisões
- Pensamentos recorrentes acerca da morte e ideação suicida.

EIXO II

Estruturação de uma Perturbação Estado-Limite da Personalidade, com Características Histriónicas da Personalidade, face à ocorrência de um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, impulsividade marcada presente numa variedade de contextos, como indicados pelos seguintes critérios (DSM-IV, 1996):

- Esforços para evitar o abandono real ou imaginário
- Padrões de relações interpessoais intensas e instáveis caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização
- Comportamento auto-mutilante
- Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada, com episódios de disforia, irritabilidade, ansiedade
- Sentimentos de vazio
- Raiva intensa e inapropriada e dificuldades em controlá-la
- Desejo de atenção
- Comportamento manipulativo
- Rápidas mudanças emocionais

A explicação que a Maria encontra para a generalidade dos seus gestos e dos seus sentimentos diz apontar para uma chamada de atenção sobre a relação que mantém com a mãe e irmãs. Por um lado descreve como sufocante, por outro lado diz não lhe ligarem nenhuma nem se importam com ela. Por parte da mãe que diz estar sempre a controlá-la, não lhe permitindo aceder à sua autonomia, e reforçando a sua dependência.

PROJECTO TERAPÊUTICO

- Seguimento psicoterapeutico semanal, com um foco de intervenção ao nível da construção de uma identidade mais sólida, passando indubitavelmente pela relação, no processo terapêutico, e com os outros.
- Ajudar a diminuir a frustração, para poder minimizar comportamentos auto-destrutivos, e agressivos para o próprio e para os outros.
- Algumas sessões familiares, para uma melhor compreensão da problemática.

Neste caso, apesar de não ter havido uma tentativa de suicídio, é possível observar uma ideação suicida, com gestos para-suicidarios e auto – mutilações, que de acordo com Sampaio (1991) encerram alguma gravidade, na medida em que estamos perante uma jovem feminino que deprimida efectuou os gestos demonstrando uma certa impulsividade. Estes actos podem ser interpretados enquanto acting-outs, na medida em que a Maria descarrega sobre o seu corpo o que não consegue mentalizar e elaborar psiquicamente.

Anexo 7– Sessões de Acompanhamento

A Maria iniciou as sessões em Fevereiro de 2005. Vinha muito aflita, olhar muito triste. Empatizei com a Maria desde o primeiro instante, senti-me tocada pelo seu sofrimento não dito. È de referir que este foi o primeiro caso que segui, logo as minhas dúvidas e expectativas eram grandes. Veio-o acompanhada pela mãe que percebi ao primeiro encontro ser uma pessoa com um ar muito frágil e com uma grande necessidade de ser ouvida. Depois de ouvir as preocupações da mãe e alguma história da vida daquela família ficámos a sós e a Maria referiu que o seu principal problema era a relação que tinha com o namorado apesar de naquele momento a relação ter acabado. Não falámos nem de comprimidos nem das auto-mutilações. Parecia muito desconfiada de que alguém a pudesse ajudar.

Nas sessões seguintes a Maria falou da necessidade que precisa sentir para saber se gostam dela através das ausências que faz para Belém para que a procurem, ou até mesmo da relação acabada que tem com o namorado, precisa saber a todo o momento que ele mantém o interesse. Percebi que esta é a forma masoquista que desenvolveu para se sentir amada precisa de alarmar, chamar a atenção dos outros sobre si. A inconstância do objecto de amor faz com que sintam uma raiva e hostilidade que não sabe controlar ou mentalizar e se agrida a si e aos outros.

Na quinta sessão foi aplicado o teste SCL -90 para uma melhor compreensão da sua problemática. Disse que teria de fazer um desenho na sessão a seguir.

Na sexta sessão começou a falar mais sobre o ambiente familiar que sente como muito hostil tanto da parte da mãe como das irmãs, que se sente rebelde por se sentir diferente delas, porque necessita falar de coisas que sente como “desagradáveis”, mas que ninguém fala, nomeadamente da morte do pai, que não sabe bem como ocorreu, nem da relação que mantinham os pais. Conta que este é um assunto interdito em casa, e que reina um silêncio que não gosta nem consegue transformar sozinha.

“A minha mãe não fala, para não passar preocupações”...

Na oitava sessão falamos da dificuldade em cumprir regras, uma vez que a mãe pediu para falar comigo, queixando-se que a Maria cada vez está pior, “não cumpre regras nem horários”.

Trouxe-me desenhos que ofereceu à mãe quando era pequena, para que eu pudesse analisar a sua relação com a mãe, sem lho ter pedido. Não percebi logo o seu poder manipulador porque fiquei com a certeza naquele momento que o material poderia ajudar a percebê-la. A forma como eu estava na relação não me permitiu o distanciamento preciso para impor as regras de que o desenho seria feito no espaço terapêutico e não fora dele.

Na 9ª sessão a Maria vinha muito risonha, contente por ter reatado a relação com o namorado Miguel de quem esteve afastada durante 4 meses. Disse sentir-se mais segura agora, para

enfrentar esta relação de uma maneira diferente, em que já consegue estar mais distante, estar mais tempo sozinha e mais crítica.

Na 10ª e 11ª sessão fala-mos da conflitualidade que a Maria tem de gerir por ter reatado a relação com o Miguel, pois nem a mãe nem as irmãs concordam, pois responsabilizam o namorado pelos comportamentos desajustados que por vezes a Maria revela.

Conseguiu introduzir o pai, através de uma conversa que teve em casa com a irmã Marta, a mais velha, o que também costuma ser raro, falaram da sua doença, da morte e das memórias que a Maria não tem. Disse-me que um dia destes poderá começar a construí-las quando a mãe estiver mais disponível para falar do passado.

Na 12ª sessão, a Maria vinha bastante queixosa, e zangada com a mãe e a irmã Andreia, pelas constantes críticas que fazem ao namorado Miguel.

“Podem até não gostar dele e eu tenho de aceitar... mas têm de pensar em mim pois é a pessoa que eu escolhi, mesmo que tenham acontecido coisas degradáveis, eu tenho de as resolver com ele...”

A Maria parece começar a perceber a sua responsabilidade nas suas escolhas, atitude que desespera por outro lado as mulheres daquela casa, que me parece necessitarem de repelir o homem ou homens.... Pois não se conhece namorados às irmãs, nem á mãe. Teve atitudes agressivas, disse não conseguir conter a raiva e acerta altura partiu o candeeiro do quarto, pontapeou a televisão e partiu o teclado do computador, na sequência da zanga.

A partir da 13ª sessão a Maria começou a ser muito mais irregular nas consultas, a chegar atrasada e até por vezes não aparecer, depois de termos falado sobre o terminus do meu estágio e o facto de ela continuar a ser acompanhada, mas por outra pessoa.

Senti que ficou triste, e verbalizou isso mesmo.