

1120

5

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

DM
MEDE.1

2005

TESE DE MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA
CLÍNICA

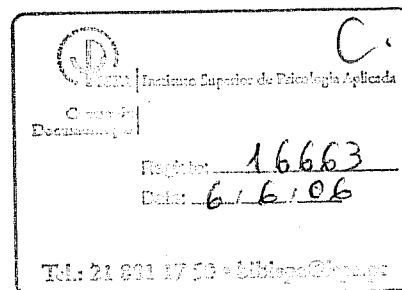
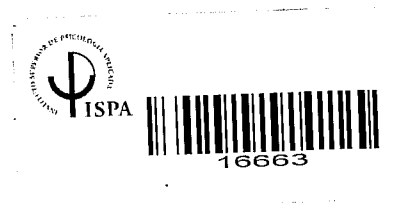
Psicoterapia em Lingua Gestual:

*Construção da relação terapêutica com sujeitos com uma
surdez profunda bilateral e análise dos seus aspectos
transferenciais*

Alexandra Medeiros

Orientador : Prof. Doutor Rui Aragão

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Índice

Introdução	12
I – Conceito de Transferencia e sua evolução no mundo analítico	19
I.I – O Legado de Freud	19
I.II – Perspectivas Contemporâneas do Conceito de Transferencia	34
II - Outros Olhares sobre a Transferencia: Contributos das Neurociências	44
III – Linguagem, Comunicação e Pensamento	52
III.I – A Psicanálise e a Linguagem/ Comunicação	52
III.II – Linguagem e Comunicação	65
IV - Perspectivas Psicológicas da Surdez	76
IV.I – Surdez na Criança : Implicações no Desenvolvimento Psicológico	77
IV.II – Surdez no Adulto: Consequências	84
IV.III – Surdez e Saúde Mental	89
V – Psicoterapia e Surdez	93
V.I – Psicoterapia e Diferenças Culturais	95
V.II - Psicoterapia em “Estrangeiro”	98

V.III - Transferencia e Contra-Transferencia em Psicoterapia com Surdos	103
VI – Método	111
VI.I - Questões Orientadoras	115
VI.II -Desenho e Tipologia do Estudo	116
VI.III -População Alvo	116
VI.IV - População Estatística ou Amostra	116
VI.V - Variáveis em Estudo/Operacionalização	117
VI.VI -Caracterização da Amostra	119
Quadro 1:Distribuição da Amostra segundo os critérios Surdez/ Apoio Psicológico (Frequência)	119
Quadro 2- Distribuição da Amostra segundo a Idade	120
Quadro 3 – Distribuição segundo o Sexo	120
Quadro 4- Distribuição da Amostra nos Grupo Surdez/ Grupo Ouvintes	121
Quadro 5- Distribuição da Amostra segundo a Variável “Apoio Psicológico”	121
VI.VIII -Caracterização dos Sujeitos com Apoio Psicológico	121
Quadro 6- Razão da Procura de Apoio Psicológico (Amostra Total)	122
Quadro 6.1 - Razão da Procura de Apoio Psicológico (Frequência nos Grupos Surdez/Ouvintes)	122
Quadro 7 - Duração do apoio psicologico (meses) (Amostra Total)	123
Quadro 7.1 - Duração do Apoio Psicológico (Frequência nos Grupos Surdez/Ouvintes)	123
VI.IX - Caracterização dos Sujeitos Surdos	123

Quadro 8 - idade com que iniciou a aprendizagem da LG	124
Quadro 8.1 - idade com que iniciou a aprendizagem da LG	124
Quadro 9 – Uso da Língua Oral para Comunicar	125
Quadro 10 – Familiar Surdo	125
Quadro 11 – Uso da Língua Gestual pela Família	125
VI.X - Instrumento de Recolha de Dados	125
VI.XI - Escala de Diferencial Semântico	127
VII – Resultados	132
Quadro 12 – Análise Intragrupal no Grupo Experimental (Surdos)	133
Quadro 13 – Análise Intragrupal no Grupo de Controlo (Ouvintes)	134
Quadro 14 – Análise Intergrupala	136
Quadro 15 – Comparação no Grupo Experimental (Surdos) da Variável Independente “ Apoio Psicológico”	138
Quadro 16 – Comparação no Grupo de Controlo (Ouvintes) da Variável Independente “ Apoio Psicológico”	139
Quadro 17 – Correlações entre : O que Eu Sou/ O que Eu Gostaria de Ser/ O que os Outros Pensam de Mim	142
Quadro 18 – Correlações entre : O Psicólogo/ Apoio Psicológico/ Relação Terapêutica	143
Quadro 19 – Correlações entre: Confiança/ Comunicação	144
Quadro 20 - Análise Factorial dos Conceitos da Escala de Diferencial Semântico	145
Quadro 20.1 - Agrupamento dos Conceitos da Escala de Diferencial Semântico	146
Quadro 21 - Comparação entre Factores	148

VIII - Análise de Resultados	149
IX – Discussão	158
Conclusão	177
Referências Bibliográficas	181
Anexos	184
Anexo 1- Escala de Diferencial Semântico	185
Anexo 2 – Outputs: Análise Intragrupal (surdos)	197
Anexo 3 – Outputs: Análise Intragrupal (ouvintes)	201
Anexo 4- Outputs: Análise Intergrupala	205
Anexo 5 – Outputs: Comparação dos que tem Apoio psicológico dos que não têm (Surdos)	209
Anexo 6 – Outputs: Comparação dos que tem Apoio psicológico dos que não têm (Ouvintes)	213
Anexo 7 – Alpha de Cronback da Escala	217
Anexo 8 – Correlações: O que eu sou/ o que eu gostaria de Ser/ o que os outros pensam de mim	218
Anexo 9 – Correlações: Psicólogo/ Apoio psicológico/ Relação Terapêutica	219

Anexo 10 – Correlações : Confiança/Comunicação

220

Anexo 11 – Análise Factorial

221

Queria agradecer ao Prof. Doutor Rui Aragão, que me acompanhou ao longo desta caminhada de 2 anos, incentivando-me a andar quando os meus passos eram ainda lentos, e correndo comigo nos momentos finais no alcance desta meta.

Um agradecimento muito especial ao Prof. Doutor Mario Andrea, Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria, por ter aberto as portas para a criação de uma consulta de Psicologia-ORL, sempre acreditando que esta consulta podia fazer diferença, em particular, na área da surdez, investindo no meu trabalho e apoiando-me incondicionalmente, quer no plano científico, quer hospitalar. Sem ele este trabalho não seria possível.

À Dra Maria José Vidigal, que directa e indirectamente contribuiu para as reflexões deste estudo, enquanto mentora da minha experiência clínica, com quem partilho todas as dúvidas, e incertezas da prática psicoterapêutica, e com quem estou sempre a aprender.

À Dra Alexandra Silva, psicóloga com formação em Língua Gestual, pela colaboração prestada para a recolha de dados. Esta investigação é também para ela, que se ocupa tal como eu, destas questões ligadas à psicoterapia com surdos.

Ao presidente da Associação Portuguesa de Surdos, João Alberto, pelo carinho e disponibilidade com que me recebeu na Associação, e facilitou o acesso aos sujeitos que fazem parte da amostra deste estudo.

À Dra Alexandra Pereira, que serviu como intermediária nos contactos feitos com a Associação, abrindo-me as portas para a Comunidade Surda.

À Dra Claudia Silva e Dra Regina Bispo, pelo contributo insubstituível na análise estatística dos dados desta investigação.

À Eduarda Petisca, à Maria João Mendes, à Leonor Saraiva, colegas de profissão, que contribuíram para o preenchimento dos questionários nos seus pacientes ouvintes.

Aos meus colegas de Mestrado, à Lurdes, ao Miguel e, em especial, à Cristina, por partilharem comigo as angústias e incertezas nestes últimos 2 anos (talvez mais), sedimentando relações de amizade.

Aos meus pais por me terem incentivado a mais esta etapa na minha vida, ajudando-me a vários níveis para sua concretização.

A todos os meus amigos e colegas de trabalho, que me apoiaram e encorajaram ao longo deste trabalho.

A todos os que contribuíram directa ou indirectamente para este estudo, um muito obrigada!

RESUMO

Os princípios básicos da terapia em geral, são aplicados quer a surdos quer a ouvintes, sendo que é na sua implementação que podemos encontrar as maiores diferenças, devido à necessidade de compreender como o paciente surdo recebe e conceptualiza a informação. A presente investigação procura analisar o processo envolvido na construção da relação terapêutica com sujeitos com uma surdez profunda bilateral e seus aspectos transferencias.

A questão de investigação, surge na sequência da prática clínica, onde se pode verificar empiricamente diferenças na forma como os sujeitos surdos aderem ao apoio psicológico e percebem a figura do terapeuta – ouvinte, transferindo nele todas aquelas desigualdades socioculturais, manifestas no setting terapêutico na forma de isolamento comunicacional.

De forma a operacionalizar estas questões orientadoras, procedeu-se à análise das percepções dos sujeitos, de si mesmo, do terapeuta, da relação entre eles, bem como de alguns conceitos como confiança e comunicação, que pela natureza da própria surdez interferem directamente nas relações interpessoais, comparando-as com as percepções feitas na população ouvinte. Para além disso procurou-se ver se essas percepções em cada um dos grupos diferiam consoante a sua experiência pessoal no que respeita ao apoio psicoterapêutico, analisando mais uma vez, as diferenças entre os dois grupos. Para avaliar estas percepções, recorreu-se à Escala de Diferencial Semântico, para 9 conceitos analisados, por força das atribuições feitas, segundo o factor avaliativo e potência, para os quais cada um dos conceitos remete.

Os resultados encontrados vão no sentido das premissas colocadas inicialmente, encontrando diferenças nas percepções entre os dois grupos, que parecem indicar uma tendência para maiores resistências à mudança.

As maiores evidências parecem no entanto, centrar-se nas diferentes percepções da “Surdez” associando-a à Comunicação e Confiança, no sentido inverso. Ou seja quanto mais emocional for a percepção da surdez, mais racional será a percepção das relações interpessoais. Daqui resultam as diferenças essenciais da experiência de ser surdo, onde o sentido da surdez assenta num sentir diferente das relações interpessoais.

A experiência da relação terapêutica difere nestes sujeitos, não por força de uma diferença do conceito em si, já que esta assume-se como semelhante nos dois grupos, enquanto construção única, independente da condição de ouvir. As diferenças prendem-se antes com as características dos dois intervenientes, e por isso mesmo com a experiência daquela relação particular.

Assim os maiores desafios que se colocam na psicoterapia em língua gestual assenta na relação entre ambos estar sempre marcada por diferenças culturais, num sentir particular das relações que o surdo traz para as sessões terapêuticas, que se manifesta pelo domínio da língua. O uso da língua parece então reflectir uma experiência relacional distinta, se entendermos o desinvestimento afectivo à luz do conceito de mãe morta de Green, como o reflexo da ausência de um código linguístico, ou mesmo de uma comunicação afectiva, entre a mãe e o bebé.

A relação é possível, mesmo sem a palavra,⁴² mas para isso é preciso que o terapeuta aceda às vivências precoces de “mãe morta”, funcionando como um reparador daquela experiência “branca”, dando cor ao mundo relacional do sujeito.

Este conceito de mãe morta encontra muitas similaridades no trabalho clínico com a população surda, principalmente quando analisado nos seus aspectos transferenciais,

pelo que, tal como o autor, defendemos a necessidade de alterar modelos para nos adaptarmos a uma experiência de “aniquilamento psíquico”, de forma a nos darmos vida. É necessário fazer estes sujeitos sentirem-se narcisicamente investidos, ainda que para tal tenhamos que lutar contra a “infecção inconsciente” que falava Jung, vendo a experiência de “Ser Surdo” como “muito especial”.

A experiência de Ser Surdo parece assim, constituir o centro da análise terapêutica.

RESUMO

Os princípios básicos da terapia em geral, são aplicados quer a surdos quer a ouvintes, sendo que é na sua implementação que podemos encontrar as maiores diferenças, devido à necessidade de compreender como o paciente surdo recebe e conceptualiza a informação. A presente investigação procura analisar o processo envolvido na construção da relação terapêutica com sujeitos com uma surdez profunda bilateral e seus aspectos transferencias.

A questão de investigação, surge na sequência da pratica clínica, onde se pode verificar empiricamente diferenças na forma como os sujeitos surdos aderem ao apoio psicológico e percebem a figura do terapeuta – ouvinte, transferindo nele todas aquelas desigualdades socioculturais, manifestas no setting terapêutico na forma de isolamento comunicacional.

De forma a operacionalizar estas questões orientadoras, procedeu-se à análise das percepções dos sujeitos, de si mesmo, do terapeuta, da relação entre eles, bem como de alguns conceitos como confiança e comunicação, que pela natureza da própria surdez interferem directamente nas relações interpessoais, comparando-as com as percepções feitas na população ouvinte. Para além disso procurou-se ver se essas percepções em cada um dos grupos diferiam consoante a sua experiência pessoal no que respeita ao apoio psicoterapêutico, analisando mais uma vez, as diferenças entre os dois grupos. Para avaliar estas percepções, recorreu-se à Escala de Diferencial Semântico, para 9 conceitos analisados, por força das atribuições feitas, segundo o factor avaliativo e potência, para os quais cada um dos conceitos remete.

Os resultados encontrados vão no sentido das premissas colocadas inicialmente, encontrando diferenças nas percepções entre os dois grupos, que parecem indicar uma tendência para maiores resistências à mudança.

As maiores evidências parecem no entanto, centrar-se nas diferentes percepções da “Surdez” associando-a à Comunicação e Confiança, no sentido inverso. Ou seja quanto mais emocional for a percepção da surdez, mais racional será a percepção das relações interpessoais. Daqui resultam as diferenças essenciais da experiência de ser surdo, onde o sentido da surdez assenta num sentir diferente das relações interpessoais.

A experiência da relação terapêutica difere nestes sujeitos, não por força de uma diferença do conceito em si, já que esta assume-se como semelhante nos dois grupos, enquanto construção única, independente da condição de ouvir. As diferenças prendem-se antes com as características dos dois intervenientes, e por isso mesmo com a experiência daquela relação particular.

Assim os maiores desafios que se colocam na psicoterapia em língua gestual assenta na relação entre ambos estar sempre marcada por diferenças culturais, num sentir particular das relações que o surdo traz para as sessões terapêuticas, que se manifesta pelo domínio da língua. O uso da língua parece então reflectir uma experiência relacional distinta, se entendermos o desinvestimento afectivo à luz do conceito de mãe morta de Green, como o reflexo da ausência de um código linguístico, ou mesmo de uma comunicação afectiva, entre a mãe e o bebé.

A relação é possível, mesmo sem a palavra, mas para isso é preciso que o terapeuta aceda às vivências precoces de “mãe morta”, funcionando como um reparador daquela experiência “branca”, dando cor ao mundo relacional do sujeito.

Este conceito de mãe morta encontra muitas similaridades no trabalho clínico com a população surda, principalmente quando analisado nos seus aspectos transferenciais, pelo que, tal como o autor, defendemos a necessidade de alterar modelos para nos adaptarmos a uma experiência de “aniquilamento psíquico”, de forma a lhes darmos vida. É necessário fazer estes sujeitos sentirem-se narcisicamente investidos, ainda que para tal tenhamos que lutar contra a “infecção inconsciente” que falava Jung, vendo a experiência de “Ser Surdo” como “muito especial”.

A experiência de Ser Surdo parece assim, constituir o centro da análise terapêutica.

INTRODUÇÃO

A linguagem é o meio por excelência através do qual o pensamento humano se expressa. A linguagem permite estruturar o pensamento, pôr por palavras os sentimentos, apreender a realidade externa e comunicar com os outros. “A linguagem é a própria civilização. A palavra, mesmo a mais contraditória, preserva o contacto - é o silêncio que isola “ (Mann, T.; cit., Musselwhite, C, St. Louis, K., 1988).

Mas, e quando o silêncio surge apenas com um simples desviar do olhar? Quando a ausência de sons constitui a própria existência e as palavras se formam pelas mãos e são percebidas com os olhos? Quando não querer ouvir implica apenas não ver?.

Estas são as questões que se colocam numa intervenção psicoterapêutica com sujeitos surdos, sabendo ser a linguagem, ou melhor dizendo a comunicação, o instrumento fundamental para o entendimento humano.

O dito e o não dito esvaem-se no gesto, e a não compreensão do que o terapeuta diz nasce do sentido de não compreensão da própria língua, assumindo a desigualdade da relação pelo domínio da sua língua materna.

Então facilmente um novo gesto se sobrepõe, apagando, negando o peso do “som” visualizado no gesto anterior.

Deste modo a língua gestual funciona como a própria resistência interna, sendo que é mais fácil “negar” o que se viu do que o que se ouve.

Os próprios actos falhados ou recuos linguísticos não são percebidos, e as contradições no discurso frequentemente estão isentas de valor compreensivo, já que de novo surge a língua como interlocutor falível que “desculpabiliza” e desvaloriza a incompreensão.

Então o acto clínico assume formas de uma autentica “conversa de surdos” onde técnicas específicas para a compreensão terapêutica tais como a confrontação, interpretação e clarificação, são ou podem ser desmentidas e negadas apenas com um simples gesto “ não entendi” seguido de um desvio do olhar. Com isto surge também a negação ao pensamento reflexivo, anulando a especificidade bipessoal daquele espaço terapêutico.

Claro está, que as resistências à compreensão são comuns ao processo terapêutico, mas a palavra dita produz diferentes impactos naquele que as ouve, do que o gesto que não se quer ver, e é por essa razão que a língua gestual joga a favor das resistências internas mais do que a simples negação.

A base da psicoterapia dinâmica assenta num setting terapêutico no qual o sujeito pode reconciliar-se com os aspectos inaceitáveis e por vezes inconscientes de si mesmo, (re)construindo novas formas de se relacionar, mediante a exploração e compreensão dos conflitos internos angustiantes (Brown, D., Pedder, J., 1997). Para isso o terapeuta, enquanto catalisador da compreensão, assume a função de escuta atenta e participativa, intervindo de uma forma compreensiva nos aspectos que perturbam o sujeito (Bruch, 1974; cit Brown, D., Pedder, J., 1997).

No entanto, é por serem dolorosos e ameaçadores, que o sujeito os evita, negando ou afastando de si esses conflitos, o que faz surgir inevitavelmente movimentos defensivos e de resistência interpessoal. A compreensão, normalmente ponto de partida para a mudança, é alcançada na psicoterapia, na maioria das vezes, mediante uma luta que se prolonga no

tempo, contra as resistências próprias do sujeito. Essa “luta” é promovida através da interacção com o terapeuta e mediada pela comunicação, onde técnicas como a confrontação, clarificação e interpretação assumem um papel decisivo (Brown, D., Pedder, J., 1997).

Ora é exactamente pela comunicação e face àquelas técnicas de intervenção, que o sujeito surdo resiste, negando-se a ouvir. Assim, ao desviar o olhar “tapando os ouvidos” silencia o terapeuta, vedando o acesso ou pelo menos adiando no tempo a compreensão pela recusa em reflectir.

Ainda que nos ouvintes possa ocorrer formas idênticas de negação, recusando-se de igual forma a ouvir e entender o que é dito pelo terapeuta, a palavra e o som que provoca materializa o seu sentido de uma forma muito mais consistente do que o gesto que não se quis ver. Por isso a interiorização do discurso do terapeuta ainda que negado numa primeira fase, não pode ser vedado de uma forma definitiva, pelo que se vai construindo no tempo e no espaço o conceito dinâmico de *insight* germinando uma consciência cada vez mais activa dos movimentos internos e das interacções das representações mentais com os objectos da realidade externa.

Agora quando se silencia o terapeuta, incluindo nas interpretações que este possa fazer sobre aquele silencio imposto, então a compreensão fica reduzida a um “diálogo consigo próprio”, também terapêutico mas mais redutor.

No fundo estes pacientes assemelham-se ao funcionamento de algumas patologias narcísicas em organizações limite, onde fixado num anaclitismo securizante, agem em permanente dualidade entre a adaptação e defesa contra a ameaça de perda de objecto. Neste tipo de organizações, a resistência à frustração é limitada e por isso frequentemente

assumem traços de carácter paranóide para travar a frustração (Bergeret, J., 1996). Com um narcisismo frágil e instável, necessitam excessivamente de ser compreendidos, mas de uma forma passiva, sem desejarem compreender-se a si próprios, numa espécie de compreensão benevolente.

O carácter paranóide destes pacientes surge pelo facto de estarem condenados ao silêncio num mundo de ouvintes, e portanto por serem excluídos/ rejeitados de uma comunicação que não podem partilhar. Se os outros não tiverem a tal *benevolência* escolhendo a sua forma de comunicar - a língua gestual - para se relacionarem com eles, então ficam condenados ao silêncio e ao isolamento. Por isso mesmo as relações de confiança são difíceis de estabelecer, não só pela fantasia persecutória do eterno sentimento de rejeição, mas também pelas experiências constantes de choque entre culturas, onde o surdo não tem lugar no mundo ouvinte.

Se por um lado o terapeuta-ouvinte falar a sua língua é sinal de aproximação e empatia, o facto de ser ouvinte faz reactivar no sujeito todas as experiências negativas, mais precoces ou mais actuais, de decepção e rejeição, instalando-se a desconfiança, que assume em termos transferenciais um entrave à aliança terapêutica, já que ao terapeuta-ouvinte são atribuídas as mesmas características dos seus objectos internos, introjectados ao longo de uma existência marcada por fragilidades narcísicas. É deste modo que muitas vezes a conversa assume a forma e os contornos de uma conversa de surdos, onde as palavras - gestos mergulham num vazio comunicacional intransponível, vazio este que no fundo retracta a existência mais profunda do surdo com a sua família, com as figuras de referência e com os outros de uma maneira geral.

Não há marco maior no processo analítico do que a possibilidade de verbalização, sendo

este o meio através do qual o imaginário, as fantasias, a esfera do simbólico se concretiza e explicita os conflitos internos. A língua gestual, ainda que não seja uma verbalização, é um acto de fala, um meio de comunicação, utilizando os mesmos símbolos e signos que a linguagem oral, apresentando a mesma natureza criativa e libertadora do pensamento.

O facto de ser utilizada como meio defensivo contra as angústias emergentes ao longo do processo terapêutico não lhe retira a expressão, apenas lhe diminui o impacto na reciprocidade desejada na relação terapêutica, sem no entanto anular os seus efeitos ainda que os retarde.

A presente investigação procura analisar a construção da relação terapêutica e seus aspectos transferenciais com sujeitos com uma surdez profunda bilateral, partindo do pressuposto, que esta relação desigual em termos culturais, paciente surdo - terapeuta ouvinte, vem activar no sujeito as suas experiências mais precoces de exclusão, isolamento e desconfiança nas relações interpessoais.

Assim aquele espaço serve como veículo por excelência do processo transferencial, tendo por base as suas relações primárias, transpondo na figura do terapeuta os seus objectos internos, entendidos como persecutórios e pouco contentores.

A par deste processo transferencial, surge ainda a utilização no setting terapêutico de uma língua estrangeira para o terapeuta - a língua gestual -, donde a desigualdade no domínio dessa língua, poderá funcionar enquanto meio através do qual as resistências interpsíquicas actuam, impedindo a actividade reflexiva, e conseqüentemente o desbloqueio das resistências transferenciais, essenciais à mudança.

Esta resistência pela Língua, marca as diferenças culturais, onde ao mesmo tempo que une paciente e terapeuta numa cumplicidade reforçada, sublinha e reforça também a

desigualdade entre ambos, funcionando este conhecimento da língua gestual como um atributo fálico para um dos lados da relação – o terapeuta, enquanto para outro é exemplo exactamente do contrário – o surdo só pode falar através desta língua, e o seu conhecimento é o reconhecimento de não poder ouvir. Pedidos de clarificação, ou mesmos actos interpretativos, são muitas vezes entendidos pelo paciente como um não entendimento da língua e não do discurso, como acontece com pacientes ouvintes que ao partilharem a mesma língua materna do terapeuta, anulam aquela diferença entre os dois, e por isso mesmo, o não ser entendido não levanta questões socioculturais.

Para Maria Solé (2004) acrescenta ainda que se, o desconhecimento da língua gestual do paciente cria barreiras na comunicação intransponíveis com repercussões inclusive no movimentos transferencias, o seu conhecimento constitui outra desigualdade, pelo facto de para o analista ouvinte, esse conhecimento ser tantas vezes sentido por ele como um atributo fálico. Aquela cumplicidade, ignora uma diferença fundamental, que é a condição de poder e não poder ouvir e, de um dos sujeitos não estar habilitado para falar outra língua que não aquela enquanto o outro aprendeu essa língua para poder escutá-lo.

Estas diferenças passam assim a ser mais do que diferenças socioculturais, interferindo na própria dinâmica terapêutica. Por essa razão, procurou-se com este estudo, analisar a construção da relação terapêutica com surdos profundos e seus aspectos transferenciais, tendo por base a avaliação das suas auto-percepções relativamente a si próprios e as qualidades que percebem no apoio psicológico, comparando aquelas percepções dos sujeitos surdos com as percepções encontradas na população ouvinte, enquanto grupo de controle, de forma a avaliar a existência ou não de diferenças entre eles.

Relativamente ao uso da Língua Gestual pelo técnico de saúde mental, existem poucos estudos sobre essa questão, sabendo-se que o número de profissionais com essa especialização é extremamente reduzido. Por essa razão, torna-se pertinente a presente investigação, surgindo como fundamental a análise das possíveis interferências ou contaminações que as características psicossociais desta minoria linguística, e as respostas psicoterapêuticas por meio de terapeutas ouvintes fluentes em Língua Gestual, possam mutuamente operar.

Neste trabalho procuraremos “flutuar sem ir ao fundo” como dizia Freud “deixa-te flutuar com a onda, deixa-te voar em cima da coisa, se a onda desce, vai com ela e com ela sobe, e aí vês e observas realmente”. A tentação poderá até ser tentar explicar a razão dessas oscilações e encontrar respostas para a flutuação das coisas, no entanto, Freud sabia que apenas flutuando com ela, num determinado momento, encontraria o Porquê (Dias, C, 2000).

Flutuando procuraremos aqui encontrar esse momento, e entender a dinâmica das relações psicoterapêuticas com estes sujeitos surdos.

A prática clínica levanta questões que este trabalho procura responder. E tal como numa relação terapêutica, e de novo citando os ensinamentos de Freud “a melhor forma de chegar a algum lado é não saber aonde se vai chegar” (Dias, C, 2000).

I – Conceito de Transferencia e sua evolução no mundo analítico

“The analytic situation is a variant of ... human transference relationship”

Hoffer (1956, cit Sandler, J; 1989)

I.I – O Legado de Freud

Poucas contribuições à cultura e ao conhecimento universal influenciaram tanto o pensamento contemporâneo como a psicanálise. Quantas vezes sobre um tema mais inquietante ou complexo se ouve dizer “Freud explica...” invocando o nome do Pai da psicanálise para resolver ou esclarecer aquilo para o qual, 100 anos após o seu legado, ainda não encontramos uma justificação.

Na ultima entrevista de Freud, gravada poucos meses antes da sua morte, ele define a psicanálise como “um método de psicoterapia para tratar os problemas de natureza emocional” parecendo assim desconhecer a enorme influência da sua descoberta em todos os âmbitos do pensamento humano .

O Conceito de Transferencia de Freud, surge como fruto de várias observações e construções clínicas, onde regularidades e irregularidades de todo este processo psicoterapêutico levantam como hipótese e mais tarde constatacao que um conceito tão complexo como a transferencia, é tanto mais puro quanto menos ligado à pessoa real. “A pessoa real do analista é tão retirada do campo da consciência que pode dizer-se que é a

pessoa mental do analista que, subitamente, começa a emergir. Freud teve a capacidade de perceber que a exclusão de algumas coisas faz emergir outras e , progressivamente , vai fazendo isso” (Dias, C ; 2000).

Freud primeiro utilizou a palavra transferencia em “Studies on Histeria” (Breuer and Freud, 1895, cit , Levin, F, 1997) para descrever “a transferencia na figura do terapeuta de ideias stressantes ... dentro do conteúdo de análise (p.302)”. O fenómeno da transferencia era assim visto essencialmente como uma “falsa ligação” (pp.302-303, Stone, p.111, cit, Levin, F, 1997). Só anos mais tarde, em 1990, em “Interpretação dos Sonhos” é que este conceito é generalizado passando a transferencia a ser vista como a expressão da intensidade de uma ideia inconsciente emergindo sobre a forma de conteúdos pré-conscientes (pp.562-563, cit, Levin, F, 1997).

Aqui “transferencia” ou “pensamentos de transferencia” são associados a um modo de deslocamento tal como nos sonhos, onde o desejo inconsciente é expresso seguindo os mesmos disfarces dos conteúdos oníricos, através de material fornecido pelos restos pré-conscientes do dia anterior. Era assim encarada como um caso particular de deslocamento do afecto de uma representação para outra (1967, Laplanche, J, Pontalis, J-B). O facto de a representação do analista assumir contornos privilegiados, era então explicada pelo facto de este constituir uma especie de “resto diurno” sempre à disposição do indivíduo, favorecendo também a resistência. A transferencia era aqui entendida como um sintoma, um fenomeno localizado, e por isso mesmo como não fazendo parte da essência da relação terapêutica.

No famoso caso de Dora, Freud à pergunta “o que é a transferencia ?” responde: “ são novas edições ou cópias de impulsos e fantasias que foram activadas e tornadas conscientes durante o processo de análise, mas com a peculiaridade, característica desta espécie, de substituírem alguém anterior/precoce, na pessoa do terapeuta (p116, cit, Levin, F, 1997). Em outras palavras, transferencia envolve o esforço de aliviar os desejos anteriores em experiências actuais.

Inicialmente o conceito de Transferencia foi desvalorizado e até temido, mostrando a extensão dos seus efeitos, no caso de Anna O, tratada por Breuer segundo o “método catártico muito antes do terapeuta saber identificá-lo como tal, e sobretudo saber utiliza-lo”. Freud passa então a ver esta “falsa ligação” como um objecto de estudo e acaba mais tarde por encarar este fenómeno como a aliança do psicanalista para ultrapassar as resistências, face aos resultados limitados e transitórios do método da hipnose. Nesta altura, 1890s, a transferencia era apenas encarada como um afecto positivo do paciente pelo analista, utilizado como uma descarga de energia enquanto resistência às recordações das memórias do passado. Mais tarde foi também encarado como uma forma de resistência à propria análise, tornando a relação terapêutica numa relação afectiva e emocional. É então com o caso Dora, que este conceito assume novas proporções, levando Freud a considerar dois pontos centrais: primeiro, a transferencia incidia numa resistência à análise, resistindo à recuperação de memórias e fantasias do passado (Freud, 1912, cit, R.D. Hinshelwood; 1991), intensificando os seus sentimentos pelo analista, onde pela sedução e hostilidade se processava o entendimento do seu passado. Segundo, os aspectos da relação terapêutica passaram a ser encarados como uma re-actuação de uma relação específica de uma qualquer natureza (Freud , 1915, cit, R.D. Hinshelwood; 1991). O papel da transferencia surge como

primordial, apenas com o caso de Dora, onde Freud considera o defeito de interpretação da transferência aqui, como responsável pela interrupção prematura do tratamento. O caso Dora permite ainda a Freud, aperceber-se das ligações da transferência a traumas precoces na história do paciente, que agora podiam ser aliviados, re-experimentados, re-actuados, na vida real, pela transferência com o analista.

Em 1917, numa conferência que dá, Freud considera que a forma como a psicanálise actual deve assentar na procura na memória do paciente, do material que se tornou inconsciente devido a uma repressão, para então eliminá-la efectuando a substituição do material consciente pelo inconsciente. “Primeiro, a busca da repressão e, depois, a remoção da resistência que mantêm a repressão.”

Mesmo assim, Freud sentiu-se sempre relutante a abandonar as suas teorias do passado, pelo que mesmo hoje a descrição de transferência implica ambas as forças contra e pela resistência à análise e uma re-actuação perigosa do passado.

“ A primeira fase – a da catarse de Breuer – consistia em localizar directamente o momento em que o sintoma se formava e em esforçar-se persistentemente por reproduzir os processos mentais envolvidos nesta situação, a fim de lhes dirigir a descarga ao longo do caminho da actividade consciente. Recordar e ab-reagir com auxílio era aquilo a que se visava, naquela época” (Freud, 1914, cit Dias, A; 2000) .

Para Melanie Klein a ab-reacção que acompanha o insight corresponde aos aspectos emocionais que acompanham um processo de conhecimento, e mesmo nos nossos dias estas questões permanecem centrais, onde ab-reacção emocional e insight estão intrinsicamente ligados .

Com Freud, estas recordações passam a estar mais desligadas do acontecimento/ situação ligada à formação do sintoma, para se associarem ao que foi esquecido, interrogando-se sobre o que se deixou de recordar pela associação livre ao invés de o convidar a recordar pelo método catártico. “Finalmente, desenvolveu-se a técnica sistemática na qual o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento, ou problemas específicos. Contenta-se em estudar tudo o que se encontra presente, de momento, na superfície da mente do paciente e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem e torná-las conscientes ao paciente” (Freud, 1914, cit Dias, C, 2000).

Dentro destas recordações Freud identifica aquelas que chama de “encobridoras”, referindo-se à relação do sujeito com o traço mnésico e o seu investimento. “Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a interceptá-las (...)” (Freud, 1914, cit Amaral, C, 2000). As recordações encobridoras são assim aquelas que procuram camuflar uma outra, numa relação entre ambas idêntica à relação entre o conteúdo manifesto e o latente. Na analogia de Freud estas recordações “representam os anos esquecidos da infância, tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto de um sonho representa os pensamentos oníricos” (Freud, 1914, cit Amaral, C, 2000).

Para além do que é esquecido, Freud refere ainda as recordações que nunca chegaram a ser recordações, que Melanie Klein designa por “Memory in Feeling” pelo facto da sua expressão emergir na forma de um sentimento. Para ela estas são as verdadeiras recordações em análise, enquanto motor da Transferência. A emoção que acompanha a Transferência – o tipo de vínculo estabelecido no processo de transferência é, para Klein, uma forma de recordação.

Para Freud são “outro grupo de processos psíquicos – fantasias, processos de referência, impulsos emocionais e vinculações de pensamento” inconscientes, que sem nunca terem sido conscientes não podem ser recordados, mas que face à sua relevância na análise funcionam como se de uma recordação se tratasse.

A diferença entre ambos relativamente a este conceito, é que para Klein a recordação está óbvia sobre a forma de um sentimento, para Freud a memória deixa de ser a recordação do facto para assentar naquilo que é expresso na actuação do sujeito.

Lacan simplifica estas questões afirmando que “a recordação verdadeira não é conhecível, o importante é se a memória que temos de nós, no fim de uma análise, é ou não compatível com a possibilidade de continuar a crescer e fazer coisas na vida. “Se passou a ter uma relação mais expansiva com a sua própria verdade (Dias, A, 2000).

Bion, a este respeito opta por não falar de recordação ou da história do sujeito, mas em mito, sendo este uma das 3 áreas em que a análise actua. Mito, paixão, senso comum. Na área da paixão existe o conhecimento - que engloba também a transferencia. No senso comum, o sintoma que tem de ser modificado. No mito a interpretação – o que de facto se passou, nós não sabemos, o que fazemos é introduzir uma interpretação sobre a questão.

Independentemente destas explicações, a questão levantada por Freud , da compulsão para a repetição, é essencial. Ainda que este aspecto tenha sido levantado em 1914 no seu artigo “Recordar, Repetir e Elaborar” só 6 anos mais tarde em “Para além do Princípio do Prazer” (1920) é explorada. A Compulsão para a Repetição passa então a ser vista como a ordem que organiza o sujeito humano. Bion corrobora esta afirmação falando não em estruturas internas mas em conjunções constantes, enquanto padrão emocional característico do indivíduo oferecendo-lhe uma identidade única , através da qual reconhece os seus actos e

comportamentos, independente do setting terapêutico, perpetuando-se (repetindo-se) ao longo da sua história de vida. Para Bion há conjunções constantes transitórias – o sintoma, e não transitórias – aquilo a que se chega que é radicalmente inalisável; ele próprio (Amaral, C, 2000).

Freud aproxima-se bastante deste conceito de conjunções constantes de Bion, ao mesmo tempo que sublinha o facto de a repetição não ser apenas um pressuposto traumático, mas também uma elaboração do trauma. Deleuze (cit Amaral, C., 2000) distingue a repetição do mesmo, da repetição do idêntico, onde a primeira corresponde à conjunção constante transitória de Bion e a segunda à não transitória, pelo que quando o mesmo se transforma no idêntico, muda a experiência emocional da pessoa. É nesta transformação que se dão as aprendizagens, estando subjacente a esta ideia a teoria da fantasia inconsciente de Susan Isacks (cit Amaral, C., 2000) ligada a um processo de generalização, cuja identificação projectiva encontra uma analogia.

Assim, repetir assume uma função auto-reguladora da consciência de onde provém o conhecimento – aprendizagem.

O mesmo que gera o idêntico, a conjunção constante transitória que se transforma em não transitória, são no fundo o que Freud falava sobre a passagem da neurose comum para a neurose de transferencia, mediante a atribuição de um novo significado transferencial dos sintomas.

Com esta extensão do conceito de transferencia, “ .. conseguimos normalmente conferir a todos os sintomas da doença uma nova significação transferencial, substituir a sua neurose comum por uma neurose de transferencia da qual (o doente) pode ser curado pelo trabalho terapêutico”(1967, Laplanche, J, Pontalis, J-B).

Transferencia para Freud não é um conceito exclusivo da Psicanálise, mas intrínseco à comunicação humana. Na análise apenas se isola a natureza desse processo transferencial .

Freud elabora estas ideias em 5 documentos principais, durante a década de 1910 e 1920(cit, Levin, F., 1997). No ultimo destes 5 documentos sobre a sexualidade infantil e neuroses, Freud (1910) refere a tendência para uma neurose de transferencia, onde o paciente ao longo do processo analítico, desenvolve sentimentos afectivos pelo analista, revivendo assim antigas fantasias inconscientes de desejo essencialmente sexual. Estes desejos, previamente ligados por via da formação de compromisso através de sintomas neuróticos, são na sua essência libertados pela situação psicanalítica, mediante a interpretação da transferencia.

A consciência derivada destes desejos sexuais inconscientes libertada na análise através da transferencia – podem no entanto segundo Freud ter diversos destinos: podem ser ignorados pelo paciente através de várias actividades mentais, podem ser novamente reprimidos, dissolvidos ou negados, podem incentivar o paciente a obter gratificação, ou podem conduzir ao crescimento psicológico e insight. Podem ainda ser objecto de uma avaliação consciente da transferencia e daí resultar em conhecimento. Em teoria, a transferencia dos desejos pode ser renunciada (em resposta “ à voz da razão”) conduzindo à resolução das tendências do desenvolvimento que haviam sido interrompidas (Levin, F., 1997).

Para Freud, Transferencia é um processo inerente à própria condição humana. A evolução do conceito de Transferencia através de Klein, leva a que transferencia seja vista não como resistência mas como o caminho para a cura (cit, Amaral, C., 2000).

O trabalho de Klein com crianças, permitiu olhar para o fenómeno da transferencia segundo uma outra perspectiva, pelo que a re-actuação dos traumas era já não percebido como regressões a um passado longínquo, mas um presente imediato. O centro do jogo assentava em todo o tipo de acontecimentos e relações. A criança, claramente actuava a sua vida fantasmática, onde o seu jogo consistia numa forma particular de se relacionar com os seus medos e ansiedades no espaço terapêutico. Fazendo a passagem destas considerações com a psicanálise do adulto, a re-actuação no jogo da criança entendidas aqui como elaborações fantasmáticas dos seus traumas, equivale a uma re-actuação das experiências fantasmáticas correntes do adulto. A pratica Kleiniana tornou a compreensão da transferencia como uma expressão das fantasias inconscientes, actuando no aqui e no agora da análise. “O paciente lida com os seus conflitos e ansiedades reexperimentando através do analista, os mesmos métodos que usava no passado. Ou seja, ele lida com o analista da mesma forma que lida com os seus objectos primários (Klein, 1952, p55, cit R.D. Hinshelwood; 1991) .

Quando Bion fala do vínculo-Conhecimento (K) na trilogia do Amor, Odio e Conhecimento, para a compreensão do pensamento nos seus estados iniciais, inscritos nas descrições de uma experiência emocional, reunidas naquelas 3 emoções básicas, reporta a experiência pessoal para a experiência da experiência, e nesse sentido, amor e odio transferidos no analista, resultam de uma resistência ao conhecimento daquilo que se ama e

odeia através dele, pelo que deste modo a transferencia pode também ser visto como uma resistência ao conhecimento.

Após mencionar a transferencia como uma forte aliada à resistência, Freud (1912, 1914, 1920, cit (Levin, F, 1997) notou como a transferencia do amor do paciente é na sua essência mais uma repetição do que uma memória, por isso mesmo evitando o afecto penoso associado à (re)experiência de memórias reprimidas que podem promover a entrada no insight .

Do ponto de vista da sua função no tratamento, a transferencia é antes de tudo, classificada por Freud como um dos principais “obstáculos” que se opõem à rememoração do material recalcado. O desencadear dos mecanismos de transferencia coincidem com o maior risco de revelar os conteúdos mais importantes do recalcado, pelo que, a própria emergência destes mecanismos permitiria ao analista detectar a proximidade do conflito inconsciente, estando assim a transferencia ao serviço da resistência.

“Em certo sentido, transferencia é, relativamente à rememoração verbalizada, “resistência de transferencia”, noutro, na medida em que constitui tanto para o indivíduo como para o analista uma norma privilegiada de apanhar “a quente” e in statu nascendi os elementos do conflito infantil, ela é o terreno em que se joga, numa actualidade irrecusável, a problemática singular do paciente, em que este se encontra confrontado com a existência, com a permanência, com a força dos seus desejos e fantasmas (fantasias) inconscientes. “ É o terreno em que a vitória deve ser conquistada”(1967, Laplanche, J, Pontalis, J-B).

“A transferencia, tanto na sua forma positiva como negativa, entra ao serviço da resistência, mas nas mãos do médico torna-se o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos e

desempenha um papel que não pode deixar de ser hipervalorizado na dinâmica do processo de cura “(1967, Laplanche, J, Pontalis, J-B).

“A transferencia que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos” (Freud, 1917).

Ainda assim, mesmo assumindo Freud que a Transferencia é essencial no processo analítico, não deixa de sublinhar a importância de a conduzir o mais possível para a rememoração e afastar tanto quanto o desejável da repetição . Deve-se assim tentar manter “essa neurose de transferencia dentro dos mais estreitos limites: forçar o mais possível para o canal da memória e permitir que emergisse como repetição o menos possível” (Freud,1920).

Mas, se Transferencia é condição humana e sinónimo de resistência ao conhecimento, então apenas pela clarificação dessas resistências se poderá alcançar o conhecimento e romper o ciclo fatalista e vitalício de uma transferencia por si só. O que permite transformar este movimento transferencial em algo de particular e específico no setting terapêutico é a articulação da narrativa do sujeito com a transferencia, onde uma coisa esclarece a outra e se esclarecem uma pela outra (Amaral, C, 2000) .

Freud diz “Aprendemos que o paciente repete, em vez de recordar, e repete sob as condições de resistência .Podemos agora perguntar o que ele, de facto, repete ou actua. A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para a sua personalidade manifesta – as suas inibições, as suas atitudes inúteis e seus traços

patológicos. Repete também todos os seus sintomas no decurso do tratamento” (Freud, 1914, cit Amaral, C, 2000).

A solução de Freud (1915, 1916, 1917, cit, Levin, F, 1997) para a resistência foi assentando a ajuda analítica na significação dos desejos eróticos do paciente, mediante a confrontação da sua expressão através da transferencia (Levin, F, 1997).

Mais tarde Freud reforça esta ideia dizendo “que analisar o passado sem a condição da transferencia, é o mesmo que ir a um restaurante, apenas ler a ementa e pensar que se comeu.” A transferencia é o que alimenta.

Só este alimento permite que os factos relevantes sejam isolados e pensados entre duas pessoas, e repetir pode ser uma forma de os pensar, isolando-os e conferindo-lhes a dimensão de investigação interpessoal. “ Neste sentido, a transferencia é um motor onde se constroi um facto relevante. A transferencia não é a essência do processo analítico: se for apenas isso (...) a transferencia é resistência(...) a transferencia tem de ser elucidada, sendo portanto, um campo de conhecimento” (Amaral , C, 2000).

“A anticatexia ou a resistência não fazem parte do inconsciente e sim, do ego, que é nosso colaborador, sendo-o ainda que não consciente. Esperamos que essa resistência seja abandonada e retiradas as anticatexias quando nossa interpretação houver facultado o ego a reconhecê-la” (Freud, 1917) .

Em resumo, Freud enfatiza a motivação da transferência como resistência e nesta relação, aquilo que ficou conhecido como compulsão de repetição, mas também a oportunidade que a transferência oferece no insight – conhecimento - baseado na leitura que faz do conteúdo e expressão da própria transferencia.

“Em Para Além do Princípio do Prazer, a repetição na transferência é um dos dados invocados por Freud para justificar a colocação em primeiro plano da compulsão à repetição: no tratamento repetem-se situações, emoções em que finalmente se exprime a indestrutibilidade do fantasma (fantasia) inconsciente”(1967, Laplanche, J, Pontalis, J-B). Segundo Freud, devemos então estabelecer “o nosso contraste não entre o consciente e o inconsciente, mas entre o ego coerente e o recalcado. As resistências do paciente provêm do seu ego, e imediatamente nos apercebemos que a compulsão à repetição terá de ser atribuída ao recalcado inconsciente” (Freud, 1920).

Para Fred Levin (1997) uma questão fica em aberto: como é que estas preciosas perspectivas freudianas podem ser vistas à luz de uma conceptualização de transferência mais longa tal como o fenómeno de aprendizagem não limitado à situação psicanalítica (Fried, Crits-Christoph e Luborsky (1992)cit, Levin, F, 1997). E como é que podemos entender a transferência de repetição e explicar a transferência ambas como resistências e caminho para a cura ?

Stones (1995, cit, Levin, F; 1997) argumenta que factores quantitativos determinam se a transferência conduz a soluções saudáveis ou neuróticas. Na sua experiência, transferência frequentemente transforma-se numa extraordinária componente da estrutura da resistência, sempre sujeita a renovações através canais saturados (pp 114-115). Se por um lado a transferência é uma expressão dramática da resistência, ela assume um aspecto adaptativo pelo uso terapêutico do fenómeno clínico da transferência que o transforma no identico e não no mesmo que falava Deleuze, ou nas conjunções constantes não transitórias de Bion. Pfeffer (1961, 1963, cit, Levin, F, 1997) e Schlessinger e Robbins (1983, cit, Levin, F,

1997) demonstraram claramente que durante a psicanálise, independentemente da resiliência dos padrões transferenciais, a sua recorrência de facto muda.

O mecanismo de transferência persiste, mas os ciclos de conflitos recorrentes e a sua resolução assumem um lugar no progresso da análise, tornando a influência da transferência no comportamento geral significativamente mais limitado.

Assim, o comportamento de transferência no ser humano em análise, frequentemente resulta numa nova aprendizagem incrementando as suas capacidades de generalização, que lhe permitem distinguir comportamentos em situações similares.

Resumindo, Fred Levin (1997) considera poder ser atribuído à palavra transferência 2 significados possíveis: Um diz respeito ao contexto clínico, outro envolve a compreensão do contexto do fenómeno transferencial de uma forma mais geral.

Mas esta reconciliação das perspectivas adaptativas e de resistência da transferência, requerem segundo o autor (Levin, F, 1997) algumas considerações adicionais. Por um lado, o que é resistência da perspectiva do analista é ao mesmo tempo adaptativo da perspectiva do paciente.

O que emerge na transferência do paciente é essencialmente uma operação cognitiva primitiva. Tal como Freud descobriu, o que aparece e actua no tratamento como transferência de resistência é também a extensão mais significativa de (re) experiência decisiva dos eventos de uma infância precoce em transação com o analista no contexto terapêutico. Quando devidamente apreciados e analisados, a transferência de repetição conduz à resolução dos conflitos.

Uma 2ª abordagem integrativa da definição de transferência de Freud para Fred Levin (1997) consiste em assumir que a transferência de resistência representa a perseveração do

desencontro (entre as potencialidades do passado e os objectos presentes) onde a função da análise será dar a conhecer outras alternativas, preferenciais à perspectiva de transferencia do paciente. Esta é a razão pela qual uma psicoterapia é sempre longa, pois para se conseguir isto, é necessário uma resposta bifurcada, onde o paciente encontra respostas emocionais alternativas ao seu padrão inicial (Amaral, C, 2000).

“Bion diz que o paciente chega á análise com seis factos, todos eles com uma versão, e está verdadeiramente em análise no momento em que passa a ter seis versões para cada facto – expandiu o seu campo de significação” (Amaral, C, 2000).

Assim, a transferencia de repetição pode ser vista como o fracasso dos benefícios adaptativos da repetição. Em pacientes com um repertório defensivo adequado, no entanto, parece ser apenas através de sonhos e transferencia de repetição que os pensamentos inconscientes se tornam conhecidos. Por esta razão, transferencia de repetição é crucial para a adaptação. Funciona como um dos mecanismos humanos de re-processamento do inconsciente (processo primário) linguagem do cérebro em termos simbólicos, que podemos compreender e avaliar (Frank 1969, cit, Levin, F, 1997).

Transferencia de resistência (distinto de transferencia de repetição) também tem utilidade para o paciente. Aquilo que rotulamos como resistência corresponde às defesas do paciente contra o desconhecido incapaz de ser processado num determinado momento (Moraitis 1988, 1991; Wilson and Weinstein 1996, cit, levin, F, 1997). Visto por este prisma, transferencia de resistência é um processo puramente inconsciente que protege contra a sobrecarga emocional.

Freud mostrou-nos que a análise das resistências inconscientes (na forma de transferencia) são proveitosas precisamente porque permitem por numa linguagem consensual o que na

ausência da transferencia permaneceria não falado e por isso não lembrado.

Parece contraditório afirmar que a transferencia pode ser adaptativa, mas ao mesmo tempo não conduzir invariavelmente a resultados de aprendizagem e mudança de comportamento, já que também a transferencia se pode transformar num formidável obstáculo a adaptação e ao tratamento. Fred Levin (1997) sugere que os actos de transferencia, dentro ou fora do tratamento psicanalítico, são extensões da repetição que contêm neles o potencial de mudança, dependendo do que se passa depois .

Na situação psicanalítica, o analista procura garantir que, o que se passa depois, é envolvido de insight interpretativo relativamente à transferencia, e não apenas numa gratificação infantilizada ou em mais complicações defensivas. Fora da psicanálise, os factores de mudança desempenham um grande papel na decisão entre se a transferencia de repetição resulta ou não em aprendizagem, ou seja, se um processo de auto-análise se obtém.

II – Perspectivas Contemporâneas do Conceito de Transferencia

“Desde Freud o pensamento psicanalítico contribuiu com importantes reflexões e intervenções nos campos social e cultural, jamais se limitando estritamente à área da saúde mental. A se ver, qual a força e a penetração dessa característica histórica nos dias de hoje, em face das agudas e constantes transformações que os avanços tecnológicos têm provocado no mundo contemporâneo?”

Mara Selaibe (2004; in Baremlitt,G.; et al)

Depois de Freud, não é possível abordar o problema da psicoterapia sem considerar a questão da transferência. O paciente transfere-se afetivamente para o terapeuta, transferindo com ele a sua história de vida e as personagens que nela se integram, enquanto ao terapeuta cabe a tarefa de lidar com essa transferência, procurando obter, da parte do indivíduo, um melhor conhecimento dos seus próprios problemas e uma melhor adaptação à vida (João de Santos, cit Branco, M, 2000).

A sensibilidade perante este conceito refinou-se, a compreensão alargou-se a novas perspectivas, parecendo estarmos agora mais conscientes das formas como o paciente se procura defender contra os impulsos da transferência e mais habilitados a reconhecer as suas manifestações *in statu nascendi* (1989, Sandler, J).

Sandler (1989) refere que, embora muito se tenha escrito e dito sobre transferência, muitas das definições dadas excluem ainda as suas manifestações extra-analíticas, confinando-a ao espaço terapêutico, o que segundo ele é redutor, já que transferência deve ser entendida como um fenómeno interpessoal.

“Mesmo sem a análise da transferência que é a psicanálise, todo o médico pode representar para o seu paciente a figura paterna, fraterna ou amigável em quem se pode confiar” (João de Santos, cit Branco, M, 2000, PE : 4-5).

Na psicanálise, havendo a análise da transferência, existe também o esclarecimento daqueles conteúdos, expressos na relação que se estabelece entre o paciente e o psicanalista, e vice-versa, por via da contra-transferência que, uma vez controlada pelo analista, e comunicada ao paciente, permite e induz o progresso da análise (João de Santos, cit Branco, M, 2000).

“A transferencia é essencialmente, a forma como o paciente sente o outro, segundo os modelos de relação que organizou na sua infância: essencialmente a relação com o pai ou com a sua mãe” (João de Santos, cit Branco, M, 2000). Transferencia é portanto, o conjunto de sentimentos que o paciente sente em relação ao analista, enquanto figuras inscritas na sua história pessoal, enquanto que contra-transferencia assenta no conjunto de sentimentos afins que aquela transferencia leva o psicanalista a sentir. Por meio destes dois movimentos a análise visa, não a psicogénese dos factos e acontecimentos relatados, mas antes a (re)experiência de um passado “em relação a um personagem particular que, pela sua atitude, permite ao paciente o seu investimento como imagem maternal ou paternal” (João de Santos, cit Branco, M, 2000, PCHM: 10-11).

Segundo Anna Freud (1936, cit Sandler., J, 1989) transferencia corresponde a “todos os impulsos experienciados pelo paciente na sua relação com o analista, que não são criados originariamente pela situação analítica objectiva, mas tem a sua origem nas relações precoces e suas relações de objecto, que são agora meramente revividos segundo a influência da compulsão à repetição”.

Orr (1954, cit Sandler., J, 1989) acrescenta àquele conceito o seu aspecto interpessoal, também defendido por Sandler, ao afirmar que “ transferencia no sentido mais vasto, diz respeito a um fenómeno universal das relações interpessoais. No sentido mais restricto, no entanto, transferencia implica uma relação específica do paciente à psicanálise”.

Segundo Sandler (1989) e, inspirando-se nos trabalhos de Anna Freud e nos conceitos oferecidos por Greenacre (1954, cit Sandler, 1989) de transferencia “básica” enquanto necessidade primária de contacto sensorial, pelo calor no contacto com o outro corpo, devemos separar transferencia da aliança terapeutica, mas ainda assim, encarar a primeira

como ingrediente essencial no tratamento da segunda. “Inclusive, o conceito de “transferencia positiva” é vulgarmente utilizado para denotar o estabelecimento da transferencia básica que Greenacre refere” (1989, Sandler, J) .

Para o autor, o pensamento de Freud sobre transferencia limita o nosso olhar sobre ela, e exclui muito do que sabemos actualmente sobre o seu conceito. Encarar este fenómeno apenas como a transferencia de impulsos relacionados com as relações de objeto da infância, na pessoa do analista, é por de parte contributos como os de Ann Freud (1936, cit Sandler, 1989) sobre a transfertencia de defesa e a externalização, entendidas por ela como subespecies da transferencia.

Olhando para a transferencia no seu sentido mais lato,impõe-se segundo Sandler, uma abordagem multidimensional, inscrita numa esfera mais geral das psicologias das relações interpessoais, podendo inclusive encontrar nas palavras de Freud esta passagem da transferencia como um fenomeno universal.

O próprio conceito de “relações de objecto” deve ser aplicado muito além da catarse dos seus conteúdos libidinais e agressivos, devendo nele estarem incluidos também os objectos externalizaveis e internalizaveis de vários tipos, os objectos de deslocamento, ou ainda todas aquelas actuações presas na realidade imediata.

“Assim entendido, e seguindo este ponto de vista, não devemos então perguntar o que é ou não é a transferencia, mas antes quais as dimensões da relação que entram na situação analítica artificial e especial, e como estão elas envolvidas no processo de tratamento? “ (1989; Sandler, J).

Muito influenciado pelos trabalhos e reflexões de Anna Freud com crianças, Sandler define toda a situação analítica, como portadora de propriedades únicas e especiais, que promovem

através de um conjunto de regras, condições e procedimentos, que favorecem a re-criação dos aspectos centrais das relações de objecto do paciente, internalizáveis e externalizáveis pelo presente e passado da análise, sendo que através das interpretações, confrontações, reconstruções e outras intervenções, podemos ajudar a passagem do material da análise de um nível para outro, emergindo com ele todo o processo posterior de desenvolvimento analítico.

Para o autor, e de acordo com estas linhas orientadoras do seu pensamento, devemos então ver a Transferencia como um conceito clínico e não apenas metapsicológico, agrupando com ele todos os elementos intrínsecos às relações em geral. Devemos procurar distinguir as várias “dimensões” da transferencia, sem cair no engodo de considerar todos os aspectos das relações do paciente com o analista como sendo repetições das relações de objecto do passado, tal como o fez Melanie Klein (1952, cit, Sandler, 1989), sem, deste modo, discriminá-las face às defesas contra essas mesmas repetições, várias formas de externalização, deslocamento e extensões de outras relações correntes, também designadas por transferencias de carácter.

“Por outras palavras “transferencia”, no sentido restricto que tende a ser utilizado actualmente, não deve ser entendido como apenas reflectindo a transferencia no seu sentido narrativo, como foi originalmente concebida” (1989, Sandler, J.).

O trabalho analítico com crianças mostra as diferenças entre estes vários elementos mais claramente, mas eles emergem de igual forma, ainda que com diferentes proporções, na psicanálise com adultos.

Para Eduardo Sá (2003) transferencia nada mais é do que a repercussão, na relação clínica, dos ganhos e dos insucessos (ou feridas) de todas as outras relações que lhe foram significativas. O paciente pede ao terapeuta que lhe alivie as nuances que essas feridas terão para si, de forma a poder, naquela relação, organizar essas experiências coesivas, potencialmente reparadoras, que até aí não pôde ter (aquilo que Balint chama de “a new begining”) – Um novo começar que se inicia quando o analista intui, nos seus próprios gestos a ressonância dos do outro, a que se chama contratransferencia (Sá, E, 2003, cap I, pag 27).

As sequelas dessas relações, acabam por se manifestar através de “mecanismos” mentais que uma vez não observados nem interpretados, perpetuam a estrutura psicopatologica através da sua manifestação na relação clínica, contaminando os recursos saudáveis do psicoterapeuta por este círculo vicioso dos aspectos patogénicos das relações. Esses “mecanismos” de funcionamento inconsciente, fundamentais no processo psicodinâmico são, por um lado, a *fantasia inconsciente*, que representa, todo um conjunto de fantasias, enquanto aspectos expansivos do imaginário organizados em torno dos recursos saudáveis da personalidade do sujeito, e de fantasmas, que traduzem os recursos saudáveis da personalidade cuja narrativa sintetiza os aspectos patogénicos das relações significativas. Dentro destes, podemos encontrar 3 grandes categorias de fantasmas: os de castração, típicos das estruturas neuróticas, os de enloquecimento (associados às estruturas borderline) e os de morte (associados às estruturas psicóticas, quer sejam vividas com predominio do imaginário quer se expressem através do que Eduardo Sá chama de psicoses psicossamáticas)(Sá, E, 2003, cap IV, pag 176-186).

Eduardo Sá faz ainda uma analogia entre as fantasias e os fantasmas, nesta dupla em que se compõe a fantasia inconsciente, onde “as fantasias representam um semáforo verde, e os fantasmas ora um semáforo amarelo ora vermelho, sendo deste confronto de experiências que se geram os conflitos psíquicos” (Sá, E, 2003, cap IV, pag 176-186).

Por outro lado, enquanto mecanismo presente nesta organização psicodinâmica, existe também aquilo que Eduardo Sá (2003, cap IV, pag 176-186) designa por *Transferência Estimada* – sendo que transferência não implica só aquilo que uma pessoa projecta no contexto da relação clínica. Um diagnóstico transferencial passa, também, por estimarmos, em função de uma determinada história relacional, os conteúdos daquelas transferências, que se antecedem à chamada do analista para o “palco” das relações significativas do seu paciente”. É essa estimativa que permite tecer comentários e interpretações mesmo antes dos movimentos transferenciais serem perceptíveis. Em quaisquer circunstâncias, um diagnóstico transferencial é sempre uma hipótese clínica, pelo que enquanto hipótese o analista poderá extrapolar as repercussões das relações significativas do indivíduo, sobre os aspectos patogénicos das diversas relações no contexto clínico, de forma a proteger-se face a elas, não só facilitando o seu aparecimento, como acautelando-se perante as suas repercussões, de forma a impedir que essas projecções, uma vez presentes, contaminem a relação terapêutica.

Um outro mecanismo de funcionamento inconsciente presente numa abordagem psicodinâmica, é, como não poderia deixar de ser a *Contratransferência*, já aqui mencionada como factor indissociável do movimento transferencial. Sobre este conceito devemos entendê-lo, não como uma mera reacção do analista à transferência de uma pessoa no contexto clínico, mas antes como um processo intrínsecamente ligado à transferência.

Por último Eduardo Sá, considera também fundamental na análise psicodinâmica, o mecanismo de *rêverie*, definindo este mecanismo como a “produção imaginária e onírica de um analista em presença de uma pessoa”, entregando-se “numa “atenção flutuante” que o leva a “ver” as cenas de uma história que lhe é narrada” complementando-as “como se fosse um “filme” escrito a dois” (Sá, E, 2003, cap IV, pag 176-186), só possível no seio de uma comunhão íntima e mútua entre analista e analisado. É nestas circunstâncias, que transferência e contratransferência deverão ser analisadas e interpretadas, por forma a que se avalie a qualidade clínica da relação em curso.

Coimbra de Matos analisa estas questões da Transferência, à luz dos processos identificatórios deslocados para a relação clínica, tomando a identidade como o processo de síntese das identificações. Daí que identidade represente uma construção pessoal, cuja base são as relações pessoais (interpessoais) significativas, ditas “relações de objecto”, que constroem o pensamento (Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242).

Neste processo de sedimentação identificatória, Coimbra de Matos distingue identificações imagóico-imagéticas (por assimilação da imagem ou da identidade atribuída), das identificações alotriomórfica (identificação com o objecto modelo da relação), das identificações idiomórficas ou idiopáticas (que são a consequência do auto-conhecimento).

Na transferência, estes processos são mediados por movimentos protectores que, ao mesmo tempo que procuram promover a reconstrução dos processos de desenvolvimento interrompidos pelo sofrimento cumulativo das diversas relações, tentam defender contra as repercussões que essas reconstruções podem acarretar enquanto reexperiências dos desencontros com as suas relações de referência. A estes últimos aspectos poder-se-á

chamar resistência à transferência, definida inicialmente por Freud como resistência a recordar-se e, mais tarde, como resistência à associação livre.

A este propósito, Coimbra de Matos, citando um artigo de Kinston e Cohen – publicado em 1986, no *International Journal of Psychoanalysis* (cit Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242)– define a resistência à análise segundo 3 estados:

- Estado de resistência neurótica; caracterizado por movimentos defensivos, para além de uma fluência associativa e de uma consistente abertura transferencial
- Estado de resistência narcíseo-depressiva, caracterizada por associações superficiais e por uma retirada depressiva que, por vezes, se mascara num sentimento de ternura ou de íntima amizade, diante do recalçamento e da inibição do amor sexual incestuoso ou da identificação edipiana.
- Estado de resistência psicótico, caracterizado pelo bloqueio associativo e pelo distanciamento esquizóide.

No processo de compreensão das identificações na construção da identidade, e a partir da sua ressonância na construção da relação transferencial, Coimbra de Matos diz, que o analista, não deve empolar ou diabolizar os objectos internos num plano estritamente descritivo, nem os pode ignorar, opondo-se a eles e dando-se como objecto alternativo de amor (“ninguém se cura com amores de substituição(...) na submissão e à sombra do medo, ninguém é feliz nem tira prazer”)(Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242).

Distinguindo, de forma clara, repetição, transferência e cura, Coimbra de Matos revela o processo clínico como a *transferência –retomada da evolução suspensa* que, como afirma, se dá “sobretudo, quando repara as suas feridas narcísicas e restaura o self, desidealiza e desculpabiliza o objecto, forja as relações numa dimensão de equivalência, retira dos

objectos actuais a sombra dos de antanho, e interioriza a função analisante, adquirindo uma função auto-analítica fluente e integrada no funcionamento mental coerente”(Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242).

Coimbra de Matos distingue ainda o transfert psicótico “maciço, acrítico, marcadamente ambivalente”, que dificilmente permite a discriminação interpretativa e a análise propriamente dita, do transfert neurótico “sereno e estável” onde o relacionamento entre o passado e o presente transferencial é possível e funda a auto-análise, especificando que, numa relação clínica, se deve opor uma transferência amigável (que fornece a “necessária energia afectiva à aliança de trabalho analítica”) , às transferências erótica, hostil, e idealizante (“sempre ao serviço da resistência”) (Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242).

O tratamento psicanalítico assenta assim, em dois procedimentos metodológicos: *reconstrução e análise do passado vivido e desmantelamento das relações patogénicas* (com “dissolução dos maus objectos internos circulantes, recalçados/clivados ou/e projectados”), e *desenvolvimento de uma nova relação*, “desenvolutiva e sangínea” com o psicanalista (que possibilite a transferência das conquistas dessa relação para outras relações fora do setting analítico: transferência da transferência” (Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242).

Estes pressupostos teóricos estão também presentes nas psicoterapias dinâmicas, pelo que a sua base assenta num setting terapêutico no qual o sujeito pode reconciliar-se com os aspectos inaceitáveis e por vezes inconscientes de si mesmo, (re)construindo novas formas de se relacionar, mediante a exploração e compreensão dos conflitos internos angustiantes. (Brown, D., Pedder, J., 1997). Para isso o terapeuta, enquanto catalisador da compreensão,

assume a função de escuta atenta e participativa, intervindo de uma forma compreensiva nos aspectos que perturbam o sujeito (Bruch, 1974; cit Brown, D., Pedder, J., 1997).

II - Outros Olhares sobre a Transferencia: Contributos das Neurociências

Olhando a transferencia enquanto fenómeno inerente à condição humana, e presente em todas as relações interpessoais, talvez possamos desligarmo-nos por breves instantes do contexto psicanalítico e olhá-la segundo novos primas.

A neuropsicologia oferece um contributo importante nesse “outro olhar” ao se debruçar sobre os subprocessos que estão na sua base, acreditando que através deles, poderíamos otimizar as oportunidades de aprendizagem dentro e fora do setting terapêutico.

Assim, falar da transferencia para além da psicanálise implica assumir o seu significado adaptativo, na medida em que permite criar aquelas oportunidades de aprendizagem, promovendo o auto-conhecimento.

Neste “outro olhar” sobre a transferencia, surge como essencial para a presente investigação, a referência a Fred Levin, médico, neurofisiologista, com formação analítica e experiência terapêutica com surdos.

Segundo o autor (Levin, F, 1997), é importante entender como a transferencia funciona, caso contrario poderemos perder oportunidades que facilitam a aprendizagem pela transferencia com os nossos pacientes, não lhes permitindo aproveitar os máximos benefícios do tratamento psicanalítico.

Fred Levin correlaciona assim todo o processo da transferência a uma hierarquização da informação dos dados provenientes da experiência de cada um, ao nível do cérebro, pelo que através dela, podemos atribuir um sentido emocional ao mundo, especialmente ao mundo das relações interpessoais.

Defende que a Transferência, não só desempenha um papel na defesa e resistência clínica, como também oferece um potencial adaptativo ao sujeito, pela “recordação” de momentos já vividos (armazenados na memória de trabalho) agora reactivados por força de mudanças estruturais do indivíduo. Ou seja, existindo na repetição uma (re)experiência e uma (re)elaboração.

Surgem assim, evidências que sugerem uma relação entre transferência e conhecimento transferido, mediante a reactivação da memória de trabalho, onde cérebro e mente fornecem conteúdos facilitadores de novas aprendizagens cognitivas e emocionais. Isto, claro está, se da (re)experiência resultar conhecimento.

A este propósito, o autor acrescenta 2 componentes essenciais para que da transferência possa resultar aprendizagem: associação livre e actividade espontânea (auto-iniciativa).

Para que esta auto-análise surja, ou seja para que a associação livre e a actividade espontânea promovam o auto-conhecimento, é necessário que a transferência coloque ao seu serviço um novo objecto de forma a romper com as repetições cíclicas múltiplas da neurose, pelo sentido que passa a lhe oferecer (Wilson e Weinstein, cit, Levin, F, 1997). Não existe conhecimento pela transferência, se aquele objecto invocar algo demasiado empolado para ser integrado pelo sujeito. Assim, podemos entender que por si só a transferência não funciona como uma ferramenta para a mudança se com ela não existir auto-análise. Sem esta função de internalização, a transferência repetirá indefinidamente

Comparativamente a transferência, tão complexa como uma teia de aranha, pode funcionar como uma resistência ou como um útil insight que permite e promove o crescimento. Assim no primeiro caso corresponderia ao insecto que morria na teia, e no segundo aquele que perto dela se apercebia do seu erro perceptivo evitando cair nela, aprendendo a distinguir diferentes percepções. A questão que se coloca é se aqueles indivíduos que reconhecem as suas transferências mesmo em contextos extra-analíticos usam essa informação para lhes facilitar futuras aprendizagens.

É nesse sentido que Fred Levin(1997) defende que apenas através de uma leitura psicobiológica poderemos explorar o conhecimento das potenciais consequências da transferência clínica, expandindo o conceito da transferência a um fenómeno multidisciplinar, integrando a mente e o cérebro numa abordagem neuropsicológica mais abrangente e explicativa.

Assim o que poderá motivar o fenómeno de transferência?

Ao tentar entender as motivações que estão na base do fenómeno transferencial, podemos olhar para este processo através do seu substrato neural, mediante os mecanismos que suportam o processo do pensamento (Levin, F.1997). Estes mecanismos vão contribuir para a activação do interesse e atenção numa coincidência neuropsicológica, por força do estabelecimento de padrões de activações simultâneas em partes do cérebro que os conduzem à recolha e síntese de informação, expressas em reacções de “insight”.

A este propósito Luborsky et al (1979, cit, Levin, F, 1997) mostraram num estudo feito a existência de um período de 3 minutos que precedem a “acontecimentos” particulares, e que podem transformar-se em insights significativos a partir de ligações casuais. Num

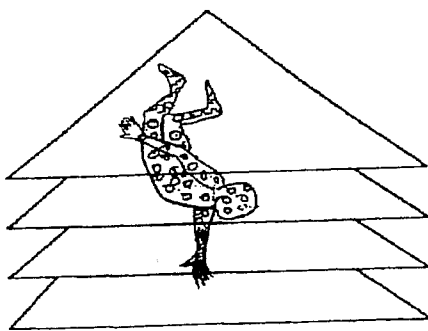
outro estudo Levin (1980, cit Levin, F, 1997) examinou todas as reacções de insight que ele designa por “aha” em 5 anos de análise, e constatou que estas reacções frequentemente se iniciam com o uso de uma metáfora pela parte do analista, que procura caracterizar a transferência de uma nova forma – Interpretação da Transferência Metafórica (MTI- *Metaphorical Transference Interpretation*) (Levin 1991, chap 1, cit Levin, F, 1997). Para o autor a Interpretação da Transferência Metafórica (MTI), parece aumentar ou engrandecer os vários tipos de experiências “aha” (i.e , facilita a integração e/ou insight).

Na MTI a activação simultânea de padrões de processamento de informação (dados) a nível cerebral predomina. Quando os pacientes se interessam pelas metáforas, eles também experienciam actividade intersensorial que acede à memória e inspira o insight. A Transferência da Metáfora (em MTI) estimula o insight por força da actuação a nível neuronal destes processos, em áreas cerebrais que concernem especificamente a integração intersensorial. Para além disso, o insight é promovido pela invocação da metáfora em conexões entre a experiência em mais do que uma modalidade sensorial, ao mesmo tempo que a interpretação dessa metáfora convida a mente a fazer ligações com diversos níveis de experiência simultaneamente. As conexões dependem também dos julgamentos entre semelhanças e diferenças (Levin 1991, pp145-164, cit, Levin 1997) assim como a actividade cerebral iniciada pela MTI assenta na plasticidade cerebral e mecanismos interhemisféricos de defesa, controle e auto-regulação do sistema vestibulo-cerebral (Levin and Vuckovich, 1983, 1987, cit, Levin, F, 1997).

Ou seja, o que daqui resulta é que a transferência influencia seriamente a aprendizagem inicial entre a mente e o cérebro. O analista e o paciente entram nesta aprendizagem

potencial através do gozo e curiosidade individual, e através da interpretação da transferência à medida que ela aparece.

Fred Levin (1997) propõe assim uma explicação teórica para a “Experiência do Pensamento”, enquanto possibilidades académicas para a compreensão dos componentes dos subprocessos envolvidos no fenómeno de transferência que se relacionam com a aprendizagem da transferência. Assim, o autor defende que: a) a transferência corresponde simbolicamente “a uma queda livre” - enquanto regressão entendida aqui, não como funções do ego mas antes envolvendo variáveis como atribuições verdadeiro ou falso. Freud refere-se a 3 tipos de regressão, indicando respectivamente um movimento através da antiguidade (no tempo) primitivo (na forma) ou próximo da experiência sensorial (chamado de regressão formal) (Freud, 1900, p548, cit Levin, F, 1997). Por outro lado, b) o locus do movimento pode ser representado por triângulos - níveis hierárquicos, pelos quais se vai passando na actividade cerebral, e ainda c) os julgamentos das semelhanças pode ser o que liga os diferentes pontos nos vários triângulos uns com os outros (Levin, 1991, cit Levin 1997).



Por outras palavras, quando desenvolvemos uma transferência corrente, estamos a ligar algumas experiências actuais do paciente com experiências similares com alguém do seu

passado. Um trabalho mais recente de Freud apresenta ligações interessantes com estes aspectos. Freud (1900, cit , Levin, F, 1997) escreveu, sobre as associações que ele chamava de ligações das percepções da memória, afirmando que estas se baseavam em dois factores, simultaneidade e similariedade. No sistema freudiano existem 2 subsistemas - um ligado à percepção mas desligado da memória, outro possuindo memória mas sem capacidade perceptual. O subsistema que Freud chamou de “pcpt” relaciona-se com a consciência e pode bem corresponder à aquilo que é conhecido por memória de trabalho ou memória a curto-termo. O segundo sistema de Freud relaciona-se com a memória a longo prazo e o inconsciente psicanalítico. Freud também discute o julgamento da similariedade (1901, 1905b, cit, Levin, F, 1997): Nestes textos Freud postula um modelo topográfico no qual inter-relacionam-se ambos os sistemas independentes de representação que contribuem para a função mente/cérebro. Vendo retrospectivamente o modelo de Freud, ele assemelha-se a um trabalho neuronal de nódulos especializados.

A abordagem psicanalítica da transferencia sublinha significativamente os tópicos dos julgamentos pela similariedade e processamento da memória nos domínios da psicologia cognitiva e neuropsicologia (Levin and Kent 1994, 1995, cit, Levin, F, 1997).

Ou seja, se na psicanálise a transferencia clinica é claramente baseada em percepções de semelhanças estruturais entre situações do passado e do presente, ou entre padrões de comportamento com o analista e outra pessoa, na neuropsicologia, o processamento da memória refere-se a processos similares onde a experiência de partes de um qualquer padrão perceptual prévio conduz a (re)colecção do resto do padrão.

Claramente, processamento da memória e julgamentos pela similariedade podem ser relacionados a estados de transferencia, quando reagimos pela transferencia a alguém no

aquilo que continuará a ser um conflito por resolver. É através do contexto interactivo que o potencial latente do intrapsíquico pode emergir (Levin, F, 1997).

No entanto, com estas reflexões apenas podemos relacionar alguns aspectos da activação da memória de trabalho e o seu cruzamento com certos afectos primários de (re)colecção e insight. Mas ainda não podemos inferir quais as motivações para a transferencia.

Examinemos então, as ligações das perspectivas interdisciplinares no fenómeno de aprendizagem transferencial. A informação extra-analitica acerca dos aspectos mais gerais do fenómeno constitui ganhos transferenciais, quer no trabalho clinico quer nas construções teóricas psicanalíticas. Ou seja, é preciso entender como trazer para fora do setting terapêutico as vantagens da aprendizagem pela transferencia –auto-conhecimento.

Fried, Crits -Christoph e Luborsky (1992, cit , Levin, F, 1997) documentaram a existência de fenómenos de transferência fora do contexto clinico da psicanálise, confirmando assim o que psicanalistas e psicólogos cognitivistas inferiram, que o conceito transferencial é útil na explicação do comportamento em geral e não é restrito ao setting clinico.

É mediante a transferencia que podemos alcançar a oportunidade única de expandir o significado e profundidade da experiência - o que não implica regressão ao serviço do ego. A análise da função da transferencia é muito mais complexa para ser caracterizada dessa forma reducionista.

Fred Levin (1997) faz uma comparação entre uma teia de aranha e o fenómeno de transferencia. Alguns cientistas estudaram a razão pela qual alguns insectos são atraídos para a teia de aranha acabando por morrer lá, afirmando que o seu formato em Y semelhante a uma flor os atraia ao engano, por meio de uma percepção errada.

aqui e no agora, sendo que algo na nossa experiência actual sobre eles serve como pista a experiências passadas similares recordadas pela memória. Por outras palavras, a experiência presente parcial da transferencia pode ser vista como processando a (re) colecção de toda a experiência passada.

A similaridade entre os 3 domínios: psicanálise, ciência cognitiva, e neurociência - é suportada pelo menos por 3 níveis de evidência segundo Fred Levin (1997). O primeiro envolve a comparação de subprocessos e propriedades. Sobre este ponto de vista podemos ver similaridades na definição das características da transferencia enquanto deslocação de afectos/comportamentos de velhas para novas figuras, nos julgamentos de similaridade por comparação de padrões na base de estruturas similares profundas ou superficiais e no processamento da memória enquanto resposta a estímulos de evocação onde o novo lê o padrão antigo. O segundo nível de evidência aparece no trabalho de Gabriel et al (1991, cit, Levin, F, 1997) sobre a aprendizagem de evitamento em coelhos, que demonstra que as suas reacções de previsão de pistas ilícitas, estabelece respostas no tálamo límbico e córtex posterior "cingulate".

Uma 3ª linha de evidência surge no trabalho de Hadley sobre a organização do sistema límbico. Segundo o autor, 2 princípios básicos de organização estão envolvidos na escolha de um objectivo ou motivação; (1) similaridade, ou manutenção do familiar, (2) padrões neuronais de disparo, e (3) o uso de sinais prazer/ dor no processo de ligação.

Examinando a organização hierárquica do sistema límbico, encontramos fortes evidências que as aprendizagens transferenciais se ligam a processos de comparação e integração em múltiplas áreas da memória. Por outras palavras o circuito límbico parece capitalizar julgamentos com base na similaridade e diferença em vários níveis de abstracção.

Encontrar similaridades é importante pois ajuda-nos a comparar situações do passado com situações actuais, dando uma resposta adequada a essa experiência prévia, transferindo assim soluções passadas para os problemas correntes com a expectativa de elas se aplicarem no presente.

O que é particularmente importante é que as semelhanças superficiais e profundas andam juntas (mas nem sempre). Ou seja, existe uma vantagem adaptativa na decisão de julgamentos pela similaridade, no sentido que mente/cerebro aprenderam a desempenhar uma análise mais detalhada (para ver se existe de facto uma estrutura similar mais profunda) actuando assim na coincidência (ligação) de aspectos que reúnem um critério de julgamento de similaridade superficial. No caso da Transferencia, a forma como isto se processa é que testamos com os outros o seu potencial de actuação através dos aspectos da nossa experiência transferencial, apenas pela sua aparência ou comportamento que se assemelha superficialmente com os objectos do passado.

III – Linguagem, Comunicação e Pensamento

III.I – A Psicanálise e a Linguagem/ Comunicação

Vamos tomar “o deserto como metáfora da desertificação relacional. (...) A vida de muitas pessoas é um deserto. Uma solidão feita por vultos e silhuetas mas sem pessoas (...)” – aqui sem palavras nem comunicação – “(...) de que se precisa para se estar vivo. Uma solidão que desvitaliza e deserotiza. Uma solidão abrasiva (...)” – um silêncio ensurdecido- “(...)

que se vai instalando (...) devagar. Diante de um deserto relacional, a psicanálise deve ser mais do que um oásis na vida de alguém: será redentora para com o erotismo, sempre que reconcilia as pessoas com o namoro pela vida. E vivifica, sempre que “duas improbabilidades” se escutam e dialogam” (Sá, E, 2003) .

“ Cura pela fala” pressupõe que as palavras podem sarar as feridas, mas o que cura é a relação que se forma com esses instrumentos de comunicação. É sobre ela que recai o olhar psicanalítico, transpondo na relação clínica o seu passado, a sua história – pela transferencia – esperando-se que nela surjam possibilidades de organização dessas experiências coesivas, potencialmente reparadoras. A isto Balint (cit, Sá, E, 2003) chama “ um novo começar”, que parte da contratransferência intuita no analista pela ressonância dos gestos do outro.

Num contexto psicodinâmico é preciso então, saber escutar, observar e não apenas ver, é preciso intuir e perguntar sempre porquê, imaginar o outro, e utilizar as palavras, os silêncios e os gestos como instrumentos de conhecimento, “com a consciência que ninguém se conhece sem se dar a conhecer, e que numa relação clínica orientada por coordenadas psicanalíticas, nunca se avalia sem que se seja avaliado, e nunca se cresce sozinho, nunca se cresce sem que o outro com quem pode crescer cresça também” (Sá, E. 2003).

As palavras, os gestos, os silêncios, o olhar, são formas de linguagem, para além da verbalização, e são por isso formas de relação.

A linguagem não assenta exclusivamente na verbalização, como é o caso da linguagem dos surdos ,porém tendemos a desvalorizar o significado da sua existência bem como dos outros modos de comunicação que envolvem os gestos, expressões faciais, posturas e por aí em diante. A investigação de Bellugi mostra como a linguagem é muito mais complexa, e

que certamente é mais do que verbalizações. Verbalização é importante para o sistema sintático da linguagem, mas é apenas um modo de linguagem entre vários.

Em certo sentido linguagem representa um conjunto/família de capacidades comunicativas relacionadas entre si.

O sistema comunicativo parece estar dividido nas suas manifestações verbais e não verbais, sendo que os alicerces do sistema sintático se inscrevem nestas últimas, numa fase precoce e prematura, já que são elas que antecedem as manifestações verbais da linguagem. Estes alicerces do sistema sintático vão permitir organizar e (re)organizar o pensamento – conduzindo o cérebro na direcção que lhe permite uma capacidade de abstracção, que segundo Fred Levin (1991) constitui a base para o desenvolvimento psicológico, fluência na linguagem sintática e várias competências culturais.

A base neurofisiológica para a capacidade humana que Daniel Stern chama “ percepção modal “– e que Fred Levin(1991) designa por integração modal permanece por descobrir. No entanto, para o autor muitas condições psicopatológicas provavelmente resultam de um distúrbio no sistema de integração sensorial .

Independentemente das competências de cada um de nós no uso da linguagem, todos sabemos como por vezes a comunicação por ser difícil, dependendo da multiplicidade dos modos de comunicação utilizados, que completam e complementam a linguagem formal. Modos de comunicação refere-se a todos os comportamentos humanos verbais, paraverbais ou gestuais, e expressões que podem carregar consigo um significado na mensagem. Estes

modos são construídos dentro de um sistema de comunicação, inserido na receptividade cerebral, processamento e capacidade expressiva.

Fred Levin (1991) defende que o sucesso da psicanálise reside na sensibilidade dos seus participantes em todas estas nuances da comunicação, especialmente nas não verbais (o maior/ mais importante modo de comunicação não verbal no que respeita à psicanálise é claro a transferência).

Por outro lado, o sucesso da psicanálise visto à luz das nuances da comunicação encontra a sua maior síntese no trabalho da psicanálise linguística e antropológica, no que respeita aos seus princípios fundamentais. Estes princípios reportam-se à concepção freudiana de condensação e deslocamento - 2 princípios explanatórios que facilitam a compreensão de todos os sonhos e da actividade mental no processo primário - à concepção de Saussure e Jakobson de “similariedade” e “contiguidade” - 2 princípios explicatórios que facilitam a compreensão da linguagem - e à concepção de J G Fraser de “contacto/contágio” e “similariedade “ - 2 princípios explicatórios que facilitam a compreensão dos mitos e rituais-.

Aparece aqui associado a contribuição da actividade mental de um aspecto fundamental da organização cerebral, nomeadamente a integração da informação acerca da “contiguidade” (tacto) “similariedade” (visão) e “sonoriedade” (audição). Esta integração intersensorial parece ser uma parte decisiva do sistema responsável pela capacidade de abstracção humana, e por isso mesmo, a base da linguagem, cultura e avanços no desenvolvimento psicológico, cada um deles exigindo uma capacidade de abstracção(Levin, F, 1991).

Vários estudos sobre a comunicação dão ênfase à expressão não verbal da comunicação e às suas nuances tão importantes na psicanálise.

Ruesch e Kees (1964, cit, Levin, F, 1991) dividem as formas não verbais em 3 categorias distintas: a língua gestual, onde os gestos substituem palavras numa linguagem gestual formal dos surdos, a linguagem activa, que inclui todos os movimentos não exclusivos da Língua Gestual e a linguagem objectiva, que envolve todas as expressões incluindo arte e moda. A sua contribuição teórica para além da taxonómica, diz respeito às considerações de que o mundo da comunicação pode ser visto na forma “analógica” versus “digital” (p 189, cit Levin, F, 1991).

Speigel e Machotka (1974, cit , Levin, F, 1991) analisaram cuidadosamente como o movimento e postura pode ser descodificado em categorias significativas de intenção, afecto, e motivação.

Feldman (1959, cit, Levin, F, 1991) na sua abordagem comunicacional segundo a perspectiva da repetição das idiossincracias verbais, demonstrou como estes padrões reflectem sentimentos e pensamentos inconscientes. Para Freud (1901, cit, Levin, F, 1991) essas idiossincracias representam a ferramenta do insight e o começo de uma psicanálise sistematizada nesses actos sintomáticos.

Freud defendia o papel da linguagem enquanto estrutura profunda do cérebro. O seu estudo sobre Afasia (1891b, cit , Levin, F, 1991) lida com o mais básico e mais persistente pressuposto da psicanálise, enquanto ao mesmo tempo examinava uma perturbação da comunicação.

Fónagy considerou que a entoação do discurso desempenha um papel predominante na comunicação dos afectos quer na infância quer na adolescência. O psicanalista Hermann

também considera que a entoação e sonoridade “estão próximos do inconsciente e dos afectos “(Muller, 1989, cit, Levin, F, 1991). Assim, mesmo antes de reconhecermos as palavras da nossa língua materna, já conseguimos descodificar e codificar a comunicação emocional na base da entoação por si só, e aparentemente continuamos a usar certos sons (fonemas) para transmitir um significado emocional particular independentemente do significado das palavras (Steiner, 1987, cit, Levin, F, 1991).

Numa abordagem psicanalítica contemporânea, a mimica parece expressar ou se aproximar do processo inconsciente já que envolve mecanismos similares, tais como a condensação, dissociação, distorção, deslocamento, representação e simbolização (Speigel e Machotka, 1974, p58, cit Levin, F, 1991).

Tal comunicação gestual utiliza subsistemas do cérebro cuja maturação parece ser significativamente anterior aos subsistemas utilizados no uso de vocalizações .

Para Fred Levin (1991) o sistema de comunicação do cérebro é considerado como produtor de vários modos de comunicação. Classifica 6 modos de comunicação; o gestual que inclui sinais tal como são definidos numa cultura ou linguagem dos surdos, o Prosódico, que inclui ritmo, inflecção, timbre, melodia , e um sistema de gestos e expressões faciais, o Semântico, que inclui significado verbal , conceitos, e significado visual, o Sintático, que inclui sequência, relações e gramática, o Matemático, que inclui as competências matemáticas, lógica, e anagramas, e ainda outros modos, onde se incluem aqueles não explicitamente mencionados mas utilizando criatividade do indivíduo ou grupo. Para além destes 6 modos de comunicação, o autor acrescenta 2 aspectos suplementares, defendendo a existência de um “6º sentido” ou percepção extrasensorial que permite ao ser humano

apreender sentimentos e pensamentos muito além dos modos de comunicação não verbal e que parece estar fora do controle da nossa consciência, paralelamente às preferências de cada um pelos diferentes modos de comunicação e as suas idiossincrasias ou especificidades, que representam um aspecto importante na sua personalidade ou carácter.

Estes diferentes subsistemas do cérebro representam diferentes lateralizações das características dos diferentes modos de comunicação tal como é referido por Benson (1986, cit Levin, F, 1991).

O modo gestual é claramente um sistema bilateral enquanto que a distribuição do modo prosódico tem uma função mais complexa; o timbre é bilateral, melodia é essencialmente hemisfério direito, e o ritmo é primordialmente hemisfério esquerdo. No que respeita aos sistemas da linguagem semântica, o significado verbal é hemisfério esquerdo, onde o lado direito parece não ter virtualmente capacidade no que respeita à sequência, apreciação das ligações /conexões/associações, ou gramática. Benson não faz referência ao modo matemático neste esquema, mas estas competências estão provavelmente ligadas a uma função bilateral, dependendo das competências matemáticas envolvidas. No caso das funções da lógica, o hemisfério esquerdo é provavelmente mais crítico, enquanto os anagramas provavelmente envolvem funções visuopáticas e por isso utilizam o hemisfério direito.

Deste modo, uma porção substancial do cérebro destina-se à descodificação, processamento e codificação da comunicação. O cérebro responde a esta experiência alterando a sua organização num processo chamado de aprendizagem, que envolve uma propriedade do cérebro que se designa por plasticidade. As permanentes aprendizagens e alterações na

plasticidade ocorrem ao longo do tempo, segundo aquilo que se considera desenvolvimento psicológico.

Claramente, comunicação, aprendizagem, plasticidade e desenvolvimento, todos representam abstrações respeitante a processos psicofisiológicos (Levin, F, 1991).

Estas diferenças na lateralidade face aos diferentes modos de comunicação, ligadas á noção de plasticidade cerebral, levam-nos a ponderar sobre as diferenças entre população surda e ouvinte, já que entre ambos estão presentes mais do que alterações formais na comunicação. Ouvintes ou Surdos, fluentes na Língua Gestual dos surdos, são capazes de aprender uma Língua Gestual Estrangeira num tempo extraordinariamente curto. Este facto sugere que a classe da comunicação não verbal chamada de Língua Gestual está mais perto de um código linguístico básico (ou como Chomsky designa “estrutura profunda”) do que as linguagens verbais. Esta é uma pista importante acerca do processo fundamental que sustêm toda a actividade abstrata do cérebro.

Ao mesmo tempo, se considerarmos as evidências biológicas no que respeita à evolução da linguagem, tal como explica Lieberman (1984, cit Levin, F, 1991), parece não haver dúvidas que na sequência evolutiva do aparecimento da linguagem, as formas não verbais antecedem as verbais enquanto modo de comunicação central. Com isto não significa que se atribua superioridade aos modos de comunicação verbal.

A entoação, expressões faciais e gestos de sinalização envolvidas no discurso humano e linguagens, oferecem continuamente através da voz, face, mãos, toda a riqueza às palavras, ajudando-nos a ultrapassar a ambiguidade.

Um outro aspecto já aqui mencionado é a importancia da aquisição da linguagem no desenvolvimento psicológico, de tal forma que, quer ouvintes quer surdos, quando privados

ao longo dos primeiros tempo de vida , naquele que podemos chamar “período crítico” para a aquisição da linguagem que antecede o seu aparecimento, facilmente vêm espelhado essa privação no desenvolvimento cognitivo, acabando mesmo em alguns casos com um funcionamento retardado .

No opinião de Fred Levin (1991), a resposta a este determinismo da linguagem no desenvolvimento global do individuo assenta na “abstração” enquanto função mental. A forma de aprender a utilizar esta “abstração” (i.e , enquanto capacidade permanente) reside no treino do cérebro em fazer conexões entre um número de processos. Por um lado, o verbal e o não verbal devem ser utilizados em conjunto. Isto apenas acontece através da experiência de nomeação , que é através da qual os pais partilham sentimentos . “ (...) Num passo crítico na lógica simbólica abstracta (..) gradualmente adquirimos palavras para todas as categorias gerais e abstractas, e em ultimo damos nomes a acções e até mesmo conceitos” (Kent, 1981, p .149, cit , Levin, F, 1991).

A nomeação, quer de padrões complexos do pensamento, quer experiências perceptivamente próximas, oferece-nos a capacidade para começar a manipular, comunicar e dissimar significados. Mas para que tal aconteça é necessário que se promova uma integração adicional, crucial para a linguagem e o desenvolvimento psicológico (e possivelmente toda a actividade mental abstracta) como seja a integração de várias modalidades sensoriais. O centro dos subsistemas cerebrais que favorecem as relações das aprendizagens e aquisição de conhecimentos sustentam-se no cruzamento dos processos de integração sensorial (Levin, F, 1991).

Os linguistas concluíram que a actividade abstracta que chamamos de linguagem é basicamente a combinação de dois principios fundamentais: “contiguidade” e

“similariedade” (Jakobson , 1987, cit, Levin, F, 1991). Esta generalização comporta um importante contributo de Saussure e Jakobson, e mais tarde de Rosen, para a psicanálise (cit, Levin, F, 1991). Paralelamente, esta generalização representa de igual forma o insight de Freud (1900, cit, Levin, F, 1991), que reuniu os dois processos-primários básicos referentes aos mecanismos de condensação e deslocamento (que é análogo ao conceito de contiguidade e similariedade, bem como dos trabalhos de Fraser (1890), cujas reflexões acerca do ritual e mito trouxeram à conclusão os 2 princípios organizacionais críticos da “lei da similariedade “ e “lei do contacto (ou contágio)” (Muller, 1989, p.102, cit Levin, F, 1991).

As descobertas da Psicanálise, Linguística e Antropologia podem assim ser combinados nos mesmos 2 “ princípios fundamentais” através do trabalho de Hermann (1934, 1936, cit Levin, F, 1991) e Fónagy (1963, cit, Levin, F, 1991) sobre a importancia da sonoridade, e ver que a grande dicotomia assenta na integração cerebral da informação através de 3 eixos: contiguidade (tacto) similariedade (visão) e sonoridade (audição). Estas ligações às experiências sensoriais imediatas são a essencia da abstracção .

A capacidade de dar nomes às coisas, a par de todo o periodo que antecede a essa conceptualização simbólica, facilita o desenvolvimento quer da aquisição da linguagem quer da capacidade de abstracção no general, promovendo a criação de conecções entre as modalidades sensoriais primárias baseadas na sua simultânea estimulação. Esta exposição deveria assim criar pontes e correspondencias entre experiências nos diferentes modos sensoriais baseado na partilha de um “nome” comum .

Para além destes contributos para a psicanálise, importa referir alguns nomes importantes na Linguística que nos permitem olhar quer para a psicanálise em si mesma, quer para todo o acto analítico segundo diferentes perspectivas.

Segundo Leavy (1983, cit Levin, F, 1991), cada um dos contributos de Victor Rosen, Marshall Edelson, Roy Schafer e Jacques Lacan, tenta acrescentar alguma coisa distinta na psicanálise: Rosen na área dos conceitos gerais da linguística, Edelson segundo as conceptualizações de Chomsky, Schafer através da “linguagem activa”, e Lacan por meio dos seus insights únicos segundo a tradição linguística de Saussure e Jakobson.

Rosen acreditava que as interpretações no processo analítico assemelhavam-se ao paradigmático caso das “descobertas do significado das parapraxias”. Ele afirma que a “linguagem simbólica é construída por sons pré-simbólicos –ou gestos – que são fixados com o intuito de significar certos acontecimentos. Por esta razão um sistema de sinais ou o fenómeno gestual, dirige-se a objectos do mundo exterior, que mais tarde resultam no processo secundário de superordinação” (Leavy, 1983 (p 39), cit Levin, F, 1991). Isto é consistente com a neurofisiologia e perspectivas de processamento de informação. Leavy refere que Lacan utiliza o neologismo de “lalações” – semelhante ao palrar da criança pequena- para expressar este conceito.

Fred Levin(1991) concorda com a perspectiva de Rosen e Lacan acerca da possível origem da linguagem simbólica, no entanto acredita ser infundado a conclusão da predisposição da linguagem para a quebra. Para além disso, ambos os processos primário e secundário da linguagem podem ser usados (de acordo com a discussão do autor sobre os modos de comunicação múltiplos, não verbais e verbais) pelo cérebro.

Na discussão sobre a contribuição de Rosen para a psicanálise, Leavy (1983, cit Levin, F, 1991) afirma que “o que é mais essencial no pensamento de Rosen....é que existe em toda a escuta analítica e interpretação, um momento dialéctico. Num primeiro momento o analista detecta um gesto infantil (ou sinal) no discurso falado, para num segundo momento - o acto interpretativo - o sinal descoberto ser devolvido ao analisado” (Leavy, 1983 (p40), cit Levin, F, 1991). Para Fred Levin (1991) estas considerações, quer de Rosen, Lacan ou Leavy, assentam todas elas numa percepção da situação psicanalítica segundo uma perspectiva particular onde “primeiro vem a palavra”. Ou seja para eles, a palavra é central. No entanto, observadores cuja concepção não se centra tanto na palavra em si mesma, como é caso de Fred Levin (1991), podem olhar a situação psicanalítica como algo que envolve em primeiro lugar a comunicação entre dois indivíduos em colaboração. Para ele esta perspectiva (ou enfãse) da linguagem total, parece ser muito mais benéfica no processo analítico, do que uma focada na verbalização.

Mesmo Leavy introduz ele próprio a ideia, que os pressupostos de Rosen e Lacan, no que respeita á psicanálise, sofrem de uma forte contaminação das teses linguísticas de Saussurean, centrando-se demasiado na palavra como significante. No entanto, Leavy fala da excessiva contração na palavra em contraste com “o ver o discurso de acordo com a forma como ele se organiza através das frases” com o intuito de preservar a sua vivacidade. Fred Levin, ainda que entendendo esta vivacidade que Leavy falava, como parte integrante dos seus modos não verbais, considera esta concepção ainda muito presa à palavra.

Leavy tenta desacreditar as teorias linguísticas de Chomsky porque para ele as suas “estruturas profundas” nada têm a ver com a dinâmica do inconsciente. Mas no entanto considera útil a perspectiva de Edelson, baseada nas conceptualizações de Chomsky, onde

“muito do entendimento dos contributos da psicanálise para a empatia, intuição, ou informação extralinguística do consciente e inconsciente actual deriva da sua “competência linguística internalizada (e semiológica) cuja existência e natureza todos devemos ter em conta” (Leavy, 1983(p43), cit Levin, F, 1991).

Ainda que Leavy exclua os aspectos não verbais da comunicação, que segundo Fred Levin são determinantes na comunicação, estando inclusive subjacentes segundo ele na função semiológica referida por Rosen, Leavy defende “que a linguística é em grande medida a ciência básica da psicanálise, porque explora o processo sobre o qual a psicanálise actua” (Leavy, 1983(pp45-46), cit Levin, F, 1991).

A posição de Fred Levin, sobre as vantagens de olhar para a psicanálise do ponto de vista da comunicação total, isto é semiótica, e não apenas pela optica da actividade verbal, é sustentada em grande medida pelas posições de Roy Schafer, quando ele propõe uma “linguagem activa” como meio de condução das interpretações psicanalíticas bem como, favorecendo o insight, onde nada na condição humana acontece por acaso, mas antes é auto-criado pela acção (e supostamente pelas inacções intencionais também). Esta ideia apenas vem reforçar as concepções originais de Freud.

III.II – Linguagem e Comunicação

A linguagem permite estruturar o pensamento, pôr por palavras os sentimentos, apreender a realidade externa e comunicar com os outros. “A linguagem é a própria civilização. A palavra, mesmo a mais contraditória, preserva o contacto - é o silêncio que isola “ (Mann, T.; cit, Musselwhite, C, St. Louis, K., 1988).

Independentemente de se considerar a Linguagem como um meio de expressão de ideias, tal como é postulado na longa tradição filosófica de Larousse (cit Mounin, G.; 1968) ou de corresponder a todo um sistema de signos que serve de meio de comunicação, como defendia Lalande (1926, cit Mounin, G.; 1968), a linguagem é entendida enquanto propriedade do ser humano, pelo que a essa competência exclusiva se faz corresponder numa relação bilateral, um sistema de signos distintos com ideias igualmente distintas, envolvendo todos os órgãos dos sentidos e extrapolando a mera comunicação verbal expressa em palavras (Mounin, G.; 1968). Aqui reside a sua complexidade e “magia”.

Como é que a partir de uma sistema de signos limitados, o homem expressa uma infinidade de ideias? É esta a equação que permite ao homem, com as suas capacidades também elas limitadas, superar aquelas insuficiências sem se intimidar com elas.

A linguagem tem duas grandes propriedades; por um lado, o facto de ser entendida como meio de comunicação, por outro, por ser vista como um sistema de signos.

As mensagens são construídas por signos, entendendo-se estes como sinais de comunicação onde a relação significado/significante é extrínseca, não analógica e por isso meramente contingente e convencional.

Por outro lado, a noção de sistema implica a presença de signos, de uma forma estável, de mensagem para mensagem, e segundo uma definição operacional que permite estandardizar uma rede semântica directamente ligada ao significado das palavras.

Para além disso, a linguagem humana não surgiu sem um passado consciente e construído, pelo contrário, é fruto de um constructo histórico que nos tem acompanhado ao longo dos tempos, e que nos mostra que as línguas não são “sistemas puros de signos arbitrários”, pelo que a mensagem pode ser acompanhada por simbolismo, sendo o caso mais explícito o da entoação que é dada numa conversa, consoante o estado de espírito do locutor. Assim, podemos falar de sistemas parciais de símbolos nos quais existe uma representação directamente proporcional à da realidade, ou de sistemas parciais de signos arbitrários cujas representações têm uma ligação convencional à realidade em questão (Mounin, G.; 1968).

Também a linearidade da estrutura da linguagem e a natureza discreta dos signos que a constituem, representam duas propriedades da Linguagem Humana. A linearidade da estrutura da mensagem linguística pressupõe o enquadramento espaço-temporal do que é dito, donde duas unidades não só não podem coexistir em simultâneo no discurso emitido, revelando portanto o carácter funcional das unidades constitutivas da mensagem (Mounin, G.; 1968).

A linguagem apresenta ainda como característica definidora, a natureza discreta dos signos que a compõem, pelo que todos os sons nos quais a linguagem assenta não podem ser graduados independentemente de todas as formas substitutivas e complementares à palavra, que com diferentes entoações podem porventura reforçar o sentido expresso.

Por fim, podemos ainda falar da dupla articulação, que se inclui neste “catálogo” de propriedades estruturais da linguagem humana. A primeira articulação assenta nas unidades

mínimas ou monemas dotadas de significado, e a segunda nas unidades mínimas dotadas de forma fónica mas sem significado, designado por fonemas (Mounin, G.; 1968).

Deste modo, através da combinação de fonemas finitos, podemos atender a um número também ele finito de monemas, que uma vez agrupados e combinados, permitem obter um número infinito de mensagens, todas elas compreensíveis e devidamente interpretáveis. É esta capacidade que lhe confere a “magia” que atrás mencionámos e que atribuem à linguagem especificidade enquanto sistema de comunicação, manifesto na sua capacidade criativa (Mounin, G.; 1968).

Assim sendo, e atendendo ao que já foi dito, se se trata de um sistema finito, sem combinações vocais, ressalta incontestável a não decomposição da mensagem em enunciados elementares, como é o caso do monema e fonema na linguagem humana, pelo que, o enunciado se irá prender com situações específicas, onde o conteúdo se encontra devidamente fixado, e onde o espaço formal daquela mensagem permanece idêntico a si mesmo no tempo e no espaço, sem qualquer tipo de criatividade na sua reconstrução ou reelaboração (Mounin, G., 1968).

Mesmo antes do desenvolvimento desta capacidade de usar a Linguagem como sistema de comunicação, a criança já é capaz de comunicar, transmitindo os seus desejos e necessidades através da posição do seu corpo, contacto ocular acompanhando de expressões faciais, gestos e até chamadas “birras”, que constituem formas de comunicar sem uso da linguagem (Cox, R., cit Schopler, E., Bourgondien, M., Bristol, M., 1993).

Trabalhos realizados nos anos 70 (Bates, 1976; Bruner, 1975; cit Mendez, M.; 1993) demonstraram que aquelas habilidades, anteriores à aparição da Linguagem falada, se desenvolvem e têm lugar num contexto de interação social, pelo que, se inclui a

Linguagem Oral num conceito bem mais vasto da função comunicativa, “entendida como um processo social e como competência psicológica interpessoal” (Mendez, M., 1993, p22), enquanto instrumento privilegiado para transmitir a informação.

Assim, a Linguagem Oral aparece como veículo primordial na Comunicação e da representação, na medida em que, a partir daquelas formas primárias de respostas comunicativas, se criam condições para a emergência de estruturas que permitirão mais tarde o seu aparecimento através dos processos de simbolização (Cox, R., cit Schopler et al, 1993).

Assim, podemos dizer que a emergência da função simbólica é fundamental para a aquisição da linguagem, pelo facto da criança só começar a falar quando dispõe de capacidades representativas, ou seja, quando ultrapassa a inteligência sensório-motora, tal como defende Piaget (1977), na qual apenas é capaz de ligar uma a uma as acções ou percepções sucessivas com quem trabalha, passando assim a dominar a capacidade de representar mentalmente diversos acontecimentos isolados, bem como a possibilidade de evocar o passado, representar o presente e prever o futuro, através daquilo que Piaget (1977) designou por inteligência representativa.

No entanto, até que possamos estar na presença concreta desta função simbólica, de modo a que seja possível a aquisição da linguagem, esta evolução passa por um reconhecimento, por parte da criança (por volta dos 6 meses), dos objectos através de índices, que ainda não são verdadeiros significantes, mas que são tratados como se de indicadores de um objecto total se tratassem. Nesta fase, apesar de existir capacidade de utilizar pistas em referência a alguns objectos, ainda não está instalada a verdadeira distinção entre significado e significante (Piaget; J., 1977).

O que no entanto se constata, é que a acomodação como imitação surge como função que proporciona à criança os primeiros significantes, pelo facto de esta ir aos poucos, criando imagens mentais daquilo que realizou, passando a utilizar essas imagens, no futuro, como “esboços” que orientam funções futuras.

Deste modo podemos afirmar que a função simbólica está intimamente relacionada com a imitação, pelo que ao imitar vezes sem conta, a criança interioriza gradualmente as características do objecto, até ser capaz de fazer imitações internas, ou seja, representar aquilo que imita.

Esta “actividade” prolonga-se pelo aparecimento da imitação diferida, isto é, a capacidade de imitar sem presença do objecto, bem como através do jogo simbólico no qual a assimilação se sobrepõe à acomodação, donde, através da imitação significativa, a criança passa a ter acesso a um conjunto de significantes cada vez mais diversificados.

É deste modo, que podemos definir dois tipos de significantes na formação da função simbólica; por um lado os signos, como significantes socialmente partilhados, e por outro os símbolos, definidos como aquelas imagens significantes que possuem alguma semelhança com aquilo que simbolizam, pautando-se pela individualidade e privacidade.

Assim, segundo Piaget (1977) a criança, aprende primeiro a responder e assimilar o significado dos índices, depois dos símbolos, e por fim dos signos. É por esta razão, que o pensamento representativo não emerge em simultâneo ao acto de falar, uma vez que os primeiros significantes a surgir são símbolos privados não verbais. Mas é a capacidade de representação que permite adquirir a linguagem, e só quando se instala a capacidade de representar é que a criança começa a imitar a linguagem dos adultos, sendo esta uma das principais manifestações da função simbólica.

Esta capacidade de representar ou evocar mentalmente uma coisa ausente do seu campo perceptivo relaciona-se estritamente com as interações estabelecidas, pelo que a sua promoção facilita a emergência do jogo simbólico e da linguagem em si mesma (Garcia, T., Rodriguez, C., 1993).

Por esta razão, e ainda que o sistema de regras linguísticas seja complexo, a criança aprende, num pequeno espaço de tempo, a entender e usar a linguagem, exactamente porque desenvolve um interesse especial na comunicação com os outros, pelo que opta por aquele sistema como meio privilegiado para receber e dar informação.

Segundo Barnett (1987) esta aquisição da Linguagem, em termos estruturais, acontece invariavelmente entre os 5 e 6 anos de idade, independentemente dos factores sociais envolventes da criança, apresentando apenas como condição fundamental a presença de uma maturação dos sistemas sensorial, motor e cognitivo.

De acordo com a sugestão de Halliday (1975, cit Schopler et al, 1993) a linguagem desempenha um papel *instrumental*, no sentido de permitir a satisfação de necessidades e expressão de desejos, manifesto pela aquisição da função de “eu quero” que as crianças tão sabiamente utilizam. Desempenha também uma função *reguladora* quando permite controlar o comportamento dos outros, *interpessoal*, quando utilizada na relação interactiva, *pessoal*, ao permitir transmitir os pontos de vista e sentimentos do interlocutor, de uma forma única e genuína, *hermenêutica*, quando através dela procuramos explorar e compreender o meio envolvente, *referencial*, quando permite nomear as coisas que rodeiam o indivíduo, *imaginativa*, quando permite ao utilizador escapar da realidade e criar o seu próprio universo de fantasia, e por fim, *informativa*, quando se comporta como veículo

comunicativo, transmitindo informação e contribuindo para o enriquecimento do que foi dito.

Deste modo, podemos afirmar que a “palavra ou outro símbolo representativo de um objecto ou ideia e que esteja inserido num sistema, vai alargar a possibilidade de interacção com os outros indivíduos do grupo, para além do círculo restrito de familiares” (Ferreira, M., Ponte, M., Azevedo, L., 1999).

Uma das explicações para a génese da Linguagem, radica-se nas exposições formalistas feitas por Chomsky (1957. Cit Mendez, M., 1993), que constituiu uma das aquisições mais relevantes da psicolinguística contemporânea (Hierro Pescador, 1982, Garcia Albea, 1982, Belinchón, Rivière e Igoa, cit Mendez, M., 1993).

Segundo esta perspectiva, a criança nasce à partida dotada de um conjunto de capacidades, em termos genéticos ou biológicos, que lhe permite adquirir uma complexidade de regras sintácticas que compõem a Linguagem. Assim, todas as anomalias verificadas nesta área, eram entendidas como uma carência de estruturas inatas, que impediam o desenvolvimento esperado nos aspectos morfosintácticos da Linguagem, pelo que uma intervenção apenas seria possível de conceber como meio pelo qual se pudesse desenvolver aquelas competências genéticas.

Em 1970, Bloom (in Mendez, M., 1993) sublinhou a importância dos aspectos semânticos da Linguagem, como um ponto fundamental para interpretar as mensagens proferidas, tendo em conta os diferentes significados das mensagens em função do contexto em que eram emitidas. Ou seja, passou-se a tomar em linha de conta o significado e não apenas a estrutura pela qual aquela aparecia.

A partir desta altura, a morfosintaxe cede o seu lugar de destaque à semântica, o que propicia um olhar menos determinista e redutor, deixando assim a linguagem de estar dependente da maturação para o emprego de estruturas morfosintáticas, para passar a estar associado às capacidades cognitivas, mais facilmente desenvolvidas em programas de reabilitação da Linguagem.

Por outro lado, e em simultâneo com estas mudanças de perspectiva, as diferenças entre a Linguagem e Comunicação começam a surgir como inevitáveis. Assim, começou-se a atribuir especial atenção ao conjunto de regras que governam o uso da Linguagem, designado por Pragmática (Bates, 1976, cit Mendez, M., 1993, Barnett, J., 1987).

Ou seja, começa-se a desenhar dois componentes diferentes: por um lado as regras linguísticas que determinam o discurso, e por outro a performance, tal como Chomsky (1965, cit Barnett, J., 1987) o descreveu, enquanto o uso que se faz daquelas competências. No primeiro caso, o conhecimento das regras determina o lado formal da linguagem, enquanto, no segundo caso, o seu uso apropriado corresponde à visão pragmática ou funcional da Linguagem.

O lado formal da Linguagem centra-se nas aquisições gramaticais. Uma visão pragmática preocupa-se mais com o significado e adequação do que é dito no contexto em que se insere.

Embora não seja possível existir funcionalidade sem as competências formais necessárias, esta última não determina a primeira, pelo que funciona apenas como condição necessária mas não suficiente para que o lado pragmático da linguagem seja atingido. No lado pragmático da linguagem insere-se o conceito fundamental da Comunicação, enquanto

competência que permite responder apropriadamente às situações comunicativas (Barnett, J., 1987).

Para se aceder ao lado funcional, é então, necessário conhecer o significado particular da comunicação, o que nos conduz inevitavelmente à intenção de comunicador (Barnett, J., 1987).

A partir desta altura e segundo as palavras de Lloyd e Karlan (1984, cit Mendez, M., 1993, p31) “os linguistas passam a interessar-se mais pelos actos da Comunicação do que pelos actos da fala”.

É desta forma, que actualmente a Linguagem é definida como possuindo estas 3 dimensões que se interligam de uma forma harmoniosa, para que o discurso possua a coerência pretendida. Ou seja, por um lado, a sintaxe, que relaciona os signos entre si, por outro lado, a semântica, que associa aqueles signos aos seus referentes, e por fim, a pragmática, que relaciona os signos ao seu uso (Morris, 1946, cit Barnett, J., 1987).

O percurso nesta caminhada com vista a uma melhor compreensão da Linguagem, foi então no sentido da estrutura, inicialmente única responsável pelo aparecimento e performance linguística, seguida do significado, dependente da cognição, para desembocar no seu lado mais funcional ou pragmático do acto de comunicar.

Para Bower (1993), todo este processo que envolve a capacidade humana exclusiva de produzir sons e descodificá-los desde o nascimento, parece desenvolver-se alheado à experiência.

No entanto esta capacidade, na criança surda, pode ser adiada no tempo e condicionada na sua forma, pela privação sensorial em idade precoce, quer por desconhecimento do próprio diagnóstico de surdez, quer por uma reacção de negação por parte dos pais, esforçando-se

por “normalizar” o seu filho à custa da abnegação da sua língua materna, natural e intrínseca a ele - a língua gestual -. Daqui surgem não só consequências na emergência de formas linguísticas alternativas ao sistema oral, mas também terá inevitavelmente repercussões na construção de uma identidade de si e imagem de self.

Ferreira et al (1999) defendem que , sempre que ocorram alterações no processo normal do desenvolvimento da criança, que a impeça de utilizar a linguagem oral como veículo transmissor de informação, outras alternativas devem ser pensadas e implementadas dado o papel que a linguagem, ou melhor dizendo a Comunicação, apresenta no desenvolvimento cognitivo, emocional e social do sujeito (Ferreira et al, 1999).

A comunicação representa o objectivo final da Linguagem, e subsequentemente, do discurso, enquanto instrumento daquela . Para além disso, a Comunicação, pode existir sem a Linguagem Oral e sem o discurso, quando dispensa as formas fonológicas e recorre a outros meios para transmitir, com sucesso, uma mensagem, tal como se pode verificar no uso da Língua Gestual por parte da população surda.

Assim a linguagem, entendida como um meio para “significar a simbolização dos conceitos com o propósito de uma (...) comunicação interpessoal, envolvendo a receptividade e a expressão” (Sheridan, 1972, cit Ricks, D., Wing, L., 1975) assume algumas funções fundamentais, as quais são rapidamente assimiladas pela criança que as utiliza e manipula em benefício próprio.

“ A Língua Gestual anula a deficiência e permite que os surdos constituam, então, uma comunidade linguística minoritária diferente e não um desvio da normalidade”(Skliar, 1999, cit, Rosa, A & Trevizanutto, L, 2002), ligando-o à palavra. No entanto é preciso que essa oportunidade lhe seja oferecida com a maior precocidade possível para que o

desenvolvimento emocional e psicológico do sujeito surdo, não sofra também ele, desvios, alterações ou imaturidades indesejáveis.

V - Perspectivas Psicológicas da Surdez

Como é "ouvir" uma mão?

Voçê precisa de ser surdo para entender

*Como é ser curioso
na ânsia por conhecimento próprio
com um desejo interno
que está em chamadas
e voçê pede a um irmão, irmã e amigo
que respondendo lhe diz:
"Não importa"?*

Voçê precisa de ser surdo para entender

*Como é ter que depender de alguém
Que pode ouvir
Para telefonar a um amigo
Ou marcar um encontro de negócios
E ser forçado a repetir o que é pessoal
E, então descobrir que o seu recado
Não foi bem transmitido?*

Voçê precisa de ser surdo para entender

*Como é ser surdo e sozinho
No meio dos que podem ouvir*

Voçê precisa de ser surdo para entender

*Como é compreender alguns dados ligeiros
Que descrevem a cena
E fazem voçê sorrir
E sentir-se sereno com
A "palavra falada" de mão em movimento
Que torna voçê parte deste mundo tão amplo?*

(Excerto de um Poema de Willerd e Madsen, 2000)

V.I - A Surdez na Criança : Implicações no Desenvolvimento Psicológico

O bebe assim que nasce e ao longo dos primeiros meses de vida não é ainda capaz de fazer ligações entre as emoções que vive e o seu significado, dependendo totalmente da sua mãe para lhe conferir esse sentido do mundo exterior e das suas sensações internas. A mãe elabora um significado simbólico daquilo que o bebe necessita, e transmite esse significado pela forma como se dirige a ele, como dá resposta às suas necessidades, e assim o bebe vai adquirindo um significado simbólico das emoções que experiêcia.

Assim, nos momentos em que o bebe vive um desconforto, uma tensão, é a sua mãe que descodifica a origem e lhe oferece o alívio necessário para reestabelecer o seu equilíbrio.

É pela repetição deste código “simbólico” entre a mãe e o bebe, onde a mãe confere um significado às experiências e sentimentos do seu bebe, que este vai desenvolvendo a sua capacidade de pensar. O conhecimento real e verdadeiro vem da experiência com o outro .

Dai a importancia da relação precoce mãe-bebe.

O bebe abandonado ao seu próprio entendimento certamente terá significados diferentes das suas vivências.

Ate que o diagnóstico de surdez seja confirmado, o que muitas vezes só acontece por volta de 1 ano de vida ou 2, a mãe foi incapaz de transmitir adequadamente o significado simbólico das experiências do seu bebe. A voz não chega ao bebe surdo para o acalmar, a entoação das palavras não o tranquilizam, e ele precisa de ver a mãe para se assegurar da sua presença, o que poderá desenvolver logo desde cedo, principalmente durante este desencontro entre mãe e bebe, sentimentos de insegurança, abandono o que consequentemente se poderá reflectir numa auto-estima debilitada.

Mesmo após o diagnóstico, estes desencontros poderão se manter.

Grande parte das mães, após o diagnóstico diminui o uso da voz para comunicar com o seu bebê, outras diminuem a fala directa, deixando algumas de utilizar qualquer palavra. Todos caem no silêncio.

As atitudes maternas de acentuado desalento ou de super-protecção são esperadas e compreensíveis, mas não são incentivadoras do desenvolvimento da criança.

Para além disso, outras questões como a própria angústia dos pais pelo nascimento de um bebê especial, as expectativas em relação aos resultados das próteses auditivas, ou as suas dificuldades em aceitar a surdez do filho, podem trazer sentimentos de grande decepção e frustração face ao seu bebê real bem diferente do imaginado, que por sua vez acarretam consigo prejuízos ainda maiores no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança (Carvalho, J, 2003).

A ausência de um código linguístico com funções comunicativas apresenta graves repercussões no desenvolvimento normal da criança, nomeadamente no que respeita aos aspectos cognitivos e socio-afectivos (Valmaseda, M., cit Monreal, s., 1992).

Tal como é defendido por Piaget e Vigotsky a linguagem funciona como organizador cognitivo, planificador e auto-regulador do comportamento. Por outro lado, é através da linguagem que se enriquece a Comunicação, em variados contextos e com diversos interlocutores. Como se entende, uma limitação desta natureza provoca um efeito negativo no desenvolvimento socio-afectivo daqueles, que por razões diversas, apresentam limitações a este nível. O desenvolvimento social, afectivo e cognitivo do indivíduo, está assim dependente das diversas interacções com as figuras de identificação em contextos

também eles diversos e variados em termos de riqueza e significado, para além da experiência de todos os dias que nos permite reflectir linguisticamente sobre os acontecimentos vividos (Valmaseda, M., cit Monreal, S., 1992).

Por tudo isto, como negar àqueles que não dispõem de um sistema linguístico e comunicacional adequado, uma alternativa que lhes permita suplantar as suas limitações?.

A língua gestual constitui uma das formas de dar resposta àquelas limitações por parte de indivíduos com perda auditiva. Dentro deste tipo de população ainda se pode subdividir dois grupos principais: aqueles que apenas sofrem de uma perda auditiva severa a moderada, que podem beneficiar de próteses auditivas ou estimulação sensorial, o que lhes permite aceder a uma linguagem oral sem grandes dificuldades.

Pelo contrário, existem aqueles que, devido a uma surdez profunda, vêem-se limitados a este tipo de linguagem, tendo por isso que recorrer a linguagens unicamente dependentes do campo visual, de modo a superar a ausência da audição para transmissão de informação (Valmaseda, M., cit Monreal, S., 1992).

Na introdução do seu livro, em 1960 *The Psychology of Deafness*, Helmer Myklebust (cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) diz “ a privação sensorial limita o mundo da experiência. Priva o organismo de algumas das fontes materiais a partir das quais a mente se desenvolve. Porque toda a experiência é reduzida, existe uma imposição no balanço e equilíbrio dos processos psicológicos. Quando um tipo de sensação falha, altera a integração e função de todas as outras. A experiência é agora constituída de uma forma diferente, o mundo da percepção, concepção, imaginação e pensamento tem uma fundação alterada, uma nova configuração, tais alterações ocorrem naturalmente e inconscientemente...”

Ou seja, entendendo os sentidos enquanto principais intermediários entre as necessidades internas do indivíduo e o meio ambiente envolvente, facilmente se percebe que uma privação desta natureza acarreta consigo repercussões no equilíbrio emocional do sujeito e conseqüentemente interfere na construção de uma personalidade madura e coesa, ainda que estas repercussões possam variar segundo cada pessoa e não se manifestem de uma forma sistemática.

Se aceitarmos o que aparece como uma verdade básica na afirmação de Myklebust - que experiências “normais” nas crianças surdas serão diferentes das experiências vividas por aqueles que ouvem, então podemos concluir que as percepções do mundo envolvente serão também elas distintas, o que conduzirá a alterações para além do superficial, com implicações inevitáveis no seu desenvolvimento psicológico (Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

Numa fase precoce as bases fisiológicas “reguladoras” da interacção podem influenciar o desenvolvimento de sistemas ao longo dos seus estágios formativos e contribuir para a vinculação e relação primária mãe-criança. Estas relações, por sua vez, são afectadas por e interagem com o desenvolvimento da linguagem, cognição e subseqüente processos sociais à medida que a criança desenvolve as relações simbióticas com o seu ambiente (Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

O impacto da surdez do bebe na socialização precoce com os pais ouvintes não se limita à importância relativa das vocalizações maternas. As crianças surdas não se orientam ao som da voz da mãe nem com o som da sua aproximação. À medida que os meses passam, os pais ouvintes apercebem-se que o comportamento do seu bebé surdo é mais e mais desviante do que é considerado normal. Alguns pais sentem-se rejeitados, privados,

ansiosos acerca da falha da sua criança na reciprocidade (Harris, 1978). Pelo menos o seu comportamento social transforma-se numa acomodação às respostas inesperadas dos seus jovens parceiros (Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

Nas crianças, as 1^{as} fases de vinculação ocorrem numa idade precoce e são indicadas simplesmente pela resposta selectiva da criança a 1 ou 2 adultos significativos. Pelos 8 meses idade a criança parece tentar manter a proximidade com a mãe ou outro prestador de cuidados de uma forma obvia e intencional (Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

A forma privilegiada através da qual a criança reclama a atenção e proximidade da mãe é, desde muito cedo, veiculada pelo uso de vocalizações ou choro, pelo que a criança se apercebe precocemente do poder da linguagem enquanto meio de comunicação.

Nas crianças surdas, as relações de vinculação, ainda que não estudadas de uma forma sistematizada, podem ser analisadas na clínica, relacionando-se com os diferentes ajustamentos da família à surdez diagnosticada, ao tipo de comunicação utilizada e a precocidade e riqueza da sua utilização, determinando forte e decisivamente as relações primárias mãe-criança, os laços de vinculação que conferem à criança a segurança necessária para o seu crescimento pessoal e conseqüentemente o seu desenvolvimento global.

Tal como foi referido por Marschark e Clark (1993) o processo de vinculação/individuação assenta, na criança surda numa necessidade de autonomização precoce, onde o outro pela sua ausência deixa de existir, dificultando não só a construção de representações mentais securizantes como a própria permanência do objecto, de acordo com os princípios estruturais defendidos por Piaget.

As relações precoces, estão numa primeira fase, antes do surgimento do diagnóstico de surdez, enviesadas e por isso desadaptadas, sendo as respostas e apelos das imagens paternas incompreendidas se não confusas e incoerentes aos olhos do bebé surdo. Mais tarde, após o diagnóstico os pais tornam-se incapazes de se relacionarem com este bebé, “desajeitados” nesta nova forma de comunicação, passando a estar implícita a necessidade de uma estimulação visual e não auditiva.

Ainda assim, mesmo após o diagnóstico surgem questões como a aceitação/negação dos pais face a esta deficiência da criança. Uns ao negar, negam também à criança a possibilidade de comunicar de uma forma adaptada. Outros, aceitando esta especificidade da criança surda e assumindo a língua gestual como meio de comunicação privilegiado, acabam por não ser, pelo menos numa fase inicial, um interlocutor fluente na comunicação com ele, donde as trocas interactivas aparecem empobrecidas.

Para além disso, as trocas sociais, com os seus pares e outros adultos, são reduzidas, limitando em certa medida as experiências sociais da criança surda, surgindo como inevitável repercussões no desenvolvimento psicológico cognitivo e social da criança.

Em geral um dos pontos fundamentais da “revolução cognitiva” assenta na suposição de que a aquisição da linguagem é facilitada pela disponibilidade de um sistema conceptual primitivo no qual conceitos e unidades linguísticas se encontram numa regra de correspondência 1-por-1 (Macnamara, 1977; Potter, 1979, Pylyshyn, 1977, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993). Em grande parte, esta situação resulta do facto da linguagem utilizada pelos adultos no ambiente da criança estar sinalizada de forma a dar sentido cognitivo, social e cultural ao mundo da criança.

Considerando que a linguagem e cognição são essencialmente independentes mas sistemas interconectados, parece não haver duvida que as experiências precoces da criança irão influenciar ambas.

No sentido de esclarecer as interacções cíclicas da experiência, linguagem e desenvolvimento cognitivo, o objectivo não será defender que cada um deles 3 completa ou sempre determina qualquer um dos outros. No entanto, parece haver poucas duvidas acerca da sua intima conexão. Deficiências ou simples diferenças entre crianças surdas e ouvintes num destes domínios, conduz subsequentemente a diferenças qualitativas nos 3, tal como o sugere Myklebust (1960, p1, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

A visão de Nelson (1973, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) juntamente com a de Macnamare (1977, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993), Potter (1979, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) e Pylyshyn(1977, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) consiste na ideia de que a criança adquire pelo menos o seu primeiro vocabulário atribuindo ao seu meio ambiente rótulos substitutivos dos seus próprios conceitos. Também sugere, juntamente com E. Clark (1973, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) e outros, que as partes de um objecto que aliciam um rótulo particular para a criança, podem diferir daqueles que são significativas para o adulto. No caso da criança surda, diferenças aos seus pares ouvintes, juntamente com a menor frequência de input linguisticos por parte dos adultos e outras crianças, podem conduzir a diferenças na estrutura das concepções do conhecimento (Koh, Vernon & Bailey, 1971, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

As crianças surdas podem alcançar os mesmos níveis de desenvolvimento do que os seus pares ouvintes, desde que as condições educacionais e emocionais sejam favoráveis. Variações nas capacidades das crianças são sempre causa das variações dos factores

ambientais. Mas o mais interessante é que a escolha da linguagem verbal não garante a “comunicação”. De facto os pais que defendem o método oral de uma forma rígida, negando os outros meios de comunicação, reduzem as trocas interactivas com as outras crianças e interferem com o desenvolvimento de relações sociais agradáveis e gratificantes. Podemos dizer que as capacidades linguísticas não determinam a possibilidade de uma boa integração mas o contrário: a boa integração pode desenvolver boas capacidades linguísticas.

A comunicação, e conseqüentemente a aquisição de uma linguagem formal, assumem mais do que uma função informativa. A linguagem é o meio por excelência através do qual o pensamento humano se expressa. Tal como refere Frederico Pereira (1990) “a importância da linguagem na compreensão das questões humanas leva-nos a apreendê-la como actividade não somente informadora mas também formadora, no duplo sentido da estruturante da experiência e de constituinte do sujeito” (p 327).

V.II – A Surdez no Adulto: Consequências

Um empobrecimento nas experiências interpessoais e nas significações dos acontecimentos vividos determinam um empobrecimento das conceptualizações mentais e cognitivas. No entanto de novo surge a necessidade de reforçar a interdependência destas consequências com a privação sensorial não compensada por outras formas de estimulação e não exclusivamente determinadas pela surdez enquanto limitação isolada.

Particularmente na criança surda, a ausência do outro no seu campo visual implica uma experiência de “inexistência” e por isso mesmo, como solidão e isolamento. O processo de vinculação-separação das crianças surdas pode desenvolver-se segundo uma “separação emocional” imatura. De facto, segundo Ajuriaguerra e Abensur (1972, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993) o desenvolvimento das relações com as suas mães pode causar na criança “a queda num mundo do silêncio” se o déficit auditivo não for compensado por estimulação visual e táctil. Por outro lado, dada a posição central da visão no seu desenvolvimento, as crianças surdas permanecem dependentes da presença física das suas mães mais tempo do que as crianças ouvintes. Isto causa sérios atrasos na conquista de autonomia e independência . Se estes forem os efeitos de surdez que podem afectar o desenvolvimento das primeiras relações interpessoais, não nos podemos esquecer que tais efeitos podem ser acentuados pelos preconceitos que os adultos, pais e parentes têm acerca da própria surdez. (Rodda & Grove, 1987, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

A ausência de um dos órgãos dos sentidos como a audição, provoca indiscutivelmente limitações na percepção do mundo que o rodeia, tendo em conta as experiências que provêm da audição, bem como diferenças nas relações interpessoais, em termos quer do número, de que depende a utilização partilhada de uma linguagem comum, quer da qualidade relacionada com a fluência de ambos os intercomunicadores nessa mesma língua. Dependendo da forma como essas experiências são vividas e as limitações sensoriais ultrapassadas, assim podem surgir repercussões no desenvolvimento emocional do sujeito surdo.

É vulgar caracterizar o surdo adulto como sendo ansioso, egocêntrico, dependente, inseguro, enquanto consequência de uma infância assente no isolamento, na falta de estimulação sensorial, resultantes por sua vez de relações precoces intrusivas e controladoras, díades menos espontâneas e mais “tecnizadas” por força de um preconceito relativo à surdez em si mesma.

O que a amostra psicológica disponível de adultos surdos sugere é que eles tendem a ser mais frustrados, impulsivos e hiperdependentes, ter um auto-conceito mais pobre do que os pares ouvintes (Altshuler, 1974, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993). As crianças surdas por sua vez, tem mais tendência a ser agressivas, terem birras, serem mais facilmente distraídas e feridas e uma imagem do self fragilizada (Harris, 1978, Meadow,1976; Rodda & Grove; 1987; Stokoe & Battison, 1981, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993).

A aceitação do mundo dos ouvintes é um factor determinante para a saúde mental na população surda (Furth, 1966, 1973, cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993). Nela depende e promove-se uma função estabilizadora da personalidade, favorecendo-se os processos de identificação e aquisição de identidade (Ajuriaguerra & Abensur, 1972; Basilier, 1965; cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993). No entanto, também é verdade que muitas vezes essa inclusão, acarreta no surdo, principalmente a inclusão nos anos escolares, efeitos colaterais negativos, como a a limitação de interesses, isolamento como forma de defesa contra o sentimento de “inferioridade”, restrição a acontecimentos que o rodeiam, e separação entre o mundo dos surdos do mundo dos ouvintes. Quando fechado no mundo da surdez, o surdo sente-se protegido e seguro, mas fora dele, tudo pode representar uma ameaça. Como consequência o sujeito surdo pode assumir comportamentos de um uma dependência conformada, caracterizada por atitudes passivas, quase numa submissão fatalista, suportado

pela sua consciência mais ou menos activa, e confirmado pela inevitabilidade do seu proprio destino pessoal e social.

Dependendo das experiências familiares, sociais e académicas do sujeito surdo, assim será o desenvolvimento do seu pensamento. No entanto parece haver indicadores da existência de um pensamento mais concreto, operatório nestes sujeitos, com maior rigidez e controle, dando conta por um lado de dificuldades em libertarem os conteúdos inconscientes do seu pensamento, mas também dificuldades funcionais que se prendem com as capacidades de abstracção, directamente relacionadas com todo o processo de aquisição de linguagem, tantas vezes iniciado apenas com o início da idade escolar.

Montanini Manfredi (cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993) fez um estudo com adolescentes surdos integrados em escolas do ensino regular, com pares ouvintes, e concluiu que esta integração no mundo ouvinte tem uma dupla função, por um lado permite ao adolescente surdo uma maior abertura e avaliação dos seus problemas e dos outros, mas por outro lado, o desconforto com a consciência que obtem das suas limitações, leva-os a níveis superiores de ansiedade através da sua própria experiencia, acentuando o seu sentimento de solidão. A abertura aos outros parece ser antes mais uma aspiração do que realidade, perante o permanente sentimento de exclusão. Assim, esta maior ansiedade social conduz a um maior nível de controle e rigidez. A identidade oscila assim entre a identificação ao mundo dos surdos, que lhes oferece um sentimento de completude, segurança, e aceitação, e a identificação ao mundo dos ouvintes, representada enquanto uma parte importante da sociedade, mas na qual se sentem excluidos.

A ansiedade gerada pelas situações de desconforto produzidas pela sua deficiência de uma forma geral, cria uma auto-imagem negativa o que leva o sujeito surdo a sentir-se

desprotegido e exposto. No entanto, segundo a autora, na organização global do seu self, estas auto-imagens negativas não são extensíveis ao nível do seu ideal- do-eu, já que a auto-imagem negativa é associada a atributos positivos que defendem a integridade do seu self. A “aceitação” da sua deficiência é, nestes sujeitos, admissão das evidências, consciencialização do que pode resultar da própria deficiência. Mas nunca conduz a submissão ou renúncia da construção do self. Nesta luta pela sua identidade, estes adolescentes estão certamente mais expostos a frustrações e ao risco de usarem mecanismos de defesa contra a ansiedade. No entanto a autora sugere que o potencial envolvido na construção do self permite-lhes desafiarem as hostilidades do meio envolvente, tornando-os capazes de não cair em dependências passivas face a ele.

No entanto todos estes aspectos, que de uma forma global e demasiado generalizada, caracterizam a população surda, quer na sua infância quer na fase adulta, dependem de vários factores e não da surdez em si mesma. Talvez a coincidência destas descrições generalistas, dependa mais da coincidência de percursos, que grande parte dos surdos em Portugal passam ao longo da sua vida. Por um lado, da forma como em termos de linguagem precoce, as trocas interpessoais se processaram. Ou seja, dentro desta amostra demasiado heterógenea que é a população surda, temos as crianças surdas filhas de pais surdos que, não apresentando as mesmas limitações em termos de trocas comunicacionais em idade precoce, veem de alguma forma reforçar a importância da comunicação para um desenvolvimento psicológico e emocional harmonioso. Por outro lado, a caracterização das implicações da surdez no desenvolvimento da personalidade, depende igualmente da

aceitação dos outros-ouvintes da sua surdez, e das experiências com pares, ouvintes e surdos em várias fases do seu desenvolvimento.

A aceitação da surdez, depende por um lado dos olhares dos outros, incluindo-se neste grupo principalmente os outros significativos, determinantes na construção de um self coeso e valorizado, mas também com a confrontação do próprio com o mundo ouvinte, as suas várias experiências, desconfortos, constrangimentos e dificuldades, mais facilmente superáveis se os tais outros significativos lhe tiverem permitido construir defesas contra a frustração.

Com isto pretende-se sublinhar a importância da comunicação independentemente da forma de linguagem utilizada, já que crianças surdas com uma boa utilização dos seus interlocutores na língua gestual, apresentam os mesmos níveis de desenvolvimento das crianças ouvintes.

Ou seja, independentemente da forma como se o faz, o importante é comunicar e possuir uma forma estruturada e sistematizada para o poder fazer. Citando Robert West (cit Thompson, K., 1984, p97) "Live without speech is empty; and live devoid of communication is scarcely better than death".

V.III – Surdez e Saúde Mental

Embora todas as pessoas, surdas ou ouvintes, partilhem um desenvolvimento e funções físicas e psicológicas semelhantes, a nossa linguagem e as diferenças socio-culturais podem

influenciar em alguns aspectos o nosso comportamento, valores, maneiras de pensar e relações interpessoais.

Quando estes condicionantes culturais, sociais, biológicos, são negligenciados, corremos o risco de mal-interpretar as manifestações do outro, colocando-lhe tantas vezes rótulos que nada se prendem com os manuais de psicopatologia, mas tão somente reflectem diferenças psicossociais.

Porque a maioria dos profissionais de saúde mental são ouvintes sem conhecimentos acerca da surdez, sua língua gestual e características socioculturais próprias da comunidade dos surdos, não surpreende que características “diferentes da normalidade” da população surda sejam muitas vezes mal diagnosticadas em termos psicopatológicos. Do mesmo modo, alguns sinais e sintomas da psicopatologia podem ser detectados pelos profissionais da saúde mental como sendo mais comuns nesta população do que na população ouvinte.

As diferenças na linguagem e nas características socioculturais, podem não só complicar a identificação e o diagnóstico psicopatológico, como podem de igual modo afectar de uma forma dramática o processo psicoterapêutico e seus resultados. (Pollard , R, cit Marschark, M; Clark, M; 1993).

Um dos grandes problemas que se coloca, em Portugal, mas também noutros países da Europa e Estados Unidos, é que o número de técnicos de saúde mental especializados na surdez, com uso fluente da Língua Gestual é extremamente reduzido face à população necessitada. Nos Estados Unidos, estima-se que apenas 2% da população surda com doença mental recebe tratamento adequado (Vernon, 1983, Pollard , R, cit Marschark, M; Clark, M; 1993).

Uma dinâmica maioria-minoria sociocultural entre técnico ouvinte e paciente surdo, pode muitas das vezes provocar um impacto acentuado nas primeiras interações entre eles. Técnico e paciente surdo são virtualmente estranhos de acordo com diferentes passados no que respeita a poder e privilégio, podendo ocorrer percepções de opressão actual por parte do paciente. O paciente surdo aprendeu a desconfiar dos técnicos ouvintes e sistemas de saúde, donde um certo grau de precaução e análise num momento inicial é não só normal como apropriado (Pollard, R, cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993).

Também a sobreprotecção de que esta população é alvo ao longo da sua vida, experienciando repetidas vezes sentimentos paternalistas e de certa forma infantilizantes por parte dos outros, família, colegas, professores, leva-os, quando pedem ajuda aos serviços de saúde mental, a reproduzir esses padrões, pedindo ajuda de formas muitas vezes desapropriadas á luz do setting terapêutico. É vulgar o paciente surdo pedir ajuda para arranjar uma namorada, ou um emprego, ou simplesmente pedir ao técnico que faça por ele determinadas coisas, como confirmar uma outra consulta, telefonar a alguém, ou zangar-se por ele com aqueles que o sobreprotegem. No fundo, que o continue a sobreprotege-lo.

Outra dificuldade na relação entre técnico ouvinte e paciente surdo, mesmo quando o primeiro é fluente no uso da Língua gestual, é a identificação de alterações no discurso, quer por compromisso do pensamento, quer por razões neurológicas. Muitas das vezes pobreza no discurso e fluência da língua reflecte mais as suas experiências educacionais e limitações de outros contextos, nomeadamente na partilha de um código linguístico com vários interlocutores, do que propriamente, a alterações psicopatológicas. No entanto, havendo esse compromisso, a sua detecção é extremamente difícil de conseguir. É num contexto de psicoterapia, que se prolonga no tempo, que estas questões podem ser

detectadas, quando frequentemente o paciente usa termos inapropriados ou o estilo de comunicação oscila entre o perceptível e o imperceptível de forma persistente ao longo do discurso.

Muitas vezes distúrbios psicóticos são atribuídos à população surda, com assumpção de que a surdez conduz à paranoia. Esta questão levanta alguma controversia, independentemente das persistentes associações entre surdez e paranoia feitas pela Associação Americana de Psiquiatria (1994, cit Pollard, R, in Marscharrk, M; Clark, M; 1993).

Outra associação frequente, no que respeita às características desta população, é a relação entre a surdez ou o uso de Língua gestual, a um pensamento concreto. Nenhuma das duas inferências é fundamentada. A Língua gestual é uma linguagem complexa e rica, que de forma alguma limita a conceptualização ou a conversação acerca de tópicos abstractos (Valli & Lucas, 1992, Pollard, R, cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993). Da mesma forma, nada na surdez limita as capacidades cognitivas nem o raciocínio. No entanto, é frequente observar empobrecimento das capacidades cognitivas, que não se devendo a atrasos mentais nem a compromissos neurológicos, se fazem corresponder às restrições educativas e experiências, especialmente pela fraca estimulação da comunicação e pensamento durante a infância (Braden, 1994, Schlesinger, 1992, Pollard, R, cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993). Estes ambientes deficitários durante a infância, são, infelizmente, muito frequentes na população surda, conduzindo por vezes a compromissos graves das suas capacidades cognitivas, essencialmente naquelas situações, onde a criança surda foi sujeita a sérias privações a este respeito.

VI – Psicoterapia e Surdez

Os princípios básicos da terapia em geral, são aplicados quer a surdos quer a ouvintes, sendo que é na sua implementação que podemos encontrar as maiores diferenças, devido à necessidade de compreender como o paciente surdo recebe e conceptualiza a informação. Abordagens criativas devem ser utilizadas de forma a melhor adequar as necessidades do paciente ao seu envolvimento no tratamento (Leigh.I, Corbett.C, Gutman.V, Morere.D, 1996).

.A surdez deve ser compreendida como um fenómeno multifacetado, cujas implicações são quer culturais quer sensoriais (Leigh.I, Corbett.C, Gutman.V, Morere.D, 1996).

A comunicação é uma questão central na psicoterapia com surdos.

Muitos pacientes podem sentir-se desconfiados ou ansiosos, principalmente se tiverem pouco acesso à informação relativa à psicoterapia e ao contexto psicoterapêutico em si mesmo, devido às suas dificuldades de leitura e audição, cujas interpretações são muitas das vezes mal interpretadas. Podem de igual modo sentir-se envergonhados e estigmatizados por apresentarem problemas emocionais enquanto indivíduos surdos (Andreson, 1992; Galloway, 1968, cit Leigh.I; Corbett.C, Gutman.V, Morere.D, 1996).

A técnica psicoterapêutica aplicada na população ouvinte é de igual forma eficiente na população surda, na sua grande maioria dos casos, se atendermos a algumas características particulares deste tipo de população, principalmente aquelas que se prendem com as questões socioculturais. Os diferentes modos de comunicação, as experiências de vida e as

características socioculturais podem assim ter um impacto importante na eficiência da psicoterapia, especialmente se o clínico é ouvinte.

O uso de interpretes no setting terapêutico levanta algumas questões deontológicas. Não há dúvida que a presença de uma 3ª pessoa naquele setting altera por completo a sua dinâmica. Embora para alguns o recurso a interpretes facilite o acesso de muitos dos surdos aos cuidados da saúde mental, que de outra forma não o teriam, para outros esse recurso é questionável (Pollard, R, cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993).

No que respeita ao uso da Língua Gestual pelo técnico de saúde mental, parece haver poucos estudos sobre essa questão, mas sabe-se que o número de profissionais com essa especialização é extremamente reduzido.

Aqui no entanto, vamos nos debruçar apenas no uso da língua gestual pelo terapeuta e não com recurso a interprete, visto neste trabalho se procurar analisar as questões transferenciais que um paciente surdo traz consigo para a relação psicoterapêutica, tendo como interlocutor, um terapeuta ouvinte.

Nesta procura de significações, levanta-se a questão se a desigualdade no uso fluente da língua que o paciente e o terapeuta utilizam, pode ou não funcionar, por um lado como construtor da transferência, reactivando as relações precoces e actuais do sujeito surdo com a comunidade ouvinte de uma forma geral, mas também como factor de resistência, já que a resistência por definição, assume a sua maior importância face ao que ela se opõe, enquanto resistência à análise, negando para si o que sente como inalisável: a desigualdade, o sentimento de rejeição e de incompreensão.- de isolamento.

A resistência na psicoterapia com surdos, surge pela Língua, - onde pedidos de clarificação, ou mesmos actos interpretativos, são muitas vezes entendidos pelo paciente

como um não entendimento da língua e não do discurso, como acontece com pacientes ouvintes que ao partilharem a mesma língua materna do terapeuta, anulam aquela diferença entre os dois, donde a questão não se põe, o não ser entendido não levanta questões socioculturais. È esta língua que marca as diferenças culturais, onde ao mesmo tempo que une paciente e terapeuta numa cumplicidade reforçada, sublinha e reforça também a desigualdade entre ambos, funcionando este conhecimento da língua gestual como um atributo fálico para um dos lados da relação – o terapeuta, enquanto para outro é exemplo exactamente do contrário – o surdo só pode falar através desta língua, e o seu conhecimento é o reconhecimento de não poder ouvir.

Assim, ao falar de psicoterapia em Língua Gestual, deveremos ter em atenção, por um lado, as diferenças socioculturais presentes naquela relação terapêutica, por outro, a influência do uso desta “língua estrangeira” por parte do clínico, que vem de algum modo reforçar as diferenças entre os dois interlocutores, e por último, as implicações que estes dois aspectos, que se inter-relacionam na própria compreensão da surdez, têm sobre os aspectos transferenciais e contrasferenciais na dinâmica psicoterapêutica.

VI.I -Psicoterapia e Diferenças Culturais

Gail Insenberg (cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996) acredita que uma das melhores formas de trabalhar no contexto da psicoterapia com sujeitos surdos, de acordo com o seu referencial cultural é através de metáforas e provérbios adequados às suas experiências, com o intuito de chegar junto daqueles que parecem “presos” a um pensamento mais concreto,

ou como dizia Gilckman (cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996) com um discurso resiliente num simples “ não faz mal.... habituei-me “(Lankton & Lankton, 1989, cit Insenberg, G, in Gilckman, N; Harvey, M; 1996) .

O trabalho de Milton Erickson tem sido descrito como trazendo a “psicologia da patologia” para a “psicologia de potenciais”(Mills & Crowley, 1986, p xvii, cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996). O paciente traz consigo os seus recursos internos e potencial para a terapia. As técnicas do uso terapeutico de metáforas e provérbios, permitem penetrar nas experiências inconscientes, sentimentos e pensamentos, facilitando novas aprendizagens e re-significados.

Construtivistas argumentam que não é o acontecimento em si que é importante, mas o significado que fazemos dele. Bateson, como refere White e Epsom, afirma “ não é possível para nós , apreciarmos a realidade objectiva”. Nós compreendemos esses acontecimentos através de um “trabalho de permissas e persunções que constituem o nosso mapa do mundo” (White & Epsom, 1990, p2, cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996) .

Enquanto psicoterapeutas trabalhando com pacientes com culturas diversas, aumenta a evidência que as técnicas de tratamento devem ser flexíveis no sentido de servir e adaptar-se as permissas e persunções influenciadas pela cultura.

“ A lógica da analogia pode apelar à consciencia e quebrar alguns dos seus limites. Quando analogia também se refere a associações profundamente enraizadas (automática e por isso mesmo funcionalmente inconscientes), mecanismos mentais, e padrões de comportamento apreendido, tende a activar aquelas respostas internas e torná-las disponíveis para a resolução do problema (Reickson, Rossi & Rossi, 1976, p255, cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996) .

Uma vez detendo o conhecimento das diferentes experiências culturais e respectivas percepções do mundo, é possível recorrer à compreensão via metáfora. Os provérbios são importantes porque promovem um sentido de conexão com a percepção do mundo do ponto de vista do paciente, e “reforça recursos” na sua tentativa de referência. Quando terapeutas conseguem entrar nas experiências culturais comuns e expressá-las simbolicamente isso “garante que o paciente terá alguns significados pessoais para ligar à imagem. A universalidade do símbolo multiplica o número de associações prováveis que o paciente poderá fazer” (Lankton & Lankton, 1983, p128, cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996).

As histórias de vida passada, dos pais, da criança em bebé, e de diversas etapas, pelas quais a criança passou anteriormente, ajudam a criança a criar uma imagem de si própria, dentro da família, sua cultura e identificação aos pares. Aprendem também os valores sociais, morais e culturais.

Histórias, contos, fábulas, são não só uma fonte de entretenimento, mas também são ferramentas metafóricas que permitem que o pensamento se desenvolva de uma forma mais complexa e abstracta.

Tal como Mills e Crowley disseram (1986, cit Gilckman, N; Harvey, M; 1996) “fantasia é o mundo interior da criança. É também o processo natural, inato, através do qual a criança aprende a dar sentido ao mundo exterior a ela. De facto, fantasia é vista por alguns como uma função genética, biológica, com um tempo de emergência que é necessário para um desenvolvimento infantil saudável” (p36).

Através destas histórias, a criança é capaz de aprender quer de forma concreta quer abstracta, o que lhe facilita um entendimento mais complexo do meio ambiente.

No entanto, o que muitas vezes se constata na clínica, é que adultos, que já foram crianças, ou crianças que ainda o são, sofreram ou sofrem actualmente de uma barreira comunicacional com os seus pais, família, amigos, ficando excluídos das percepções e conhecimento do mundo próprio da comunidade surda. Aquelas histórias, contos, fábulas não tiveram o seu tempo na vida da criança surda, e em adulto muitas vezes o sujeito surdo aparece frágil no que se refere ao sentido da sua existência (pessoal, social, cultural). Porque muitos experienciam isolamento e solidão com as suas famílias, com reduzidas, se não nulas, oportunidades de conhecerem o seu próprio passado e os valores sociais, aparecem na terapia sentindo-se sozinhos nos seus problemas. Metáforas e histórias em terapia pode oferecer um sentimento de conforto, partilha de experiências, e novas formas de ver os problemas assim como de criar possibilidades para a sua resolução.

VI.II -Psicoterapia em “Estrangeiro”

Maria Solé (2004) psicanalista brasileira, escreveu um texto publicado em internet, onde faz uma associação interessante, comparando a Língua Gestual dos Surdos em contexto psicoterapêutico a uma Língua estrangeira, pela desarmonia no seu domínio de ambos os interlocutores; paciente *versus* terapeuta. Segundo ela há uma tendência destes sujeitos para entenderem a não compreensão do terapeuta invariavelmente pela incompreensão da

língua e não do discurso em si mesmo, questionando-se, se esta seria um dos entraves na prática analítica, por força destas diferenças de língua entre analisado e analisante.

Para tentar dar uma resposta a essas questões, a autora estabelece este paralelo com as línguas estrangeiras, e o estrangeiro em contexto analítico, cujas análises também elas são pautadas por línguas maternas diferentes, uma língua da infância distinta. Os actos falhados são cometidos na língua materna, há sobreposições das duas línguas, esquecimentos de tradução. Estas questões não impedem a análise, mas importa que o analista esteja atento para a escuta desta outra língua que se imiscuiu no discurso, pois nela está uma manifestação do inconsciente.

Ao longo das análises com pessoas surdas, a língua oral também vai emergindo. Estes analisandos, mesmo que inicialmente emudecidos, começam a vocalizar durante o processo analítico, embora o analista utilize a língua gestual e a voz não seja pedida.

Em pacientes estrangeiros o trabalho de análise vai dando origem à língua materna “como se ela saísse dos porões”. Nos pacientes surdos a impossibilidade de vocalizar, associada à falta de pedido, vai se extinguindo e deixando aparecer a possibilidade da utilização da língua oral, quando necessário.

A psicanálise em língua estrangeira é uma questão célebre para o movimento psicanalítico, uma vez que várias pessoas se analisavam com Freud, seja em alemão que não era a língua delas, ou seja em inglês que não era a língua dele.

A este propósito Melman (1992, cit in Maria Solé, 2004) levanta a hipótese, nestes casos de desigualdade na língua materna entre paciente e analista, a neurose de transferência organizar-se em torno de uma língua que não a sua língua materna, estando os riscos de tal organização, tanto mais presentes, se aceitarmos que a cada imagem existe um significante

na língua materna. Por outro lado sendo o inconsciente uma outra língua, a alteridade poderia encontrar a sua melhor expressão numa língua estrangeira, pelo que de igual forma podemos nos questionar se numa relação analítica cujo analista e analisante partilham a mesma língua, se essa igualdade não poderia ela própria escamotear as dissonâncias internas no discurso da analisante.

Mas Melamn coloca ainda uma 3^o posição; aquela onde analista e analisante partilham uma língua no contexto analítico diferente da sua língua materna, ambos estrangeiros naquele país, ou seja recorrendo a uma língua estrangeira partilhada por ambos. Neste caso, formariam uma dupla privilegiada, isolada da comunidade e que, ao mesmo tempo privaria o analista de outra posição fundamental para o analisante. Torna o analista cúmplice do analisante que só virá redobrar outras cumplicidades.

A Língua Gestual é uma língua não partilhada pela comunidade, onde durante muitos anos foi interdita, mal-tratada e sucessivamente desconsiderada como uma língua própria, frequentemente reduzida e entendida como um mero dialecto. Este é o passado que a comunidade surda carrega consigo, estas são algumas das lembranças (não tão remotas quanto isso) que os “surdos sem língua” têm da sua comunidade – uma comunidade onde não se sentem incluídos, uma comunidade que lhe nega um direito a uma língua própria como o é actualmente a Língua Gestual. A língua carrega esta história, do mesmo modo que a criança carrega consigo o que lhe foi desejado pelos pais.

Na comunidade de sujeitos surdos não saber a língua gestual é sinal de não aceitação da surdez, não utilizar esta língua em presença de um surdo é sinal de desrespeito. Ao contrário saber esta língua e utilizá-la demonstra acolhimento, aceitação e mais do que isso, “gostar ou não de ser surdo”.

A língua gestual funciona assim como um código para identificar irmãos. É como encontrar conterrâneos no exterior . Mas não nos devemos esquecer, que estes surdos não são estrangeiros nem estão fora da nossa cultura. Não são irmãos que se encontram fora da casa paterna unidos por um pai que ficou lá. Não lhe está, a partida, garantida essa alteridade.

Muitas minorias encontraram um lugar licito na comunidade. Enquanto que os poucos que reconhecem a língua gestual como uma língua ,que aceitam que os seus filhos a utilizem, não são suficientes para podermos dizer que se trata de uma inserção no simbólico e não a sustentam nesse lugar. Todos prefeririam não ter que recorrer a ela.

As famílias e a cultura nas quais estas crianças se constituem estão organizadas em torno de outro significante paterno, isto é, o pai da horda esta numa outra língua. E esse pai, não só não se corresponde ao seu pai simbólico, como é ele que os discrimina, reforçando as desigualdades.

Os esforços por parte da comunidade surda em encontrar e criar esse “pai simbólico” são inúmeras, realizam movimentos que têm por solicitação o reconhecimento público, através de projectos de lei, da língua gestual e sua utilização obrigatória em órgãos públicos e universidades. Sabemos que os projectos de lei são uma maneira de fazer-se cumprir algo que no simbólico ainda não tem valor. Esta tentativa é portanto frágil. O Pai não esta ali, e talvez este seja, segundo diz a Maria Solé, um dos motivos da eclosão de patologias em sujeitos surdos adolescentes. As referencias paternas frágeis destes sujeitos encontram-se na adolescencia, quando o sujeito vai em busca na cultura de uma referencia que os pais já não sustentam mais, com uma inexistencia de pai simbólico na comunidade.

Maria Solé diz inclusive que a língua gestual não é uma língua materna, nem natural, mas uma ”língua da mãe”, isto é, uma língua onde ainda não existe alteridade.

Sem que o analista saiba a língua gestual, poderá desenvolver-se uma transferência negativa, onde o analista pode ser colocado no lugar de quem não está interessado em escutar o que o outro tem para dizer, no lugar de quem discrimina e não entende, podendo chegar mesmo a ser uma transferência persecutória, onde sem uma alteridade, seria apenas uma diferença intrasponível.

O analista incapaz de decodificar as palavras do seu analisando, no seu sentido literal, estará trabalhando ao nível de imagens e da suposição do que a imagem quer dizer.

Por outro lado, a autora (Solé, M. 2004) acrescenta que, se o desconhecimento da língua gestual do paciente cria barreiras na comunicação intransponíveis com repercussões inclusive no movimentos transferências, o seu conhecimento constitui outra desigualdade, pelo facto de para o analista ouvinte, esse conhecimento ser tantas vezes sentido por ele como um atributo fálico. Aquela cumplicidade, ignora uma diferença fundamental, que é a condição de poder e não poder ouvir e, de um dos sujeitos não estar habilitado para falar outra língua que não aquela enquanto o outro aprendeu essa língua para poder escutá-lo.

Como poderá o analista que tem o saber da língua gestual como atributo fálico, questionar-se sobre o que se estabelece no seu trabalho e não cair no engodo de formar com o seu analisante uma dupla de compreensão perfeita? Quando na dupla, o que pode ser atributo fálico para um é o que denuncia a falta para outro, que tipo de transferência se estabelece?

VI.III -Transferencia e Contra-Transferencia em Psicoterapia com Surdos

É comum ouvir de um surdo proveniente de uma família de ouvintes que a sua família não sabe a sua língua gestual . Ao comentar perante ele a dureza de tal realidade não é menos comum se ouvir de resposta “ não faz mal.... habituei-me “(Gilckam, N; Harvey, M; 1996). Passa a ser comum ficar excluído das conversas dos ouvintes, entre os pais e a família. Os terapeutas parecem também ficar “habituaados” a estes contextos e a estas realidades. Então tudo se parece acomodar a este isolamento em termos comunicacionais como se “não fosse nada de especial “. No entanto somos também constantemente forçados a constatar este isolamento ou através da própria família ou através de reacções de ansiedade do paciente quando exposto aos “objectos transferencias “ do dia-a dia, activando no sujeito surdo as ansiedades da infância resultantes do isolamento precoce inscrito na sua história de vida passada, emergindo no presente na forma de reacção pós- traumática. (Gilckam, N; Harvey, M; 1996)

McCann e Pearlman (1990, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) consideram que um acontecimento é considerado traumático para um individuo quando, cai fora das experiências normais do ser humano, excede as capacidades de coping do individuo e interfere significativamente no seu desenvolvimento psicológico.

Talvez o critério mais ambiguo seja o de saber se o isolamento comunicacional sai fora da normalidade do ser humano, já que dentro da comunidade surda esse aspecto é muito comum. No entanto se estendermos esta leitura à base da linguagem como meio comunicacional com a família e pessoas significativas enquanto condição de todas as culturas e preenchimento de uma necessidade universal do ser humano, então a sua

ausência torna-se crucial . Herman (1992, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) considera traumático “não só os acontecimentos raros mas também aqueles que ultrapassam as capacidades normais de adapção à vida”. No que respeita aos dois outros critérios mencionados, a ausência de comunicação assume indiscutivelmente um impacto grave no desenvolvimento psicológico (Lane , 1984; Mindel & Vernon, 1987, Moores, 1982; Schlesinger & Meadow, 1972, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996).

Harvey (Gilckam, N; Harvey, M; 1996) define como trauma essencial de grande parte dos pacientes surdos em psicoterapia, o isolamento comunicacional .

Em resposta a esta situação, os pacientes surdos em psicoterapia tendem a apresentar 3 reacções comuns(Terr, 1990, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996): Por um lado parecem reexperimentar naquele setting, aquilo que o autor definiu como acontecimento traumático, relatando frequentemente reexperiências dos efeitos em grupos de ouvintes associados com as suas experiências precoces de isolamento (Harvey, 1993, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996). Por outro lado, evitam os estímulos associados ao trauma, evitando estimulação exterior para reduzir a ansiedade, evitando muitas vezes o confronto com pessoas ouvintes. Quando evitam estimulação interior, evitam sentimentos ou pensamentos que lhes provocam ansiedade, falando do seu isolamento como “ nada de especial”. Por ultimo, manifestam sinais de aumento automático de reactividade, parecendo estar sempre em estado de alerta no que respeita à adequação da comunicação em ambientes e contextos particulares . Eles podem reagir de uma forma passiva, resignando-se, ou de uma forma assertiva (Harvey , 1982, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996). Aliado à óbvia necessidade de aceder à comunicação , tal vigilância pode também ser relatada como sequela traumática da infância em muitos pacientes surdos ao longo da psicoterapia. .

Por definição as reacções pós-traumáticas representam adaptações normais a condições anormais (Terr,1990, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) . Para um paciente surdo aceitar a marca debilitante dos efeitos do isolamento de infância à conversação, tem que reconhecer nisso os seus aspectos opressivos. E para reconhecer isso precisa de agir perante essa opressão e ver-se como um sobrevivente. Este duplo processo de ser testemunha e auto-afirmativo é o que define o empowerment. (Gilckam, N; Harvey, M; 1996).Ou seja, este duplo processo implica o insight interpretativo relativamente à transferencia, tornando-a mais do que uma repetição, uma mudança, sempre que um processo de auto-análise se obtém.

Em contraste muitos dos pacientes surdos internalizam esta opressão na forma de vergonha,muitas vezes perpetuado pelos pais e familia, onde eles próprios actuam com vergonha perante a surdez do filho.

Qualquer tecnica terapêutica pressupõe no terapeuta a capacidade de aceder de forma empática e adequada aos conteudos conscientes e inconscientes do paciente, mesmo quando estes são referidos pelo proprio como “nada de especial”. Este processo depende da contratransferência. Em concreto, o terapeuta ouvinte pode ter dificuldade em empatizar completamente com as experiências afectivas de isolamento comunicacional com as pessoas ouvintes, quer fora do setting terapêutico quer com ele próprio durante as sessões de psicoterapia .

Mesmo assim, o terapeuta deve ter total conhecimento e reflexo do impacto traumático do isolamento comunicacional que pervaleceram nas experiências precoces do paciente surdo com a sua familia (ouvinte) assim como das experiências mais actuais do dia-a-dia de isolamento que ocorre de uma forma rotineira quando exposto ao mundo dos ouvintes .

As reacções contratrtransferencias ocorrem, exactamente porque atendendo ao elevado impacto sustentado pelo isolamento comunicacional, este é agora visto ao nível de opressão ou trauma – tornando-se assim em algo “muito especial”. O que é traumático para o paciente é um trauma vicariante para o terapeuta. De uma forma diferente Jung (1966, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) usou a metáfora de “ infecção inconsciente” para descrever os efeitos traumáticos ao trabalhar com pessoas em sofrimento psicológico.

McCann e Pearlman (1990, cit (Gilckam, N; Harvey, M; 1996) descreveram as reacções pós-traumáticas mais comuns que os próprios terapeutas exibem quando trabalham com vítimas / sobreviventes de situações traumáticas . Eles notaram alterações psicológicas ao nível do seu funcionamento interpessoal, incluindo pensamentos intrusivos ou imagens e reacções de sofrimento emocional .

Os terapeutas deverão assim trabalhar eles próprios as suas reacções a traumas “vicariantes” de forma a oferecer adequadamente um ambiente securizante (Winnicott, 1965, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) no que respeita ao sofrimento e dor dos pacientes.

Em particular, os terapeutas que trabalham com pacientes surdos devem trabalhar internamente estas reacções de traumas vicariantes, de forma a poderem testemunhar os relatos destas experiências que dão conta da falta de vinculos com o mundo ouvinte, sem sofrer dos seus efeitos contagiantes, já que de outra forma a interacção do terapeuta com o seu paciente surdo ficará poluída e bloqueada, nas meras, intenções de compreensão empática com o paciente surdo.

De forma similar, os terapeutas deverão lidar de forma adequada com os aspectos contratrtransferenciais na relação terapêutica com os seus pacientes surdos, no que se refere ao mesmo “desligamento” ao longo da terapia. Aqui o fenómeno da transferencia

traumática e reactualização do trauma (Terr, 1990, cit, Gilckam, N; Harvey, M; 1996) torna-se relevante. Por outras palavras, quando um paciente surdo foi traumatizado por pessoas ouvintes, é provável que ele reexperiencie e /ou actue esse trauma com o seu terapeuta ouvinte .

Transferencia traumática e reactualização podem aparecer de diferentes maneiras. Harvey (1993, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) descreve como a decisão do paciente surdo em procurar um terapeuta ouvinte pode reflectir um reactualização do trauma caracterizado pela idealização. Aqui o paciente vê o terapeuta como uma figura parental onnipotente e onnisciente com uma correspondente auto imagem deficitária . O terapeuta é idealizado e ao mesmo tempo visto como inacessível (indisponível). Esta transferencia de idealização muitas vezes reporta-se a experiências precoces da infância assentes no sentimento de isolamento e desvalorização, onde o paciente tenta mitigar esse trauma pela idealização da figura parental (ouvinte) inacessível.

Herman (1992, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) discute um fenomeno semelhante, onde reféns acabam por ver os seus raptos como salvadores e rejeitar/odiar aqueles que os salvam de facto. “A experiência repetida de terror e repressão , especialmente quando envolvido num contexto de uma relação amorosa, pode resultar num sentimento de intensa dependência sobre a autoridade. As vitimas podem viver em terror com o agressor mas ao mesmo tempo senti-lo como fonte de força , segurança e até da sua própria vida” (p.92) .

Em Portugal não existe actualmente um grande número de terapeutas com domínio da Língua Gestual para poder trabalhar com este tipo de população, nem tão pouco surdos com formação psicoterapêutica. Por esta razão, estas questões da escolha do paciente no que respeita ao seu terapeuta ouvinte/surdo não se colocam, havendo entre nós inclusive

questões que se prendem, não com a idealização do terapeuta, mas com a confiança naquele setting terapêutico, já que face à própria estrutura e organização da comunidade surda onde as relações entre os seus membros se estreitam nas várias iniciativas corporativas, a reduzida oferta de terapeutas habilitados para trabalhar com esta população coloca entraves difíceis de se contornar.

Ainda assim, a transferência de idealização é um fenómeno recorrente no contexto terapêutico, donde as questões ligadas à sua contratransferência devem ser tidas em atenção. No entanto, quer estejamos a falar da transferência da idealização ou a dificuldade de estabelecer laços de confiança numa aliança terapêutica segura, a transferência do trauma face ao terapeuta ouvinte mantém-se presente. Assim, se por um lado, em termos contratransferenciais o terapeuta ouvinte pode mais facilmente deixar-se seduzir pela transferência de idealização, quando se trata da transferência do trauma, é pelo domínio da língua gestual que a contratransferência actua, fazendo sentir o terapeuta ouvinte pouco competente no uso desta “língua estrangeira”, funcionando como um obstáculo à compreensão entre ambos pela repetição do trauma precoce de isolamento comunicacional.

É impossível evitar a contratransferência, pela sua inevitabilidade e muitas vezes pela forma incisiva com que interfere na psicoterapia. Por essa razão, a forma de lidar com ela é reconhecer-la e analisar os seus efeitos, impedindo que a “infecção inconsciente” que falava Jung (1996, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) contamine a relação terapêutica.

Assim como é impossível impedir a contratransferência do terapeuta, também é impossível impedir a transferência do paciente. É comum desencadear-se uma reacção negativa da transferência do trauma no paciente surdo com o seu terapeuta ouvinte. Esta

reacção é fácil de entender, quando o terapeuta ouvinte é incompetente do ponto de vista trans-cultural, ou seja pouco fluente na Língua Gestual e etnocêntrico. Nestes casos as percepções negativas acerca do terapeuta ouvinte são confirmadas na realidade. Esta situação não só conduz a afectos actuais de desapontamento e raiva, mas também reactualização de afectos de experiências anteriores de opressão.

O terapeuta culturalmente incompetente inevitavelmente, é na melhor das hipóteses incapaz de usar as percepções do paciente enquanto oportunidade para ganhos terapêuticos, como na pior das hipóteses inadvertidamente retraumatiza o paciente surdo .

No entanto um terapeuta competente, não está imune à força das transferências negativas do paciente surdo. Mesmo que fluente na Língua Gestual, conhecedor da cultura do surdo e atento, pode sempre ser visto pelo paciente surdo como incompetente. Por definição, transferência é uma distorção da realidade, partindo de relações prévias de conflito latente. No entanto isso não impede necessariamente o tratamento. O terapeuta pode usar essa transferência traumática como facilitador de ganhos emocionais.

Um terapeuta ouvinte competente oferece uma oportunidade única ao seu paciente surdo: reactualizar e trabalhar nas sessões as experiências precoces de opressão traumática. Talvez isto seja o que o terapeuta ouvinte pode fazer de melhor. Para se utilizar a transferência traumática de uma forma positiva, como ganho terapêutico e não como reexperiência do trauma precoce, o terapeuta deve por um lado ser competente no conhecimento da cultura do surdo e capaz de utilizar esse conhecimento em intervenções sintónicas, fluente na Língua Gestual e atento, mas também um ambiente seguro no setting terapêutico de forma a promover um diálogo aberto que permita que os sentimentos relacionados com o trauma de base possam ser reactualizados através do terapeuta. O paciente deve ser capaz de completa

e seguramente expressar, examinar e processar o resultado das suas emoções aterrorizadoras e muitas das vezes exageradas. De facto é a ausência de ligação de confiança no ser humano que isola e em grande medida torna o trauma infantil tão destrutivo. Herman (1992, cit (Gilckam, N; Harvey, M; 1996) afirma que “o desamparo e o isolamento são as experiências de base do trauma psicologico . Empowerment e reconecção são as experiências basicas para a recuperação” (p.197).

Ao se permitir a reexperiência com total reconhecimento dessa repetição do isolamento precoce, o paciente pode então trabalhar o seu sofrimento e sair da fase de negação, permitindo assim que haja uma separação do sofrimento da infância do sofrimento actual.

Como dizia João dos Santos (in Branco, M., 2000) havendo análise de transferencia, existe também a compreensão dos seus conteúdos, que uma vez detectada e comunicada ao paciente, permite e induz o progresso terapêutico.

MÉTODO

Neste capítulo, procurar-se-à expor toda a metodologia seguida nas diferentes partes que a compõem, nomeadamente no que diz respeito à pertinência da investigação, seu objectivo, amostra e sua caracterização, operacionalização das variáveis em estudo, caracterização do instrumento utilizado para aferição dos resultados, e as análises estatísticas a realizar face às características da amostra e correlação das diferentes variáveis.

Partindo da noção de “processo transferencial” e suas diversas implicações, atrás expostas – cap I e II – procuraremos estudar a construção das relações terapêuticas e seus aspectos transferenciais na população surda, comparando-as com a população ouvinte.

É vulgar caracterizar o surdo adulto como sendo ansioso, egocêntrico, dependente, inseguro, enquanto consequência de uma infância assente no isolamento, na falta de estimulação sensorial, resultantes por sua vez de relações precoces intrusivas e controladoras, díades menos espontâneas e mais “tecnizadas” por força de um preconceito relativo à surdez em si mesma.

O que a amostra psicológica disponível de adultos surdos sugere é que eles tendem a ser mais frustrados, impulsivos e hiperdependentes, ter um auto-conceito mais pobre do que os pares ouvintes (Altshuler, 1974, cit Marschark, M; Clark, M; 1993).

Dependendo das experiências familiares, sociais e acadêmicas do sujeito surdo, assim será o desenvolvimento do seu pensamento. No entanto parece haver indicadores da existência de um pensamento mais concreto, operatório nestes sujeitos, com maior rigidez e controle, dando conta por um lado de dificuldades em libertarem os conteúdos inconscientes do seu pensamento, mas também dificuldades funcionais que se prendem com as capacidades de abstracção, directamente relacionadas com todo o processo de aquisição de linguagem, tantas vezes iniciado apenas com o início da idade escolar.

Os princípios básicos da terapia em geral, são aplicados quer a surdos quer a ouvintes, sendo que é na sua implementação que podemos encontrar as maiores diferenças, devido à necessidade de compreender como o paciente surdo recebe e conceptualiza a informação.

A técnica psicoterapêutica aplicada na população ouvinte é de igual forma eficiente na população surda, na sua grande maioria dos casos, se atendermos a algumas características particulares deste tipo de população, principalmente aquelas que se prendem com as questões socioculturais. Os diferentes modos de comunicação, as experiências de vida e as características socioculturais podem assim ter um impacto importante na eficiência da psicoterapia, especialmente se o clínico é ouvinte.

Relativamente ao uso da Língua Gestual pelo técnico de saúde mental, existem poucos estudos sobre essa questão, sabendo-se que o número de profissionais com essa especialização é extremamente reduzido. Por essa razão, torna-se pertinente a presente investigação, surgindo como fundamental a análise das possíveis interferências ou contaminações que as características psicossociais desta minoria linguística, e as respostas psicoterapêuticas por meio de terapeutas ouvintes fluentes em Língua Gestual, possam mutuamente operar.

Nesta procura de significações, levanta-se a questão se a desigualdade no uso fluente da língua que o paciente e o terapeuta utilizam, pode ou não funcionar, como constructor da transferencia, reactivando as relações precoces e actuais do sujeito surdo com a comunidade ouvinte de uma forma geral.

A resistência na psicoterapia com surdos, surge pela Língua, - onde pedidos de clarificação, ou mesmos actos interpretativos, são muitas vezes entendidos pelo paciente como um não entendimento da língua e não do discurso, pelo que o não entendimento nesta relação terapêutica pode levantar questões socioculturais que não acontecem na população ouvinte. É esta língua que marca as diferenças culturais, onde ao mesmo tempo que une paciente e terapeuta numa cumplicidade reforçada, sublinha também a desigualdade entre ambos.

A presente investigação procura analisar a construção da relação terapêutica com sujeitos com uma surdez profunda bilateral e seus aspectos transferenciais, partindo do pressuposto, que esta relação desigual em termos culturais, paciente surdo - terapeuta ouvinte, vem activar no sujeito as suas experiências mais precoces de exclusão, isolamento e desconfiança nas relações interpessoais.

Assim aquele espaço serve como veículo por excelência do processo transferencial, tendo por base as suas relações primárias, transpondo na figura do terapeuta os seus objectos internos, entendidos como persecutórios e pouco contentores.

O objectivo deste estudo consiste na análise do processo transferencial na relação terapêutica com surdos profundos, tendo por base a avaliação das suas auto-percepções relativamente a si próprios e as qualidades que percebem no apoio psicológico,

comparando aquelas percepções dos sujeitos surdos com as percepções encontradas na população ouvinte, caracterizado segundo as características do grupo experimental, de forma a avaliar a existência ou não de diferenças entre eles.

Posteriormente procede-se a uma análise comparativa intragrupal, tendo em consideração a variável independente – apoio psicoterapêutico – procurando analisar se nos dois grupos em estudo as percepções variam de forma significativa segundo a experiência psicoterapêutica dos sujeitos desta amostra.

A questão de investigação, surge na sequência da prática clínica, onde se pode verificar empiricamente diferenças na forma como os sujeitos surdos aderem ao apoio psicológico e percebem a figura do terapeuta – ouvinte, transferindo nele todas as suas vivências mais precoces de rejeição e isolamento, tão presente ao longo das sessões psicoterapêuticas. Assim, procurar-se-á analisar se, a forma como estes sujeitos se avaliam a si mesmos, avaliam o terapeuta, a relação entre eles, bem como alguns conceitos como confiança e comunicação, que pela natureza da própria surdez assume em termos terapêuticos uma importância vital no decurso da psicoterapia com estes pacientes, difere da população ouvinte, assim como consoante a sua experiência pessoal no que respeita ao apoio psicoterapêutico essas mesmas diferenças emergem.

Questões Orientadoras

Qual a percepção que os surdos/ouvintes têm de si próprios ? Especificamente, que qualidade e força são atribuídas ao Eu, Ideal de Eu e Percepção dos Outros ?

Qual a percepção que os surdos/ouvintes têm do apoio psicoterapêutico? Especificamente, que qualidade e força são atribuídos ao Psicólogo, Apoio Psicológico e Relação Terapêutica?

Qual a percepção que os surdos/ouvintes têm dos aspectos transferenciais nas relações interpessoais?. Especificamente, que qualidade e força são atribuídas aos aspectos transferenciais nas relações interpessoais, como Confiança e Comunicação?

Qual a percepção que os surdos/ouvintes têm da Surdez ? Especificamente, que qualidade e força são atribuídas à Surdez?

Será que existem diferenças entre as percepções dos surdos/ouvintes em apoio psicoterapêutico e os surdos/ouvintes sem apoio psicoterapêutico?

Será que existem diferenças de percepção de si próprio, do apoio psicoterapêutico e dos aspectos transferencias nas relações interpessoais, entre a população surda e a população ouvinte?

Desenho e Tipologia do Estudo

Este trabalho corresponde a um estudo comparativo, cujos resultados serão sujeitos a uma análise estatística – Teste Não Paramétrico – MANN-WHITNEY – para comparação de 2 grupos (surdos/ouvintes). Esta comparação incidirá quer sobre os 9 conceitos que compõem a Escala de Diferencial Semântico, quer tendo em conta a experiência psicoterapêutica em cada um dos grupos, analisando a sua influência na percepção dos referidos conceitos. Dentro de cada grupo (surdos/ouvintes) proceder-se-à ainda, à comparação das atribuições feitas no que respeita aos dois factores em estudo - avaliação e potência - recorrendo-se ao Teste Wilcoxon para a sua análise.

População Alvo

Sujeitos Adultos com uma Surdez Profunda Bilateral em apoio psicoterapêutico de abordagem dinâmica ou de inspiração psicanalítica

População Estatística ou Amostral

O presente estudo é constituído por uma amostra de conveniência, de 14 sujeitos surdos com psicoterapia, 20 sujeitos surdos sem psicoterapia, 42 sujeitos ouvintes com psicoterapia e 60 sujeitos ouvintes sem psicoterapia, tendo-se na constituição do grupo de ouvintes, procurado controlar as variáveis idade e o sexo, de acordo com a sua distribuição no grupo dos surdos.

Na constituição dos dois grupos procurou-se ainda controlar o tipo de abordagem psicoterapêutica, tendo por base uma abordagem psicodinâmica de inspiração psicanalítica. Porém, face à escassez de sujeitos surdos com experiência psicoterapêutica, foram considerados válidos aqueles que, tendo passado por essa experiência, não foi possível averiguar a abordagem utilizada. No entanto na sua grande maioria, os sujeitos desta amostra são pacientes em apoio na consulta de psicologia do serviço de ORL do Hospital de Santa Maria, e em consultório privado, seguindo em ambos os casos aquela abordagem psicoterapêutica. Também no grupo dos ouvintes, não foi possível averiguar o tipo de abordagem psicoterapêutica utilizada, embora mais uma vez, uma grande parte dos resultados tenham sido recolhidos por terapeutas que seguem aquela linha teórica.

Variáveis em Estudo/Operacionalização

Foram consideradas nestes estudo, Variáveis Socio Demográficas, que ajudam a caracterizar a amostra, como seja o sexo, a idade, motivo do recurso ao apoio psicológico, e sua duração, e adicionalmente, no grupo dos surdos, o diagnóstico de surdez, existência ou não de familiares surdos, idade da aprendizagem da Língua Gestual, uso da Língua Oral para comunicar, e uso da Língua Gestual por parte de familiares.

As variáveis dependentes são, a percepção de si mesmo, que engloba os conceitos “O que eu Sou”, “O que eu gostaria de Ser” e “O que os outros pensam de Mim”, a percepção da surdez, referente ao conceito “Surdez”, a percepção do apoio psicológico, que diz respeito

aos conceitos “Psicólogo”, “Apoio Psicológico” e “Relação Terapêutica” e a percepção das relações interpessoais, através dos conceitos “Comunicação” e “Confiança”. Como variáveis independentes foram consideradas a surdez e o apoio psicológico.

Para operacionalização destas variáveis, tivemos em conta, por um lado, no que respeita ao motivo apresentado para o recurso ao apoio psicológico, as respostas dadas no grupo dos surdos, que se dividiram em 4 categorias: a Depressão, o Isolamento, uma terceira categoria que englobava aquelas duas, ou seja, Isolamento associado a depressão, e aquilo que optámos por designar numa 4ª categoria por “Outras” dizendo respeito a respostas pontuais que diferiam das categorias anteriores e sem expressão significativa na análise dos questionários realizados à população alvo.

Relativamente à duração do apoio psicológico, foi considerado o período, em meses, decorrido entre o início do apoio psicológico e a sua conclusão, e nos casos de ainda estar a decorrer, a data de aplicação do questionário. Também aqui as respostas foram agrupadas em 4 grupos face à prevalência de respostas obtidas no grupo dos surdos: Infância/ menos de 6 meses/ 6 meses a 1 ano/ mais de 1 ano.

As restantes variáveis (percepção de si, percepção da surdez, percepção do apoio psicológico, percepção das relações interpessoais) foram operacionalizados através de instrumentos padronizados.

Caracterização da Amostra

A amostra em estudo foi constituída por 136 questionários, 14 sujeitos surdos com psicoterapia, 20 sujeitos surdos sem psicoterapia, 42 sujeitos ouvintes com psicoterapia e 60 sujeitos ouvintes sem psicoterapia. Os questionários foram preenchidos assim, por pacientes surdos da consulta de psicologia do serviço de ORL do Hospital de Santa Maria, pacientes de consultório privado de uma psicóloga clínica com formação de interprete em Lingua Gestual, surdos sem psicoterapia através da Associação Portuguesa de Surdos, ouvintes em psicoterapia, na consulta de psicologia do serviço de ORL do Hospital de Santa Maria, e outros técnicos de Saúde Mental que pontualmente contribuíram para o preenchimento dos questionários, e ouvintes sem psicoterapia, a grande maioria aluno do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Quadro 1- Distribuição da Amostra segundo os critérios Surdez/ Apoio Psicológico (Frequência):

		Apoio psicologico		Total
		Sim	não	
surdo	Sim	14	20	34
	Não	42	60	102
Total		56	80	136

Depois de constituído o grupo da população alvo – Surdos –, que obedeceu a factores de conveniência, foram controladas as características (idade/sexo) dessa amostra com o grupo de Ouvintes e triplicado o seu valor de forma a fazer uma correspondência mais fiel à sua distribuição na população normal. Assim, por cada surdo, deveriam corresponder 3 ouvintes

com as mesmas características (idade, sexo) . No entanto, não foi possível preencher estes critérios de uma forma rígida, por dificuldades na obtenção de sujeitos ouvintes que preenchessem aquelas características, embora os grupos apresentem uma distribuição (idade/sexo) homogênea.

A média das idades da amostra total é de 30 anos, com um valor mínimo de 19 e um valor máximo de 67, sendo que o desvio padrão é igual a 10,8, donde a amplitude da amostra se centra fundamentalmente entre os 20 e os 40 anos de idade.(Quadro 2). Destes, 34% dos sujeitos são do sexo masculino, 66% são do sexo feminino (Quadro 3). 25% dos sujeitos são surdos, 75% ouvintes (Quadro 4), 41% tem , ou tiveram apoio psicológico, 59% nunca tiveram apoio psicológico (Quadro 5).

Quadro 2- Distribuição da Amostra segundo a Idade:

N	Mean	Minimum	Maximum	Std. Deviation
135	30,41	19	67	10,772

Quadro 3 – Distribuição segundo o Sexo :

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	46	33,8	33,8	33,8
	feminino	90	66,2	66,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Quadro 4- Distribuição da Amostra nos Grupo Surdez/ Grupo Ouvintes:

	Surdez	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	25,0	25,0	25,0
	Não	102	75,0	75,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Quadro 5- Distribuição da Amostra segundo a Variável “Apoio Psicologico”:

Apoio Psicológico	Frequencia	Percentagem	Percentag em válida	Percentagem acumulada
Sim	56	41,2	41,2	41,2
Não	80	58,8	58,8	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Caracterização dos Sujeitos com Apoio Psicológico :

Considerando os 41% de sujeitos com apoio psicológico (amostra total), 57% destes recorreram a uma psicoterapia por razões pessoais diversas (aqui definido por “Outros” por isoladamente não corresponderem a uma categoria definida e especifica) e 39% por Depressão, havendo apenas 4% que referem o isolamento associado à depressão como causa para a procura de apoio psicológico(Quadro 6). Os Agrupamentos em 3 categorias de Motivos foram realizados tendo em conta as respostas do grupo dos surdos, pelo que nestes , 8 em 14 responderam terem recorrido a apoio psicológico por Depressão, estando a Categoria “Outros” fortemente representada no grupo dos ouvintes, sendo para 28 dos 42 sujeitos deste grupo o motivo que os levou a procurar apoio psicológico (Quadro 6.1),

grande parte deles referindo motivos pessoais e auto-conhecimento, integrados nesta categoria (Ver Anexo).

A duração do apoio, dentro destes 41% de sujeitos, foi de 45% em apoio há menos de 6 meses, e 39% há mais de 1 ano, havendo 11% entre estes dois intervalos (6meses a 1 ano) e apenas 5% cuja experiência psicoterapêutica se reporta à infância(Quadro 7). As distribuições entre o grupo de surdos e dos ouvintes é relativamente semelhante, sendo no primeiro caso de 5 em 14 (36%) quer com uma duração inferior a 6 meses, quer superior a 1 ano, e na população ouvinte de 20 e 17 em 42, (entre 40 a 47%) respetivamente (Quadro 7.1).

Quadro 6- Razão da Procura de Apoio Psicológico(Amostra Total):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Depressão	22	16,2	39,3	39,3
	Depressao + isolamento	2	1,5	3,6	42,9
	Outros	32	23,5	57,1	100,0
	Total	56	41,2	100,0	
Missing	System	80	58,8		
Total		136	100,0		

Quadro 6.1 - Razão da Procura de Apoio Psicológico (Frequência nos Grupos Surdez/Ouvintes):

		qual foi a razão pelo qual procurou apoio psicológico?			Total
		depressão	depressao + isolamento	outros	
Surdo	Sim	8	2	4	14
	Não	14	0	28	42
Total		22	2	32	56

Quadro 7 - Duração do apoio psicologico (meses) (Amostra Total):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	infancia	3	2,2	5,4	5,4
	< 6 meses	25	18,4	44,6	50,0
	6meses-1ano	6	4,4	10,7	60,7
	>1 ano	22	16,2	39,3	100,0
	Total	56	41,2	100,0	
Missing	System	80	58,8		
Total		136	100,0		

Quadro 7.1 - Duração do Apoio Psicológico (Frequência nos Grupos Surdez/Ouvintes):

		Há quanto tempo dura o apoio psicologico? (meses)				Total
		infancia	< 6 meses	6meses-1ano	>1 ano	
surdo	Sim	2	5	2	5	14
	Não	1	20	4	17	42
Total		3	25	6	22	56

Caracterização dos Sujeitos Surdos:

A Amostra de Sujeitos Surdos neste estudo, apresenta como idade média para a aprendizagem da Língua Gestual os 10 anos, havendo casos cuja a aprendizagem se deu desde a nascença, a que corresponde o numero de sujeitos com Pais Surdos (2 em 42, sem expressão estatística) e um individuo que apenas aprendeu aos 43 anos(Quadro 8). Quando comparados entre si segundo a experiência psicoterapêutica, podemos verificar que ,tal como poderia ser de esperar, a média das idades do inicio da aprendizagem da língua gestual é superior naqueles que recorreram a um apoio psicológico(Quadro 8.1), estando

assim estes sujeitos mais tempo privados de uma língua estruturada para comunicar, e por isso mesmo, em maior risco de desenvolverem sentimentos depressivos, de isolamento e desadaptação.

Uma grande maioria, 86% (Quadro 9) utiliza a Língua Oral para comunicar, ainda que dentro da família, mesmo havendo 46% (Quadro 10) que não tem nenhum familiar surdo, 47% (Quadro 11) dos familiares utilizam a Língua Gestual para comunicar com eles. No entanto, importa sublinhar, que dos restantes 54% de surdos com familiares surdos, o parentesco mencionado é vulgarmente o conjugue ou filhos, e que dos 47% que sabe falar Língua Gestual, se incluem não só estes familiares surdos próximos, como também é referido nmo que respeita à aprendizagem da Língua Gestual por parte da família como sendo rudimentar e limitada a alguns gestos simples e gerais, que não promovem por isso mesmo uma adequada comunicação dentro da família.

Quadro 8 - idade com que iniciou a aprendizagem da LG:

N	Mean	Minimum	Maximum	Std. Deviation
35	9,94	0	43	10,304

Quadro 8.1 - idade com que iniciou a aprendizagem da LG:

apoio psicologico	N	Mean	Minimum	Maximum	Std. Deviation
Sim	16	12,31	0	43	13,494
Não	19	7,95	0	26	6,294
Total	35	9,94	0	43	10,304

Quadro 9 – Uso da Língua Oral para Comunicar:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	22,8	86,1	86,1
	não	5	3,7	13,9	100,0
	Total	36	26,5	100,0	
Missing	System	100	73,5		
Total		136	100,0		

Quadro 10 – Familiar Surdo:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	17	12,5	45,9	45,9
	não	20	14,7	54,1	100,0
	Total	37	27,2	100,0	
Missing	System	99	72,8		
Total		136	100,0		

Quadro 11 – Uso da Língua Gestual pela Família:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	17	12,5	44,7	44,7
	não	21	15,4	55,3	100,0
	Total	38	27,9	100,0	
Missing	System	98	72,1		
Total		136	100,0		

Instrumento de Recolha de Dados

Para avaliar a construção da relação terapêutica e seus aspectos transferenciais dentro da população surda, utilizou-se a Escala de Diferencial Semântico para análise de 9 conceitos, que remetiam para a percepção de si próprio, percepção da surdez, percepção do apoio

psicológico e percepção dos aspectos transferenciais das relações interpessoais, apresentados pela ordem que se segue:

-“o meu verdadeiro Eu” - o que eu sou

- O psicólogo

- Confiança

- Surdez

-“ o meu eu ideal”- O que eu gostaria de ser

- Apoio psicológico

- Comunicar

-O que os outros pensam de mim

- Relação Terapêutica

Estes conceitos foram colocados e discutidos em seminários de supervisão, tendo sido considerados válidos no que respeita à análise em questão, constituindo o seu agrupamento representativo dos aspectos envolvidos na construção da relação terapêutica e das vivências inerentes à surdez.

Assim, com esta análise procurar-se-à operacionalizar a influência na conceptualização do self na auto-percepção e percepção da relação com o terapeuta e dos aspectos envolvidos na relação com ele.

Escala de Diferencial Semântico

A Escala de Diferencial Semântico, foi desenvolvida por Osgood et al (1957, citado por Page, Paixão & Oliveira, 1998) enquanto método que permite medir o significado de conceitos, particularmente a sua dimensão mais comum, para um conjunto de pessoas. Refere-se então à medição de várias dimensões semânticas ou a diferentes tipos de significado que se reflecte no adjectivo adoptado como descritor, tendo este instrumento como pressuposto, a obtenção de uma medição objectiva das propriedades semânticas das palavras e conceitos, mediante o agrupamento em pares de adjectivos opostos.

Os autores (1957, citado por Page, Paixão & Oliveira, 1998) analisaram factorialmente 76 pares de adjectivos opostos e encontraram 3 factores principais que designaram como factor avaliativo (evaluative), factor potência (potency) e factor actividade (activity). O primeiro diz respeito às qualidades do conceito, o segundo à sua força e peso, e o terceiro, à ideia de acção e de movimento associada ao conceito em causa.

Estes factores encontrados têm encontrado fortes consistências em estudos realizados em populações de outros países (Jenkins et al, 1958, Maurer Iane, 1973, Tzeng & May, 1975, cit Page, Paixão & Oliveira, 1998). No entanto também tem sido verificado, diferenças de consistência entre os três factores encontrados, sendo o factor actividade aquele cujas evidências apontam para uma menor consistência face aos outros dois factores.

Num estudo pioneiro realizado em Portugal por Page, Paixão e Oliveira (1998) sobre estas escalas, foi avaliado a sua validade factorial, procurando-se aferir factorialmente o espaço semântico de alguns pares de adjectivos para a população portuguesa. Este estudo teve também como objectivo posterior cruzar os dados com populações de outros países. Apenas

o factor avaliativo e potência foram cruzados (somente foram estudados os pares de adjectivos destes dois factores) mostrando os resultados uma boa estabilidade de ambos, o que vem reforçar a sua consistência. Por essa razão e pelas conclusões a que chegaram os autores, optamos no nosso estudo, por analisar apenas os pares de adjectivos do factor avaliativo e do factor potência.

Para além disso, foram também considerados estudos posteriores, onde se defendia que a Escala de Diferência Semântico se mostrava relevante enquanto instrumento de análise dentro das diversas culturas, face à simplicidade da linguagem utilizada a par da imparcialidade no que respeita a julgamentos culturais, na determinação das atitudes dos sujeitos. Por outro lado, e indo ao encontro dos objectivos deste estudo, a Escala de Diferencial Semântico foi também utilizada na avaliação das atitudes face à psicoterapia e psicologia, onde em estudos recentes de procurou avaliar as percepções sobre as questões relacionadas com a construção da relação terapêutica. (Paixão, R., Oliveira, R., Page, R, Uwah, C, Carlton, J, 2001; 2003).

Do factor avaliativo, fazem parte os adjectivos Bom-Mau, Doloroso-Agradável, Bonito-Feio, Nada Importante- Importantissimo, Positivo-Negativo.

Do factor potência fazem parte os pares de adjectivos Feminilidade-Masculinidade, Sério-Engraçado, Leve-Pesado, Mole-Duro, Forte-Fraco.

Do factor Actividade fazem parte os pares de adjectivos Activo-Passivo, Rapido-Lento, que ainda que não tenham sido tidos em consideração na análise dos resultados foram incluídos no questionário.

Em termos formais, as escalas foram organizadas colocando o conceito que se pretende estudar no topo dos pares de adjectivos. Para cada descriptor temos sete posições e os

sujeitos são instruídos para colocar, de acordo com o que sentem, um (X) num dos setes espaços que separa cada par de adjectivos opostos. Cada par de adjectivos pode ser convertido em quantidades numéricas.

A amplitude usada é um descritor de 7 posições, em que a média é neutra e corresponde ao valor “0” e para cada um dos extremos oscila de +3 para -3 , ou, de outro modo, entre o valor 1 e o valor 7, sendo que o valor 4 corresponde ao valor neutro.

Para Osgood et al. (1957, citado por Page, Paixão & Oliveira, 1998) a partir destas escalas, poder-se-ia definir o significado conotativo dos conceitos em pontos que os autores designaram por “espaço semântico”, segundo uma perspectiva vectorial tridimensional, podendo através dela medir com objectividade qualquer objecto conceptual, dependendo da sua colocação nesse espaço tridimensional.

Para ultrapassar a desvantagem algumas vezes mencionada de uma apresentação métrica com valores negativos (se considerarmos a cotação de -3 a +3) tem-se utilizado a escala de graduação contínua e positiva (de 1 a 7).

Neste estudo a amplitude foi de 7 posições, estando as escalas codificadas numericamente segundo uma graduação contínua, de forma crescente (1 para 7) ou decrescente (7 para 1), procurando com esta alternidade, eliminar o hipotético hábito de padrão de resposta.

Respeitando a cotação da escala de Osgood et al., a primeira escala é cotada de forma decrescente (7 para 1), a segunda de forma crescente (1 para 7) e a terceira de forma decrescente (7 para 1). Esta alternidade mantém-se nas escalas 4, 5, 6 e 7, pelo que a 4 e a 6 são crescente e a 5 e 7 decrescente . A oitava e a nona são ambas crecentes, e as restantes 3 (10, 11 e 12) decrescentes.

A excepção a esta cotação foi feita no par de adjectivos “feminilidade-masculidade” que de acordo com vários autores, se fez variar a cotação consoante o sexo do respondente. Se se tratava de um sujeito do sexo masculino a pontuação 7 era atribuída se este se posicionasse junto ao adjectivo “ masculinidade”, decrescendo até ao adjectivo “ feminilidade”. No caso do sujeito ser do sexo feminino, era precisamente ao contrário, a pontuação 7 era dada se este se posicionasse junto do adjectivo “ feminilidade”.

Para além disso, face ao número elevado de situações, onde dentro de um conceito, alguns pares de adjectivos não eram cotados, optou-se nestas situações por cotar com zero esse adjectivo, entendendo a não resposta como uma avaliação do conceito inferior a 1. Assim, ao invés de considerar para a média do factor do conceito em questão, o número de respostas dadas, que inflacionaria os resultados, manteve-se o valor da média por 5 pares de adjectivos. Apenas quando o conceito era rejeitado pelo respondente, não atribuindo qualquer avaliação nos pares de adjectivos, é que essa resposta não era contabilizada.

Juntámos à escala de diferencial semântico um conjunto de questões adicionais com o objectivo de recolha de dados de caracterização do sujeito respondente (apêndice).

A Escala de Diferencial Semântico foi aplicada em situação individual, onde foi apresentada a escala e explicitado os objetivos, pelo investigador ou colaboradores devidamente informados sobre o instrumento, deixando a mensagem de no caso de existirem dúvidas elas poderem ser esclarecidas.

Após a recolha dos dados, foi elaborada a base de dados em SPSS e realizada estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra, sendo que para as variáveis

qualitativas (nominais, categóricas) foi utilizado o cálculo de proporções e tabulação de frequências e para as variáveis quantitativas foram calculados os parâmetros de tendência central.

Relativamente aos dados recolhidos, através do instrumento utilizado – Escala de Diferencial Semântico - estes foram analisados fazendo recurso à estatística descritiva e inferencial . Depois de se analisar a normalidade da amostra, optou-se por aplicar Testes Não Paramétricos, visto não haver normalidade na maioria dos conceitos da escala.

Assim, para uma análise intragrupal, foi utilizado o Teste de Wilcoxon para duas amostras dependentes, e para as análise intergrupais, o Teste Mann- Whitney U para duas amostras independentes, quer para a análise de ambos os grupos face aos conceitos em estudo, quer para comparação entre eles do efeito da variável independente “apoio psicológico” nesses mesmos conceitos. Foi ainda realizada uma análise de correlações na amostra total face ao agrupamento dos conceitos em 3 dimensões avaliativas mais gerais, tais como; percepção de si mesmo, percepção do apoio psicológico e percepção dos aspectos das relações interpessoais, como ainda uma análise factorial desses mesmos conceitos para verificar as correlações entre eles.

RESULTADOS

Relativamente aos dados recolhidos, através do instrumento utilizado – Escala de Diferencial Semântico - procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial, após o estudo da normalidade, optando-se por aplicar Testes Não Paramétricos, visto não haver normalidade na maioria dos conceitos da escala.

Os dados foram inicialmente analisados entre si para cada grupo, e posteriormente entre os dois grupos do estudo quer para a análise de ambos os grupos face aos conceitos da Escala, quer para comparação entre eles do efeito da variável independente “apoio psicológico” nesses mesmos conceitos. Foi ainda realizada uma análise factorial na amostra total face ao agrupamento dos conceitos para 5 factores, de forma a analisar 3 dimensões avaliativas mais gerais, tais como; percepção de si mesmo, percepção do apoio psicológico e percepção dos aspectos das relações interpessoais.

Dos resultados encontrados na análise intragrupal, quer para o grupo dos surdos, quer para o grupo dos ouvintes, verificámos a existência de diferenças significativas para todos os conceitos entre o factor avaliativo e potência, sendo atribuído a todos eles valores superiores no factor avaliativo do que no factor potência, com a excepção do Conceito Surdez onde essa diferença foi inversa, mas apenas para o grupo dos ouvintes (Quadro 13), sendo que as diferenças são muito significativas para todos os conceitos neste grupo ($p < 0,01$) e no grupo dos surdos muito significativo para os conceitos “Psicólogo”,

“Confiança”, “O que Eu Gostaria de Ser”, “Apoio Psicológico” e “Comunicar”(Quadro 12).

Quadro 12 – Análise Intragrupal no Grupo dos Surdos :

A Probabilidade de Significância (p) refere-se à comparação no Grupo dos Surdos, de cada um dos conceitos da Escala de Diferencial Semântico, nos seus factores Avaliativo/Potência, através do Teste Wilcoxon

SURDOS	Factor Avaliativo		Factor Potência		P
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	
O que Eu Sou	4,98	1,22	4,52	0,91	0,049*
O Psicólogo	5,32	1,07	4,65	0,87	0,005**
Confiança	5,35	1,18	4,56	1,15	0,008**
Surdez	5,12	1,54	4,60	1,03	0,043*
O que Eu Gostaria de Ser	5,8	0,96	4,52	0,79	0,000**
Apoio Psicológico	5,63	1,46	4,59	0,83	0,001**
Comunicar	5,70	1,25	4,30	1,00	0,000**
O que os Outros Pensam de Mim	5,05	1,38	4,30	0,66	0,042*
Relação Terapêutica	5,17	1,42	4,55	0,68	0,017*

* p< 0,05

** p< 0,01

Quadro 13 – Análise Intragrupal no Grupo dos Ouvintes :

A Probabilidade de Significância (p) refere-se à comparação no Grupo de Ouvintes, de cada um dos conceitos da Escala de Diferencial Semântico, nos seus factores Avaliativo/Potência, através do Teste Wilcoxon

OUVINTES	Factor Avaliativo		Factor Potência		p
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	
O que Eu Sou	5,18	0,91	4,52	0,69	0,000**
O Psicólogo	5,29	1,22	4,46	0,81	0,000**
Confiança	6,31	0,75	4,84	0,72	0,000**
Surdez	2,98	0,96	5,19	0,95	0,000**
O que Eu Gostaria de Ser	6,41	0,66	4,61	0,59	0,000**
Apoio Psicológico	5,84	0,93	4,76	0,79	0,000**
Comunicar	6,59	0,57	4,16	0,74	0,000**
O que os Outros Pensam de Mim	4,82	1,06	4,48	0,87	0,004**
Relação Terapêutica	5,72	1,06	4,62	0,63	0,000**

* p<0,05

** p<0,01

Analisando as diferenças entre os dois grupos, verifica-se que apenas encontramos diferenças muito significativas entre os seguintes conceitos:

- a) “ Confiança” no factor avaliativo, com uma média superior nos ouvintes,
- b) “Surdez” quer no factor avaliativo quer no factor potência , sendo a qualidade atribuída muito menor nos ouvintes do que nos surdos, e o peso deste conceito menor nestes últimos,
- c)“O que Eu Gostaria de Ser” no factor avaliativo, com uma média superior nos ouvintes,
- d) e no conceito “Comunicar” no factor avaliativo, mais uma vez qualificado de forma superior nos ouvintes.

Nos restantes conceitos não se verificaram diferenças significativas ainda que importe sublinhar, que na qualidade atribuída ao conceito “Relação Terapêutica” (factor avaliativo) as diferenças são quase significativas com um $p= 0,07$, sendo as médias inferiores nos surdos (Quadro 14).

Quadro 14 – Análise Intergrupar

A Probabilidade de Significância (p) refere-se à comparação do Grupo dos Surdos Com o Grupo dos Ouvintes, de cada um dos conceitos da Escala de Diferencial Semântico, através do Teste de Mann-Whitney

Conceitos	Surdo		Ouvinte		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
O que Eu Sou (Avaliativo)	4,98	1,22	5,18	0,912	0,406
O que Eu Sou (Potência)	4,52	0,919	4,52	0,692	0,904
Psicólogo (Avaliativo)	5,32	1,077	5,29	1,221	0,960
Psicólogo (Potência)	4,65	0,871	4,46	0,805	0,332
Confiança (Avaliativo)	5,35	1,185	6,31	0,750	0,000**
Confiança (Potência)	4,56	1,152	4,84	0,722	0,176
Surdez (Avaliativo)	5,12	1,544	2,98	0,967	0,000**
Surdez (Potência)	4,60	1,036	5,19	0,952	0,004**
O que Eu Gostaria de Ser (Avaliativo)	5,80	0,969	6,41	0,661	0,001**
O que Eu Gostaria de Ser (Potência)	4,52	0,796	4,61	0,588	0,801
Apoio Psicológico (Avaliativo)	5,63	1,461	5,84	0,936	0,986
Apoio Psicológico (Potência)	4,59	0,834	4,76	0,787	0,379
Comunicar (Avaliativo)	5,70	1,250	6,59	0,574	0,000**
Comunicar (Potência)	4,30	1,000	4,15	0,742	0,988
O que os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)	5,05	1,388	4,82	1,069	0,522
O que os Outros Pensam de Mim (Potência)	4,30	0,669	4,48	0,870	0,270
Relação Terapêutica (Avaliativo)	5,17	1,429	5,72	1,068	0,071
Relação Terapêutica (Potência)	4,55	0,681	4,61	0,644	0,744

** p < 0,01

Ao compararmos os grupos face à experiência de apoio psicoterapêutico dos sujeitos constituintes, verificámos, diferenças significativas em ambos os grupos (Surdos/

Ouvintes) sendo no Grupo dos Ouvintes onde essas diferenças se manifestam em maior número. Assim, encontramos diferenças significativas ($p < 0,05$) na população surda, face à força do conceito de “Psicólogo” e à qualidade atribuída ao conceito “Relação Terapêutica”, sendo que a experiência psicoterapêutica contribuiu para maior força do conceito “Psicólogo” com médias mais elevadas neste grupo, e maior qualidade na “Relação Terapêutica” também com expressão nas médias elevadas do primeiro grupo (com apoio psicológico) (Quadro 15).

Na população Ouvinte, encontramos diferenças significativas na qualidade do conceito “O que Eu Sou” sendo os valores das médias inferiores no grupo com apoio psicológico. Encontramos ainda, diferenças muito significativas, na qualidade dos seguintes conceitos: “Psicólogo”, “Apoio Psicológico”, e “Relação Terapêutica”, em todos os casos com médias superiores no grupo com apoio. Quanto à força, apenas encontramos diferenças muito significativas no conceito “O que Eu Gostaria de Ser”, sendo aqui a força atribuída menor no grupo com apoio. Foram ainda encontradas tendências numa atribuição de força superior nos conceitos “Relação Terapêutica” e “Apoio Psicológico”, que embora não assumam diferenças significativas, o valor de p aproxima-se do nível de significância, pelo que os podemos considerar quase significativos com p iguais a 0,074, e 0,086, respectivamente (Quadro 16).

No Grupo dos Surdos pode-se ainda sublinhar algumas curiosidades, sem expressão estatística, nem mesmo próximas do nível de significância, mas que poderão ser indicadores de uma tendência a confirmar em estudos posteriores com amostras de maior dimensão. Elas são, por um lado no que respeita ao qualificativo do conceito “Surdez” com uma média menor no grupo com apoio psicológico, bem como a qualidade atribuída ao

apoio psicológico, também superior no grupo com apoio, e a menor qualidade sentida neste mesmo grupo, no conceito “O que os Outros Pensam de Mim”(Quadro 15).

Quadro 15 – Comparação no Grupo dos Surdos da Variável Independente “ Apoio Psicológico”:

A Probabilidade de Significância (p) refere-se à comparação no Grupo dos Sujeitos Surdos Com e Sem Apoio Psicológico, através do Teste de Mann-Whitney

Conceitos	Com Apoio Psicológico		Sem Apoio Psicológico		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
O que Eu Sou (Avaliativo)	4,52	1,320	5,28	1,080	0,093
O que Eu Sou (Potência)	4,55	1,270	4,50	0,634	0,591
Psicólogo (Avaliativo)	5,62	0,921	5,04	1,164	0,120
Psicólogo (Potência)	5,02	0,862	4,30	0,747	0,035*
Confiança (Avaliativo)	5,55	1,324	5,20	1,083	0,187
Confiança (Potência)	4,70	0,947	4,47	1,299	0,440
Surdez (Avaliativo)	4,97	1,730	5,24	1,429	0,884
Surdez (Potência)	4,74	0,968	4,49	1,098	0,387
O que Eu Gostaria de Ser (Avaliativo)	5,90	0,686	5,72	1,135	0,801
O que Eu Gostaria de Ser (Potência)	4,44	0,792	4,57	0,816	0,461
Apoio Psicológico (Avaliativo)	6,05	0,629	5,18	1,941	0,479
Apoio Psicológico (Potência)	4,68	0,923	4,49	0,751	0,196
Comunicar (Avaliativo)	5,65	0,987	5,73	1,439	0,528
Comunicar (Potência)	4,01	0,987	4,52	0,978	0,059
O que os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)	4,84	1,713	5,20	1,129	0,672
O que os Outros Pensam de Mim (Potência)	4,47	0,830	4,18	0,515	0,208
Relação Terapêutica (Avaliativo)	5,84	0,753	4,63	1,631	0,038*
Relação Terapêutica (Potência)	4,75	0,566	4,40	0,741	0,156

* p < 0,05

Quadro 16 – Comparação no Grupo dos Ouvintes da Variável Independente “ Apoio Psicológico” :

A Probabilidade de Significância (p) refere-se à comparação no Grupo dos Sujeitos Ouvintes Com e Sem Apoio Psicológico, através do Teste de Mann-Whitney

Conceitos	Com Apoio Psicológico		Sem Apoio Psicológico		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
O que Eu Sou (Avaliativo)	4,94	0,983	5,34	0,828	0,022*
O que Eu Sou (Potência)	4,43	0,716	4,59	0,672	0,202
Psicólogo (Avaliativo)	5,70	1,035	4,98	1,270	0,004**
Psicólogo (Potência)	4,51	0,869	4,43	0,757	0,405
Confiança (Avaliativo)	6,27	0,871	6,35	0,658	0,881
Confiança (Potência)	4,84	0,740	4,84	0,716	0,656
Surdez (Avaliativo)	3,10	1,017	2,91	0,935	0,417
Surdez (Potência)	5,30	1,046	5,12	0,888	0,182
O que Eu Gostaria de Ser (Avaliativo)	6,52	0,518	6,34	0,740	0,330
O que Eu Gostaria de Ser (Potência)	4,46	0,654	4,716	0,518	0,009**
Apoio Psicológico (Avaliativo)	6,15	0,781	5,60	0,980	0,005**
Apoio Psicológico (Potência)	4,95	0,790	4,61	0,759	0,086
Comunicar (Avaliativo)	6,55	0,644	6,63	0,523	0,740
Comunicar (Potência)	4,25	0,825	4,09	0,676	0,360
O que os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)	4,65	1,167	4,95	0,985	0,322
O que os Outros Pensam de Mim (Potência)	4,34	0,855	4,58	0,873	0,230
Relação Terapêutica (Avaliativo)	6,17	0,891	5,38	1,074	0,000**
Relação Terapêutica (Potência)	4,75	0,674	4,51	0,575	0,074

* p < 0,05

** p < 0,01

Com base nestes resultados, procedeu-se a um estudo de inter-correlações para observar a existência de associações entre variáveis, procurando analisar essa associação entre os conceitos “O que Eu Sou”, “O que eu Gostaria de Ser” e “O que os Outros Pensam de Mim” no sentido de os agrupar num conceito mais alargado de “Percepção de Si Mesmo”; os conceitos “Psicólogo”, “Apoio Psicológico” e “Relação Terapêutica” de forma a integrá-los na “Percepção do Apoio Psicológico” e ainda as correlações entre “Confiança” e “Comunicação” com vista a verificar a sua associação às “Percepções das Relações Interpessoais”.

No primeiro caso, verificou-se uma correlação alta entre o conceito “O Que Eu Sou” com os outros dois conceitos, quer na qualidade quer na força atribuída, mas os conceitos “O Que Eu Gostaria de Ser” e “O que os Outros Pensam de Mim” não se relacionam entre si. Para além disso, a relação perde significância (de muito significativa, para significativa) nas atribuições da força relativamente ao conceito “O Que Eu Sou”, e ainda, observou-se que as duas dimensões avaliativo e potência não se relacionam mutuamente, pelo que as correlações encontradas se encontram divididas segundo aquelas dimensões. Pode-se no entanto considerar justificado o seu agrupamento nas “Percepções de Si Próprio”, já que é este conceito que inter-relaciona as 3 dimensões estudadas, no entanto subdividindo estas Percepções segundo a sua qualidade e a força (Quadro 17).

No segundo caso, respeitante às “Percepções do Apoio Psicológico” constatou-se que os 3 conceitos se relacionam de forma muito significativa entre si, segundo a qualidade e a força do conceito, para além de haver correlações entre avaliação e potência de forma significativa, como seja entre o Apoio Psicológico (potência) e os restantes conceitos nas duas dimensões em questão, e a Relação Terapêutica (potência/avaliativo) (Quadro 18). Por

esta razão, parece-nos também haver aqui fundamento para o seu agrupamento, enquanto conceito mais vasto, com inter-relações nos conceitos que o integram.

Por ultimo, nos conceitos de Comunicação e Confiança, enquanto “Percepções das Relações Interpessoais”, observaram-se correlações altas, com relações muito significativas, entre os conceitos para cada uma das dimensões avaliativo e potência. Embora de novo não haja uma correlação directa entre a dimensão avaliativo e potência, no conceito Confiança encontrou-se uma relação significativa entre as duas dimensões, o que já não se verifica na Comunicação, que não se relaciona nessa duas dimensões semânticas do conceito.

De uma forma geral, parece haver relações mais significativas no factor avaliativo do que potência, havendo porém ligações entre as diferentes variáveis aqui agrupadas, justificando-se deste modo uma abordagem mais alargada destes conceitos.

Quadro 17 – Correlações entre : O que Eu Sou/ O que Eu Gostaria de Ser/ O que os Outros Pensam de Mim :

			O Que Eu Sou (Avaliativo)	O Que Eu Sou (Potência)	O Que Eu Gostava de Ser (Avaliativo)	O Que Eu Gostava de Ser (Potência)	O Que os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)	O Que os Outros Pensam de Mim (Potência)
Spearman's rho	O Que Eu Sou (Avaliativo)	Correlation Coefficient	1,000	,109	,255(**)	,164	,433(**)	,084
		Sig. (2-tailed)	.	,210	,003	,059	,000	,338
		N	135	135	134	134	132	132
	O Que Eu Sou (Potência)	Correlation Coefficient	,109	1,000	,006	,195(*)	,054	,539(**)
		Sig. (2-tailed)	,210	.	,945	,024	,537	,000
		N	135	135	134	134	132	132
	O Que Eu Gostava de Ser (Avaliativo)	Correlation Coefficient	,255(**)	,006	1,000	,115	-,014	,022
		Sig. (2-tailed)	,003	,945	.	,187	,874	,799
		N	134	134	134	134	132	132
	O Que Eu Gostava de Ser (Potência)	Correlation Coefficient	,164	,195(*)	,115	1,000	,059	,132
		Sig. (2-tailed)	,059	,024	,187	.	,504	,132
		N	134	134	134	134	132	132
	O Que Os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)	Correlation Coefficient	,433(**)	,054	-,014	,059	1,000	-,011
		Sig. (2-tailed)	,000	,537	,874	,504	.	,903
		N	132	132	132	132	132	132
	O Que os Outros Pensam de Mim (Potência)	Correlation Coefficient	,084	,539(**)	,022	,132	-,011	1,000
		Sig. (2-tailed)	,338	,000	,799	,132	,903	.
		N	132	132	132	132	132	132

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 18 – Correlações entre : O Psicólogo/ Apoio Psicológico/ Relação Terapêutica:

			Psicólogo (Avaliativo)	Psicólogo (Potência)	Apoio Psicológico (Avaliativo)	Apoio Psicológico (Potência)	Relação Terapêutica (Avaliativo)	Relação Terapêutica (Potência)
Spearman's rho	Psicólogo (Avaliativo)	Correlation Coefficient	1,000	,164	,592(**)	,221(*)	,543(**)	,157
		Sig. (2-tailed)	.	,071	,000	,015	,000	,089
		N	123	122	121	121	119	119
	Psicólogo (Potência)	Correlation Coefficient	,164	1,000	,132	,445(**)	,053	,333(**)
		Sig. (2-tailed)	,071	.	,152	,000	,567	,000
		N	122	122	120	120	119	119
	Apoio Psicológico (Avaliativo)	Correlation Coefficient	,592(**)	,132	1,000	,185(*)	,649(**)	,135
		Sig. (2-tailed)	,000	,152	.	,039	,000	,143
		N	121	120	125	125	120	120
	Apoio Psicológico (Potência)	Correlation Coefficient	,221(*)	,445(**)	,185(*)	1,000	,243(**)	,536(**)
		Sig. (2-tailed)	,015	,000	,039	.	,007	,000
		N	121	120	125	125	120	120
	Relação Terapêutica (Avaliativo)	Correlation Coefficient	,543(**)	,053	,649(**)	,243(**)	1,000	,177(*)
		Sig. (2-tailed)	,000	,567	,000	,007	.	,050
		N	119	119	120	120	124	124
	Relação Terapêutica (Potência)	Correlation Coefficient	,157	,333(**)	,135	,536(**)	,177(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,089	,000	,143	,000	,050	.
		N	119	119	120	120	124	124

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 19 – Correlações entre: Confiança/ Comunicação:

			Confiança (Avaliativo)	Confiança (Potência)	Comunicação (Avaliativo)	Comunicação (Potência)
Spearman's rho	Confiança (Avaliativo)	Correlation	1,000	,197(*)	,519(**)	,028
		Coefficient	.	,022	,000	,747
		Sig. (2-tailed)	.	.	.	.
		N	135	135	135	135
	Confiança (Potência)	Correlation	,197(*)	1,000	,267(**)	,216(*)
		Coefficient	,022	.	,002	,012
		Sig. (2-tailed)	.	.	.	.
		N	135	135	135	135
	Comunicação (Avaliativo)	Correlation	,519(**)	,267(**)	1,000	,121
		Coefficient	,000	,002	.	,161
		Sig. (2-tailed)	.	.	.	.
		N	135	135	135	135
Comunicação (Potência)	Correlation	,028	,216(*)	,121	1,000	
	Coefficient	,747	,012	,161	.	
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.
	N	135	135	135	135	

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Com base nas correlações encontradas, e partindo do pressuposto de existir uma associação forte entre as variáveis em estudo, procedeu-se a uma análise factorial exploratória, tendo-se encontrado uma estrutura factorial agrupada em 5 factores. Antes de procedermos a análise factorial realizamos o teste KMO, que nos provou a adequação da nossa amostra para a realização de um estudo da estrutura factorial da escala, uma vez que este teste apresentou um valor superior a 0,70.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,732
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	612,035
	df	153
	Sig.	,000

Quadro 20 - Análise Factorial dos Conceitos da Escala de Diferencial Semântico

Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
RTaval1	,815	,114	,173	-,025	,090
RTpot1	,181	,749	,153	-,165	-,202
outropaval1	,302	-,103	-,139	-,055	,770
outropot1	-,317	,596	,166	,105	,267
comaval1	,240	-,039	,746	,086	,302
compot1	,036	,110	-,067	,688	,007
APaval1	,822	,091	,099	,139	,101
APpot1	,295	,640	,072	,223	-,277
eugostaval1	,505	-,010	,445	,235	-,059
eugostpot1	,018	-,069	,068	,759	,143
surdezaval1	,070	,089	-,752	,102	,321
surdezpot1	,137	,252	,470	,305	,017
confaval1	,186	,211	,572	-,046	,466
confpot1	,185	,272	,194	,666	,013
psicaval1	,804	,088	,010	,035	,156
psicpot1	,183	,683	-,175	,172	,097
eusoaval1	,037	,016	,152	,211	,750
eusopot1	-,141	,540	-,035	,387	,404

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Encontramos assim os seguintes conceitos agrupados em 5 factores, ordenados de forma decrescente no valor da correlação (Anexo) :

Quadro 20.1 - Agrupamento dos Conceitos da Escala de Diferencial Semântico :

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Conceitos	Apoio Psicológico (Avaliativo)	Relação Terapêutica (Potência)	(-) Surdez (Avaliativo)	O que Eu Gostaria de Ser (Potência)	O que os Outros Pensam de Mim (Avaliativo)
	Relação Terapêutica (Avaliativo)	Psicólogo (Potência)	Comunicação (Avaliativo)	Comunicação (Potência)	O que Eu Sou (Avaliativo)
	Psicólogo (Avaliativo)	Apoio Psicológico (Potência)	Confiança (Avaliativo)	Confiança (Potência)	
	O que Eu Gostaria de Ser (Avaliativo)	O que os outros pensam de Mim (Potência)	Surdez (Potência)		
		O que Eu Sou (Potência)			

Se tivermos em conta as correlações mais fortes em cada factor, e excluirmos das considerações os conceitos cujas correlações são mais fracas, então podemos considerar os seguintes agrupamentos:

O primeiro factor diz respeito à “Percepção do Apoio Psicológico” na sua vertente avaliativa e o segundo à sua vertente potência.

O terceiro factor diz respeito à “Percepção da Surdez” correlacionando de forma negativa a surdez na sua qualidade com a força desse conceito, assim como com a qualidade dos conceitos directamente relacionados com a surdez, como seja a comunicação e a confiança. Ou seja a qualidade da comunicação e da confiança, bem como o peso da surdez será tanto maior quanto menor for qualidade atribuída à surdez.

O quarto factor, diz respeito à “Percepção das Relações Interpessoais” na sua vertente potência, relacionando o Ideal de Eu, com a Comunicação e Confiança.

O quinto e último factor diz respeito à “Percepção de Si Próprio” na dimensão avaliativa.

Com base nesta estrutura factorial, podemos então encontrar novo fundamento para a sua análise conjunta, segundo dimensões mais alargadas e amplas.

No entanto, com esta nova análise, encontramos apenas a “Percepção do Apoio Psicológico” dividido na dimensão avaliativa e potência, a “Percepção da Surdez” como conceito integrado nas duas dimensões (avaliativo/potência), a “Percepção das Relações Interpessoais” na vertente potência e a “Percepção de Si Próprio” na dimensão avaliativa, como sendo estes agrupamentos aqueles cujas correlações são mais fortes. Segundo esta leitura dos resultados, passaremos então a considerar apenas estes 5 factores. Perde aqui relevância a “Percepção das Relações Interpessoais” na dimensão avaliativa e “Percepção de Si Próprio” na dimensão potência, estando estes conceitos integrados nos outros factores, relacionando-se com eles de forma significativa.

Assim, de forma a adicionar uma análise suplementar aos dados já discutidos, procedeu-se à comparação destes 5 factores, entre os dois grupos deste estudo (Surdo/Ouvinte), segundo o teste de Mann-Whitney e apenas encontramos diferenças significativas no 3º factor, que diz respeito à “Percepção da Surdez”, corroborando as análises feitas anteriormente face a este conceito.

Quadro 21 - Comparação entre Factores

Test Statistics^a

	REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1
Mann-Whitney U	998,000	1054,000	161,000	1072,000	1044,000
Wilcoxon W	4739,000	4795,000	486,000	4813,000	4785,000
Z	-,544	-,148	-6,452	-,021	-,219
Asymp. Sig. (2-tailed)	,587	,882	,000	,983	,827

a. Grouping Variable: surdo

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com vista a responder às questões levantadas pela presente investigação, procuraremos neste capítulo integrar os resultados encontrados nas linhas orientadoras deste estudo e encontrar significações.

Antes de respondermos à pergunta global que nos permitirá olhar para os conceitos e transpo-los para a lógica da construção da relação terapêutica, devemos considerar as características da nossa população alvo, entendendo aqui as respostas do grupo dos ouvintes como as percepções esperadas, e encontrar explicações para as semelhanças e diferenças entre estes dois grupos.

Quando analisadas as percepções entre surdos e ouvintes face à qualidade e força atribuída a cada um dos conceitos, verificámos que em todos estes conceitos a qualidade é superior à força, em ambos os grupos, concluindo-se ser este o seu factor caracterizador, o que nos permite olhar para cada um deles, principalmente para aqueles que dizem respeito ao Apoio Psicológico, como atributos valorizados ainda que menos creditados quanto aos seus efeitos. No entanto, esta não parece ser característica exclusiva do grupo dos surdos, pelo que não é por força da análise individual de cada um dos conceitos que conseguimos explicar as diferenças sentidas no setting terapêutico. No entanto, esta semelhança de atribuições poderá contribuir para uma maior nitidez nas diferenças de distribuição em análises intergrupais, já que os conceitos são interpretados de igual forma.

Porém nesta análise, encontrou-se um dado relevante, que foi no conceito de “surdez” onde, não obstante se manterem as diferenças entre potência e avaliação nos dois grupos, o sentido foi inverso, sendo a força do conceito superior à qualidade sentida. Esta diferença parece clara, visto se tratar de um handicap sensorial, que limita as relações interpessoais do indivíduo. No entanto, essa inversão, que seria à partida esperada, não se verificou no grupo dos Surdos, continuando aqui a ser definida como pouco forte e de maior qualidade. Estas diferenças encontram sustentação nas comparações feitas com base na estrutura factorial encontrada, onde a “Percepção da Surdez” correlacionava de forma negativa a avaliação da surdez à sua força bem como à qualidade da comunicação e confiança. O que se verificou, foi que no grupo dos surdos a avaliação da surdez era superior, perdendo qualidade a comunicação e confiança, assim como o peso dessa própria limitação sensorial, enquanto nos ouvintes se passava exactamente o contrário.

Talvez este indicador nos ofereça as “diferenças socioculturais” deste grupo, e citando o poema de Willerd e Madsen, (2000) talvez seja preciso ser surdo para entender. Mas podemos também olhar estas diferenças, inscritas nestas características socioculturais, como respostas defensivas, partindo do principio ser este grupo muito defensivo face à expressão e manifestação das suas fragilidades, enquanto resistência a elas, e por isso mesmo, como negação do sentido real atribuído, ou seja, em vez de bonito, feio, em vez de agradável, doloroso, em vez de positivo, negativo.

Ao compararmos os dois grupos entre si, este conceito de “Surdez” mantém as diferenças já mencionadas, mas surgem também outras diferenças nos conceitos “Confiança”, “Comunicar” e “Ideal do Eu”, também encontradas na análise factorial, que devem aqui ser explorados.

Se “Surdez” é vista de forma mais valorizada pelo grupo de Surdos, mas “Confiança” “Comunicar” e “Ideal do Eu” entendida no sentido inverso, então, ou estes conceitos, em especial os dois primeiros, fortemente relacionados com as questões que a própria Surdez levanta, são desvalorizados pela condição natural a que este grupo está sujeito nas suas relações interpessoais, ou estes conceitos reflectem as contradições próprias das resistências internas. Ou seja, podem estes conceitos reflectir uma dificuldade em confiar porque a comunicação fica empobrecida com todos aqueles que não dominam a sua língua, (des)confiar porque, de acordo com a caracterização deste grupo feita anteriormente, apenas aos 10 anos (em média) adquiriram um código linguístico, ficando durante todo esse tempo “entregues si próprios” face às significações das suas experiências interpessoais, e talvez desvalorizar o acto de comunicar pois as limitações que a comunicação lhes oferece diariamente, inscrevem-se na sua história vida pessoal. Mas se “Surdez” é valorizada por força de mecanismos defensivos como a negação, onde negar assume a forma de uma afirmação, então, as dificuldades em Confiar e Comunicar reflectem as dificuldades em ser surdo, estando o Ideal do Eu também ele menos valorizado, face à pesada realidade de não ouvir, e total impossibilidade de pertencer ao grupo dos que Ouvem.

No entanto, estas especulações não podem ser confirmadas, pois a qualidade atribuída continua a ser superior ao peso do conceito para o indivíduo, o que a não ser verdade, poderia explicar estas ambivalências entre a adaptação à surdez, a sua aceitação, e valorização, e as limitações sentidas diariamente como consequência deste handicap. A propósito, e a título de curiosidade, Handicap Sensorial ou Deficiência são conceitos que a população surda de uma forma geral rejeita para si, sublinhando sempre a sua condição de minoria linguística e grupo sociocultural, e não como incapazes de Ouvir. Será este

movimento semelhante ao da caracterização da “Surdez”? Os conceitos de Deficiência e Handicap não foram introduzidos neste estudo, mas talvez tivesse sido interessante integrá-los nesta Escala e ver aqui as diferenças entre as atribuições à deficiência e à surdez. Podemos mais uma vez especular, que as diferenças seriam grandes, já que no primeiro caso se excluem e apenas no segundo se identificam.

O que parece ser uma verdade é que estes resultados indicam as diferenças essenciais da experiência de ser surdo, onde o sentido da surdez assenta num sentir diferente das relações interpessoais. Para o surdo, comunicação e confiança assumem um valor emocional distinto (se entendermos o factor potência como remetendo para a experiência emocional do sujeito, e avaliação para o significado cognitivo do conceito) sendo a surdez definida pela cognição – onde de uma forma racional, não é o ser surdo que é importante, mas antes a vivência das relações que emerge como aspecto central.

Procurando ir um pouco mais ao encontro do objectivo deste estudo, ou seja procurar analisar a construção da relação terapêutica na Surdez, podemos considerar, como nota suplementar, mas não como dado estatisticamente relevante, uma tendência no conceito “Relação Terapêutica” para uma avaliação menor nos Surdos do que nos Ouvintes, o que a confirmar-se (a diferença é quase significativa com um $p = 0,07$) ia ao encontro da hipótese colocada neste estudo, onde as características próprias desta população dificultam em certa medida a criação de uma relação terapêutica, já que confiança e comunicação são conceitos também eles menos valorizados. Confiar na relação é difícil pela história de vida do sujeito surdo, confiar no terapeuta ouvinte, pode ser ainda mais doloroso. No entanto, convém sublinhar, que estas reflexões não têm suporte estatístico e por isso mesmo não podem ser confirmadas. Para além disso, ainda que de novo sem diferenças significativas a

corroborarem estas reflexões, não deveria também o próprio conceito de “Confiança” assumir um peso maior para estes sujeitos do que para os ouvintes, o mesmo se dizendo do conceito “Comunicar”? Poderão estas respostas reflectir também elas uma minimização do “peso” interno destes dois conceitos pela mesma lógica da sobrevalorização da surdez em quem não ouve? Os resultados não respondem a estas questões, mas sugerem-nos algumas dúvidas!

Os resultados parecem antes, remeter para diferenças na experiência da relação terapêutica, e não tanto para o conceito em si, sendo que a relação terapêutica assume-se como semelhante nos dois grupos, enquanto construção única, independente da condição de ouvir, prendendo-se antes com as características dos dois intervenientes. Deste modo anula-se a maior ou menor capacidade (facilidade) para a relação, sendo antes a sua experiência que marca a diferença. É preciso que o terapeuta-ouvinte conheça e entenda a experiência de ser surdo, para entrar verdadeiramente em relação com ele.

Curiosamente, o conceito “Psicólogo”, enquanto o “outro significativo” naquela relação terapêutica, aparece nos surdos com apoio psicológico valorizado no plano emocional, e nos ouvintes pelo seu lado racional, cognitivo. Esta diferença de valorização entre os dois grupos, dá-nos conta das diferenças do sentir destas relações significativas no sujeito, ao mesmo tempo que reforça a importância e validade do trabalho terapêutico com surdos.

Tentando assim, perceber como estas construções terapêuticas se processam, como o indivíduo surdo se posiciona no apoio psicológico, importa analisar as diferenças dentro de cada um dos grupos, consoante a sua experiência neste tipo de apoio psicoterapêutico. O que os resultados dizem é que de uma forma geral, o Grupo dos Ouvintes apresenta maiores diferenças do que os Surdos, podendo com isso querer significar uma maior

resistência à mudança nestes últimos quando comparados com os primeiros. Vendo em maior profundidade as diferenças encontradas, nos Surdos verifica-se que a experiência psicoterapêutica proporciona a atribuição de maior força ao “Psicólogo” e melhor qualidade na “Relação Terapêutica”, o que nos dá conta da construção de uma aliança terapêutica positiva entre paciente surdo-terapeuta ouvinte, permitindo assim fundamentar as vantagens deste tipo de apoio, mesmo aceitando possíveis limitações. Estas diferenças também são encontradas na população ouvinte, com níveis de significância superior ($p < 0,01$) e acrescido de diferenças também no conceito “Apoio Psicológico” enquanto elemento inter-relacionado com os outros 2 conceitos, conferindo-lhe assim maior consistência às diferenças encontradas. Talvez esta maior consistência no grupo dos ouvintes nos permita falar em maior resistência dos Surdos à Psicoterapia de uma forma geral.

Para tal, importa comparar estes resultados do grupo dos surdos, pouco esclarecedores, e reduzidos apenas a 2 conceitos onde tal movimento era esperado acontecer, com os resultados obtidos na população ouvinte, de forma a podermos retirar deles mais ilacções, uma vez mais procurando entender a ausência de diferenças significativas que emergem como muito significativas nos ouvintes. Ou seja, ver o que muda entre estes dois grupos. Se os conceitos inicialmente foram classificados e definidos de forma semelhante, porquê nos ouvintes as diferenças serem superiores em análises mais detalhadas?.

No grupo de ouvintes com experiência psicoterapêutica encontramos um valor inferior no que respeita à qualidade do conceito “EU” e um menor peso relativamente ao conceito Ideal do Eu. Talvez do ponto de vista psicanalítico, possamos falar “ numa relação mais expansiva com a sua própria verdade” (Amaral, C. 2000), onde como dizia Bion “o paciente chega á análise com seis factos, todos eles com uma versão, e está verdadeiramente em

análise no momento em que passa a ter seis versões para cada facto – expandindo o seu campo de significação” (Amaral , C, 2000)” Com este olhar, parece compreensível que o EU seja o que entra em jogo numa psicoterapia, passando para um segundo plano o Ideal do Eu, mediante as mudanças de expansão do campo de significação no Eu do sujeito. Este movimento, reflecte mudança, auto-conhecimento. Este movimento não se verifica nos Surdos. Poderemos neste momento falar em, resistência à psicoterapia?

Também no grupo de Ouvintes o peso dos conceitos “Relação Terapêutica” e “Apoio Psicológico” assumem diferenças *quase* significativas ($p= 0,07/ p= 0,08$, respectivamente), o que mais uma vez, poderá revelar uma tendência de adesão à psicoterapia que não se verifica no grupo dos Surdos. No entanto, visto não estarmos perante dados estatisticamente significativos, deixemos estas considerações no plano de reflexões não fundamentadas, que apenas nos poderão induzir um caminho nesta leitura de dados.

Seguindo ainda a mesma linha de raciocínio, e pegando em dados não significativos do ponto de vista estatístico (com as devidas ressalvas), verificamos um valor ligeiramente inferior na média atribuída ao qualificativo de “Surdez” e no conceito do “Ideal do EU” no grupo com apoio psicológico, podendo este valor representar a tal expansão do campo de significação do indivíduo surdo, refriando as suas defesas, quebrando um pouco as suas resistências, abrindo caminho para novas verdades.

Sabendo existir correlações nos conceitos estudados, encontramos com diferentes níveis de confiança 5 factores, agrupados em conceitos mais amplos; A “Percepção de Si Mesmo”, apenas na dimensão avaliativa, “Percepção do Apoio Psicológico” dividido nessas duas dimensões (avaliativo/potência), “Percepção das Relações Interpessoais” na dimensão potência, e “Percepção da Surdez”, enquanto conceito integrado(avaliativo e potência).

Em relação à Surdez, o conceito parece relacionar-se significativamente com os conceitos Comunicação e Confiança, na dimensão avaliativa, o que nos indica a ligação feita, embora segundo uma correlação negativa, entre a surdez e aqueles aspectos, que entendemos como directamente relacionados com o primeiro. Assim, parece ficar fundamentado que, se a comunicação é essencial á condição humana, a sua desvalorização em favor de uma maior qualidade na surdez, assume formas defensivas, ou reactivas à sua própria condição existencial, tal como já debatemos anteriormente a respeito do conceito isolado de “Surdez”.

Destes 5 factores apenas este ultimo apresenta diferenças significativas nos dois grupos em estudo.

Nas outras 4 dimensões, podemos no entanto tecer algumas considerações, ainda que sem diferenças significativas entre os dois grupos, tendo por base uma análise integrada dos resultados.

Nas Percepções de Si Mesmo não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, apenas quando comparados com a experiência psicoterapêutica, onde se verificava uma maior tendência para a mudança no grupo dos Ouvintes manifesta pelas alterações das percepções desses conceitos, nas suas atribuições avaliativas e de potência, parecendo-nos haver uma maior resistência à mudança nos Surdos relativamente ao “olhar para si próprio”, “olhar para dentro” e crescer.

Na segunda dimensão “ Percepção do Apoio Psicológico” foi clara a maior consistência do grupo de Ouvintes face à qualidade e peso atribuído aos conceitos, mais uma vez reforçando as diferenças nesta experiência terapêutica nos Surdos. No entanto, quando analisado esta percepção nas duas dimensões avaliativa e potência, não se encontrou

diferenças entre os dois grupos, o que nos oferece um olhar positivo sobre a psicoterapia dos surdos, já que ainda que as médias sejam mais baixas e a tendência seja para uma maior resistência à análise, de uma forma geral as percepções do Apoio psicológico são semelhantes nos dois grupos, funcionando como incentivo no trabalho terapêutico com estes sujeitos.

Por ultimo, na “Percepção das Relações Interpessoais” verificou-se uma desvalorização do grupo dos surdos a estes conceitos quando comparados com os ouvintes, levantando assim a hipótese, de acordo com tudo o que já foi dito, poder esta desvalorização, principalmente no que respeita ao seu peso e força, tratar-se de um mecanismo de defesa, de negação e resistência interna, onde se torna mais facil não ouvir a ter de pensar, e por isso mesmo ter de assumir, a importancia dessas questões. Para além disso, emerge como essencial os menores atributos emocionais conferidos às relações interpessoais por parte do grupo dos surdos, o que nos oferece um outro olhar sobre esta experiência sensorial, levando-nos a redefinir todas as metodologias nesta população. Não podemos olhar o surdo com um sentir de ouvinte. É preciso conhecer o sentir do surdo, para o entender verdadeiramente.

DISCUSSÃO

Nesta procura de significações, e procurando sintetizar as análises feitas anteriormente, podemos então considerar haver alguns indícios nesta investigação para a existência de uma maior resistência na população surda, quer ao auto-conhecimento, quer à psicoterapia em si mesma, assente em resistências internas e mecanismos de defesa como a negação. Tais resultados encontram fundamento em alguns indicadores da literatura que referem haver neste grupo uma tendência para um pensamento mais concreto, operatório, com maior rigidez e controle, dando conta por um lado de dificuldades em libertarem os conteúdos inconscientes do seu pensamento, mas também dificuldades funcionais que se prendem com as capacidades de abstracção, directamente relacionadas com todo o processo de aquisição de linguagem, tantas vezes iniciado apenas com o início da idade escolar (Marscharrk, M; Clark, M; 1993).

Assim, se por um lado, as diferenças socio-culturais entre paciente surdo/ terapeuta ouvinte parecem reactivar e actualizar as relações precoces do sujeito surdo com a comunidade ouvinte de uma forma geral, podem também emergir na forma de resistência.

A experiência de “não ser entendido” como “nada de importante” parece revelar uma espécie de constrangimento na repetição, onde o outro parece nunca estar verdadeiramente na relação. Esta aparente passividade face ao que é sentido como ausência emocional do outro na relação, remete para as suas experiências infantis, que podem, em certa medida ser entendidas à luz do conceito de André Green de “Mãe Morta” enquanto aquela que não está lá, uma presença “branca” que não contém, não “ouve” os seus apelos, não o entende. Este

conceito de Mãe Morta (Green, A, 1980), parece interligar-se à experiência psicoterapêutica com sujeitos surdos, se associarmos esta mãe que deprimiu e desinvestiu drasticamente o seu bebé, com aquela que nunca aceitou a surdez do filho, e que por força disso se comporta com ele como se não estivesse lá. Green (1980) fala deste conceito, não enquanto ausência física da mãe, mas ausência psíquica, que carrega consequências fatais para o desenvolvimento do psiquismo da criança, emergindo na clínica, não da forma depressiva, mas antes sobre a forma de neurose de carácter, por força da natureza narcisista dos conflitos invocados.

O Complexo da Mãe Morta (Green, A., 1980) recai sobre as angústias de abandono (perda do seio, perda do objecto, e perda da protecção do Supereu) uma “angústia branca” que traduz a perda sofrida ao nível do narcisismo. O desinvestimento massivo e radical da mãe, entendendo este conceito na sua expressão mais intensa, dava origem a “buracos psíquicos” preenchidos por reinvestimentos destrutivos, face ao enfraquecimento do investimento libidinal erótico.

A surdez, pode potencializar em certa medida a emergência destes “buracos psíquicos”, se a experiência precoce do sujeito surdo tiver sido marcada por aquilo que podemos ler como desinvestimento afectivo, pela ausência de comunicação. Estes “buracos psíquicos” são sentidos pelo sujeito como inanalísáveis. Assim, mais do que a surdez, os aspectos relacionados com as relações interpessoais, inscritos nesta dimensão do “não ser entendido”, parecem ser vistos por ele como “nada de importante”, enquanto desinvestimento que o próprio sujeito faz das suas relações e toda a sua dimensão existencial.

Como podemos verificar na caracterização feita do grupo dos surdos, o domínio da Língua Gestual por parte dos “Outros significativos” é reduzida, estando à partida metade da população deste grupo sem qualquer suporte comunicacional dentro da família, para além de que quando existe o conhecimento da língua, este ser definido como muito rudimentar, permanecendo empobrecida a essência da comunicação.

Ainda assim, é vulgar ouvir um surdo comentar o desconhecimento da Língua Gestual por parte da sua família como não sendo nada de importante numa resposta do tipo “ não faz mal... habituei-me “(Gilckam, N; Harvey, M; 1996).

Para Andre Green (1980), no complexo da Mãe Morta, a depressão só emerge pela experiência transferencial, numa compulsão à repetição que traduz uma depressão infantil. No entanto, parece sempre haver uma dissonância entre o que é vivido na terapia e o que o sujeito manifesta, sendo que esta depressão parece nunca eclodir.

Na experiência terapêutica com a população surda encontramos muitas das vezes estas dissonâncias, com maior ou menor intensidade, aparecendo em primeiro plano a problemática narcisista, como consequência da não aceitação desta mãe no que respeita à surdez do seu filho e a consequente diminuição do interesse pela criança ou, pelo menos, diminuição das trocas interactivas entre elas. Esta pobreza comunicacional, tantas vezes referida pelos pacientes surdos, poderá ser sentida como um desinvestimento de intensidade semelhante, emergindo uma exigência considerável do Ideal do Eu em contraste com um permanente sentimento de impotência, com insatisfação profunda perante os resultados.

Esta impotência instala-se e, passa a ser comum ficar excluído das conversas dos ouvintes, entre os pais e a família. Os terapeutas parecem também ficar “habituaados” a estes contextos e a estas realidades. Então tudo se parece acomodar a este isolamento em termos

comunicacionais como se “não fosse nada de especial “. No entanto somos também constantemente forçados a constatar este isolamento ou através da própria família ou através de reacções de ansiedade do paciente quando exposto aos “objectos transferencias “ do dia-a dia, activando no sujeito surdo as ansiedades da infância resultantes do isolamento precoce inscrito na sua história de vida passada, emergindo no presente na forma de reacção pós- traumática. (Gilckam, N; Harvey, M; 1996)

O que parece resultar do intercâmbio da literatura com os resultados aqui encontrados, é que por um lado as auto-percepções, o conceito de surdez e a Percepção das Relações Interpessoais aparecem como “nada de especial” (peso inferior à qualidade, e qualidade hipervalorizada quando comparada com o grupo de ouvintes), parecendo tratar-se de um mecanismo de defesa, de negação e resistência interna, onde se torna mais facil não ouvir a ter de pensar, e por isso mesmo ter de assumir, a importancia dessas questões.

Por outro lado, as mudanças face à experiência terapêutica parecem ser sentidas como menos intensas, enquanto resistência à análise , negando o sentimento de vazio que as relações primárias reactivam nestes sujeitos, e que a própria psicoterapia, pela sua natureza promove pela reexperimentação. Nesta dimensão, encontramos evidências nos resultados de uma menor consistência face às qualidades e peso atribuido aos conceitos referentes à Percepção do Apoio Psicológico, o que vem corroborar esta noção de resistência à terapia por parte da população surda .

Neste estudo não encontramos, como a literatura refere, um Self desvalorizado nos Surdos, com um auto-conceito mais pobre do que os pares ouvintes (Altshuler, 1974, cit Marschark; M.; Clark;M.; 1993). A forma como se avaliam é ligeiramente inferior quando comparado com o grupo de ouvintes, mas sem diferenças significativas, e a força apresenta resultados

semelhantes. O Ideal do Eu está menos valorizado (aqui com diferenças significativas, como já foi mencionado) e o auto-conceito pelo olhar dos outros apresenta inclusive uma média mais elevada (de novo sem suporte estatístico), o que mais uma vez vai contra a revisão bibliográfica. Podemos no entanto ler estes dados como estando hipervalorizados, seguindo a mesma lógica do conceito de Surdez já discutido no capítulo anterior , bem como a percepção das relações interpessoais, expressos nas atribuições de força e peso dos conceitos “Comunicar” e “Confiança”. No entanto, os atributos avaliativos dados à Surdez por parte deste grupo, podem ser também vistos, como identificações socioculturais e nesse sentido, como protectoras e securizantes. São os “Ouvintes” que constituem uma “ameça” não a “Surdez”.

Esta “ameça” sentida vinda de fora do seu grupo, é na literatura descrito como responsável por comportamentos de uma dependência conformada, caracterizada por atitudes passivas, quase numa submissão fatalista, suportado pela sua consciência mais ou menos activa, e confirmado pela inevitabilidade do seu proprio destino pessoal e social. Assim sendo, poderíamos encontrar fundamento para os resultados mais baixos na qualidade atribuida ao Ideal do Eu, por força de uma identidade que oscila entre a identificação ao mundo dos surdos, que lhes oferece um sentimento de completude, segurança, e aceitação, e a identificação ao mundo dos ouvintes, representada enquanto uma parte importante da sociedade , mas que é sentida como inacessível, inalcançável.

Para Montanini Manfredi (cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993) a ansiedade gerada pelas situações de desconforto produzidas pela sua deficiência de uma forma geral, cria uma auto-imagem negativa o que leva o sujeito surdo a sentir-se desprotegido e exposto. No entanto, segundo a autora , na organização global do seu self , estas auto-imagens negativas

não são extensíveis ao nível do seu ideal- do-eu, já que a auto-imagem negativa é associada a atributos positivos que defendem a integridade do seu self. Os nossos resultados mostram essa integração na organização global do self, dos atributos positivos, quer da surdez, que os caracteriza, quer de si próprios, pela auto-imagem, e pelo olhar dos outros.

Montanini Manfredi (cit Marscharrk, M; Clark, M; 1993) acrescenta ainda que a “aceitação” da sua deficiência é, nestes sujeitos, admissão das evidências, consciencialização do que pode resultar da própria deficiência, o que no nosso estudo surge exactamente na relação inversa, estando os aspectos directamente relacionados com a surdez desvalorizados quando ao peso que assumem na sua história de vida. No entanto, a autora diz ainda que essa consciencialização da deficiência não os conduz a uma submissão ou renúncia da construção do self, donde, na luta pela sua identidade, mais expostos que estão estes sujeitos a frustrações, aumenta também o recurso a mecanismos de defesa contra a ansiedade, aqui vistos como negação, de forma a que, segundo ela, o potencial envolvido na construção do self lhes permita desafiar as hostilidades do meio envolvente, tornando-se capazes de não cair em dependências passivas face a ele. Daqui emerge o “peso” sociocultural atribuído à surdez, podendo assim justificar as atribuições elevadas deste conceito nesta população.

Quando McCann e Pearlman (1990, cit (Gilckam, N; Harvey, M; 1996) falam das experiências precoces do sujeito surdo como acontecimentos traumáticos, entendendo o isolamento comunicacional como experiência que excede as capacidades de coping do indivíduo, interferindo significativamente no seu desenvolvimento psicológico, argumentam também que essa sua ausência assume uma importância crucial, já que sem ela fica por preencher uma necessidade universal do ser humano, lendo aqui a linguagem como

meio comunicacional com a família e pessoas significativas, enquanto condição essencial em todas as culturas. Esta definição do isolamento comunicacional como acontecimento traumático, e segundo o Harvey (Gilckam, N; Harvey, M; 1996) entendido como trauma essencial de grande parte dos pacientes surdos em psicoterapia, parece justificar as diferenças encontradas na avaliação feita dos conceitos Confiança e Comunicação, com valores significativamente mais baixos na qualidade que atribuem a estes conceitos, embora de novo, pareça haver uma minimização do peso que estes conceitos têm na sua vida, talvez por forma a conservar a integridade do self global, como falamos anteriormente.

Em resposta a este trauma, os pacientes surdos em psicoterapia tendem a apresentar 3 reacções comuns(Terr, 1990, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996): Por um lado parecem reexperimentar naquele setting o acontecimento traumático, relatando frequentemente reexperiências dos efeitos em grupos de ouvintes associados com as suas experiências precoces de isolamento (Harvey, 1993, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996). Por outro lado, evitam os estímulos associados ao trauma, evitando estimulação exterior para reduzir a ansiedade, evitando muitas vezes o confronto com pessoas ouvintes. Quando evitam estimulação interior, evitam sentimentos ou pensamentos que lhes provocam ansiedade, falando do seu isolamento como “ nada de especial”. Por último, manifestam sinais de aumento automático de reactividade, parecendo estar sempre em estado de alerta no que respeita à adequação da comunicação em ambientes e contextos particulares . Eles podem reagir de uma forma passiva, resignando-se, ou de uma forma assertiva (Harvey , 1982, cit Gilckam, N; Harvey, M; 1996) . Aliado à óbvia necessidade de aceder à comunicação, tal vigilância pode também ser relatada como sequela traumática da infância em muitos pacientes surdos ao longo da psicoterapia.

Estes dados da literatura permitem-nos transpor-los para os resultados encontrados, justificando por um lado as resistências à mudança e percepções do “Apoio Psicológico” como menos valorizado, enquanto reexperiência dos traumas precoces. Para além disso, a desvalorização dos aspectos ligados à surdez e suas implicações nas relações interpessoais parecem surgir como evitamento de sentimentos ou pensamentos que lhes provocam ansiedade, explicando igualmente as maiores resistências ao auto-conhecimento, expresso nas menores diferenças no auto-conceito e percepção de si mesmo nos sujeitos com experiência psicoterapêutica, quando comparados com a população ouvinte. Por último, o estado de vigilância referido, encontra um paralelo na menor qualidade atribuída ao conceito de Confiança, embora mais uma vez fosse de esperar a existência de um peso superior deste conceito, que pela sua ausência, nos leva a colocar a hipótese dessa desvalorização ser fruto de resistências internas e não das vivências reais deste grupo face as questões que esse conceito levanta. Aparece de novo a experiência de ser surdo como aspecto central nesta investigação, estando o sentido da surdez assente num sentir diferente das relações interpessoais, onde cognitivamente, não é o ser surdo que é importante, mas antes a vivência emocional das relações.

Coimbra de Matos, ao falar das questões de Transferência, analisa-a à luz dos processos identificatórios deslocados para a relação clínica, tomando a identidade como o processo de síntese das identificações. Daí que identidade represente uma construção pessoal, cuja base são as relações pessoais (interpessoais) significativas, ditas “relações de objecto”, que constroem o pensamento. (Sá, E, 2003, Cap. VI, pag 233-242). Com esta noção podemos entender a força deste “isolamento comunicacional” na psicoterapia com sujeitos surdos, e as resistências à elaboração desse trauma, como resistência à própria análise terapêutica.

Deste modo, olhando para a transferência no seu sentido mais lato tal como Sandler(1989) defende, impõe-se uma abordagem multidimensional, inscrita numa esfera mais geral das psicologias das relações interpessoais, podendo inclusive encontrar nas palavras de Freud esta passagem da transferência como um fenómeno universal. Assim sendo, e vendo a transferência como o processo de síntese de identificações, assente nas “relações de objecto” do sujeito que constroem o seu pensamento, tal como defende Coimbra de Matos, então a “Percepção do Apoio Psicológico” por parte da população surda tem inevitavelmente que sofrer alterações quando comparados com a população ouvinte, visto as suas identificações serem à partida também elas distintas.

Essas diferenças manifestam-se na análise dos resultados, embora no que respeita às identificações deste grupo, essas alterações não surjam de forma sistemática nem consistente, colocando algumas dúvidas quando a poderem ser ou não construções defensivas face à surdez. A ser verdade, essas construções estariam na base das hipóteses colocadas inicialmente neste estudo, onde se sugeria maiores resistências à análise nestes sujeitos, o que se entende, se os conflitos internos forem sistematicamente negados e desvalorizados, como indicam os resultados encontrados. Não se consegue ajudar quem não tem consciência mórbida dos seus conflitos. Uma paciente surda, dizia, repetidas vezes que não queria ir “ ao passado”, “sofri muito, mas já passou, não quero pensar nisso, agora só o futuro” embora sistematicamente recuasse á sua infância, relatando as suas experiências precoces como inscritas num isolamento comunicacional intenso, que a levaram a um estado depressivo acentuado quando sai da casa dos pais, vem para Lisboa viver e conhece apenas aos 23 anos de idade toda uma cultura do surdo, desconhecida até então. Quando confrontada com os sentimentos dessa sua descoberta dizia “sentia vergonha, parecia uma

saloia, não tive culpa, descobri tudo tarde demais, até a minha língua aprendi tarde demais”. Outra quando confrontada face à permanente banalização dos conteúdos que trazia para a terapia, dizia que não queria pensar, que isso a cansava, porque era difícil olhar para dentro, dentro dela só havia vazio, retomando logo a seguir as descrições promenorizadas do seu dia, com referências concretas e sem elaboração do sucedido.

Fred Levin, correlaciona todo o processo da transferência a uma hierarquização da informação dos dados provenientes da experiência de cada um, ao nível do cérebro, pelo que através dela, podemos atribuir um sentido emocional ao mundo, especialmente ao mundo das relações interpessoais. O sentido que muitos surdos atribuem ao seu passado pode ser desprovido de sentido – o tal vazio, a tal incompreensão – que na psicoterapia assume as mesmas formas de isolamento comunicacional. O silêncio que se impõe no que respeita a nomear e identificar o sofrimento interno do sujeito surdo. Aquilo que “não tem importância” representa no fundo o que de mais central existe no surdo – O desentendimento de si mesmo, o desligamento dos outros.

Se considerarmos mais uma vez os contributos de André Green com o seu conceito de mãe morta, e o transferirmos, com as devidas precauções, para a vivência do bebé surdo, então podemos entender, que a defesa possível desta criança passa também pelo desinvestimento da imagem materna, quer no plano afectivo quer representativo, matando o objecto psíquico mas sem ódio, dadas as fragilidades que atribuí a ela – o resultado deste desinvestimento é o buraco na trama das relações objectais com a mãe. O tal vazio que pode aparecer na clínica com surdos sobre a forma de isolamento comunicacional, a par de um “não faz mal” quando sente que não é entendido. É esta impossibilidade em expressar a agressividade destrutiva que sente face a este objecto, que leva a criar um bode expiatório. Andre Green

atribui esse bode expiatório ao Pai, nós aqui podemos entendê-lo como os ouvintes de uma forma geral, emergindo na clínica pelo domínio da língua gestual. Para além deste desinvestimento existe também uma identificação à mãe morta, pelo que na tentativa de reparar o objecto, não o mata mas conserva, imitando-o. Ou seja, perante a inacessibilidade do objecto, incorpora-o de forma canibalística, tronando-se nele mesmo. Não há assim reparação, mas mimetismo.

Assim sendo, a (re)experiência não pode resultar em conhecimento, se ao invés de reparar existe incorporação. Fred Levin ao falar das aprendizagens através da transferência, reforçava a importância do contexto interactivo para a emergência do potencial latente do intrapsíquico, donde sem esta função de internalização, distinta de incorporação, a transferência não só não permitia a aprendizagem, como perpetuava indefinidamente o conflito, permanecendo este por resolver.

Paralelamente à identificação à mãe morta, surge uma perda do sentido face à distância impenetrável entre a falta que o sujeito se recrimina de ter cometido e a intensidade da reacção materna, isto face à incompreensão que a criança tem do desinvestimento da sua mãe e do objecto do seu luto “branco”. Esta perda de sentido pode reportar-se para o sentir contratransferencial na relação terapêutica com os surdos, onde as interpretações parecem estar também elas revestidas deste vazio, perdendo a coerência.

Secundariamente emergem outras respostas defensivas, desencadeando um ódio secundário, com desejos de incorporação cuja finalidade é dominar o objecto e vingar-se dele, excitação auto-erótica de forma a renunciar às relações, por medo de amar o objecto, para além de uma permanente busca de sentido, acentuando a necessidade que sente de adivinhar e antecipar o pensamento dos outros, dada a imprevisibilidade dos estados de humor da sua

mãe, e a dependência face a eles. Esta necessidade de antecipar o pensamento dos outros manifesta-se claramente no funcionamento do sujeito surdo, enquanto estado de alerta nos diferentes contextos comunicacionais.

“A tentativa do sujeito é a de dominar a situação traumática, onde o que está em jogo é a decepção do objecto ou a decepção do Eu, que põem fim à experiência, com ressurgimento do sentimento de fracasso, de incapacidade (...) Existe apenas o sentimento de uma captura que desposui o Eu dele mesmo e o aliena numa figura irrepresentável”(Green, A, 1980).

Dentro da sessão o silêncio parece perpetuar o luto branco da mãe. Talvez possamos ver o silêncio imposto pelo paciente surdo nas sessões, com o desviar do olhar face a comentários interpretativos ou o uso do domínio da língua como forma de realçar o não entendimento do outro, como sendo o reflexo da incorporação das suas relações de objecto, e por isso como a identificação a esta “mãe morta”. Quando Green fala deste silêncio, fala em relação ao papel clássico do analista, que com estes sujeitos deveria ser alterado, já que a capacidade do sujeito aceitar a desilusão dependerá da forma como se sente investido narcisicamente pelo terapeuta. É nesse sentido que André Green defende um papel mais activo por parte do analista, nas sessões com estes pacientes. Para além disso o próprio sujeito lutando contra aquilo que André Green definiu por “amor gelado” pelo desinvestimento, constata a sua incapacidade para amar, e refugia-se na solidão, ressaltando nele a ausência de uma comunicação afectiva. Nos surdos o que vemos é o que temos vindo a definir como isolamento comunicacional, espelhando a dinâmica das suas relações de objecto da infância. “O luto branco da mãe morta remete ao seio, que superficialmente, está carregado de projecções destrutivas(...)Um seio que não pode ser preenchido nem preenchedor (...) um falso seio, carregado por um falso self, alimentando um falso bebe. Estamos lidando com

um luto impossível e que a perda metafórica do seio torna-se por isso inelaborável. Há uma identificação à mãe morta ao nível da relação oral, e com as defesas que ela suscitou, o sujeito temendo ao máximo tanto a mais completa perda do objecto, quanto a invasão pelo vazio”.

O mesmo que gera o identico, a conjunção constante transitória que se transforma em não transitória, ou no fundo o que Freud falava sobre a passagem da neurose comum para a neurose de transferencia, mediante a atribuição de um novo significado transferencial dos sintomas, é o que é adiado na psicoterapia dos surdos, pela resistência à psicoterapia onde o que está em jogo é a decepção do objecto ou a decepção do Eu. A resistência ao conhecimento é uma resistência à perda do objecto ou à invasão pelo vazio.

Fred Levin fala no conhecimento (ou transferencia) pelo reconhecimento de similaridades, onde o processamento da memória e julgamentos com base nas suas semelhanças, podem ser relacionados a estados de transferencia, quando reagimos pela transferencia a alguém no aqui e no agora, sendo que algo na nossa experiência actual sobre eles serve como pista a experiências passadas similares recordadas pela memória. Encontrar similaridades é importante pois ajuda-nos a comparar situações do passado com situações actuais, dando uma resposta adequada a essa experiência prévia, transferindo assim soluções passadas para os problemas correntes com a expectativa de elas se aplicarem no presente.

No caso da Transferencia, a forma como isto se processa é que testamos com os outros o seu potencial de actuação através dos aspectos da nossa experiência transferencial, apenas pela sua aparência ou comportamento que se assemelha superficialmente com os objectos do passado. A psicoterapia com surdos podia assim, por um lado ajudar a (re) construir

novas relações com o seu passado, reexperimentando sentidos diferentes face à sua surdez, a aceitação pela língua, o entendimento pelo gesto, o olhar para dentro pelos olhos do terapeuta, onde as semelhanças iniciais mostrariam ao sujeito surdo diferenças internas substanciais. Mas também reactiva o que de mais doloroso existe na sua experiência – a desigualdade, o sentimento de não pertença, o “não ser Surdo”- O (não) ser surdo para entender.

Quando o surdo usa o domínio da língua para a incompreensão que sente no discurso terapêutico, está a usar o isolamento comunicacional na transferência ao serviço da resistência ao conhecimento, ao mesmo tempo que revela através dela o conflito inconsciente assente nesta incompreensão, revelando os conteúdos mais importantes do recalcado pela emergência destes mecanismos transferenciais. Revela o recalcado em *status nascendi*.

Mas esta transferência de resistência funciona para o sujeito surdo como defesa perante o desconhecido que sente como inalisável (Moraitis 1988, 1991; Wilson and Weinstein 1996, cit, Levin, F, 1997), protegendo-o contra a sobrecarga emocional .

Se por um lado, em termos contratransferenciais o terapeuta ouvinte pode mais facilmente se deixar seduzir pela transferência de idealização, quando se trata da transferência do trauma, é pelo domínio da língua gestual que a contratransferência actua, fazendo sentir o terapeuta ouvinte pouco competente no uso desta “ língua estrangeira”, funcionando como um obstáculo à compreensão entre ambos pela repetição do trauma precoce de isolamento comunicacional .

Ainda que Freud descreva em 1917 a transferência, quer amorosa quer hostil, dizendo que o que “parecia(...) constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento,

com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos” (Freud, 1917), deve ser vista não como a essência do processo analítico, pois isso era resumi-la à condição de resistência(...), mas antes como campo para o conhecimento uma vez elucidada (Amaral, C, 2000). Ou seja, deve ser conduzida “o mais possível para a rememoração e afastar tanto quanto o desejável da repetição” (Freud, 1920).

Esta parece ser a maior dificuldade na psicoterapia em língua gestual. Não são tanto as resistências, as transferências positivas ou negativas, nem mesmo o uso de uma “língua estrangeira” do ponto de vista do terapeuta, mas o facto de a relação entre ambos estar sempre marcada pela desigualdade entre eles, num sentir particular das relações que o surdo traz para as sessões terapêuticas, que se manifesta pelo domínio da língua. Elucidar a repetição é muitas das vezes entendido como mais uma incompreensão. O vazio emerge, e as elucidações tomam essa forma, passando a ser entendidas como vazias também.

O uso da língua parece então reflectir uma experiência relacional distinta, se entendermos o desinvestimento afectivo que falamos ao abordar o conceito de mãe morta de Green, como o reflexo da ausência de um código linguístico, ou mesmo de uma comunicação afectiva, entre a mãe e o bebé.

A relação é possível, mesmo sem a palavra, mas para isso é preciso que o terapeuta aceda às vivências precoces de “mãe morta”, funcionando como um reparador daquela experiência “branca”, dando cor ao mundo relacional do sujeito.

Os resultados encontrados, embora não sejam totalmente consistentes com as premissas colocadas inicialmente, levantam algumas questões importantes para o trabalho terapêutico com esta população. O funcionamento e posicionamento destes sujeitos na relação

terapêutica assume diferenças que, uma vez analisadas nos permitirão actuar sobre elas com um olhar mais atento, abrindo portas no entendimento que fazemos desta experiência de “Ser Surdo”, conseguindo talvez então, olhar para dentro do Surdo através dos seus próprios olhos.

Na falta de um objecto protector, o paciente surdo assume uma dependência na relação terapêutica pedindo conselhos, orientações e “ancorando-se” na figura do terapeuta como “interprete” de todas as suas necessidades, expondo toda a sua intimidade e relacionando-se de uma forma excessivamente próxima, mostrando dificuldades em manipular as distâncias nas relações interpessoais.

Vulgarmente o paciente surdo mantém um registo desconfiado, surgindo assim ambivalências na relação terapêutica com oscilação entre movimentos de aproximação e afastamento, de cumplicidade e desconfiança. Ao se aproximar tende a afastar-se, sentindo-se depois abandonado pela desistência do outro em se aproximar. Oscilando assim entre uma transferencia de idealização e a transferencia do trauma, esta ultima assente no domínio da língua gestual, que retracta a emergencia do recalcado na sua forma mais primitiva, enquanto manifestação da incompreensão e, em ultima análise, como se o outro por não ser surdo, nunca o pudesse verdadeiramente entender.

A angústia dominante é uma angustia com contornos essencialmente abandonicos. Sem exprimirem a tristeza pela depressão, sentem-se mal amados, mal compreendidos.

A experiência de Ser Surdo parece assim, constituir o centro da análise terapêutica, cujo objectivo deverá incidir na luta contra a “infecção inconsciente” que falava Jung, vendo a experiência de “Ser Surdo” como “muito especial”.

É esta experiência que marca as diferenças entre os dois grupos aqui estudados, devendo a sua compreensão contribuir para alterações metodológicas importantes com esta população. Assim, por um lado, aparece como evidente as diferenças entre estes dois grupos, aliando-se por sua vez, a um uso mais massivo a mecanismos de defesa na população surda contra a sobrecarga emocional inerente à sua própria condição existencial. Estas diferenças são sustentadas pela desvalorização encontrada nos conceitos “Confiança” e “Comunicação”, bem como o atributo qualificativo da Surdez, dando conta de uma experiência particular e única face a este conceito.

Estes resultados encontram fundamentação, num outro estudo por nós realizado, em 2002 (não publicado), onde se procurou analisar núcleos paranoides (que nesta investigação podem ser vistos como as atribuições aos conceitos de “Comunicação” e “Confiança”) enquanto medidas adaptativas à Surdez, com vista à construção de um instrumento de avaliação para esta população. A metodologia utilizada foi de natureza projectiva, mediante a apresentação de 3 imagens cujos conteúdos latentes remetiam para cenários persecutórios ou paranóides.

Dos resultados encontrados, verificou-se uma maior homogeneidade nas produções narrativas do grupo experimental (surdos), dando assim conta do carácter projectivo do material, reenviando para as dificuldades de integração, diferenças de culturas e falta de liberdade, assim como um sentimento de discriminação e sofrimento, o que caracterizava de certo modo a vivência do surdo numa comunidade que sente como fechada e isolada em si mesma. Não houve, no entanto evidências claras quanto à existência de núcleos paranoides mais acentuados na população surda, emergindo um maior número de conteúdos paranoides ou de carácter persecutório no grupo de controle(ouvintes) quando comparado com o grupo

experimental(surdos), o que se explicava pelo recurso a mecanismos de defesa mais acentuados nestes últimos perante estímulos indutores de conteúdos paranoides, podendo as suas atribuições funcionarem ao serviço de mecanismos como a negação ou sublimação perante a angústia paranoide.

Assim concluiu-se existir uma maior tendência projectiva por parte do grupo experimental (surdos), contrapondo com conteúdos mais persecutórios no grupo de controle(ouvintes). Ao longo da aplicação surgiu uma forte identificação projectiva na população surda, numa aparente colagem ao material apresentado com frequentes referências pessoais, explicado por aquilo que alguns autores referem como fazendo parte de um egocentrismo que caracteriza esta população. Salienta-se ainda, a existência de aspectos mais depressivos a par de um menor número de atribuições positivas nas histórias contadas no grupo experimental (surdos) que dão conta da existência de uma angústia abandonica, próprio do funcionamento de algumas patologias narcísicas em organizações limite. Para além disso, a ausência de traços de carácter paranóide de uma forma vincada no grupo experimental(surdos) quando comparado com o grupo de controle(ouvintes), parece funcionar ao serviço dos mecanismos de defesa contra aquela angústia, emergindo conteúdos mais depressivos quando confrontados com conteúdos latentes que reenviam para dimensões mais paranóides. Ou seja, surge a hipótese de ambas as respostas psicológicas estarem intrinsecamente relacionadas, donde perante vivências abandonicas emergirem respostas paranóides e em cenários paranóides surgirem conteúdos depressivos. A hipótese de investigação não foi confirmada, não existindo na análise das atribuições e conteúdos das histórias criadas maior número de dimensões paranoides no grupo experimental(surdos) do que no grupo de controle(ouvintes). No entanto, levantou-se a

hipótese de tal facto se dever à interligação entre conteúdos depressivos *versus* paranoides, existindo na população surda uma maior identificação projectiva, com referencias mais depressivas e menos agressivas quando comparado com os ouvintes.

Mais uma vez, neste estudo, tal como no que agora defendemos, emerge a diferença do sentir destes sujeitos, onde experiências semelhantes reeviam para conteúdos internos distintos. Podemos ainda levantar a hipótese, ao reunirmos os dados das duas investigações, que a posição depressiva é mascarada pelo estado de alerta nas situações comunicacionais, e a exposição a estes “objectos transferenciais” do dia-a-dia, remetem para estados depressivos latentes.

Talvez tivesse sido importante inter-relacionar estas duas metodologias na presente investigação, com amostras mais representativas da população, de forma a esclarecer as dúvidas que os resultados levantam. Para além disso, a própria metodologia projectiva contribuiria para uma redução dos possíveis viesamentos nos resultados, por força do domínio da língua escrita e falada, assim como face à conceptualização das percepções estudadas.

CONCLUSÃO

Nesta investigação sobre “Psicoterapia em Língua Gestual” procurou-se avaliar e analisar os aspectos envolvidos na construção da relação terapêutica na população surda, e o processo transferencial naquele setting terapêutico.

O presente estudo partiu do pressuposto, assente na prática clínica com estes sujeitos, que existe nesta população, diferenças substanciais quando comparados com a população ouvinte, no que respeita à adesão à psicoterapia, parecendo haver maior resistências internas, adiando o auto-conhecimento.

Procurou-se assim, determinar se as percepções destes sujeitos diferiam da população ouvinte em relação ao seu auto-conceito, ao conceito de apoio psicológico no sentido mais lato, e dos conceitos de “Confiança” e “Comunicação” que entendemos estarem directa e proporcionalmente ligados ao conceito de “Surdez”, também aqui analisado. Com esta análise semântica dos conceitos referidos, pretendeu-se avaliar as diferenças na qualidade e peso atribuído a cada um deles, de forma a encontrar possíveis diferenças culturais entre estes dois grupos.

Os resultados encontrados vão no sentido das premissas colocadas inicialmente, encontrando diferenças nas percepções entre os dois grupos, que parecem indicar uma tendência para maiores resistências à mudança.

O PSICÓLOGO

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

CONFIANÇA

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

SURDEZ

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

O QUE EU GOSTARIA DE SER

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

APOIO PSICOLÓGICO

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

COMUNICAR

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

O QUE OS OUTROS PENSAM DE MIM

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTISSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

RELAÇÃO TERAPÊUTICA

BOM _____ MAU
DOLOROSO _____ AGRADAVEL
BONITO _____ FEIO
NADA IMPORTANTE _____ IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO _____ NEGATIVO
FEMINILIDADE _____ MASCULINIDADE
SERIO _____ ENGRAÇADO
LEVE _____ PESADO
MOLE _____ DURO
FORTE _____ FRACO
ACTIVO _____ PASSIVO
RÁPIDO _____ LENTO

Anexo 2

GRUPO DOS SURDOS – ANÁLISE INTRAGRUPAL

Tests of Normality – Grupo dos Surdos

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EUSOVAL	,087	25	,200(*)	,970	25	,651
EUSOPOT1	,110	25	,200(*)	,943	25	,177
PSICAV_A	,160	25	,096	,936	25	,117
PSICPOT1	,128	25	,200(*)	,968	25	,598
CONFAV_A	,134	25	,200(*)	,924	25	,065
CONFPOT1	,215	25	,004	,833	25	,001
SURDEZ_A	,170	25	,061	,927	25	,073
SURDEZ_B	,132	25	,200(*)	,964	25	,493
EUGOST_A	,142	25	,200(*)	,923	25	,060
EUGOST_B	,163	25	,084	,897	25	,016
APAVAL1	,262	25	,000	,770	25	,000
APPOT1	,134	25	,200(*)	,960	25	,422
COMAVAL1	,172	25	,054	,893	25	,013
COMPOT1	,141	25	,200(*)	,947	25	,213
OUTROP_A	,171	25	,056	,902	25	,021
OUTROP_B	,133	25	,200(*)	,977	25	,826
RTAVAL1	,169	25	,064	,936	25	,119
RTPOT1	,204	25	,009	,921	25	,054

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
EUSOVAL	33	4,9818	1,22000	2,00	7,00
PSICAV_A	29	5,3241	1,07758	3,20	7,00
CONFAV_A	33	5,3515	1,18536	2,20	7,00
SURDEZ_A	33	5,1273	1,54420	1,60	7,00
EUGOST_A	32	5,8000	,96920	3,60	7,00
APAVAL1	27	5,6370	1,46133	1,40	7,00
COMAVAL1	33	5,7030	1,25012	3,20	7,00
OUTROP_A	31	5,0516	1,38849	1,00	7,00
RTAVAL1	29	5,1793	1,42963	1,00	7,00
EUSOPOT1	33	4,5212	,91916	2,40	6,00
PSICPOT1	29	4,6552	,87161	2,80	6,40
CONFPOT1	33	4,5697	1,15230	,40	7,00
SURDEZ_B	33	4,6000	1,03682	2,60	7,00
EUGOST_B	32	4,5250	,79636	2,00	5,80
APPOT1	27	4,5926	,83479	2,20	6,40
COMPOT1	33	4,3091	1,00011	2,60	6,40
OUTROP_B	31	4,3097	,66901	2,80	5,80
RTPOT1	29	4,5586	,68113	3,20	5,80

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
EUSOPOT1 - EUSOAVAL	Negative Ranks	18(a)	17,14	308,50
	Positive Ranks	11(b)	11,50	126,50
	Ties	4(c)		
	Total	33		
PSICPOT1 - PSICAV_A	Negative Ranks	22(d)	13,89	305,50
	Positive Ranks	5(e)	14,50	72,50
	Ties	2(f)		
	Total	29		
CONFPOT1 - CONFAV_A	Negative Ranks	19(g)	17,87	339,50
	Positive Ranks	10(h)	9,55	95,50
	Ties	4(i)		
	Total	33		
SURDEZ_B - SURDEZ_A	Negative Ranks	22(j)	15,95	351,00
	Positive Ranks	9(k)	16,11	145,00
	Ties	2(l)		
	Total	33		
EUGOST_B - EUGOST_A	Negative Ranks	25(m)	14,70	367,50
	Positive Ranks	2(n)	5,25	10,50
	Ties	5(o)		
	Total	32		
APPOT1 - APAVAL1	Negative Ranks	22(p)	12,91	284,00
	Positive Ranks	3(q)	13,67	41,00
	Ties	2(r)		
	Total	27		
COMPOT1 - COMAVAL1	Negative Ranks	27(s)	15,74	425,00
	Positive Ranks	3(t)	13,33	40,00
	Ties	3(u)		
	Total	33		
OUTROP_B - OUTROP_A	Negative Ranks	16(v)	17,09	273,50
	Positive Ranks	11(w)	9,50	104,50
	Ties	4(x)		
	Total	31		
RTPOT1 - RTAVAL1	Negative Ranks	17(y)	15,85	269,50
	Positive Ranks	9(z)	9,06	81,50
	Ties	3(aa)		
	Total	29		

a EUSOPOT1 < EUSOAVAL

b EUSOPOT1 > EUSOAVAL

c EUSOPOT1 = EUSOAVAL

d PSICPOT1 < PSICAV_A

e PSICPOT1 > PSICAV_A

f PSICPOT1 = PSICAV_A

g CONFPOT1 < CONFAV_A

h CONFPOT1 > CONFAV_A

i CONFPOT1 = CONFAV_A

j SURDEZ_B < SURDEZ_A

k SURDEZ_B > SURDEZ_A
 l SURDEZ_B = SURDEZ_A
 m EUGOST_B < EUGOST_A
 n EUGOST_B > EUGOST_A
 o EUGOST_B = EUGOST_A
 p APPOT1 < APAVAL1
 q APPOT1 > APAVAL1
 r APPOT1 = APAVAL1
 s COMPOT1 < COMAVAL1
 t COMPOT1 > COMAVAL1
 u COMPOT1 = COMAVAL1
 v OUTROP_B < OUTROP_A
 w OUTROP_B > OUTROP_A
 x OUTROP_B = OUTROP_A
 y RTPOT1 < RTAVAL1
 z RTPOT1 > RTAVAL1
 aa RTPOT1 = RTAVAL1

Test Statistics(b)

Test Statistics(b)

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
EUSOPOT1 - EUSOVAL	-1,973(a)	,049
PSICPOT1 - PSICAV_A	-2,803(a)	,005
CONFPOT1 - CONFAV_A	-2,642(a)	,008
SURDEZ_B - SURDEZ_A	-2,021(a)	,043
EUGOST_B - EUGOST_A	-4,294(a)	,000
APPOT1 - APAVAL1	-3,272(a)	,001
COMPOT1 - COMAVAL1	-3,964(a)	,000
OUTROP_B - OUTROP_A	-2,032(a)	,042
RTPOT1 - RTAVAL1	-2,391(a)	,017

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Anexo 3

GRUPO DOS OUVINTES – ANÁLISE INTRAGRUPAL**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EUSOVAL	,086	86	,166	,980	86	,190
EUSOPOT1	,084	86	,190	,987	86	,573
PSICAV_A	,065	86	,200(*)	,963	86	,014
PSICPOT1	,108	86	,015	,961	86	,011
CONFAV_A	,195	86	,000	,829	86	,000
CONFPOT1	,151	86	,000	,955	86	,004
SURDEZ_A	,134	86	,001	,894	86	,000
SURDEZ_B	,090	86	,079	,944	86	,001
EUGOST_A	,231	86	,000	,854	86	,000
EUGOST_B	,097	86	,046	,981	86	,230
APAVAL1	,137	86	,000	,928	86	,000
APPOT1	,065	86	,200(*)	,982	86	,280
COMAVAL1	,297	86	,000	,708	86	,000
COMPOT1	,158	86	,000	,892	86	,000
OUTROP_A	,105	86	,020	,968	86	,032
OUTROP_B	,111	86	,011	,976	86	,106
RTAVAL1	,111	86	,011	,929	86	,000
RTPOT1	,084	86	,187	,982	86	,295

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
EUSOVAL	102	5,1804	,91219	2,80	7,00
PSICAV_A	94	5,2979	1,22158	1,00	7,00
CONFAV_A	102	6,3196	,75005	3,60	7,00
SURDEZ_A	91	2,9890	,96718	1,00	7,00
EUGOST_A	102	6,4157	,66164	4,00	7,00
APAVAL1	98	5,8408	,93631	3,60	7,00
COMAVAL1	102	6,5980	,57437	3,80	7,00
OUTROP_A	101	4,8297	1,06972	2,20	7,00
RTAVAL1	95	5,7263	1,06833	2,40	7,00
EUSOPOT1	102	4,5275	,69213	3,00	6,40
PSICPOT1	93	4,4688	,80514	1,60	6,60
CONFPOT1	102	4,8431	,72283	2,80	7,00
SURDEZ_B	91	5,1912	,95262	1,60	7,00
EUGOST_B	102	4,6137	,58851	3,20	6,00
APPOT1	98	4,7612	,78788	2,20	7,00
COMPOT1	102	4,1588	,74213	,80	7,00
OUTROP_B	101	4,4832	,87007	2,20	7,00
RTPOT1	95	4,6168	,62818	2,80	6,20

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
EUSOPOT1 - EUSOAVAL	Negative Ranks	70(a)	51,04	3572,50
	Positive Ranks	23(b)	34,72	798,50
	Ties	9(c)		
	Total	102		
PSICPOT1 - PSICAV_A	Negative Ranks	66(d)	48,49	3200,50
	Positive Ranks	21(e)	29,88	627,50
	Ties	6(f)		
	Total	93		
CONFPOT1 - CONFAV_A	Negative Ranks	95(g)	52,51	4988,00
	Positive Ranks	5(h)	12,40	62,00
	Ties	2(i)		
	Total	102		
SURDEZ_B - SURDEZ_A	Negative Ranks	2(j)	45,00	90,00
	Positive Ranks	82(k)	42,44	3480,00
	Ties	7(l)		
	Total	91		
EUGOST_B - EUGOST_A	Negative Ranks	100(m)	52,09	5208,50
	Positive Ranks	2(n)	22,25	44,50
	Ties	0(o)		
	Total	102		
APPOT1 - APAVAL1	Negative Ranks	76(p)	46,03	3498,50
	Positive Ranks	10(q)	24,25	242,50
	Ties	12(r)		
	Total	98		
COMPOT1 - COMAVAL1	Negative Ranks	100(s)	51,50	5150,00
	Positive Ranks	1(t)	1,00	1,00
	Ties	1(u)		
	Total	102		
OUTROP_B - OUTROP_A	Negative Ranks	60(v)	49,77	2986,00
	Positive Ranks	34(w)	43,50	1479,00
	Ties	7(x)		
	Total	101		
RTPOT1 - RTAVAL1	Negative Ranks	74(y)	45,13	3339,50
	Positive Ranks	10(z)	23,05	230,50
	Ties	11(aa)		
	Total	95		

a EUSOPOT1 < EUSOAVAL

b EUSOPOT1 > EUSOAVAL

c EUSOPOT1 = EUSOAVAL

d PSICPOT1 < PSICAV_A

e PSICPOT1 > PSICAV_A

f PSICPOT1 = PSICAV_A

g CONFPOT1 < CONFAV_A

h CONFPOT1 > CONFAV_A

i CONFOT1 = CONFV_A
 j SURDEZ_B < SURDEZ_A
 k SURDEZ_B > SURDEZ_A
 l SURDEZ_B = SURDEZ_A
 m EUGOST_B < EUGOST_A
 n EUGOST_B > EUGOST_A
 o EUGOST_B = EUGOST_A
 p APPOT1 < APAVAL1
 q APPOT1 > APAVAL1
 r APPOT1 = APAVAL1
 s COMPOT1 < COMAVAL1
 t COMPOT1 > COMAVAL1
 u COMPOT1 = COMAVAL1
 v OUTROP_B < OUTROP_A
 w OUTROP_B > OUTROP_A
 x OUTROP_B = OUTROP_A
 y RTPOT1 < RTAVAL1
 z RTPOT1 > RTAVAL1
 aa RTPOT1 = RTAVAL1

Test Statistics(c)

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
EUSOPOT1 - EUSOAVAL	-5,321(a)	,000
PSICPOT1 - PSICAV_A	-5,450(a)	,000
CONFOT1 - CONFV_A	-8,477(a)	,000
SURDEZ_B - SURDEZ_A	-7,564(b)	,000
EUGOST_B - EUGOST_A	-8,626(a)	,000
APPOT1 - APAVAL1	-7,018(a)	,000
COMPOT1 - COMAVAL1	-8,734(a)	,000
OUTROP_B - OUTROP_A	-2,846(a)	,004
RTPOT1 - RTAVAL1	-6,940(a)	,000

a Based on positive ranks.

b Based on negative ranks.

c Wilcoxon Signed Ranks Test

Anexo 4

ANÁLISE INTERGRUPAL

Tests of Normality

	SURDO	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EUSOAVA	sim	,087	25	,200(*)	,970	25	,651
L	não	,086	86	,166	,980	86	,190
EUSOPOT	sim	,110	25	,200(*)	,943	25	,177
1	não	,084	86	,190	,987	86	,573
PSICAV_A	sim	,160	25	,096	,936	25	,117
	não	,065	86	,200(*)	,963	86	,014
PSICPOT1	sim	,128	25	,200(*)	,968	25	,598
	não	,108	86	,015	,961	86	,011
CONFAV_A	sim	,134	25	,200(*)	,924	25	,065
	não	,195	86	,000	,829	86	,000
CONFPOT	sim	,215	25	,004	,833	25	,001
1	não	,151	86	,000	,955	86	,004
SURDEZ_A	sim	,170	25	,061	,927	25	,073
	não	,134	86	,001	,894	86	,000
SURDEZ_B	sim	,132	25	,200(*)	,964	25	,493
	não	,090	86	,079	,944	86	,001
EUGOST_A	sim	,142	25	,200(*)	,923	25	,060
	não	,231	86	,000	,854	86	,000
EUGOST_B	sim	,163	25	,084	,897	25	,016
	não	,097	86	,046	,981	86	,230
APAVAL1	sim	,262	25	,000	,770	25	,000
	não	,137	86	,000	,928	86	,000
APPOT1	sim	,134	25	,200(*)	,960	25	,422
	não	,065	86	,200(*)	,982	86	,280
COMAVAL	sim	,172	25	,054	,893	25	,013
1	não	,297	86	,000	,708	86	,000
COMPOT1	sim	,141	25	,200(*)	,947	25	,213
	não	,158	86	,000	,892	86	,000
OUTROP_A	sim	,171	25	,056	,902	25	,021
	não	,105	86	,020	,968	86	,032
OUTROP_B	sim	,133	25	,200(*)	,977	25	,826
	não	,111	86	,011	,976	86	,106
RTAVAL1	sim	,169	25	,064	,936	25	,119
	não	,111	86	,011	,929	86	,000
RTPOT1	sim	,204	25	,009	,921	25	,054
	não	,084	86	,187	,982	86	,295

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	SURDO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EUSOAVA	sim	33	4,9818	1,22000	,21238
L	não	102	5,1804	,91219	,09032
EUSOPOT	sim	33	4,5212	,91916	,16000
1	não	102	4,5275	,69213	,06853
PSICAV_A	sim	29	5,3241	1,07758	,20010
	não	94	5,2979	1,22158	,12600
PSICPOT1	sim	29	4,6552	,87161	,16185
	não	93	4,4688	,80514	,08349
CONFAV_A	sim	33	5,3515	1,18536	,20634
	não	102	6,3196	,75005	,07427
CONF POT	sim	33	4,5697	1,15230	,20059
1	não	102	4,8431	,72283	,07157
SURDEZ_A	sim	33	5,1273	1,54420	,26881
	não	91	2,9890	,96718	,10139
SURDEZ_B	sim	33	4,6000	1,03682	,18049
	não	91	5,1912	,95262	,09986
EUGOST_A	sim	32	5,8000	,96920	,17133
	não	102	6,4157	,66164	,06551
EUGOST_B	sim	32	4,5250	,79636	,14078
	não	102	4,6137	,58851	,05827
APAVAL1	sim	27	5,6370	1,46133	,28123
	não	98	5,8408	,93631	,09458
APPOT1	sim	27	4,5926	,83479	,16065
	não	98	4,7612	,78788	,07959
COMAVAL	sim	33	5,7030	1,25012	,21762
1	não	102	6,5980	,57437	,05687
COMPOT1	sim	33	4,3091	1,00011	,17410
	não	102	4,1588	,74213	,07348
OUTROP_A	sim	31	5,0516	1,38849	,24938
	não	101	4,8297	1,06972	,10644
OUTROP_B	sim	31	4,3097	,66901	,12016
	não	101	4,4832	,87007	,08657
RTAVAL1	sim	29	5,1793	1,42963	,26548
	não	95	5,7263	1,06833	,10961
RTPOT1	sim	29	4,5586	,68113	,12648
	não	95	4,6168	,62818	,06445

Ranks

	SURDO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EUSOAVA L	sim	33	63,09	2082,00
	não	102	69,59	7098,00
	Total	135		
EUSOPOT 1	sim	33	68,71	2267,50
	não	102	67,77	6912,50
	Total	135		
PSICAV_A	sim	29	61,71	1789,50
	não	94	62,09	5836,50
	Total	123		
PSICPOT1	sim	29	67,03	1944,00
	não	93	59,77	5559,00
	Total	122		
CONFAV_ A	sim	33	43,86	1447,50
	não	102	75,81	7732,50
	Total	135		
CONFPOT 1	sim	33	60,05	1981,50
	não	102	70,57	7198,50
	Total	135		
SURDEZ_ A	sim	33	95,08	3137,50
	não	91	50,69	4612,50
	Total	124		
SURDEZ_ B	sim	33	47,27	1560,00
	não	91	68,02	6190,00
	Total	124		
EUGOST_ A	sim	32	47,67	1525,50
	não	102	73,72	7519,50
	Total	134		
EUGOST_ B	sim	32	66,00	2112,00
	não	102	67,97	6933,00
	Total	134		
APAVAL1	sim	27	63,11	1704,00
	não	98	62,97	6171,00
	Total	125		
APPOT1	sim	27	57,59	1555,00
	não	98	64,49	6320,00
	Total	125		
COMAVAL 1	sim	33	47,48	1567,00
	não	102	74,64	7613,00
	Total	135		
COMPOT1	sim	33	68,09	2247,00
	não	102	67,97	6933,00
	Total	135		

OUTROP_ A	sim	31	70,34	2180,50
	não	101	65,32	6597,50
	Total	132		
OUTROP_ B	sim	31	59,90	1857,00
	não	101	68,52	6921,00
	Total	132		
RTAVAL1	sim	29	52,02	1508,50
	não	95	65,70	6241,50
	Total	124		
RTPOT1	sim	29	60,60	1757,50
	não	95	63,08	5992,50
	Total	124		

Test Statistics(a)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
EUSOAVAL	1521,000	2082,000	-,831	,406
EUSOPOT1	1659,500	6912,500	-,121	,904
PSICAV_A	1354,500	1789,500	-,051	,960
PSICPOT1	1188,000	5559,000	-,970	,332
CONFAV_A	886,500	1447,500	-4,159	,000
CONFPOT1	1420,500	1981,500	-1,354	,176
SURDEZ_A	426,500	4612,500	-6,095	,000
SURDEZ_B	999,000	1560,000	-2,855	,004
EUGOST_A	997,500	1525,500	-3,406	,001
EUGOST_B	1584,000	2112,000	-,252	,801
APAVAL1	1320,000	6171,000	-,018	,986
APPOT1	1177,000	1555,000	-,880	,379
COMAVAL1	1006,000	1567,000	-3,681	,000
COMPOT1	1680,000	6933,000	-,015	,988
OUTROP_A	1446,500	6597,500	-,640	,522
OUTROP_B	1361,000	1857,000	-1,103	,270
RTAVAL1	1073,500	1508,500	-1,806	,071
RTPOT1	1322,500	1757,500	-,327	,744

a Grouping Variable: SURDO

Anexo 5

GRUPO DOS SURDOS : COMPARAÇÃO DOS QUE TÊM APOIO PSICOLÓGICO
E DOS QUE NÃO TÊM APOIO PSICOLÓGICO

Tests of Normality

	apoio psicologico	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EUSOVAL	sim	,109	13	,200(*)	,989	13	,999
	não	,147	12	,200(*)	,942	12	,529
EUSOPOT1	sim	,209	13	,125	,890	13	,099
	não	,228	12	,086	,908	12	,201
PSICAV_A	sim	,183	13	,200(*)	,928	13	,322
	não	,143	12	,200(*)	,942	12	,521
PSICPOT1	sim	,179	13	,200(*)	,926	13	,298
	não	,180	12	,200(*)	,883	12	,096
CONFAV_A	sim	,136	13	,200(*)	,897	13	,121
	não	,163	12	,200(*)	,888	12	,110
CONFPOT1	sim	,224	13	,075	,904	13	,150
	não	,249	12	,038	,788	12	,007
SURDEZ_A	sim	,250	13	,025	,884	13	,082
	não	,173	12	,200(*)	,917	12	,262
SURDEZ_B	sim	,196	13	,181	,895	13	,115
	não	,209	12	,155	,909	12	,208
EUGOST_A	sim	,130	13	,200(*)	,962	13	,783
	não	,188	12	,200(*)	,867	12	,060
EUGOST_B	sim	,192	13	,200(*)	,939	13	,440
	não	,198	12	,200(*)	,860	12	,048
APAVAL1	sim	,191	13	,200(*)	,941	13	,464
	não	,240	12	,055	,818	12	,015
APPOT1	sim	,173	13	,200(*)	,891	13	,102
	não	,191	12	,200(*)	,904	12	,176
COMAVAL1	sim	,107	13	,200(*)	,955	13	,683
	não	,265	12	,020	,752	12	,003
COMPOT1	sim	,282	13	,006	,784	13	,004
	não	,191	12	,200(*)	,926	12	,343
OUTROP_A	sim	,194	13	,196	,894	13	,110
	não	,199	12	,200(*)	,908	12	,203
OUTROP_B	sim	,174	13	,200(*)	,968	13	,872
	não	,216	12	,126	,921	12	,295
RTAVAL1	sim	,141	13	,200(*)	,952	13	,628
	não	,223	12	,102	,889	12	,114
RTPOT1	sim	,246	13	,030	,886	13	,085
	não	,267	12	,018	,928	12	,361

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	apoio psicologico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EUSOAVL	sim	13	4,5231	1,32045	,36623
	não	20	5,2800	1,08074	,24166
EUSOPOT1	sim	13	4,5538	1,27057	,35239
	não	20	4,5000	,63412	,14179
PSICAV_A	sim	14	5,6286	,92106	,24616
	não	15	5,0400	1,16423	,30060
PSICPOT1	sim	14	5,0286	,86240	,23049
	não	15	4,3067	,74782	,19309
CONFAV_A	sim	14	5,5571	1,32474	,35405
	não	19	5,2000	1,08321	,24850
CONFPOT1	sim	14	4,7000	,94706	,25311
	não	19	4,4737	1,29993	,29822
SURDEZ_A	sim	14	4,9714	1,73091	,46260
	não	19	5,2421	1,42919	,32788
SURDEZ_B	sim	14	4,7429	,96852	,25885
	não	19	4,4947	1,09822	,25195
EUGOST_A	sim	13	5,9077	,68613	,19030
	não	19	5,7263	1,13570	,26055
EUGOST_B	sim	13	4,4462	,79227	,21974
	não	19	4,5789	,81621	,18725
APAVAL1	sim	14	6,0571	,62967	,16829
	não	13	5,1846	1,94158	,53850
APPOT1	sim	14	4,6857	,92392	,24693
	não	13	4,4923	,75107	,20831
COMAVAL1	sim	14	5,6571	,98739	,26389
	não	19	5,7368	1,43922	,33018
COMPOT1	sim	14	4,0143	,98750	,26392
	não	19	4,5263	,97800	,22437
OUTROP_A	sim	13	4,8462	1,71300	,47510
	não	18	5,2000	1,12929	,26618
OUTROP_B	sim	13	4,4769	,83082	,23043
	não	18	4,1889	,51551	,12151
RTAVAL1	sim	13	5,8462	,75345	,20897
	não	16	4,6375	1,63172	,40793
RTPOT1	sim	13	4,7538	,56659	,15714
	não	16	4,4000	,74117	,18529

Ranks

	apoio psicologico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EUSOVAL	sim	13	13,50	175,50
	não	20	19,27	385,50
	Total	33		
EUSOPOT1	sim	13	18,12	235,50
	não	20	16,27	325,50
	Total	33		
PSICAV_A	sim	14	17,54	245,50
	não	15	12,63	189,50
	Total	29		
PSICPOT1	sim	14	18,43	258,00
	não	15	11,80	177,00
	Total	29		
CONFAV_A	sim	14	19,57	274,00
	não	19	15,11	287,00
	Total	33		
CONFPOT1	sim	14	18,50	259,00
	não	19	15,89	302,00
	Total	33		
SURDEZ_A	sim	14	16,71	234,00
	não	19	17,21	327,00
	Total	33		
SURDEZ_B	sim	14	18,68	261,50
	não	19	15,76	299,50
	Total	33		
EUGOST_A	sim	13	17,00	221,00
	não	19	16,16	307,00
	Total	32		
EUGOST_B	sim	13	15,04	195,50
	não	19	17,50	332,50
	Total	32		
APAVAL1	sim	14	15,04	210,50
	não	13	12,88	167,50
	Total	27		
APPOT1	sim	14	15,89	222,50
	não	13	11,96	155,50
	Total	27		
COMAVAL1	sim	14	15,79	221,00
	não	19	17,89	340,00
	Total	33		
COMPOT1	sim	14	13,32	186,50
	não	19	19,71	374,50
	Total	33		

OUTROP_A	sim	13	15,19	197,50
	não	18	16,58	298,50
	Total	31		
OUTROP_B	sim	13	18,38	239,00
	não	18	14,28	257,00
	Total	31		
RTAVAL1	sim	13	18,62	242,00
	não	16	12,06	193,00
	Total	29		
RTPOT1	sim	13	17,46	227,00
	não	16	13,00	208,00
	Total	29		

Test Statistics(b)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
EUSOAVAl	84,500	175,500	-1,679	,093	,094(a)
EUSOPOT1	115,500	325,500	-,538	,591	,598(a)
PSICAV_A	69,500	189,500	-1,556	,120	,123(a)
PSICPOT1	57,000	177,000	-2,109	,035	,037(a)
CONFAV_A	97,000	287,000	-1,321	,187	,199(a)
CONFOT1	112,000	302,000	-,772	,440	,461(a)
SURDEZ_A	129,000	234,000	-,146	,884	,900(a)
SURDEZ_B	109,500	299,500	-,865	,387	,397(a)
EUGOST_A	117,000	307,000	-,252	,801	,821(a)
EUGOST_B	104,500	195,500	-,738	,461	,472(a)
APAVAL1	76,500	167,500	-,709	,479	,488(a)
APPOT1	64,500	155,500	-1,294	,196	,202(a)
COMAVAL1	116,000	221,000	-,632	,528	,553(a)
COMPOT1	81,500	186,500	-1,885	,059	,060(a)
OUTROP_A	106,500	197,500	-,423	,672	,679(a)
OUTROP_B	86,000	257,000	-1,260	,208	,226(a)
RTAVAL1	57,000	193,000	-2,070	,038	,040(a)
RTPOT1	72,000	208,000	-1,418	,156	,170(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: apoio psicologico

Anexo 6

**GRUPO DOS OUVINTES : COMPARAÇÃO DOS QUE TÊM APOIO
PSICOLÓGICO E DOS QUE NÃO TÊM APOIO PSICOLÓGICO**

Tests of Normality

	apoio psicologico	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EUSOVAL	sim	,105	35	,200(*)	,979	35	,731
	não	,112	51	,136	,980	51	,560
EUSOPOT1	sim	,081	35	,200(*)	,983	35	,839
	não	,110	51	,172	,981	51	,599
PSICAV_A	sim	,092	35	,200(*)	,950	35	,113
	não	,093	51	,200(*)	,968	51	,182
PSICPOT1	sim	,108	35	,200(*)	,961	35	,251
	não	,126	51	,042	,927	51	,004
CONFAV_A	sim	,194	35	,002	,833	35	,000
	não	,216	51	,000	,830	51	,000
CONFPOT1	sim	,162	35	,021	,920	35	,014
	não	,150	51	,006	,955	51	,051
SURDEZ_A	sim	,132	35	,132	,885	35	,002
	não	,146	51	,009	,898	51	,000
SURDEZ_B	sim	,146	35	,056	,877	35	,001
	não	,096	51	,200(*)	,966	51	,156
EUGOST_A	sim	,276	35	,000	,833	35	,000
	não	,205	51	,000	,865	51	,000
EUGOST_B	sim	,169	35	,013	,946	35	,087
	não	,093	51	,200(*)	,970	51	,212
APAVAL1	sim	,184	35	,004	,896	35	,003
	não	,117	51	,077	,939	51	,011
APPOT1	sim	,107	35	,200(*)	,984	35	,878
	não	,081	51	,200(*)	,959	51	,079
COMAVAL1	sim	,267	35	,000	,704	35	,000
	não	,322	51	,000	,725	51	,000
COMPOT1	sim	,153	35	,036	,915	35	,010
	não	,192	51	,000	,858	51	,000
OUTROP_A	sim	,149	35	,048	,938	35	,049
	não	,092	51	,200(*)	,976	51	,384
OUTROP_B	sim	,120	35	,200(*)	,966	35	,353
	não	,140	51	,014	,936	51	,008
RTAVAL1	sim	,206	35	,001	,857	35	,000
	não	,101	51	,200(*)	,960	51	,083
RTPOT1	sim	,106	35	,200(*)	,971	35	,483

não	,112	51	,155	,960	51	,082
-----	------	----	------	------	----	------

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	apoio psicologico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EUSSOVAL	sim	42	4,9476	,98383	,15181
	não	60	5,3433	,82839	,10694
EUSOPOT1	sim	42	4,4333	,71625	,11052
	não	60	4,5933	,67293	,08688
PSICAV_A	sim	41	5,7024	1,03549	,16172
	não	53	4,9849	1,27089	,17457
PSICPOT1	sim	41	4,5171	,86945	,13579
	não	52	4,4308	,75707	,10499
CONFAV_A	sim	42	6,2714	,87102	,13440
	não	60	6,3533	,65806	,08495
CONFPOT1	sim	42	4,8476	,74022	,11422
	não	60	4,8400	,71668	,09252
SURDEZ_A	sim	36	3,1000	1,01700	,16950
	não	55	2,9164	,93547	,12614
SURDEZ_B	sim	36	5,3000	1,04690	,17448
	não	55	5,1200	,88828	,11978
EUGOST_A	sim	42	6,5238	,51882	,08006
	não	60	6,3400	,74041	,09559
EUGOST_B	sim	42	4,4667	,65469	,10102
	não	60	4,7167	,51853	,06694
APPAVAL1	sim	42	6,1524	,78126	,12055
	não	56	5,6071	,98051	,13103
APPOT1	sim	42	4,9571	,79084	,12203
	não	56	4,6143	,75977	,10153
COMAVAL1	sim	42	6,5524	,64439	,09943
	não	60	6,6300	,52313	,06754
COMPOT1	sim	42	4,2571	,82555	,12739
	não	60	4,0900	,67641	,08732
OUTROP_A	sim	42	4,6524	1,16708	,18008
	não	59	4,9559	,98546	,12830
OUTROP_B	sim	42	4,3429	,85572	,13204
	não	59	4,5831	,87359	,11373
RTAVAL1	sim	41	6,1707	,89170	,13926
	não	54	5,3889	1,07487	,14627
RTPOT1	sim	41	4,7512	,67495	,10541
	não	54	4,5148	,57574	,07835

Ranks

	apoio psicologico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EUSOAVAl	sim	42	43,52	1828,00
	não	60	57,08	3425,00
	Total	102		
EUSOPOT1	sim	42	47,06	1976,50
	não	60	54,61	3276,50
	Total	102		
PSICAV_A	sim	41	56,74	2326,50
	não	53	40,35	2138,50
	Total	94		
PSICPOT1	sim	41	49,61	2034,00
	não	52	44,94	2337,00
	Total	93		
CONFAV_A	sim	42	52,01	2184,50
	não	60	51,14	3068,50
	Total	102		
CONFPOT1	sim	42	49,95	2098,00
	não	60	52,58	3155,00
	Total	102		
SURDEZ_A	sim	36	48,76	1755,50
	não	55	44,19	2430,50
	Total	91		
SURDEZ_B	sim	36	50,54	1819,50
	não	55	43,03	2366,50
	Total	91		
EUGOST_A	sim	42	54,77	2300,50
	não	60	49,21	2952,50
	Total	102		
EUGOST_B	sim	42	42,36	1779,00
	não	60	57,90	3474,00
	Total	102		
APAVAl1	sim	42	58,81	2470,00
	não	56	42,52	2381,00
	Total	98		
APPOT1	sim	42	55,17	2317,00
	não	56	45,25	2534,00
	Total	98		
COMAVAl1	sim	42	50,43	2118,00
	não	60	52,25	3135,00
	Total	102		
COMPOT1	sim	42	54,68	2296,50
	não	60	49,28	2956,50
	Total	102		

OUTROP_A	sim	42	47,58	1998,50
	não	59	53,43	3152,50
	Total	101		
OUTROP_B	sim	42	46,87	1968,50
	não	59	53,94	3182,50
	Total	101		
RTAVAL1	sim	41	59,48	2438,50
	não	54	39,29	2121,50
	Total	95		
RTPOT1	sim	41	53,77	2204,50
	não	54	43,62	2355,50
	Total	95		

Test Statistics(a)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
EUSOVAL	925,000	1828,000	-2,285	,022
EUSOPOT1	1073,500	1976,500	-1,275	,202
PSICAV_A	707,500	2138,500	-2,895	,004
PSICPOT1	959,000	2337,000	-,832	,405
CONFAV_A	1238,500	3068,500	-,150	,881
CONFPOT1	1195,000	2098,000	-,446	,656
SURDEZ_A	890,500	2430,500	-,812	,417
SURDEZ_B	826,500	2366,500	-1,334	,182
EUGOST_A	1122,500	2952,500	-,974	,330
EUGOST_B	876,000	1779,000	-2,628	,009
APAVAL1	785,000	2381,000	-2,823	,005
APPOT1	938,000	2534,000	-1,716	,086
COMAVAL1	1215,000	2118,000	-,332	,740
COMPOT1	1126,500	2956,500	-,916	,360
OUTROP_A	1095,500	1998,500	-,991	,322
OUTROP_B	1065,500	1968,500	-1,201	,230
RTAVAL1	636,500	2121,500	-3,563	,000
RTPOT1	870,500	2355,500	-1,788	,074

a Grouping Variable: apoio psicologico

Anexo 7

ALPHA DE CRONBACH DA ESCALA

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 111,0

N of Items = 18

Alpha = ,7609

Anexo 8

**AMOSTRA TOTAL : CORRELAÇÕES ENTRE: O QUE EU SOU/ O QUE EU
GOSTARIA DE SER/ O QUE OS OUTROS PENSAM**

			EUSOAV AL	EUSOP OT1	EUGOST _A	EUGOS T_B	OUTROP _A	OUTRO P_B
Spearman's rho	EUSOAV AL	Correlation Coefficient	1,000	,109	,255(**)	,164	,433(**)	,084
		Sig. (2-tailed)	.	,210	,003	,059	,000	,338
	EUSOPOT1	N	135	135	134	134	132	132
		Correlation Coefficient	,109	1,000	,006	,195(*)	,054	,539(**)
		Sig. (2-tailed)	,210	.	,945	,024	,537	,000
	EUGOST_A	N	135	135	134	134	132	132
		Correlation Coefficient	,255(**)	,006	1,000	,115	-,014	,022
		Sig. (2-tailed)	,003	,945	.	,187	,874	,799
	EUGOST_B	N	134	134	134	134	132	132
		Correlation Coefficient	,164	,195(*)	,115	1,000	,059	,132
		Sig. (2-tailed)	,059	,024	,187	.	,504	,132
	OUTROP_A	N	134	134	134	134	132	132
		Correlation Coefficient	,433(**)	,054	-,014	,059	1,000	-,011
		Sig. (2-tailed)	,000	,537	,874	,504	.	,903
	OUTROP_B	N	132	132	132	132	132	132
		Correlation Coefficient	,084	,539(**)	,022	,132	-,011	1,000
		Sig. (2-tailed)	,338	,000	,799	,132	,903	.
		N	132	132	132	132	132	132

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo 9

**AMOSTRA TOTAL : CORRELAÇÕES ENTRE: O PSICÓLOGO/APOIO
PSICOLÓGICO/ RELAÇÃO TERAPEUTICA**

			PSICAV_ A	PSICPO T1	APAVA L1	APPOT1	RTAVAL 1	RTPO T1
Spearman's rho	PSICAV_A	Correlation Coefficient	1,000	,164	,592(**)	,221(*)	,543(**)	,157
		Sig. (2-tailed)	.	,071	,000	,015	,000	,089
		N	123	122	121	121	119	119
	PSICPOT1	Correlation Coefficient	,164	1,000	,132	,445(**)	,053	,333(**)
		Sig. (2-tailed)	,071	.	,152	,000	,567	,000
		N	122	122	120	120	119	119
	APAAVAL1	Correlation Coefficient	,592(**)	,132	1,000	,185(*)	,649(**)	,135
		Sig. (2-tailed)	,000	,152	.	,039	,000	,143
		N	121	120	125	125	120	120
	APPOT1	Correlation Coefficient	,221(*)	,445(**)	,185(*)	1,000	,243(**)	,536(**)
		Sig. (2-tailed)	,015	,000	,039	.	,007	,000
		N	121	120	125	125	120	120
	RTAVAL1	Correlation Coefficient	,543(**)	,053	,649(**)	,243(**)	1,000	,177(*)
		Sig. (2-tailed)	,000	,567	,000	,007	.	,050
		N	119	119	120	120	124	124
	RTPOT1	Correlation Coefficient	,157	,333(**)	,135	,536(**)	,177(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,089	,000	,143	,000	,050	.
		N	119	119	120	120	124	124

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo 10

AMOSTRA TOTAL : CORRELAÇÕES ENTRE: CONFIANÇA/COMUNICAÇÃO

Correlations

			CONFAV_A	CONFOT1	COMAVAL1	COMPOT1	
Spearman's rho	CONFAV_A	Correlation	1,000	,197(*)	,519(**)	,028	
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	.	,022	,000	,747	
			N	135	135	135	135
	CONFOT1	Correlation	,197(*)	1,000	,267(**)	,216(*)	
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,022	.	,002	,012	
			N	135	135	135	135
	COMAVAL1	Correlation	,519(**)	,267(**)	1,000	,121	
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,000	,002	.	,161	
			N	135	135	135	135
COMPOT1	Correlation	,028	,216(*)	,121	1,000		
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,747	,012	,161	.		
		N	135	135	135	135	

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

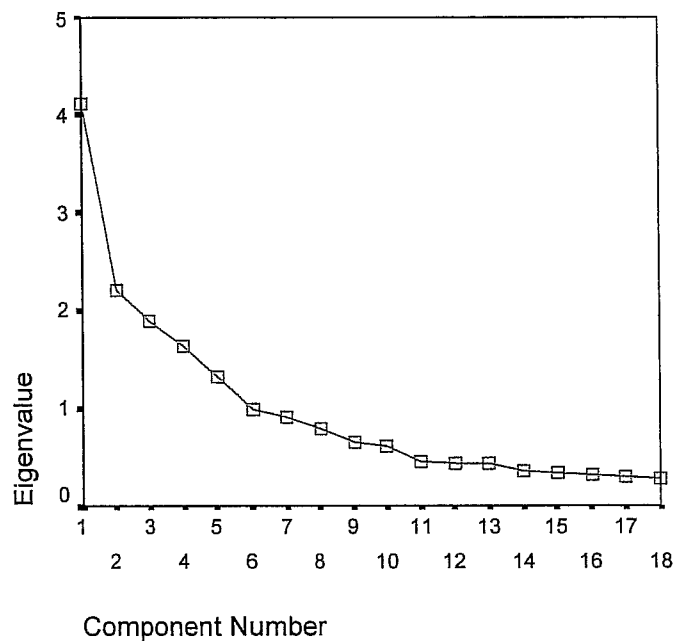
Anexo 11

ANÁLISE FACTORIAL**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	4,120	22,887	22,887	4,120
2	2,211	12,282	35,169	2,211
3	1,884	10,469	45,637	1,884
4	1,632	9,069	54,706	1,632
5	1,321	7,338	62,044	1,321
6	,990	5,497	67,541	
7	,896	4,977	72,518	
8	,796	4,421	76,939	
9	,644	3,577	80,516	
10	,613	3,405	83,921	
11	,462	2,569	86,490	
12	,427	2,373	88,863	
13	,424	2,356	91,220	
14	,358	1,990	93,210	
15	,343	1,903	95,113	
16	,315	1,748	96,861	
17	,298	1,653	98,514	
18	,268	1,486	100,000	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Rotated Component Matrix(a)

	Component	
	1	2
EUSOAVAL	,292	,286
EUSOPOT1	-,057	,732
PSICAV_A	,712	,080
PSICPOT1	,057	,633
CONFAV_A	,533	,240
CONFPOT1	,257	,613
SURDEZ_A	-,231	,154
SURDEZ_B	,342	,395
EUGOST_A	,633	,118
EUGOST_B	,111	,433
APAVAL1	,760	,137
APPOT1	,184	,566
COMAVAL1	,641	,100
COMPOT1	,014	,496
OUTROP_A	,376	,012
OUTROP_B	-,152	,597
RTAVAL1	,781	,058
RTPOT1	,128	,439

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 3 iterations.

Rotated Component Matrix(a)

	Component		
	1	2	3
EUSOAVAl	,250	,289	,658
EUSOPOT1	-,029	,743	,226
PSICAV_A	,715	,031	,050
PSICPOT1	,113	,622	-,140
CONFAV_A	,532	,209	,191
CONFPOT1	,300	,594	-,008
SURDEZ_A	-,258	,185	,395
SURDEZ_B	,381	,366	-,119
EUGOST_A	,652	,068	-,112
EUGOST_B	,113	,435	,298
APAVAL1	,770	,083	,005
APPOT1	,269	,533	-,489
COMAVAL1	,635	,060	,145
COMPOT1	,037	,499	,115
OUTROP_A	,312	,012	,702
OUTROP_B	-,112	,606	,001
RTAVAL1	,792	,001	-,061
RTPOT1	,210	,408	-,557

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 4 iterations.

Component Matrix(a)

	Component			
	1	2	3	4
EUSOAVAl	,407	,034	,642	-,142
EUSOPOT1	,423	,600	,256	,003
PSICAV_A	,600	-,393	-,016	,406
PSICPOT1	,447	,451	-,126	,343
CONFAV_A	,563	-,155	,149	-,340
CONFPOT1	,589	,309	-,014	-,110
SURDEZ_A	-,079	,266	,424	,659
SURDEZ_B	,516	,086	-,140	-,317
EUGOST_A	,562	-,313	-,170	-,150
EUGOST_B	,361	,263	,303	-,169
APAVAL1	,673	-,378	-,063	,327
APPOT1	,503	,318	-,491	,182
COMAVAL1	,558	-,331	,087	-,522
COMPOT1	,327	,373	,130	-,002
OUTROP_A	,297	-,230	,670	,248
OUTROP_B	,263	,557	,035	-,201
RTAVAL1	,639	-,453	-,134	,291
RTPOT1	,379	,257	-,558	,132

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 4 components extracted.

Component Matrix(a)

	Component				
	1	2	3	4	5
EUSOAVAL	,407	,034	,642	-,142	,181
EUSOPOT1	,423	,600	,256	,003	,146
PSICAV_A	,600	-,393	-,016	,406	-,034
PSICPOT1	,447	,451	-,126	,343	,178
CONFAV_A	,563	-,155	,149	-,340	,385
CONFOT1	,589	,309	-,014	-,110	-,367
SURDEZ_A	-,079	,266	,424	,659	-,017
SURDEZ_B	,516	,086	-,140	-,317	-,057
EUGOST_A	,562	-,313	-,170	-,150	-,215
EUGOST_B	,361	,263	,303	-,169	-,536
APAVAL1	,673	-,378	-,063	,327	-,124
APPOT1	,503	,318	-,491	,182	-,018
COMAVAL1	,558	-,331	,087	-,522	,116
COMPOT1	,327	,373	,130	-,002	-,478
OUTROP_A	,297	-,230	,670	,248	,254
OUTROP_B	,263	,557	,035	-,201	,381
RTAVAL1	,639	-,453	-,134	,291	,018
RTPOT1	,379	,257	-,558	,132	,384

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 5 components extracted.

Correlation	RTaval1	surdezpot1	confaval1	confpot1	psicaval1	pscpot1
RTpot1		.268	.246	.179	.574	.119
outropaval1	.138	.193	.193	.071	.151	.351
outropot1	.044	.239	.239	-.054	.277	-.007
comaval1	.213	.110	.110	.161	-.104	.187
compot1	.283	.616	.616	.261	.200	-.007
APaval1	.222	.018	.018	.272	.024	.124
APpot1	.209	.248	.248	.275	.583	.217
eugostaval1	.266	.151	.151	.347	.429	.429
eugostpot1	.114	.102	.102	.386	.088	.006
surdezaval1	.189	.223	.223	.261	.406	.092
surdezpot1	.114	-.277	-.141	.015	.198	.198
confaval1	1,000	.206	.206	.338	.187	.147
confpot1	.206	1,000	1,000	.234	.215	.177
psicaval1	.338	.234	.234	1,000	.191	.364
psicpot1	.187	.191	.191	1,000	.196	.196
eusoaval1	.147	.177	.177	.364	.196	1,000
eusopot1	.160	.353	.353	.169	.178	.178
Sig. (1-tailed)	.199	.156	.156	.334	.049	.332
RTaval1		.002	.005	.030	.000	.107
RTpot1	.074	.021	.021	.231	.056	.000
outropaval1	.324	.006	.006	.285	.002	.469
outropot1	.013	.126	.126	.046	.138	.025
comaval1	.001	.000	.000	.003	.018	.470
compot1	.010	.427	.427	.002	.402	.097
APaval1	.014	.004	.004	.002	.000	.011
APpot1	.002	.057	.057	.000	.008	.000
eugostaval1	.023	.009	.009	.003	.000	.476
eugostpot1	.116	.143	.143	.000	.238	.170
surdezaval1	.002	.070	.070	436	.270	.018
surdezpot1		.015	.015	.000	.025	.062
confaval1	.015	.007	.007	.007	.012	.031
confpot1	.000	.007	.007	.023	.023	.000
psicaval1	.025	.012	.012	.000	.019	.019
psicpot1	.062	.031	.031	.000	.020	.031
eusoaval1	.047	.000	.000	.038	.020	.031
eusopot1	.018	.051	.051	.000	.304	.000

Correlation	RTaval1	eusoaval1	eusopot1
RTpot1		.083	.034
outropaval1	.351	-.093	.188
outropot1	.044	.460	.169
comaval1	.213	.144	.527
compot1	.283	.288	.040
APaval1	.222	.151	.252
APpot1	.209	.078	.080
eugostaval1	.266	-.043	.168
eugostpot1	.114	.126	.061
surdezaval1	.189	.242	.287
surdezpot1	.114	.081	.164
confaval1	1,000	.160	.199
confpot1	.206	.353	.156
psicaval1	.187	.169	.334
psicpot1	.147	.196	.049
eusoaval1	.160	1,000	.332
eusopot1	.199	.251	1,000
Sig. (1-tailed)	.193	.361	.024
RTaval1		.165	.038
RTpot1	.074	.000	.000
outropaval1	.324	.066	.000
outropot1	.013	.001	.338
comaval1	.001	.057	.004
compot1	.010	.207	.202
APaval1	.014	.326	.039
APpot1	.002	.094	.261
eugostaval1	.023	.005	.001
eugostpot1	.116	.199	.043
surdezaval1	.002	.047	.018
surdezpot1		.000	.051
confaval1	.015	.038	.000
confpot1	.000	.020	.304
psicaval1	.025	.031	.000
psicpot1	.062	.004	.004
eusoaval1	.047		
eusopot1	.018		

*motiva - adjectives
 avasth - c. avasth
 general. (etc)
 unambivalent.*

107.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.732
Bartlett's Test of Sphericity	612,035
df	153
Sig.	.000

Rotated Component Matrix^a

Actual forced

	Component				
	1	2	3	4	5
RTaval1	(.815)	,114	,173	-,025	,090
RTpot1	,181	(.749)	,153	-,165	-,202
outropaval1	,302	-,103	-,139	-,055	(.770)
outropot1	-,317	(.596)	,166	,105	,267
comaval1	,240	-,039	(.746)	,086	,302
compot1	,036	,110	-,067	(.688)	,007
APaval1	(.822)	,091	,099	,139	,101
APpot1	,295	(.640)	,072	,223	-,277
eugostaval1	(.505)	-,010	,445	,235	-,059
eugostpot1	,018	-,069	,068	(.759)	,143
surdezaval1	,070	,089	(.752)	,102	,321
surdezpot1	,137	,252	(.470)	,305	,017
confaval1	,186	,211	(.572)	-,046	,466
confpot1	,185	,272	,194	(.666)	,013
psicaval1	(.804)	,088	,010	,035	,156
psicpot1	,183	(.683)	-,175	,172	,097
eusoaval1	,037	,016	,152	,211	(.750)
eusopot1	-,141	(.540)	-,035	,387	,404

4
3

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

F1

- RTaval
- APaval
- Eugostaval
- Psicaval

Factor scores

~~F-1 F-2 F-3~~

	Component				
	1	2	3	4	5
RTTava1	,915	,114	,173	-,025	,090
RTpot1	,181	,749	,153	-,165	-,202
outropava1	,302	-,103	-,139	-,055	,770
outropot1	-,317	,596	,166	,105	,267
comava1	,240	-,039	,746	,086	,302
compot1	,036	,110	-,067	,688	,007
APava1	,822	,091	,099	,139	,101
APPot1	,295	,640	,072	,223	-,277
eugostava1	,505	-,010	,445	,235	-,059
eugospot1	,018	-,069	,068	,759	,143
surdezava1	,070	,089	-,752	,102	,321
surdezpot1	,137	,252	,470	,305	,017
confava1	,186	,211	,572	-,046	,466
confpot1	,185	,272	,194	,666	,013
psicava1	,804	,088	,010	,035	,156
psicpot1	,183	,683	-,175	,172	,087
eusoava1	,037	,016	,152	,211	,750
eusopot1	-,141	,540	-,035	,387	,404

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5
1	,614	,447	,402	,408	,307
2	-,571	,633	-,276	,444	-,009
3	-,150	-,382	-,227	,227	,854
4	,503	,191	-,831	-,141	-,009
5	-,144	,466	,143	-,751	,421

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

o: Caensson d S Feison
esta snova/ ambr.

REGR factor score	surdo		Mean Rank	Sum of Ranks
	sim	não		
1 for analysis 1	25	86	59,08	1477,00
Total	111	111	55,10	4739,00
REGR factor score	surdo		Mean Rank	Sum of Ranks
2 for analysis 1	sim	não		
	25	86	56,84	1421,00
Total	111	111	55,76	4795,00
REGR factor score	surdo		Mean Rank	Sum of Ranks
3 for analysis 1	sim	não		
	25	86	19,44	486,00
Total	111	111	66,63	5730,00
REGR factor score	surdo		Mean Rank	Sum of Ranks
4 for analysis 1	sim	não		
	25	86	56,12	1403,00
Total	111	111	55,97	4813,00
REGR factor score	surdo		Mean Rank	Sum of Ranks
5 for analysis 1	sim	não		
	25	86	57,24	1431,00
Total	111	111	55,64	4785,00

Test Statistics^a

	REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1
Mann-Whitney U	998,000	1054,000	161,000	1072,000	1044,000
Wilcoxon W	4739,000	4795,000	486,000	4813,000	4785,000
Z	-,544	-,148	-,6452	-,021	-,219
Asymp. Sig. (2-tailed)	,587	,882	,000	,983	,827

a. Grouping Variable: surdo

Correlation Matrix

Correlation	RTava1	RTpot1	outropava1	outroppot1	comava1	compot1
RTava1	1,000	,226	,287	-,046	,309	,048
RTpot1	,226	1,000	-,139	,280	,054	,060
outropava1	-,139	1,000	1,000	,024	,161	,070
outroppot1	-,046	,280	,024	1,000	,053	,093
comava1	,309	,054	,161	,053	1,000	,057
compot1	,048	,060	,070	,093	,057	1,000
APava1	,665	,177	,285	-,059	,303	,092
APpot1	,238	,502	-,111	,140	,086	,278
eugostava1	,431	,137	-,019	,080	,391	,148
eugospot1	,011	-,038	,070	,080	,391	,148
surdezava1	-,118	,243	-,059	,080	,391	,148
surdezpot1	,138	-,138	,044	,213	,283	,222
confava1	,246	,193	,239	,110	,616	,018
confpot1	,179	,071	-,054	,161	,261	,272
psicava1	,574	,151	,277	-,104	,200	,024
psicpot1	,119	,351	-,007	,187	-,124	,126
eusoava1	,083	-,093	,460	,144	,288	,151
eusopot1	,034	,188	,169	,527	,040	,252
Sig. (1-tailed)						
RTava1	,008	,008	,001	,315	,000	,307
RTpot1	,008	,074	,074	,001	,288	,265
outropava1	,001	,074	,401	,401	,046	,232
outroppot1	,315	,001	,046	,290	,290	,167
comava1	,000	,268	,046	,167	,276	,276
compot1	,307	,265	,232	,167	,276	,276
APava1	,000	,031	,001	,269	,276	,168
APpot1	,006	,000	,123	,071	,184	,002
eugostava1	,000	,076	,422	,201	,000	,149
eugospot1	,453	,344	,233	,162	,060	,000
surdezava1	,295	,109	,005	,418	,001	,127
surdezpot1	,002	,074	,324	,013	,001	,010
confava1	,005	,021	,006	,126	,000	,427
confpot1	,030	,231	,285	,046	,003	,002
psicava1	,000	,056	,002	,138	,018	,402
psicpot1	,107	,000	,469	,025	,470	,097
eusoava1	,193	,165	,000	,066	,001	,057
eusopot1	,361	,024	,038	,000	,338	,004

Correlation Matrix

Correlation	RTava1	APava1	APpot1	eugostava1	eugospot1	surdezava1
RTava1	,665	,238	,431	,011	-,052	-,118
RTpot1	,177	,502	,137	-,038	-,070	,243
outropava1	,285	-,111	-,019	,070	,094	,020
outroppot1	-,059	,140	,080	,094	,148	-,300
comava1	,303	,086	,391	,148	,329	,109
compot1	,092	,278	,099	,166	,166	,000
APava1	1,000	,222	,438	,081	-,039	-,039
APpot1	,222	1,000	,167	1,000	,181	-,215
eugostava1	,438	,167	,181	1,000	,031	1,000
eugospot1	,166	,081	-,215	,031	1,000	,031
surdezava1	,000	-,039	-,215	,031	1,000	,031
surdezpot1	,209	,266	,114	,102	,386	,015
confava1	,248	,151	,223	,102	,068	,059
confpot1	,275	,347	,261	,386	,092	,198
psicava1	,583	,227	,406	,068	,242	,081
psicpot1	,217	,429	,006	,092	,242	,081
eusoava1	,078	-,043	,126	,242	,287	-,164
eusopot1	,080	,168	,061	,287	,287	-,164
Sig. (1-tailed)						
RTava1	,000	,006	,000	,453	,375	,295
RTpot1	,031	,000	,076	,344	,344	,109
outropava1	,001	,123	,422	,233	,205	,005
outroppot1	,269	,071	,201	,162	,418	,001
comava1	,001	,184	,000	,060	,127	,001
compot1	,168	,002	,149	,000	,498	,000
APava1	,010	,010	,000	,041	,498	,000
APpot1	,010	,040	,040	,198	,343	,343
eugostava1	,000	,000	,029	,029	,012	,012
eugospot1	,041	,198	,012	,375	,375	,375
surdezava1	,498	,343	,023	,116	,070	,002
surdezpot1	,014	,002	,023	,116	,070	,002
confava1	,004	,057	,009	,143	,070	,000
confpot1	,002	,000	,003	,238	,270	,270
psicava1	,011	,000	,476	,170	,094	,199
psicpot1	,207	,326	,261	,005	,005	,199
eusoava1	,202	,039	,261	,001	,001	,043
eusopot1	,202	,039	,261	,001	,001	,043

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1	,065	111	,200*
REGR factor score 2 for analysis 1	,036	111	,200*
REGR factor score 3 for analysis 1	,144	111	,000
REGR factor score 4 for analysis 1	,093	111	,020
REGR factor score 5 for analysis 1	,106	111	,004

Tests of Normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1	,976	111	,047
REGR factor score 2 for analysis 1	,994	111	,913
REGR factor score 3 for analysis 1	,905	111	,000
REGR factor score 4 for analysis 1	,937	111	,000
REGR factor score 5 for analysis 1	,936	111	,000

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction