



Nº ordem 05/D/2009

TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada na

Universidade da Madeira

Para a obtenção do grau de Doutor

Maria do Carmo Nunes de Aragão Freitas

Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica
sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários

Júri:

Reitor da Universidade da Madeira

Prof. Doutor Mário Simões - Faculdade de Medicina de Lisboa

Prof. Doutora Isabel Leal – Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa

Prof. Doutora Purificação Horta - Faculdade de Medicina de Lisboa

Prof. Doutora Maria da Glória Franco - Universidade da Madeira

Prof. Doutora Margarida Pocinha - Universidade da Madeira

Prof. Doutora Luísa Soares - Universidade da Madeira



Nº ordem 05/D/2009

TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada na
Universidade da Madeira
Para a obtenção do grau de Doutor
Maria do Carmo Nunes de Aragão Freitas

Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica
sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários

Júri:

Reitor da Universidade da Madeira

Prof. Doutor Mário Simões - Faculdade de Medicina de Lisboa

Prof. Doutora Isabel Leal – Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa

Prof. Doutora Purificação Horta - Faculdade de Medicina de Lisboa

Prof. Doutora Maria da Glória Franco - Universidade da Madeira

Prof. Doutora Margarida Pocinha - Universidade da Madeira

Prof. Doutora Luísa Soares - Universidade da Madeira



PROGRAMA OPERACIONAL
PLURIFUNDOS DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA



CITMA
CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU

Esta tese foi orientada pelo

Professor Doutor Mário Pinto Simões
Da Faculdade de Medicina de Lisboa

Co-orientada pela Professora Doutora Glória Franco
Da Universidade da Madeira

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha tia Ângela Aragão, pelo apoio incondicional durante o percurso de elaboração desta tese.

Agradecimentos

Uma tese de Doutorado é uma longa viagem, com muitos percalços pelo caminho.

Este trabalho não teria sido possível sem a ajuda de muitas pessoas às quais agradeço o apoio dado:

Em primeiro lugar ao Prof. Doutor Mário Simões, da faculdade de Medicina de Lisboa, que acreditou em mim aceitando-me como sua orientanda. À sua total disponibilidade desde o primeiro momento, emprestando-me a sua tese e vários livros e trabalhos, a sua presença foi constante apesar do Atlântico nunca me senti sozinha, a sua voz do outro lado do telefone depois de um dia de trabalho era sempre jovial e encorajadora. Não tenho palavras para agradecer as horas que me recebeu lendo e acompanhado o meu trabalho passo a passo, o meu obrigada.

À Prof. Doutora Glória Franco que aceitou ser minha co-orientadora e muito ajudou na metodologia, à forma como ajudou na cotação dos testes e ao tempo dispensado na orientação e leitura minuciosa da investigação.

Ao CITMA pelo apoio concedido.

Ao Departamento de Psicologia e Estudos Humanísticos especialmente ao Prof. Doutor Sílvio Fernandes e colegas.

Ao Prof. Doutor Pedro Telhado então Reitor, que me permitiu trabalhar com os alunos da UMA, agradeço também a sua compreensão nos momentos mais difíceis, em que me autorizou a bolsa sem vencimento, para poder dar continuidade ao meu trabalho.

Aos presidentes de todos os Departamentos que permitiram que informasse os alunos nas suas aulas, para divulgar o projecto de trabalho.

Ao. Prof. Doutor Bhrem que se disponibilizou a ajudar na medição do cortisol, e também como vice-reitor.

Ao Prof. Doutor Nelson de Almeida que amavelmente procurou ajudar na aparelhagem da condutância da pele.

Ao Prof. Doutor Luís Sobrinho do Instituto de Oncologia de Lisboa que me emprestou a aparelhagem complexa para a minha investigação, deixando-a transportar além-mar, um muito obrigado.

Ao Departamento de Informática da UMa, a toda a equipa sempre disponível e bem disposta.

Aos colegas e amigos dos cursos de TRV-C e Hipnose, Mestre Mário Resende que me emprestou prontamente a sua tese sobre Terapia Regressiva, Mestre Margarida Casimiro e Dr.^a Ana Ferreira duas grandes amigas e companheiras especialmente durante o sofrimento pela minha mãe, e sempre prontas a trocar livros e conhecimentos, obrigada por serem minhas amigas.

Ao Prof. Doutor Júlio Peres que do Brasil me enviou os seus artigos, alguns ainda por publicar.

Aos seres especiais que no meu percurso de vida pessoal e profissional ajudaram no meu crescimento, e nos momentos de desânimo estiveram comigo incentivando-me a continuar o caminho.

Ao Prof. Carlos Lélis e Margarida Camacho e António Aragão que foram os meus primeiros modelos de professores no Liceu.

Aos Meus Professores da Universidade Celso Lisboa do Rio de Janeiro, em especial Prof. Doutora Hilda Fabro minha supervisora de estágio.

Aos meus Professores de Mestrado do ISPA, em especial Carlos Amaral Dias, Emílio Salgueiro, Coimbra de Matos e Isabel Leal que aceitou ser minha arguente.

À Dr.^a Madalena Moreira minha supervisora de TRV-C e que me guiou pelos meandros do meu inconsciente (nas TRVC-C, didáticas).

À Prof. Doutora Gilda Moura supervisora de Hipnose.

Ao Dr. Francisco Castro que com a acupuntura mas muito mais com a sua palavras me apoiou nos momentos difíceis.

Ao Prof. Doutor António Trindade que me operou á coluna libertando-me das dores para poder continuar a trabalhar.

Um especial obrigado a todos os meus pacientes que tornaram possível o meu entendimento sobre o SER e o Sentir, e em especial aos participantes do meu estudo.

Aos amigos em especial ao Paulo Brazão pela sua ajuda na formatação e a sua inestimável paciência, tempo interminável... e contenção das minhas angústias finais.

À Graça Corte que numa semana fez a revisão do Português. Paulo Aguiar, Teresa Souto, Maria da Luz Ferreira, Maria Teresa, Duarte Câmara, Rui Bettencourt, Solange Thiers, Sara Sousa, Joana Fernandes, Carmo Teles, Ana Carvalho, Glória Pinto, Nidinha, Teresa Carvalho, Rosa Maria Moura, e todos os outros que me é impossível enumerar.

À minha família, em especial Edna sobrinha e Edna cunhada que fora revendo o trabalho ao longo do tempo, ao meu tio Henrique e irmão João que foram acompanhando o desenvolvimento do trabalho e se preocuparam sempre comigo. aos meus irmãos.

E por último um especial agradecimento aos meus filhos Rodrigo e Carina que, além oceanos, me incentivaram e compreenderam a distância que o trabalho me impediu de minimizar. Ao pai dos meus filhos porque juntos conseguimos dar a base afectiva e emocional para que crescessem saudáveis e seguros emocionalmente.

Sumário

Dedicatória.....	IV
Resumo	XV
Abstract.....	XVI
As minhas motivações	XVII
Lista de figuras.....	XX
Lista de Quadros.....	XXVI
Abreviaturas	XXIX
Introdução.....	1
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1 - Psicologia Transpessoal: notas históricas e definição	7
2 - Estados modificados de consciência (E.M.C.) e Hipnose Clínica	12
2.1 - Hipnose Clínica.....	13
2.2 - A sugestionabilidade	15
3 - Terapia Regressiva Vivencial e Cognitiva (TRV-C) - Contributos para a sua Génese	16
3.1 – Notas históricas.....	16
3.1.1 No Brasil e em Portugal.....	17
3.1.2 – A Terapia Reestruturativa Vivencial Peres - TRVPeres	18
3.1.2.1 - Abordagem Terapêutica: noções gerais	18
3.1.3 – Notas Teóricas Sobre os Procedimentos da TRV-C.....	19
3.1.3.1 - Anamnese.....	19
3.1.3.2 - Inconsciente	19
3.1.3.3 - Cenas traumáticas (CT)	24
3.1.3.3.1 - Definição de trauma segundo vários autores	24
3.1.3.3.2 - Angústia automática	26
3.1.3.3.3 - Acontecimentos traumáticos na infância	26
3.1.3.3.4 - Ab-reacção	27
3.1.3.3.5 - <i>Insight</i>	27
3.1.3.4 – Dissociação.....	27

3.1.3.5 – Role Play (Hipnodrama)	28
3.1.3.6 - Programação neurolinguística (PNL)	28
3.1.3.6.1 - Crenças	29
3.1.3.7 - Resistência.....	31
3.1.3.8 - Lugar Seguro	31
3.1.3.9 - Indicações para TRV-C.....	32
3.1.3.10 - Contra-indicações.....	32
3.1.3.11 - Perspectiva das Neurociências em TRV-C	32
3.1.3.12 - Transtorno do Sress Pós traumático parcial.....	33
3.1.3.13 - Memória	33
3.1.3.13.1 - Resiliência.....	34
3.1.3.13.2 - Memória definição.....	35
3.1.3.13.3 - Alguns efeitos do trauma, segundo vários autores:.....	36
3.1.3.13.4 - Aspectos neuropsicológicos da memória.....	36
3.1.3.13.5 - Distorções da memória	38
4 - Ansiedade	41
4.1 - Definição de ansiedade.....	41
4.2 - Fobia específica.....	42
4.3 – Ansiedade Generalizada	42
4.4 - Perspectiva funcional da ansiedade	43
4.5 - Ansiedade, estado e traço.....	43
4.6 - Ansiedade e neurociências	45
5 – <i>Stress</i>	48
5.1 -Definição de <i>Stress</i> , segundo vários autores.....	48
5.2 - <i>Stress</i> e Imunidade	48
5.3 -Critérios de Diagnóstico do ICD 10.....	49
5.4 - <i>Stress</i> e neurociências	51
5.5 - O Desenvolvimento de Modelos de <i>Stress</i>	52
5.6 - Modelo de Cannon de luta ou fuga	52
5.7 - A Síndrome de Adaptação Geral (SAG).....	52
5.8 - Modelo Transacional de <i>Stress</i>	53
5.9 - O <i>Stress</i> como Mudanças Psicofisiológicas	55

5.10 - Auto-controlo e <i>Stress</i>	55
5.11 - <i>Stress</i> e memórias traumáticas	57
5.12 - Transtorno de <i>stress</i> pós-traumático ICD 10	58
5.13 - <i>Stress</i> e personalidade.....	59
5.14 - Factores biológicos	59
6 - Avaliação em contexto formal	60
6.1 - Locus de controlo e realização escolar	62
6.1.1 - Crença no controle externo	63
6.1.2 - Crença no controle Interno	63
7 - Os estudantes universitários em Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira	66
II - APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	72
8 - Objectivos da Investigação	73
8.1 - Objectivo Geral.....	73
8.2 – Objectivos Específicos	73
9 - Metodologia da Investigação.....	74
9.1 – Dados Quantitativos	75
9.2 – Dados Qualitativos.....	75
9.3 - Tratamento Estatístico	76
10 - Momentos da Investigação ou procedimentos.....	78
11 - Hipóteses em Estudo	80
11.1 – Hipóteses do estudo quantitativo	80
1 - Ocorreram mudanças ao nível da ansiedade dos participantes?	80
2 – Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do desempenho académico?	80
3 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do auto-controlo?	80
4 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível da confiança? ..	80
5 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do tremor nas mãos?	80
6 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível da recordação da matéria estudada?	80

7 - Os resultados obtidos com a TRV-C permaneceram ao longo do tempo? ...	80
11.2 - Hipóteses do estudo qualitativo	80
1 - Quais os fenómenos intrapsíquicos subjacentes à mudança quando é usada a técnica do TRV-C?.....	80
2 - Quais os temas emergentes e a sua relação com o <i>stress</i> e a ansiedade?.	80
3 - Quais as idades em que se situaram as vivências traumáticas que estão subjacentes às situações de <i>stress</i> e ansiedade?.....	80
12 - Instrumentos	81
12.1 - Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983)	81
12.2 - Escala de Ansiedade HAMA (Hamilton, 1992)	82
12.3 - Escala Visual Analógica (EVA)	84
12.4 - NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto	85
12.5 - Questionário de Experiências de Dissociação (QED) (Riley, 1988).....	89
12.6 - Auto-avaliação do estado modificado de consciência (APZ) (Dittrich, 1975)	90
12.7 - Galvanómetro	91
12.8 - Anamnese.....	92
13 - Amostra	94
13.1 - Justificação para a escolha da amostra.....	94
13.2 - Critério de inclusão	94
13.3 - Critério de exclusão	94
13.4 - Amostra Inicial.....	95
13.5 - Amostra Final.....	95
14 - Intervenção com TRV-C.....	96
14.1 - Setting	96
14.2 - Preparação para as sessões de TRV-C.....	96
14.3 - Indução e Procedimentos da TRV-C	97
14.4 - Relaxamento.....	98
14.5. - Aprofundamento.....	99
14.6 - Conexão com o “inconsciente ou arquivo de memórias”	99
14.7 - Vivência “regressiva” Cenas Traumáticas (CT)	100
14.8 - Decisão	100

14.9 - Desprogramação	101
14.10 - Redecisão.....	101
14.11 - Lugar Seguro	102
14.12 - Programação positiva	103
14.13- Retorno e finalização	103
14.14- Reflexão sobre os temas emergentes durante a sessão.....	104
14.15 – Atitude do investigador	104
15 - Resultados.....	106
15.1 - Caracterização do grupo inicial da amostra	106
15.1.1 – Estado evolutivo dos participante: Resumo Quantitativo e Qualitativo.....	107
15.1.1.1 - Participante número 1	107
15.1.1.2 - Participante número 2	112
15.1.1.3 - Participante número 3	121
15.1.1.4 - Participante número 4	128
15.1.1.5 - Participante número 5	134
15.1.1.6 - Participante número 6	139
15.1.1.7 - Participante número 7	146
15.1.1.8 - Participante número 8	153
15.1.1.9 - Participante número 9	161
15.1.1.10 - Participante número 10	168
15.1.1.11 - Participante número 11	173
15.1.1.12 - Participante número 12	178
15.1.1.13 - Participante número 13	189
15.1.1.14 - Participante número 14	193
15.1.1.15 - Participante número 15	196
15.1.1.16 - Participante número 16	198
15.1.1.17 - Participante número 17	199
15.2 – Sumário de Integração dos Resultados (grupo geral)	202
15.2.1 - Escala de Ansiedade de Hamilton	202
15.2.2 - Escala de <i>Stress</i>	203
15.2.3 - Escala Visual Analógica	204

15.2.4 - Avaliação da Capacidade de entrar em EMC	206
15.3. - Resultados do Estudo Qualitativo	208
16 - Discussão	215
16.1 - Psicologia Transpessoal	215
16.1.2 - Terapia por Reestruturação Vivencial e Cognitiva	215
17 - Metodologia	217
18 - Caracterização da amostra	218
18.1 - Desistências	218
19 - Sumário integração dos resultados - Comentários ao grupo geral	220
19.1 - Anamnese	220
19.2 - A importância dos traços de personalidade e os resultados obtidos no estudo	220
20 - Stress e ansiedade	225
20.1 - Ansiedade e <i>Stress</i> nas Avaliações Formais	225
21 - Escala Visual Analógica - EVA	227
22 - Estados Modificados de Consciência - EMC	228
23 - Questionário de Experiências de Dissociação - QED	229
24 - TRV-C	230
24.1 - Cenas Traumáticas	230
24.1.1 - Temas das Cenas Traumáticas	231
24.2 - Memória	233
24.3 - Redecisão	233
24.4 - Lugar Seguro	234
25 - Resumo	235
26 - Conclusões	236
26.1 - Limitações do Estudo	237
27 - Referências	238
28 - Bibliografia Consultada	245

Resumo

Fez-se um estudo sobre *stress* e ansiedade com alunos do ensino superior. O objectivo foi diminuir estes factores através da técnica Terapia por Reestruturação Vivencial e Cognitiva (TRVC) que consiste na indução do Estado Modificado de Consciência (EMC) através das técnicas de relaxamento e hipnose. O EMC facilita o acesso às memórias inconscientes. Procurou-se fazer a ligação do *stress* e ansiedade com os eventos traumáticos que estão na sua origem.

A intervenção foi composta por duas TRVC; a amostra foi constituída por estudantes universitários portugueses da Universidade da Madeira (um grupo de 13 participantes, 10 femininos e 3 masculinos, com idades compreendidas entre 19 e 39 anos).

No final da intervenção observaram-se mudanças positivas na maioria dos participantes.

Abstract

A study on *stress* and anxiety with students of higher education has been made with the main purpose of reducing these factors using the Cognitive Restructuring Experiential Therapy (CRET) technique which consists in the induction of the Altered State of Consciousness (ASC) through the techniques of relaxation and hypnosis. ASC facilitates the access to unconscious memories. We tried to make the connection of *stress* and anxiety with the traumatic events that are in their origin.

The intervention was composed of two CRET; the sample consisted of Portuguese university students of the University of Madeira (a group of 13 participants, 10 women and 3 men, aged between 19 and 39 years of age).

At the end of the intervention there were positive changes in most of the participants.

As minhas motivações

Aos 16 anos (já lá vão 38) pela primeira vez tive aulas de psicologia naquele tempo em que a ideia que tinha da Psicologia vinha dos filmes em voga, em que o psicólogo/a era alguém sensível que aceitava o desafio de trabalhar com crianças com problemas ou adultos “transtornados”Como nas histórias acabavam sempre bem: a criança evoluía e o adulto “normalizava”. Era uma mensagem de desafio, empenho e, sobretudo, o acreditar nas potencialidades do afecto que levavam os profissionais “modelo ” (os heróis dos filmes) a conseguirem bons resultados, havia também os pais que não se conformavam com os diagnósticos e prognósticos e iam em frente lutando contra os rótulos, negando a “realidade”, idealizando a cura através do amor.

Foi assim que idealizei ser psicóloga ...

Hoje com 29 anos de prática sinto que entre os avanços e recuos tenho conseguido ser psicóloga, isto é, ajudar as pessoas a compreender o seu sofrimento, a pensar o sofrimento e na medida em que o compreendem, ultrapassarem-no. Mas as dúvidas e angústias continuam...

Será que vou conseguir? Ou antes vamos conseguir? Sim, porque o processo psicoterapêutico é a dois, mas a minha onipotência faz-me dizer em primeiro lugar, é na relação dual em que o terapeuta sendo Contínente, na função de “rêverie” pensando e espelhando ao Outro os pensamentos que este não consegue verbalizar, passar da função Beta para Alfa (Bion) ...

Afinal não é fácil como nos filmes ... Por vezes temos de ser duros, para limpar as feridas temos de tirar o “pus”, e isso dói! Lá vem o nosso medo de magoar, que o paciente se zangue e nos abandone e venha ao de cima a nossa “incompetência” e aconteça um *drop-out*.

Cada vez mais (aprendendo com a experiência) sinto que não é tarefa fácil.

Mas as dúvidas e angústias continuam. Sempre me questioneei qual o melhor “caminho” entre a multiplicidade de constructos teóricos existentes. Segui as minhas

preferências de acordo com os modelos que me pareceram fazer sentido no compreender e ajudar aqueles que me procuraram em sofrimento psicológico.

A minha vontade de otimizar a prática clínica, aliada a uma pulsão epistimofílica, que me acompanha desde menina, fizeram-me frequentar vários cursos em diferentes áreas da psicologia (Psicanálise, Psicologia Cognitiva, Neuropsicologia, Biosíntese, Bioenergética, Programação Neurolinguística, Hipnose, Terapia Regressiva etc.)

Os novos saberes foram atravessando a minha prática clínica, abrindo horizontes e criando uma perspectiva holística do saber e do fazer na troca com os meus pacientes.

Lazarus recomenda um modelo de actuação eclético, de largo espectro ou multimodal, sugerindo diversas orientações para lidar com as diferentes facetas do cliente (Arcaro, 1997).

Como diz o meu orientador Professor Doutor Mário Simões “o paciente vai até onde o terapeuta vai.” (Comunicação pessoal).

Dei-me conta de que ao longo do meu percurso profissional fui criando uma perspectiva eclética que se insere na psicologia Transpessoal.

A hipnose e mais especificamente a terapia regressiva fascinaram-me. Ao longo dos cursos e da prática dos mesmos apercebi-me da “força” desta nova ferramenta, o que me levou a querer saber e fazer mais.

A teoria associada à experiência pessoal despertaram em mim o desejo de aprofundar e partilhar na clínica (com os meus pacientes); deste modo, emergiu o tema desta tese.

Pela mão da Dr.^a Madalena Moreira mergulhei nas profundezas do meu inconsciente, reconhecendo feridas antigas e limpando-as através das Redecisões e senti a transformação profunda desta técnica.

A sua supervisão sobre os meus primeiros casos de TRV-C deu-me lastro para me lançar neste projecto que agora apresento.

Ao longo da docência no ensino superior constatei que a nível académico existem muitos bloqueios nas avaliações, alunos que no decorrer das aulas participam activamente, mostrando conhecimento da matéria; nos exames e frequências, ficam muito aquém desse conhecimento manifestado e apresentam um

rendimento abaixo das suas reais capacidades. Este foi um dos motivos que definiu as escolhas do universo do meu estudo, onde navego há mais de 20 anos...

A avaliação escrita fica muito distante do conhecimento do aluno, é difícil mostrar o que aprendeu ao longo de um semestre em 2 horas de escrita compulsiva. Este sistema de avaliação gera *stress* e ansiedade em muitos dos alunos; esta foi mais uma das minhas motivações para o estudo, dar um contributo aos alunos que sofrem nas avaliações.

É sempre uma profissão de risco! Quando olhamos o outro contemo-lo com o nosso olhar e há que ser continente das suas partes más, há que ter força para aguentar ...continuar a ser continente, e ter a humildade para identificar as nossas contratransferências para que estas não envenenem o processo terapêutico.

Na minha formação inicial assisti a um seminário sobre regressão que despertou em mim (deixou) a semente da curiosidade sobre esta técnica. Agora, mais de 20 anos depois, concretizo esta pulsão epistimofílica....ao escolher esta temática para a minha dissertação de Doutoramento. É um recomeçar sempre inacabado. Como sabemos, um doutoramento é o início de uma investigação, quando chegamos ao fim apercebemo-nos que ficam muitas questões para aprofundar e pesquisar.

Lista de figuras

Figura 1 Momentos da investigação: Instrumentos e técnicas de intervenção.....	79
Figura 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo.....	106
Figura 3 - Distribuição da amostra segundo idade	106
Figura 4 - Distribuição da amostra segundo nível Socio-económico e Social	107
Figura 5 – Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	107
Figura 6 – Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	108
Figura 7 – Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	108
Figura 8 – Escala de Personalidade do participante 1	110
Figura 9 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	112
Figura 10 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	113
Figura 11 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	113
Figura 12- Escala de personalidade do participante 2	115

Figura 13 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	122
Figura 14 – Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	122
Figura 15 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	122
Figura 16 – Escala de personalidade do participante 3	124
Figura 17 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	129
Figura 18 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	129
Figura 19 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	129
Figura 20 – Escala de personalidade do participante 4	131
Figura 21 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	134
Figura 22 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	134
Figura 23 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	135

Figura 24 - Escala de personalidade do participante 5	137
Figura 25 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	140
Figura 26 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	140
Figura 27 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	140
Figura 28 - Escala de personalidade do participante 6	142
Figura 29 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	146
Figura 30 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	147
Figura 31 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	147
Figura 32- Escala de personalidade do participante 7	149
Figura 33 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	153
Figura 34 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	153
Figura 35 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C	

(Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	154
Figura 36 - Escala de personalidade do participante 8	156
Figura 37 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	161
Figura 38 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	162
Figura 39 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	162
Figura 40 - Escala de personalidade do participante 9	164
Figura 41 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	169
Figura 42 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	169
Figura 43 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	169
Figura 44- Escala de personalidade do participante 10	171
Figura 45 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	173
Figura 46 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	174

Figura 47 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	174
Figura 48 - Escala de personalidade do participante 11	176
Figura 49 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	179
Figura 50 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	179
Figura 51 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	179
Figura 52 - Escala de personalidade do participante 12	181
Figura 53 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	189
Figura 54 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	190
Figura 55 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	190
Figura 56 - Escala de personalidade do participante 13	192
Figura 57 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)	202

Figura 58 - Comparação dos valores da Escala de <i>Stress</i> Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005).....	203
Figura 59 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)	205
Figura 60 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Junho 2005)	205
Figura 61 – Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e a avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006).....	206
Figura 62 - NEO PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto, aplicado antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004).....	206

Lista de Quadros

Quadro 1 - Datas do desenvolvimento do estudo.....	78
Quadro 2 - Cinco domínios do NEO-PI-R, as suas 30 facetas e respectiva caracterização	86
Quadro 3 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	108
Quadro 4 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV- C (Junho 2006)	109
Quadro 5 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	113
Quadro 6 - Valores da Escala QED (Riley,1988) (aplicado logo após as sessões de TRV- C (Junho 2006)	114
Quadro 7 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	123
Quadro 8 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	123
Quadro 9 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	130
Quadro 10 – Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	130
Quadro 11 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	135
Quadro 12 - Valores da Escala QED (Riley,1988)) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	135
Quadro 13 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	141
Quadro 14 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV- C (Junho 2006)	141

Quadro 15- Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	147
Quadro 16 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	148
Quadro 17 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	154
Quadro 18 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	154
Quadro 19 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	162
Quadro 20 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	163
Quadro 21 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	170
Quadro 22 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	170
Quadro 23 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	174
Quadro 24 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	175
Quadro 25 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	180
Quadro 26 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	180
Quadro 27 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	190
Quadro 28 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)	191
Quadro 29 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de Hamilton, obtidas com os teste de Wilcoxon e de T -test, do início para o fim da intervenção	202

Quadro 30 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de <i>Stress</i> de Cohen, obtidas com os teste de Wilcoxon e de T -test, do início para o fim da intervenção	203
Quadro 31 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de Hamilton, obtidas com os testes de Friedman, do início para o fim da intervenção.	204
Quadro 32 - Resultados da média do grupo do questionário APZ.....	207
Quadro 33 - Resultados da média do grupo do questionário QED.....	207
Quadro 34 - Idade das Vivências.....	208
Quadro 35 - Cenas Traumáticas.....	208
Quadro 36 - Redecisões da TRVC	212
Quadro 37 - Lugar Seguro	214

Abreviaturas

APZ- Auto Avaliação do Estado Modificado de Consciência

CT- Cenas Traumáticas

DP- Desvio Padrão

EMC- Estados modificados de Consciência

HAMA- Escala de Ansiedade de Hamilton

INV- Investigador

MED- Média

NEO-PI-R- Inventário de Personalidade Revisto

P- Participante

PNL- Programação Neurolinguística

QED- Questionário de Experiências de Dissociação

SAG- S´ndrome de Adaptação Geral

TRV-C – Terapia Regressiva Vivencial e Cognitiva

TRVP - Terapia Reestruturativa Vivencial Peres

Introdução

“Tenhamos a coragem e a ousadia de perscrutar no horizonte do desconhecido, livres de olhar sem vergonha por tanta curiosidade ingênua; e guiados por novas ideias, evidências ainda ocultas toparemos.

Olhar o infinito não é loucura, mas continuar a pensar.

O conhecimento baseado na evidência, o slogan da modernidade científica, é demasiado evidente para ser interessante. E o belo é o novo – a mulher que nunca vi. Mas hei-de ver!

Epistemofilia, paixão e liberdade constituem a tríade do saber implicado em mais saber”, (Matos, 2002, p. 20 e 21).

Um novo paradigma científico começa a emergir da conjugação de diferentes ramos do saber, mais ainda cruzado com as diferentes perspectivas religiosas. Um movimento convergente, que atravessa as várias ciências numa conjugação transdisciplinar que como diz Boaventura Sousa Santos.

O observador por mais neutro que tente ser, acaba por ter um olhar imprimido pelas suas vivências e concepções de vida.

“Estamos a viver um período de revolução científica que se iniciou com Einstein e a mecânica quântica e não se sabe ainda quando acabará. (...) Einstein constituiu o primeiro rombo no paradigma da ciência moderna, um rombo, aliás, mais importante do que o que Einstein foi subjectivamente capaz de admitir. Um dos pensamentos mais profundos de Einstein é o da relatividade da simultaneidade. (...) Heisenberg e Bohr demonstraram que não é possível observar e medir um objecto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que o objecto que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou.” (B. Santos, 1998, pp. 23, 24 e 25).

“..tantas condições teóricas da crise do paradigma científico dominante têm vindo a propiciar uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico, uma reflexão de tal modo rica e diversificada que, melhor do que qualquer outra circunstância, caracteriza exemplarmente a situação intelectual do tempo presente. (...) A crise do paradigma Newtoniano é constituída pelos avanços do conhecimento nos domínios da microfísica, da química e da biologia nos últimos vinte anos.” (B. Santos, 1998, p. 24).

Amaral Dias nas aulas referia Bion "...Há um caminho que vai ter ao saber, que é o que vai da dispersão a um ponto de integração ...há um momento, designado de mudança catastrófica, em que se dá o contacto com a dor necessária ao encontro com uma nova unidade de significação."

A nova integração dos saberes das diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente; Psicologia, Neurociências, Física Quântica, Filosofia, Religiões, etc., transporta-nos para um novo Paradigma Científico na busca de uma maior compreensão do ser Humano e da sua Transcendência. É sob a luz deste novo paradigma que se tem procurado compreender o significado e transformações que ocorrem nos indivíduos através dos Estados Modificados de Consciência. A utilização dos Estados Modificados de Consciência em Psicoterapia tem nos seus pressupostos uma mudança do paradigma científico habitual.

"A sua utilização, tendo em conta os resultados já existentes, deve ser considerada como tão ou mais eficaz que os similares. É ainda um meio de investigação para a compreensão do indivíduo e do estar no mundo." (M. Simões, & Barbosa, L., 2003, p. 295).

Quando fiz a escolha da Psicologia Transpessoal como tema de pesquisa, tinha em mente a preocupação objectiva em desenvolver uma abordagem científica da prática da psicoterapia com as novas ferramentas estudadas ultimamente por mim, nos cursos de TRV-C e Hipnose Clínica, na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Este trabalho tem como objectivo investigar, de modo sistemático e o mais objectivo possível, o efeito da TRV-C na diminuição da ansiedade e *stress* nas avaliações escolares.

Como é usual nos estudos exploratórios estudou-se apenas um grupo (em vez de a comparação entre grupos). O nosso principal objectivo foi indagar e compreender as características dos fenómenos inerentes à TRV-C, por se tratar de uma técnica relativamente nova aplicada à psicoterapia, sobre a qual ainda não se conhecem muitos estudos assim como facilitar o esclarecimento sobre zonas do objecto de estudo as quais têm sido pouco trabalhadas até ao presente (Rey, 2002).

Como objectivos específicos, optou-se por fazer uma análise mais aprofundada do participante, da pessoa em si. Este objectivo é a avaliação do efeito da técnica (TRVC), a forma como esta actua e os seus processos de modificação.

Outro objectivo foi o de compreender a origem dos sintomas dos alunos ansiosos e com níveis elevados de *stress* nas avaliações, e inferir sobre a origem destes sintomas.

Outro ainda, compreender e integrar, a um nível teórico, este novo *vertex* de visão sobre o espaço intrapsíquico do ser humano, e as possibilidades de mudanças internas e externas que possam ocorrer nos indivíduos.

Fez-se um estudo exploratório, onde se utilizaram metodologias quantitativas e qualitativas. Tendo em conta os alunos universitários que apresentam altos índices de *stress* e ansiedade nas avaliações formais, pressupondo que estes indicadores poderiam estar ligados a problemas emocionais precoces ou recentes, não resolvidos (traumas), criar condições para os participantes ultrapassarem a dor mental, o seu sofrimento interno expresso em *Stress* e Ansiedade.

Mais do que a verdade dos sujeitos, procura-se a sua compreensão, reformulando a sua história e projectando-a no futuro de modo simbólico (Brandão, 1991).

Com uma ferramenta mais rápida do que o usual, considerei TRV-C como instrumento privilegiado para o meu estudo.

A minha escolha foi reforçada atendendo aos resultados apresentados em vários estudos, nomeadamente: "Terapia pela reestruturação vivencial e cognitiva (TRVC) e cefaleias " (M. Simões, Gonçalves, S., & Barbosa, L., , 2003). O estudo de Simões, M. e Sobrinho, S. et al. Cortisol e Prolactina, Respostas Neurovegetativas sobre Emoções, sob Hipnose, (Sobrinho, 1999). Assim como os estudos em neurociências sobre *stress* pos-traumático de Júlio Peres e outros.

"As desordens emocionais são consequência de disfuncionamentos do cérebro emocional. Para muitos, esses disfuncionamentos têm como origem experiências dolorosas vividas no passado, sem relação com o presente, mas que se imprimiram de forma indelével no cérebro emocional. São estas experiências que continuam muitas vezes a controlar a nossa maneira de sentir e o nosso comportamento, por vezes várias dezenas de anos mais tarde" (Servan-Schreiber, 2004, p. 22).

A TRV-C é uma caixa de surpresas, o terapeuta e o participante não sabem a que lugares do inconsciente vão ter acesso, é a dinâmica dos processos inconscientes que lidera o processo.

Privilegiou-se a análise qualitativa para descrever, decodificar e interpretar os dados emergentes da TRVC. O principal objecto de estudo são as interpretações individuais desses mesmos fenómenos, dado que uma abordagem em EMC traz um outro conhecimento, diferente do estado vigíl, quer do participante sobre si mesmo (auto-conhecimento), quer do mundo interno inconsciente.

Oliveira (2005), refere que a multiplicidade de perspectivas e interpretações dos fenómenos é a que melhor engloba todas as facetas e componentes de uma realidade, em contraste com a tentativa de resumi-los a regularidades e comportamentos previsíveis.

A mesma fonte refere Lee (1999), como um dos poucos autores que utiliza uma tipologia que procura conjugar as duas grandes abordagens no ***Design de metodologia mista***. Neste tipo de pesquisa os métodos e técnicas de recolha de dados das duas abordagens são conciliados; desenvolve-se um conjunto de actividades complementares obtendo, assim, informações “descritivamente ricas e quantitativamente significativas” (Lee, 1999 citado por Oliveira, T2005, p.20)

Tentou-se compreender as múltiplas interrelações dos dados emergentes, procurando quantificar o antes e depois através dos dados quantitativos como forma de mensurar as mudanças dos mesmos.

O problema prático é a verificação da eficácia da TRV-C na diminuição do *stress* e ansiedade nas avaliações escolares, pressupondo que o *Stress* e Ansiedade têm origem em algum momento traumático (ou sentido como tal) ao longo do desenvolvimento na vida dos participantes. Trata-se de um estudo em que os EMC surgem como facilitadores do acesso a memórias traumáticas, ou pretensamente traumáticas, que estariam na origem do sintoma de *stress* e ansiedade actuais, no desempenho académico.

A nossa grande pergunta de fundo é: **O *stress* e a ansiedade nas avaliações escolares podem ser atenuadas através da técnica da TRVC?**

Fez-se uma análise mais aprofundada de cada participante, como é usual em psicoterapia.

“A tarefa principal do psicoterapeuta é «reprogramar» o cérebro emocional de forma a que este se adapte ao presente em vez de continuar a reagir a situações do passado. Para este fim, é muitas vezes mais eficaz utilizar métodos que passam pelo corpo e influenciam directamente o cérebro emocional em lugar de contar com a linguagem e a razão às quais ele é muito pouco permeável” (Servan-Schreiber, 2004, p. 22).

Esta tese está organizada da seguinte forma:

No enquadramento teórico focamos: a psicologia transpessoal, os Estados Modificados de Consciência e a hipnose clínica, a Terapia Regressiva Vivencial e Cognitiva. Procurámos definir ansiedade e *stress* nas avaliações formais,

Na segunda parte, procede-se à apresentação da investigação. Apresenta-se um resumo das características da evolução dos participantes. Em seguida apresentam-se os resultados, a discussão e a conclusão.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Psicologia Transpessoal: notas históricas e definição

Define-se Transpessoal pelo que transcende a pessoa, tudo o que permite ir além da mesma. No seu conjunto, o Transpessoal constitui um novo paradigma científico da psicologia.

“No início do 3º milénio um novo paradigma começa a ganhar força/corpo a Psicologia Transpessoal, centrada na totalidade. Um novo *vertex* de visão holístico, sobre o ser humano que integra a transdisciplinaridade, propondo a complementaridade e convergência entre a ciência moderna e a tradição sapiencial, buscando a compreensão do mundo através do resgate da unidade do conhecimento. Esta abordagem, segundo Nicolescu, se alicerça na dinâmica advinda da acção de múltiplos níveis de realidade simultaneamente transcendendo a noção cientificista de uma realidade unidimensional, na lógica aberta do terceiro incluído, transgredindo a dualidade cartesiana, e no enfoque da complexidade, segundo o filósofo Edgar Morin.” (Leloup, 2004, p. 11).

Para Maslow (2004), existem três revoluções no desenvolvimento da Psicologia Ocidental: A Psicanálise, o Behaviorismo, a Psicologia Humanista que coloca ênfase no potencial de auto desenvolvimento assim como a psicanálise (que se refere à “função psicanalítica do Eu”) contribuiu para a saúde do ser humano, servindo de transição para a Abordagem Transpessoal, a quarta revolução que enfatiza os estados ampliados e transcendentais da consciência. Mas Leloup vai mais longe e considera uma “quinta força, que transcende a polaridade pessoal-transpessoal, com o mesmo rigor investigando e conjugando a dimensão egóica com as fronteiras expandidas além do ego, aliando raízes e asas, centrada na consciência de inteireza: a abordagem transdisciplinar holística. Trata-se de uma visão inclusiva que integra todas as forças, considerando-as na ordem da complementaridade e não do antagonismo.” (Leloup, 2004, p. 12).

Na perspectiva *holocentrada*, Leloup e Weil denominam *normose* à *patologia da normalidade* referindo-se ao conformismo e estagnação da dinâmica evolutiva inerente à realidade humana, considerando a normalidade uma patologia da manutenção do *status quo*.

O processo de humanização individualização do ego ao ser é considerado através de “uma via interior, de um olhar para dentro para que o ser humano chegue a uma plenitude” (Leloup, 2004, p. 12).

Leloup vai mais longe sobre esta perspectiva que “concilia o existencial com o essencial, o estado real de saúde é quando a essência transparece na existência, como afirma Graf-Durkheim. Além da normose, portanto, transcendendo a dicotomia perversa entre ciência e consciência, entre profano e sagrado, entre conhecimento e amor, consideramos testemunhos paradigmáticos de saúde plena, seres humanos iluminados, como Cristo e Buda, arquétipos supremos de educadores e terapeutas, no estado da excelência total.” (Leloup, 2004, p. 12).

Jean-Yves Leloup em 1992 foi o inspirador e o orientador da fundação do colégio internacional dos terapeutas no Brasil, a Universidade Holística Internacional de Brasília, Unipaz. Inspirada na tradição dos terapeutas da Alexandria, que considera o corpo, a psique, a consciência e a essência como uma “proto-abordagem holística”. Podemos ver que as raízes deste novo paradigma transpessoal/holístico vem do primeiro século da nossa era, na transição do judaísmo para o cristianismo.

A Unipaz tem uma visão transdisciplinar para a saúde integral na arte de *cuidar do ser*.

“É necessário que estejamos abertos a todas as manifestações da mente, as quais, muito antes de pertencer a uma ou outra escola psicológica ou de ser propriedade de uma religião instituída, são, acima de tudo, questões do Homem no planeta terra. Fazem parte de sua natureza, e assim devem ser consideradas, não podendo ser dissociadas, fragmentadas ou relegadas no *setting* terapêutico.

Este é, “um dos importantes avanços da Psicologia Transpessoal: a abertura incondicional ao estudo e à compreensão de todo e qualquer conteúdo da manifestação da mente humana. Assim, as características básicas nesta psicoterapia são: a vivência dos conteúdos relatados em diferentes níveis de consciência, bem como a ampliação do conceito do inconsciente, observados os níveis diferenciados,

superiores, que favorecem positivamente o trabalho terapêutico.”, (Saldanha, 1999, p. 20).

“A partir de uma visão de ecologia profunda, e de uma definição de saúde como um estado de bem-estar psicossomático, social, ambiental e cósmico, postulada pela Organização Mundial de Saúde, três categorias de terapeutas são reconhecidas: a clínica, a social e a ambiental.” (Leloup, 2004, p. 13).

O conceito de Psicologia Transpessoal surgiu da evolução da Psicologia Humanista. A Psicologia Transpessoal tem raízes no existencialismo, no humanismo e na fenomenologia, integrando os conceitos antigos e mais recentes tais como: Epistemologia, antropologia, religiões comparadas, psiquiatria transcultural, arte, pedagogia, física quântica, neurobiologia e teoria dos sistemas. Neste sentido é um conceito em evolução, integra os novos conhecimentos sobre a natureza humana em qualquer domínio (M. Simões, 1997).

O transpessoal tem uma atitude de questionamento sobre as crenças e paradigmas assumidos, propondo abordagens inovadoras na procura do conhecimento e estudo da espiritualidade.

“O movimento transpessoal pretende o bem-estar bio-psicoemocional-social-cultural-espiritual, de acordo com o processo evolutivo da pessoa, usando preferencialmente os estados modificados de consciência em vigília diferenciada nos quais a pessoa (ou paciente) é o seu próprio terapeuta, integrando os conhecimentos das tradições orientais (xamanismo, meditação, etc. e ocidentais (experiências místicas, de quase-morte, hipnose, sonho acordado, psicadélicas, etc.) sobre aqueles estados com os obtidos pela ciência moderna. No campo da Psicologia Transpessoal, esta é a área da psicologia, que estuda os estados modificados de consciência e os fenómenos, de qualquer tipo, com eles relacionados (sua psicofisiologia e as experiências humanas excepcionais ou diferenciadas, que decorrem deles e sua aplicação terapêutica). Trata-se de uma definição pragmática, para iniciar trabalhos inter e transdisciplinares no meio académico.” (M. Simões, 2004a, p. s).

O movimento transpessoal foi oficializado em 1968 nos Estados Unidos da América por Abraham Maslow, Viktor Frankl, Stanislav Grof e James Fadiman (embora já existisse no Oriente há muito tempo. No início do século XX as técnicas de

transformação interior tornaram-se conhecidas na Europa por Jung, Assagioli, Desoille, Viktor Frankl.

Jung segundo Decamps (1997), terá sido o primeiro a empregar o termo transpessoal, em 1917, “*die über persönlich*”.

Como sabemos, Jung construiu toda a sua teoria (psicanalítica) baseada numa adaptação Ocidental da psicocosmologia do Oriente. Refere que o transpessoal se encontra também no acesso ao inconsciente colectivo e os seus arquétipos.

Viktor Frankl (1997), dá uma importância primordial às aspirações religiosas como meio psicoterapêutico. Para este autor “o que cria a neurose é o isolamento em si próprio, a inflação do *ego*, a fixação obsessiva nas suas pequenas infelicidades, no interior das quais a pessoa anda aos círculos cheia de compaixão de si própria. O transpessoal é essa distanciação, devido a uma consciência alargada graças à qual deixamos de nos preocupar com o que nos fazia sofrer tanto.” (Deschamps, 1997, p. 51).

Robert Desoille (1997), foi influenciado por Jung, Freud e Janet, criou a técnica do sonho acordado, trata-se de uma técnica terapêutica que permite sonhar sem dormir (Leal, 2005).

“O sonho acordado dirigido se inscreve no movimento do pensamento que utiliza o imaginário como via de acesso à vida afectiva subjectiva, não há a menor dúvida. Em que se torna possível, ao paciente pela mediação da linguagem, e a tomada de consciência do sentido do seu material simbólico, de encontrar a sua verdade inconsciente” (Leal, 2005, p. 335).

Para Desoille a reestruturação da personalidade é afectada pela ascensão a níveis de consciência.

Assagioli (1997), faz a diferença entre a realização de si e a realização do eu. A realização de si (*self-actualization* de Maslow) tem a ver com o crescimento psicológico de abertura para o despertar para o que é religioso, ético ou estético, das potencialidades latentes de cada ser humano. Quanto à consciência do centro espiritual e realização do eu transpessoal, Assagioli considera que é apenas o reflexo do Eu espiritual ou como a sua projecção na personalidade. A psicologia transpessoal favorece este despertar do Eu através dos diferentes métodos, que implicam E.M.C. das tendências ablativas (não egoístas), mais socializadas de que o indivíduo é

capaz, criando-se uma “abertura que não volta a fechar nunca mais” (Assagioli, 1970, p. 50).

Desoille usava a expressão “imagens místicas que revelam ao interessado possibilidades de «oblatividade», de dádiva de si que pode então cultivar para grande felicidade sua e dos outros». Pode então alcançar a consciência de Eu que é, para Desoille, um «máximo de hominização, para o qual tende a consciência... a expressão do ideal mais elevado que o sujeito pode imaginar no momento considerado». A seguir, o Eu deixa este nível de puro ideal, para se tornar o princípio dinâmico da cura e de todas as transformações que se processam posteriormente.” Desoille (1997) citado por (Leal, 2005, p. 335).

O objectivo principal da Psicologia Transpessoal são as vivências subjectivas, e com grande potencial transformador permanente, mas difíceis de quantificar, o que é normal quando estudamos seres humanos com as suas idiossincrasias. Sabemos que em psicoterapia trabalha-se com a subjectividade do ser humano integrado na sua cultura, com as suas crenças e processo individual de desenvolvimento do Ego.

A Psicoterapia Transpessoal tem como objecto e instrumento central a consciência mais especificamente os estados modificados de consciência (E.M.C.), permitindo uma expansão de identidade além do ego e da personalidade. “ O que o transpessoal nos fornece é a mensagem de que, doravante, podemos abandonar a concepção do «ego encapsulado num corpo» para abrirmos a uma expansão da consciência e a uma forma mais ampla da vida por conseguinte, mais generosa da existência” (Deschamps, 1997, p. 38).

Em suma, como diz Pierre Weil “o principal contributo do transpessoal é a afirmação de viver estados de consciência sem o Eu...quando a consciência do Eu regressa, esses estados são integrados na pessoa que, no entanto foi profundamente transformada e enriquecida por eles. Possui o sentido Universal e não apenas o individual.” (Nicolescu, 1997, pp. 124-125).

2 - Estados modificados de consciência (E.M.C.) e Hipnose Clínica

A utilização dos Estados Modificados de Consciência em Psicoterapia tem nos seus pressupostos uma mudança do paradigma científico habitual.

"A sua utilização, tendo em conta os resultados já existentes, deve ser considerada como tão ou mais eficaz que os similares. É ainda um meio de investigação para a compreensão do indivíduo e do estar no mundo." (M. Simões, Gonçalves, S., & Barbosa, L., , 2003, p. 109).

"Como a consciência, em si, constitui a condição de toda a experiência interior, não se pode, por meio desta, apreender a sua própria essência. Todas as tentativas deste tipo conduzem ou a uma descrição tautológica, ou à verificação de procedimentos na consciência, que não são a consciência, mas apenas a sua condição prévia", Wundt, 1880 citado por (M. Simões, 1992) p.9.

Segundo Simões, Jaspers (1963) constrói a sua definição de consciência: "é a totalidade da *experiência momentânea* inserida na *corrente contínua* da vida psíquica", (M. Simões, 1992, p. 14). Por esta definição se verifica que a consciência não se reduz a uma função psíquica (a tomada de consciência, a "*awareness*" dos autores anglosaxões), denominada por S. Tomás de Aquino *perceptio, repraesentatio* ou "captação da realidade" (In Rüppel, 1974). O seu conceito é, pois, mais vasto e para Henry Ey (1968) é uma estrutura organizadora do próprio ser, como pessoa consciente. Alonso-Fernández (1979) adverte, no entanto, que embora fazendo parte da organização do ser e da personalidade, não é equiparável nem ao ser nem à personalidade (...). Também Polónio (1978) considera, que a consciência não representa a totalidade da vida psíquica, descrevendo-a como a ponta de um "iceberg", ou "a pequena parte aparente do imenso bloco invisível, submerso, como uma interface entre a consciência do eu e do mundo" (M. Simões, 1992, p. 15). Para este autor (Polónio, 1990) a consciência seria a "percepção da actividade cerebral, que surge como um epifenómeno da sua actividade e reflecte a actividade interior e exterior como imagens num

espelho, que a memória capta" citado por (M. Simões, 1992, p. 15). Considera-a o último desenvolvimento do orgânico, que embora sendo o mais incompleto, torna-se na essência do Homem, ultrapassando a sua origem, fragilidade e descontinuidade, tal como refere Polónio (1990), (M. Simões, 1992, p. 15).

Sobre a consciência reflexiva, Simões (1992), refere Fernandes da Fonseca (1985) que "Para se estar consciente de modo reflexivo é necessário estar atento e, embora sendo duas funções psicológicas distintas, estão todavia intimamente relacionadas e interligadas". Este autor compara a direcção atencional a um foco luminoso, que ilumina as diversas representações da consciência. A atenção é um factor que estrutura dinamicamente a intencionalidade da consciência e por isso lhe dá significado (M. Simões, 1992, p. 22).

Gilda Moura resume: "Geralmente um Estado Modificado da Consciência apresenta modificações de pensamento. Mudança no tempo psicológico, falta de controle, mudança na percepção, diferentes expressões emocionais, mudança no sentido das coisas, aumento das sincronicidades, muitas vezes sensação de bem-aventurança, de renascimento, e modificações da expressão emocional. Os EMC podem levar a resultados criativos como acesso a novos conhecimentos, sabedoria de cura, expressões artísticas e literárias e maior participação social por identificações grupais, como também religiosas, etc. Podem também ser expressões patológicas como fugas da realidade, pânicos, *acting out* dos conflitos, possessões, amnésias, despersonalizações, entre outras." (Moura, 2002, p. 126).

Os EMC geralmente têm uma duração de minutos ou horas, o que os diferencia das doenças psiquiátricas. Torna-se imprescindível diferenciar os EMC das Psicoses e das Perturbações Dissociativas da Identidade (anteriormente Perturbação Múltipla da Personalidade), segundo a DSM-IV-TR (A.P.A., 2002).

2.1 - Hipnose Clínica

"A hipnose é um estado modificado de consciência (altered states of consciousness) no sentido da Psicologia Transpessoal. (Ludwig, 1966; Ludwig e Levine, 1965; Tart, 1969) ...O estado hipnótico é, assim, um estado da mente, também designado por alfa (já que esta é a frequência em que é medido pelos

electroencefalogramas, diferente da situação de vigília (frequência beta) e do sono profundo (frequência teta)” (Leal, 2005, p. 400).

Após o reconhecimento oficial da hipnose com um instrumento médico, a Associação Médica Americana, em 1958, define hipnose como um estado passageiro de atenção modificada no sujeito, estado que pode ser produzido por outra pessoa e no qual diversos fenómenos podem aparecer espontaneamente ou em resposta a estímulos, que podem ser verbais ou de outro tipo. Estes fenómenos compreendem uma mudança na consciência e na memória, uma susceptibilidade aumentada à sugestão e o aparecimento no sujeito de respostas e ideias que não lhe são familiares no seu estado anímico habitual (M. Simões, 2004b).

A Hipnose, enquanto técnica, tem mostrado a sua relevância e sucesso na promoção da mudança de determinados padrões de pensamento e de comportamento, e da reprogramação inconsciente da percepção. Revela-se de valor incontornável na abordagem terapêutica.

Um estado de transe é uma reacção psico-fisiológica complexa, de percepção alterada, que abrange tanto os fenómenos psicológicos quanto os somáticos.

É um estado de “diminuição da consciência” , da atenção e de reacção metabólicas.

Transe é um estado psicofisiológico, espontâneo ou provocado, que não é o estado de vigília, nem de sono, nem de sonho, o sujeito apresenta a aparência do sono, da meditação, da catalepsia e conserva a sua consciência, embora modificada.

Apresenta as seguintes características:

Fisiológicas:

- Hipotonia acentuada
- Peso nas pálpebras com tendência a fecharem
- Inibição de movimentos voluntários, mas conservando a faculdade motora
- Inibição parcial da sensibilidade
- Ritmo alfa no Electroencefalograma (EEG)

- Pouco consumo de oxigénio, reflectido pela diminuição acentuada do metabolismo

Psíquicos:

- Experimenta preguiça mental ou ligeira “tonteira”
- Tendência para amnésias, perdendo a noção do sentido espaço-tempo
- Hiper sugestionabilidade que pode modificar o sentido do eu
- Inibição parcial da vontade, mas conserva o sentido moral
- O subconsciente liberta-se
- A consciência segue o seu curso normal, após saída do transe

Um estado hipnótico mantém muitas características de um estado de transe, sendo que este pode surgir espontaneamente, e o estado hipnótico é induzido.

Bauer (2004), afirma que a indução do transe processa-se continuamente na evolução dos diferentes graus de profundidade.

2.2 - A sugestionabilidade

“Estima-se, no entanto, que, em condições benéficas e de concordância com a técnica, cerca de 90% dos indivíduos de qualquer idade e condição social possam ser hipnotizados. Apenas 5%, por excesso de defesas, são refractários a qualquer indução (mantendo-se em estado de vigília) e os restantes por falta de resistência passam imediatamente a um nível de sono profundo” (Leal, 2005, p. 401).

3 - Terapia Regressiva Vivencial e Cognitiva (TRV-C) - Contributos para a sua Génese

“A TRV-C é uma técnica psicoterapêutica que, com ou sem indução, procura que o sujeito vivencie sob Estado Modificado de Consciência a experiência que, real ou simbolicamente, esteve na origem – total ou parcial – da sua perturbação de comportamento, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte de tensões disfuncionais.

Nesta, o paciente é conduzido pelo psicoterapeuta na exploração das suas capacidades de *insight*, e procura relacionar as suas vivências com a sua problemática presente de modo a reconstruir a sua forma de sentir, pensar e agir que se tenha revelado fonte de má adaptação, de insucesso ou conflito no seu meio ambiente existencial.

Em suma, “trata-se de uma reestruturação cognitiva e emocional do vivido – real ou simbólico – realizada de modo personalizado e com intenção psicoterapêutica.” (Resende, 2003a, p. 97).

A TRV-C baseia-se no princípio de que, para ocorrer remissão dos sintomas do problema em tratamento, não basta ao paciente recordar-se dos acontecimentos e compreender racionalmente o que esteve na sua origem.

É necessário que o paciente saia do estado de vigília e desça a uma zona próxima do nível alfa, ou mais profundo ainda, isto é, que desça ao nível subconsciente, de onde poderá ter acesso aos conteúdos inconscientes sem ficar inconsciente. (Veiguiña, 2003).

3.1 – Notas históricas

Por volta dos anos 70 surgiram alguns trabalhos e publicações de psicólogos e psiquiatras sobre vivências regressivas induzidas a pacientes, em contexto clínico ou experimental. Nomeadamente em 1978 (Lucas, 1996), Morey Bernsteins, Denys

Kelsey (1967) psiquiatra inglês que utilizou técnicas hipnóticas para regredir pacientes à infância (Resende, 2003a).

Em 1978 Morris Netherton foi o mais representativo nos Estados Unidos e na Europa Thornald Dethlefsen (1997). As bases empíricas de um novo movimento psicoterapêutico com a utilização dos estados modificados de consciência E.M.C. estava a iniciar-se, citados por (Resende, 2003a).

Segundo Resende, em 1993 existiam nos Estados Unidos da América cerca de 256 psicoterapeutas com um mínimo de 5 anos de experiência (Resende, 2003b).

3.1.1 No Brasil e em Portugal

Maria Júlia Prieto Peres, investigadora brasileira, médica psiquiatra e psicoterapeuta com uma vasta formação nesta área, estudou com Morris Netherton, Edith Fiore, Patrick Druout entre Estados Unidos, Brasil, França e México, além de cursos de hipnose, programação neurolinguística, neurociências, etc.

Em 1981, sistematizou os seus estudos teórico-práticos com regressão de memória para fins terapêuticos, elaborando a Técnica Peres.

Em Março de 1989, foi fundado, em São Paulo, o Instituto Nacional de Pesquisa e Terapia Reestruturativa Vivencial Peres com o objectivo de orientar os Cursos de Formação e Especialização em TRV Peres, para médicos e psicólogos dirigido por M. Júlia Peres. Actualmente, a sua direcção é da responsabilidade de Júlio Peres (psicólogo clínico e doutorado em Neurociências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).

Em 1996 é registada a **Terapia Reestruturativa Vivencial Peres**, após diversos estudos, que incluem pesquisas de laboratório e prática clínica psicoterapêutica e que permitiram a caracterização dos conteúdos que traçam as linhas directrizes específicas de orientação do trabalho terapêutico e que lhe conferem o estatuto de abordagem psicoterapêutica (Resende, 2003a).

3.1.2 – A Terapia Reestruturativa Vivencial Peres - TRVPeres

3.1.2.1 - Abordagem Terapêutica: noções gerais

Consiste num processo de auto-resolução de conflitos; associa aspectos da terapia cognitivo-comportamental ao uso do estado modificado de consciência, obtido através de relaxamento físico e mental padronizado, após a consciencialização das dinâmicas e diálogos internos que mantêm os padrões disfuncionais de: sentimento, pensamento e comportamento, re-decisões cognitivas são elaboradas e exercitadas no quotidiano de cada indivíduo. Durante o processo terapêutico, as novas dinâmicas cognitivas e comportamentais são fortalecidas gradualmente até que a problemática apresentada inicialmente pelo doente seja desarticulada.

Trata-se de uma metodologia de carácter vivencial que relaciona as vivências, na sua maioria traumáticas.

Esta técnica terapêutica procura consciencializar o indivíduo dos traumas do passado, vivenciados com intenso conteúdo emocional (somato-sensorial), e da etiologia de determinados problemas actuais.

O número de sessões necessárias é variável atendendo a que cada caso apresenta características específicas, pessoais e sintomatológicas (contudo, um estudo estatístico revela que a maioria dos casos tem alta em seis meses, após uma intervenção com periodicidade semanal).

Em **Portugal**, a técnica foi divulgada pela Dra. Maria Júlia Peres. O 1º curso de formação foi dado a profissionais (médicos e psicólogos) no biénio de 93/94 sendo a própria Dra. Maria Júlia Peres e a psiquiatra Gláucia Correia os formadores.

É através da Alubrat, Associação Luso-Brasileira de transpessoal, que se fazem os primeiros cursos, sob a direcção do Professor Doutor Mário Simões, sendo os seguintes nos biénios 98/99, 2002/2003 e 2003/2004; os últimos dois associados ao Instituto de Formação Avançada da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Portugal em 2002 contava com 20 a 30 psicoterapeutas licenciados e credenciados para a aplicação da técnica segundo Resende (2003a).

3.1.3 – Notas Teóricas Sobre os Procedimentos da TRV-C

Far-se-á um apanhado dos conteúdos teóricos mais significativos relacionados com os procedimentos em TRV-C descritos mais à frente.

3.1.3.1 - Anamnese

A anamnese é longa e detalhada, trata-se de uma preparação já para a regressão de memória, tendo em conta que o indivíduo relata o seu percurso de vida através de questões semi-abertas. Nesta podem emergir alguns conteúdos traumáticos preparando assim a sessão de TRV-C. Podem-se também detectar possíveis contra indicações para a aplicação da técnica.

3.1.3.2 - Inconsciente

Por inconsciente é de destacar a noção clássica de Freud, assim como a noção de inconsciente colectivo de Jung.

Passamos a definir inconsciente nas teorias mais significativas acerca do mesmo.

A noção de inconsciente foi afluída de modo muito disperso na literatura. Antes da obra de Freud, a palavra “inconsciente” era relacionada com os fenómenos neuropsíquicos que saíam da esfera da consciência, e aplicava-se aos factos psicológicos que escapam à clara consciência do sujeito, que não pode abarcar simultaneamente, senão um pequeno numero de dados. O pré-consciente é referido como a barreira entre o consciente e o inconsciente onde se encontraram os processos psíquicos contíguos que podem ser facilmente acedidos à consciência (Debray-Ritzen, 1979).

Coimbra de Matos, eminente psicanalista, refere-se ao inconsciente como: “O dito «inconsciente» de desejos e pensamentos, onde vai funcionar a memória episódica, a repetição de episódios determinados pelo outro e nascendo do próprio.

A representação mental primária – primeiro registo mnésico das impressões sensoriais externas e internas (exterocepções introcepções: gustativas, tácteis, olfativas, visuais e auditivas, bem como cenestésicas, cinestésicas e somestésicas) acompanhadas da senso-percepção difusa do estado geral do corpo (um vago – protopático – sentimento primitivo de si) e do ambiente envolvente, do meio em que se banha (sensação da mesma natureza indiscriminada ou protopática) – essas representações/registos primários, de qualidade senso-emotiva (aspecto sensorial e ressonância emocional), são a primeira transformação beta na terminologia de Wilfred Bion, vão influenciar, determinando em certa medida o texto e todos os registos seguintes, que vão melhorando de forma em função do desenvolvimento diacrítico da senso percepção” (Matos, 2002, p. 5 e 6).

Freud define o inconsciente pessoal “à parte do psiquismo que contém os processos mantidos fora da consciência pelo mecanismo activo do recalque. Os conteúdos do inconsciente são, portanto, representações intoleráveis pelo sistema consciente, estejam ou não ligadas a experiências infantis penosas, reais ou produto da fantasia. A este conteúdo estaria ligada uma energia pulsional, que permite ao inconsciente agir de maneira dinâmica e, portanto, eventualmente patológica sobre a conduta da experiência consciente.

Na segunda teoria do aparelho psíquico, o inconsciente qualifica o id, núcleo primitivo de pulsões instintivas elementares. Qualifica também o superego, constituído em grande parte pelas proibições dos pais e o eu, diferenciado do id em contacto com a realidade, origem dos mecanismos de defesa postos em jogo quando há conflitos entre as exigências do instinto e as interdições do superego” (Debray-Ritzen, 1979, p. 306).

Para Freud, os conteúdos do inconsciente só poderiam ter acesso ao consciente através do pré-consciente que é também censura, através dos sonhos, actos, falhos, sintomas psico-neuróticos e no processo psicoterapêutico.

O conceito de **determinismo psíquico** foi também introduzido por Freud, e explica que os sintomas actuais do indivíduo têm causas anteriores que operam a

nível consciente sem que o indivíduo se aperceba do porquê das suas atitudes e medos da reacção que estejam ligadas a um conteúdo inconsciente.

“Para Freud, o inconsciente é a estrutura mental mais importante do psiquismo e teria as seguintes características:

- a) **Atemporalidade** – os processos inconscientes não são ordenados em função do tempo, não existindo o passado, o presente e o futuro.
- b) **Isenção de contradição** – tudo é absoluto, certo, não há lugar para dúvidas.
- c) **Princípio do prazer** – o funcionamento do inconsciente não segue as ordens da realidade, submetendo-se ao princípio do prazer.
- d) **Processo primário** – as representações emocionais podem ser deslocadas ou condensadas” (Correia, 2004a, p. 2).

A noção do inconsciente para Jung

Jung ampliou a noção de inconsciente, desenvolvendo a noção de inconsciente colectivo, arquétipo, sombra, anima e complexo.

“...tal como no da vivência sob EMC que caracteriza a psicoterapia regressiva, estamos claramente perante o ou os mecanismos psíquicos que caracterizam o sonho – daí a designação *rêve éveillé*...o conceito que mais parece traduzir o fenómeno psíquico na literatura consultada é o de *auto-simbolismo* cunhado por Silberer (Klimo, 1998). Com óbvia genealogia freudiana e junguiana, o auto-simbolismo de Silberer traduz a noção de que o psiquismo tende, espontaneamente, e sem um carácter patológico, a apresentar através de símbolos as suas várias dimensões e conteúdos...num meio mais junguiano, o conceito de *dynatypes* de Ira Progoff (Klimo, 1998) reflecte o mesmo princípio, adaptado especificamente aos arquétipos que compõem o inconsciente colectivo para Jung” (Resende, 2003a, p. 149)

O **Inconsciente colectivo** é comum a todos os indivíduos, através dos arquétipos, que seriam formas pré-existentes de um inconsciente colectivo.

“De acordo com este entendimento, os arquétipos revelam-se então como «condições inconscientes colectivamente pré-existentes [...] que actuam enquanto reguladores e indutores da actividade criadora da fantasia, suscitando as configurações respectivas, ao colocarem à disposição dos seus objectivos o acervo de dados existente no patamar da consciência»” (Ribeiro, 2007, p. 69).

Estes arquétipos seriam formas pré-existentes que apresentam padrões de um comportamento instintivo, estruturas de motivação inconscientes do ser humano.

Correia, G. (2004), refere a divisão feita por Jung de inconsciente pessoal (composto pelos complexos) e a psique objectiva (os arquétipos), ou seja, o inconsciente colectivo. Existindo então quatro níveis da psique:

1) **Consciente**, que corresponde ao “Ego”, seria o centro da personalidade, consciente, da identidade subjectiva, submetido pelo *self* (centro coordenador e unificador do psique total).

Persona é a estrutura relacional da personalidade “máscara social” adoptada pelo Indivíduo aos vários papéis sociais com que este se identifica.

O *self* – lugar onde o desenvolvimento interior se destina alcançar e transformar como centro da psique, através do conhecimento pessoal, alargando o mundo interior, da confrontação com a própria sombra e assim resolução de conflitos inconscientes.

2) **O Inconsciente pessoal**, formado pelos elementos recalçados ou esquecidos.

3) **Inconsciente colectivo**, herdado por toda a humanidade, ao qual se pode ter acesso através dos sonhos, mitos, contos e lendas.

4) Ainda como elementos do inconsciente colectivo existem a “sombra”, a “anima” e o “animus”.

Para Jung a realidade psíquica provoca uma resposta oposta para a equilibrar.

Sendo que para o “Ego” opõem-se a *sombra*, a *anima* e o *animus*, citado por (Correia, 2004b).

“A **sombra** representa algo primitivo, inferior, inadaptado. É constituída pelos elementos inconscientes da personalidade que foram reprimidos pela consciência. A tendência dos indivíduos é na maioria das vezes de projectar a sombra no “outro”.

A “*anima*” é o conjunto das representações femininas no psiquismo masculino.

O “*animus*” é o conjunto de representações masculinas no psiquismo feminino.

A complementaridade entre animus e anima leva ao conceito do par de pais ao arquétipo do par parental – *imago parental*.”, (Ribeiro, 2007, p. 69).

“*Ego*” e *sombra* são estruturas de identidade, enquanto persona, anima e animus são estruturas de relação.

A identidade do “*Ego*” forma-se na relação mãe – filho alargando-se para o contexto familiar, social e cultural. Esta identidade é moldada pelas preferências e aversões das pessoas de quem a criança depende, os impulsos rejeitados pela família e contexto alargado aglomeram-se como a imagem do alter-ego, situando-se abaixo do inconsciente pessoal, Jung denominou o alter-Ego de sombra.

Imago - (a palavra latina é adoptada nas diversas línguas).

Protótipo inconsciente de personagens que orienta de preferência a forma como o indivíduo apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjectivas reais e fantasmáticas com o meio familiar.

O conceito de imago deve-se a Jung (metamorfoses e símbolos da Libido [Wandlungen und Symbole der Libido, 1911]), que descreve a imago materna, paterna e fraterna.

A imago e o complexo são noções próximas; relacionam-se ambas com o mesmo domínio: as relações da criança com o seu meio familiar e social. Mas o complexo designa o efeito sobre o indivíduo da situação interpessoal no seu conjunto; a imago designa uma sobrevivência imaginária deste ou daquele participante dessa situação.

Define-se muitas vezes a imago como «representação inconsciente»; mas deve ver-se nela, em vez de uma imagem, um esquema imaginário adquirido, um *cliché* estático através do qual o indivíduo visa o outro. A imago pode, portanto, objectivar-se quer em sentimentos e comportamentos, quer em imagens. Acrescente-se que ela não deve ser entendida como um reflexo do real, mesmo mais ou menos deformado; é assim que a imago de um pai terrível pode muito bem corresponder a um pai real apagado, citado por (Debray-Ritzen, 1979, p. 204).

Estes autores referem Lacan que “insiste na diferença, na oposição entre o imaginário e o simbólico, mostrando que a intersubjectividade não se reduz àquele conjunto de relações que ele agrupou sob o termo «imaginário», e que, em especial no tratamento analítico, importa não confundir os dois «registos»” (Debray-Ritzen, 1979, p. 204).

A TRVC baseia-se no conceito de que “o Ego, o ego não tem origem após o nascimento, mas vai se consolidando a partir deste. O Ego estabelece contacto com o mundo externo através das suas funções que são: controle e regulação dos impulsos instintivos; relação com a realidade; adaptação à realidade; as relações objectais; e as funções autónomas primárias: atenção, memória, consciência, percepção, orientação, pensamento, linguagem, inteligência, conduta e afecto” (Correia, 2004b, p. 2).

3.1.3.3 - Cenas traumáticas (CT)

Por CT entende-se os momentos em que os participantes revivem os traumas, ou supostos traumas, de um modo intenso, no aqui e agora (ab-reacção).

A maioria dos pacientes que procuram ajuda tem lá no fundo um trauma relacionado com o seu passado remoto na maioria das vezes, ou recente (menos frequente), as queixas são variadas, a raiz do problema está na maioria das vezes no inconsciente. E, como tal, sem ajuda o paciente não consegue lá chegar. Os estados modificados de consciência são facilitadores do acesso a estas memórias. Seguem-se algumas definições de trauma e ab-reacção.

3.1.3.3.1 - Definição de trauma segundo vários autores

“A explicação para que eventos tão diferentes provoquem respostas semelhantes pode compreender-se se examinarmos a raiz da palavra trauma. Este vocábulo provém do Étimo grego que significa «ferida, choque contra o sistema» (Everstine e Everstine, 1993, p.3). Segundo os autores, quando uma pessoa experimenta de forma coerciva um evento inesperado, ocorre um trauma psicológico

ou emocional. De acordo com Waites (1993), o trauma é uma «ferida infligida contra a mente ou o corpo que exige uma reparação estrutural» (p.22). O evento traumático diminui o equilíbrio da vítima e deixa-a em sofrimento (Everstine e Everstine, 1993). Os eventos traumáticos alteram o sentimento de segurança e a auto-suficiência das pessoas, bem como a sua susceptibilidade de ligação (...) Por outras palavras, os eventos traumáticos são incidentes que aniquilam os mecanismos habituais de adaptação e colocam em perigo ou ameaçam o indivíduo”, Waites (1993) citado por (Valentine, 2003, p. 22).

Segundo o dicionário de psicanálise, trauma é um acontecimento na vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela dificuldade que o indivíduo tem em lidar de modo adequado e pelos efeitos patogénicos duradouros que provoca na organização psíquica.

O traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações excessivas com relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas situações, (Laplanche, 1990).

“Só se pode falar em traumatismo se houver um dano, se a surpresa cataclísmica, ou por vezes insidiosa, afundar o sujeito, o confundir e o fizer embarcar numa torrente, numa direcção que ele teria querido não seguir. No momento em que o acontecimento dilacera a sua bolha protectora, desorganiza o seu mundo, tornando-o por vezes confuso, o sujeito, desamparado e pouco consciente do que lhe está a acontecer, (...) é preciso dar significado à ruptura o mais depressa possível porque nada se compreende. Assim, é uma representação de imagens e palavras que poderá voltar a formar um mundo íntimo, reconstituindo uma visão clara.

O acontecimento que traumatiza impõe-se e derrota-nos, enquanto o sentido que atribuímos ao acontecimento depende da nossa história e dos rituais que nos rodeiam (...). Por isto não existe um «acontecimento em si» uma vez que uma parte da realidade pode adquirir um valor, relevante num contexto, e banal noutro” (Cyrulnik, 2003, p. 22).

Em suma: o trauma varia de indivíduo para indivíduo devendo ser visto à luz do percurso de vida de cada um, e do contexto onde se insere.

3.1.3.3.2 - Angústia automática

“Reacção do indivíduo sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar. A angústia automática opõe-se, para Freud, ao sinal de angústia.” (Laplanche, 1990, p. 31).

3.1.3.3.3 - Acontecimentos traumáticos na infância

“Os acontecimentos traumáticos na infância, interferem com a capacidade de expressão emocional do indivíduo e podem contribuir para o seu mau ajustamento futuro (...) Apresenta uma menor capacidade de resistência quando confrontando com traumas na vida adulta. Tais factos, mencionámos ainda, têm uma influência negativa, muito significativa, no desenvolvimento psicológico, interpessoal, emocional cognitivo e neurobiológico da criança. Os maus tratos, abuso sexual, incesto, acidentes, divórcio dos pais numa idade precoce dos filhos, separação dos pais durante a infância são situações que contribuem para uma maior vulnerabilidade da pessoa na vida adulta” (Serra, 2003, p. 102).

Wheaton refere que acontecimentos traumáticos ocorridos na infância podem apresentar consequências na vida adulta, porque têm fracas defesas psicológicas, (Serra, 2007).

Este autor relaciona o ambiente familiar com o *stress* “Os pais com problemas psicológicos podem ser incapazes de proteger os filhos de se tornarem vítimas de ocorrências traumáticas. Além disso, constituem maus modelos que impedem aos filhos a oportunidade de aprenderem estratégias adequadas de lidar com os problemas que os leva, na vida futura, a sentirem maior dificuldade em lidar com as situações indutoras do *stress*” (Serra, 2007, p. 55).

“No ocidente, uma em cada quatro crianças terá vivido, antes dos 10 anos, a terrível experiência da ferida traumática. No final da sua existência, um adulto em cada dois terá sofrido essa ruptura e acabará a vida quebrado pelo traumatismo...ou tendo-o transformado. Pode pôr-se a hipótese de, nas regiões onde a sociabilidade é

menos estável, o número de pessoas magoadas ser ainda mais elevado” (Cyrulnik, 2003, p. 46).

3.1.3.3.4 - Ab-reacção

“A ab-reacção, associada à eventual ou simbólica descoberta da origem do problema, é uma descarga energética durante a vivência do evento traumático que pode levar a uma reestruturação do sujeito – orientada ou espontânea – em termos cognitivos e emocionais e, a posteriori, comportamentais” (Laplanche, 1990, p. 21).

3.1.3.3.5 - *Insight*

Para a Teoria da Gestalt, insight é a descoberta súbita da resposta a um problema. Numa linguagem mais recente, e ligada à Teoria do Processamento da Informação, corresponde à passagem súbita de um estado de desconhecimento ou de incompreensão para um estado de conhecimento e de resolução face a um problema.

“A aceitação passiva de um relato traumático impede o trabalho intersubjectivo (...) As crianças que conseguem transformar-se em adultos resilientes são aquelas que foram ajudadas a dar sentido às suas feridas. O trabalho de resiliência consistiu em lembrarem-se dos choques para fazerem deles uma representação de imagens, de acções e de palavras para interpretar a fenda traumática” (Mayer, 1995) citado por (Cyrulnik, 2003, p. 49).

3.1.3.4 – Dissociação

“A dissociação tanto serve como modo de facilitar a entrada em transe como também é utilizada com as pessoas que têm dificuldade em entrar numa “cena” e vivê-la. Entra-se em transe ao dissociar entre sujeito observador e sujeito observado, sugerindo ao sujeito que projecte a cena numa tela.” (Robles, 2003, p. 107).

3.1.3.5 – Role Play (Hipnodrama)

Moreno chegou por acaso ao hipnodrama em 1939, no tratamento de uma paciente com dificuldades em contacto, utilizou a técnica “altamente directiva” o que inesperadamente colocou a paciente em transe hipnótico, a partir daí passou a utilizar esta técnica com pacientes mais resistentes .

Este define Hipnodrama como uma síntese entre psicodrama e hipnose, procura atingir o núcleo conflitivo do protagonista procurando a liberação de imagens visuais internas para a abordagem psicodramática, cuja finalidade é alcançar o *insight*, a catarse e a integração.

“Assume-se que a operação hipnótica tenha um núcleo psicodramático que deva ser mobilizado e tratado, a fim de que consiga surtir um efeito real” (Moreno, 1984, p. 25).

“É provável que profissionais do campo de hipnoterapia venham usando um hipnodrama diluído. Na ab-reacção e em outros procedimentos que utilizam a habilidade do paciente para colocar-se em situações.....pela sugestão, faz com que o paciente crie um ego auxiliar alucinatório. O paciente revela seu relacionamento com tais pessoas e com as situações por meio de verbalizações e de actividades motoricas modificadas (...) O hipnodrama conta com a vantagem de exhibir a estrutura mais profunda da personalidade do paciente desde o começo da terapia....existe um mínimo de comportamento defensivo e evasivo....pode-se obter uma catarse profunda enquanto a terapia ainda se encontra em seus estados iniciais.” (Moreno, 1984, p. 33).

3.1.3.6 - Programação neurolinguística (PNL)

As emoções negativas bloqueiam os desenvolvimentos do auto-conceito.

Ao longo do desenvolvimento, especialmente na infância, os diferentes contextos educativos e relacionais, juntamente com o potencial afectivo-emocional e a herança genética, vão criar um conjunto de crenças que estão na base do desenvolvimento do auto-conceito. Estas crenças modelam os processos emocionais do indivíduo.

Freud dizia que a anatomia é o nosso destino. “Recorrendo a Damásio, ousaríamos dizer que os marcadores-somáticos nos levam a desenvolver e reforçar o conceito que temos de nós próprios. O desenvolvimento de guiões automáticos que vão sendo estabelecidos, originam respostas inconscientes em determinadas situações” (Guerra, 2001, p. 188).

Estas marcações somáticas vão funcionar em termos inconscientes, provocando respostas e atitudes que, na maioria das vezes, fogem ao nosso controlo. Como diz Guerra: “Medos estão naturalmente associados a um baixo auto-conceito do indivíduo. Posteriormente, situações que de alguma forma activem os guiões automáticos instalados fazem com que o indivíduo procure fugir a essa situação, (...) A auto-estima é, portanto, indispensável para o nosso bem-estar emocional. Proporciona o incentivo para o desenvolvimento do nosso auto-conceito, sendo a sua regulação o factor mais importante no ajustamento e consolidação do nosso Eu. A nossa auto-estima funciona como uma fonte de segurança e bem-estar, e quando é baixa torna-se uma fonte de emoções negativas”, Kohut citado por (Guerra, 2000, p. 188).

A importância da auto-estima nos processos inconscientes, tais como o “medo ou outras emoções negativas se manifestam cognitivamente num conjunto de crenças limitativas. Ao limitarmos o nosso comportamento devido a processos emocionalmente conscientes ou inconscientes de medo e /ou receio e outras emoções negativas, estamos a impedir o nosso cérebro de encontrar as estratégias adequadas para contornar as situações. Desta forma, a ausência de estados emocionais positivos (que poderiam ocorrer caso procurássemos ultrapassar a situação) vai manter o nosso padrão de comportamentos e reforçá-lo” (Guerra, 2001, pp. 191-192).

3.1.3.6.1 - Crenças

As crenças limitativas podem ser racionalizadas, e “disfarçadas” por mecanismos de defesa, a sua localização é no inconsciente e, por isso, são limitativas, limitando o nosso potencial de acção. Se acreditamos que não somos capazes, investiremos menos esforço na tentativa de alcançar o sucesso, diminuindo,

portanto, a probabilidade de que esse sucesso ocorra. As nossas crenças “são” a nossa realidade.

Acreditar na realização de um objectivo parece aumentar a probabilidade de o alcançar. Manter o cepticismo que obriga a ver o objectivo alcançado para vir a acreditar na possibilidade de o alcançar diminui a probabilidade que tal algum dia ocorra.

“É importante salientar que não acreditar é também uma crença, ou seja, quando eu não acredito ser capaz de atravessar o rio a nado, estou, de facto, a manifestar uma crença limitativa, a crença de que sou incapaz de nadar de uma margem à outra do rio.

Aliás, uma imagem do nosso cérebro, obtida através de uma PET scan, demonstra de uma forma clara como as crenças limitativas afectam o nosso potencial cerebral e consequente desempenho. Quando perante uma tarefa o indivíduo pensa que não consegue, não acredita que possa fazê-la. Os registos apurados na PET scan apresentam uma actividade cerebral circunscrita em determinados pontos. Por outro, se perante essa mesma tarefa o indivíduo pensa que consegue e acredita que consegue, a actividade cerebral manifesta-se em variadíssimos pontos do cérebro, como que indicando a procura da estratégia ideal para ter o comportamento.

As crenças limitativas são como um círculo concêntrico à nossa volta e funcionam como o campo de acção onde nos permitimos a nós próprios actuar e, como é óbvio, reflectem-se na nossa forma de estar na vida” (Guerra, 2001, p. 193).

Segundo Simões, M. (in aulas) A infância é o momento em que se inscrevem padrões de futuro, criam-se profecias de “auto-realização”, quase sempre ligadas a estratégias de *coping*, identificando outras profecias negativas.

Através da programação neurolinguística (P.N.L) podemos mudar as nossas crenças limitativas “Ao pormos em causa o pressuposto das crenças limitativas e consequentemente abrindo o nosso auto-conceito, o estado emocional gerado por uma elevada auto-estima, para além de ofuscar a presença das emoções negativas, permite-nos, com o decorrer do tempo, desenvolver novos marcadores-somáticos e assim eliminar os nossos bloqueios” (Guerra, 2001, p. 195).

A P.N.L é usada na T.R.V.C para eliminar as crenças negativas e desenvolver um novo modo de estar na vida através da redecisão.

Depois da vivência das cenas traumáticas, em que o participante revive acontecimentos dolorosos do passado que estão ligados a emoções e comportamentos difíceis no presente, utiliza-se a desprogramação da vivência, sugerindo que se desligue das emoções negativas. E em seguida a programação positiva (redecisão).

Segundo as regras da P.N.L os participantes são induzidos a criar uma frase, na afirmativa, na 1ª pessoa do singular e com o verbo no presente do indicativo evitando a negação na frase. Esta frase deve conter uma perspectiva de mudança positiva e depois de elaborada pelo participante recomenda-se que a leia todos os dias, com o objectivo de a reforçar.

As redições são elaboradas e reforçadas cognitivamente num processo de auto-resolução de conflitos.

3.1.3.7 - Resistência

É um mecanismo de defesa (inconsciente) quando o paciente ainda não está preparado para o tipo de informação (emoções perturbadoras), (Correia, 2004a).

Apresenta dificuldade em entrar em EMC podendo mesmo não chegar ao transe ou, por vezes, quando chega às CT salta de uma para outra cena, ou bloqueia voltando ao estado de vigília.

3.1.3.8 - Lugar Seguro

Ao recriar em transe, uma situação agradável, o indivíduo constrói uma realidade na qual se sente bem

Bandler e Grinder denominaram esta técnica de ensaio por ser uma sugestão que em lugar de palavras utiliza imagens e sensações (Bandler, 1979).

3.1.3.9 - Indicações para TRV-C

Perturbação de pânico, fobia social, ansiedade generalizada, *stress*, perturbação obsessivo-compulsiva, fobias específicas, anorexia, distúrbios do sono e outros.

3.1.3.10 - Contra-indicações

Depressão Major, Doença Afectiva Bipolar, Distímia (antiga depressão neurótica crónica), Depressões Reactivas, Esquizofrenia e Personalidade *Borderline* (Correia, 2004a).

3.1.3.11 - Perspectiva das Neurociências em TRV-C

A abordagem integrada da psicologia com as neurociências começou nos anos 70.

A evocação de memórias traumáticas, a prece e a meditação têm sido estudadas através da imagiologia cerebral.

A percepção é um processo de desconstrução e construção do mundo exterior, através de contrastes cromáticos.

Existem “matizados” traumáticos no banco de memórias, construímos o mundo, percebendo-o com esses fragmentos das nossas memórias (segundo a teoria de Gestalt).

O nosso cérebro percebe “como se”... É preciso dar imenso valor aos referenciais dos participantes, o valor subjectivo é muito importante. A percepção é uma construção, daí a importância de uma anamnese aprofundada.

Júlio Peres cita Helmolt “Nós enxergamos o mundo que está dentro de nós mesmos” citado por (J. Peres, 2005).

O paciente traumatizado apresenta ausência semântica; o papel da psicoterapia é dar significado, ressignificar. A representação é subjectiva e exclusivamente interna. Um dos principais critérios do *stress* pós traumático (SPT) é a subjectividade,

em EMC os pacientes podem completar a sua história e dar-lhe um final. Esta ressignificação constrói uma nova realidade e atenua os sintomas.

3.1.3.12 - Transtorno do *Stress* Pós traumático parcial

Júlio Peres refere que 30 % da população mundial apresenta *stress* pós-traumático parcial citado por (J. Peres, 2005).

“Para além das respostas emocionais, os eventos traumáticos também originam respostas fisiológicas. Estas são mediadas pelo sistema nervoso autónomo, especialmente o sistema de activação reticular do tronco cerebral, o hipotálamo e a glândula pituitária (Van der Kolk, 1987; Zuckerman, 1991). Os cientistas asseveram que a maioria das alterações da neuroquímica microestrutural será temporária, mas que é possível que um evento traumático altere permanentemente a estrutura. Isto acontece quando as respostas traumáticas são armazenadas como sintomas somáticos” (Pereira, 2003, p. 23).

“Durante uma situação de aprendizagem traumática, as recordações conscientes são estabelecidas por um sistema que envolve o hipocampo e as regiões corticais com ele relacionadas, e as recordações inconscientes são estabelecidas pelos mecanismos de condicionamento do medo que operam através de um sistema baseado na amígdala. Estes dois sistemas operam em paralelo e armazenam diferentes tipos de informação relevantes para a experiência. E quando os estímulos que estavam presentes durante o trauma inicial voltam a encontrar-se posteriormente, cada sistema pode recuperar as suas recordações. No caso do sistema da amígdala, a recuperação resulta na expressão das reacções físicas que preparam para enfrentar o perigo e, no caso do sistema do hipocampo, ocorrem recordações conscientes” (Ledoux, 2000, p. 254 e 255).

3.1.3.13 - Memória

Segundo Júlio Peres a terapia de exposição e reestruturação cognitiva pode influenciar o desenvolvimento de um padrão narrativo mais organizado, que se

sobrepõe aos substratos neurais da memória declarativa, além de melhorar os sintomas de forma geral (J. Peres, Mercante, J., & Nasello, A., 2005).

Memória declarativa:

Também é chamada de explícita. Graças a ela sabemos que “algo se deu”. Apresenta-se em duas variações: episódica (relacionada a ocorrências específicas) e semântica (compreende aspectos gerais).

Sistemas múltiplos de memória:

Espalhados por diferentes áreas cerebrais, são activados simultaneamente e podem interagir. A reconstrução terapêutica da memória traumática está ligada directamente a essa possibilidade de criar interfaces.

3.1.3.13.1 - Resiliência

Um conjunto de estudos neurofuncionais mostrou a natureza não-verbal da recordação traumática em sujeitos com *stress* pós-traumático comparada a um padrão mais verbal da recordação traumática em sujeitos sem o transtorno. O psicólogo Chris Brewin, professor da University College de Londres, postulou a teoria da dupla representação como uma directriz preliminar para classificar dois tipos de memórias traumáticas: 1) hipocampo dependente e 2) não-hipocampo dependente. O primeiro formato – chamado de memória verbalmente acessível – fornece suporte a recordações autobiográficas comuns que podem ser recuperadas de maneira voluntária, editadas, havendo interacção com o conhecimento autobiográfico geral. O segundo modelo – denominado memória situacionalmente acessível – traz suporte aos flashbacks que são característica marcante em pessoas traumatizadas. Tais memórias são sensorialmente fragmentadas, a sua narrativa é pouco estruturada e não interagem com outros conhecimentos autobiográficos.

Todavia, evidências indicam que sistemas múltiplos de memória podem ser activados simultaneamente e paralelamente, também interagindo em várias ocasiões. A interface entre os circuitos neurais é um aspecto fundamental ao uso da psicoterapia, que pode favorecer a procura por uma narrativa e uma tradução

integrativa da memória traumática fragmentada em um sistema declarativo de memória. Considerando que as regiões superiores são subjacentes às habilidades cognitivas de classificação e categorização das experiências, enfatizamos a importância de activar memórias autobiográficas emocionais positivas (de auto-eficácia e superação) anteriores ao trauma, para “abertura” do processamento pré-frontal, tendo em vista que os sistemas mnemónicos múltiplos fazem interface em várias ocasiões. Assim, fragmentos sensoriais relativos ao trauma serão possivelmente integrados em outro sistema de memória, com repercussões na redução da resposta emocional e sensorial (Peres, 2006; J. Peres, & Nasello, A., 2005).

3.1.3.13.2 - Memória definição

Existem múltiplos sistemas de memória, cada qual com diferentes funções e localizações no cérebro, mediadas por diferentes redes neurológicas. Assim como existem diferentes tipos de memória existem diferentes tipos de emoções e sensações, relacionadas com diferentes sistemas cerebrais (Ledoux, 2000, p. 191).

“A memória humana é, com efeito, um dos *produtos psi* da evolução (Schacter, 2000). A par das outras faculdades da mente (Damásio, 2000) também ela esteve submetida ao princípio da «adaptação ou extinção», sendo o fruto da necessidade de responder às exigências do meio, potenciando a sobrevivência e evoluindo em função da interacção estabelecida e dos resultados obtidos. A memória é pertença dos organismos mais simples (Ruiz Vargas, 1994) e potencia a adaptação porque permite a utilização da informação resultante da experiência para antecipar as respostas do meio e assim evitar o perigo e reforçar os comportamentos bem sucedidos” (Resende, 2003a, p. 52 e 53).

“Recordar é estar consciente de qualquer experiência do passado...recordações narrativas ou explícitas. As recordações criadas desta forma podem ser trazidas à mente e descritas verbalmente (...) As recordações implícitas (não narrativas) acerca de situações perigosas ou ameaçadoras, são criadas através do mecanismo do medo que envolvem processos implícitos ou inconscientes. Podem aparecer reacções emocionais, sem nos termos dado conta do evento (porque não temos acesso consciente), que motivou essas mesmas reacções.

Normalmente a memória explícita e implícita (emocional) operam em simultâneo, gerando a sua própria classificação de recordações.

Ledoux chama 'à recordação implícita, condicionada pelo medo' «memória emocional»; e à recordação explícita uma recordação de uma emoção" (Ledoux, 2000, p. 192 e 193).

Segundo vários autores a narrativa, permite construir uma imagem da nossa própria personalidade. O processo de retomar a emoção provocada no passado é construir uma representação aceitável para nós mesmos verdadeira ou metaforizada, dá-nos um sentido à dor traumática, ajudando a lidar com a mesma.

3.1.3.13.3 - Alguns efeitos do trauma, segundo vários autores:

"Para experienciar um sentimento de acontecimento, é preciso que algo no mundo real provoque uma surpresa e uma significação que transformem isso numa coisa relevante. Sem surpresas, nada emergiria do mundo real. Sem coisas notáveis, nada afectaria a consciência. Se uma parte do mundo real não «quisesse dizer nada», não daria sequer origem a uma recordação" (Cyrułnik, 2003, p. 21).

"Os relatos «podem ser 'reais' ou 'imaginados' sem que isso os faça perder qualquer força enquanto histórias». O que interessa é que a história tenha um objectivo. Todos os relatos são instrumentos para construir o nosso mundo. E, se nos sentimos melhor a partir do momento em que compreendemos o que estamos a fazer nesse mundo, é porque a orientação, ou seja, o sentido que atribuímos aquilo que estamos a perceber, nos faz deixar o absurdo para nos conduzir à razão" (Cyrułnik, 2003, p. 99).

A reconstrução de um trauma, implica a subjectividade da percepção do mesmo quer seja real ou metafórico, o importante é que o paciente melhore.

3.1.3.13.4 - Aspectos neuropsicológicos da memória

Passamos a referir vários autores sobre os sistemas cerebrais da memória emocional:

“A memória consciente, narrativa ou explícita é mediada pelo hipocampo e pelas regiões corticais a ele associadas, enquanto as diversas formas de recordações inconscientes ou implícitas são mediadas por diferentes sistemas. Um dos sistemas de memória implícita é um sistema de memória (do medo) emocional que envolve a amígdala e as regiões a ela associadas. Em situações traumáticas, os sistemas implícitos e explícitos funcionam em paralelo. Posteriormente, se estivermos expostos a estímulos que estiveram presentes durante o trauma, o mais provável é que ambos os sistemas sejam reactivados. Através do sistema do hipocampo, recordaremos com quem estávamos e o que estávamos a fazer durante o trauma, bem como recordaremos, em forma de facto puro e frio, que a situação era horrível. Através do sistema da amígdala, os estímulos irão fazer com que os músculos fiquem tensos, a tensão arterial e o ritmo cardíaco se alterem e as hormonas se libertem, entre outras reacções físicas e cerebrais” (Ledoux, 2000, p. 214).

“Não longe do hipocampo, encontra-se o componente do sistema límbico conhecido pelo nome de amígdala. Investigações recentes indicam que o hipocampo pode ser importante na recordação simples, enquanto a reorganização de imagens de memória, como na imaginação, pode ser mediada pela amígdala. Ambos dependem de uma rede intrincada de conexões sensoriais” (Restak, 1989, p. 173).

Destas duas citações se depreende a importância da amígdala nas memórias emocionais.

“Vamos supor que, na realidade, é possível que um período temporário de trauma tenha como consequência a amnésia da experiência. Será possível recuperar uma recordação destes eventos, posteriormente? Embora possamos identificar, de um modo geral, os tipos de condições sob as quais essa recuperação de torna possível ou impossível, não podemos afirmar que ela ocorreu numa determinada circunstância. Por exemplo, se o hipocampo estava totalmente desligado devido ao *stress* até ao ponto de perder a capacidade para formar uma recordação durante a ocorrência do evento, será impossível recuperar a recordação consciente do evento. Se uma tal recordação não se formou, não é possível ser recuperada. Por outro, se o hipocampo estava apenas parcialmente afectado pelo trauma, pode ter participado na formação de uma recordação ténue e fragmentada. Em tal situação, talvez seja

possível reconstruir mentalmente certos aspectos da experiência. Tais recordações implicarão, necessariamente, «ter de preencher as lacunas» e a nitidez da recordação será uma função do modo como esse preenchimento foi efectuado e até que ponto as lacunas preenchidas eram fundamentais para a essência da recordação” (Ledoux, 2000, p. 260).

Depreende-se que muitas recordações ou vivências das CT em EMC, podem estar metaforizadas no processo de preencher as lacunas. “Durante uma situação de aprendizagem traumática, as recordações conscientes são estabelecidas por um sistema que envolve o hipocampo e as regiões corticais com ele relacionadas, e as recordações inconscientes são estabelecidas pelos mecanismos de condicionamento do medo que operam através de um sistema baseado na amígdala. Estes dois sistemas operam em paralelo e armazenam diferentes tipos de informação relevantes para a experiência. E quando os estímulos que estavam presentes durante o trauma inicial voltam a encontrar-se posteriormente, cada sistema pode recuperar as suas recordações. No caso do sistema da amígdala, a recuperação resulta na expressão das reacções físicas que preparam para enfrentar o perigo e, no caso do sistema do hipocampo, ocorrem recordações conscientes” (Ledoux, 2000, p. 254 e 255).

3.1.3.13.5 - Distorções da memória

“Quando um choque provoca a ruptura da qual falava Freud, o mundo íntimo é perturbado a ponto de perder as suas marcas de referência (...) Muitas crianças maltratadas guardam uma hipermemória de algumas cenas de violência, mas outras afirmam que nunca foram maltratadas, para espanto das testemunhas” (Cyrułnik, 2003, p. 52 e 53).

“Em algumas ocasiões, as memórias podem ser tão coloridas pela emoção que certos acontecimentos se tornam demasiado dolorosos para ser sequer possível pensar neles, e têm de ser deliberadamente empurrados para fora da consciência. Muitas vezes os soldados que sofrem de «neurose da guerra» curam-se quando recuperam por meio da hipnose as memórias de experiências de combate. Durante o transe hipnótico, revivem as suas experiências dolorosas assimilam-nas na sua

consciência, e ao fazê-lo, reduzem a sua intensidade. Há exemplos bem documentados de memórias importantes, inacessíveis à recordação em circunstâncias ordinárias, e recuperadas no estado crepuscular da hipnose” (Restak, 1989, p. 157).

Restak, refere Loftus, E. acerca das memórias escondidas por sugestões. “Mas «refrescar» a memória das pessoas com ameaças ou *stress* pode conduzir também a memórias falsas. Assim, as falhas de memória estão entrelaçadas com qualidades aparentemente tão díspares como a cooperação e a competência. A memória é frequentemente uma combinação entre o intensamente pessoal e o friamente analítico”, citado por (Restak, 1989, p. 58).

“As emoções envolvidas são frequentemente muito menos acessíveis à nossa memória do que às imagens de acontecimento do nosso passado que acumulamos”, Mishkin citado por (Restak, 1989, p. 174).

“Mesmo as recordações que se formam com o hipocampo em bom funcionamento, podem ser facilmente distorcidas por experiências e pelo tempo em que ocorrem e a formação da recordação e a sua recuperação” (Ledoux, 2000, p. 260).

Elisabth Loftus e colaboradores têm se dedicado ao estudo das falsas memórias, demonstraram a facilidade de se provocar uma falsa recordação, controlando os acontecimentos que se sucedem após a recordação se estabelecer (Ledoux, 2000).

Existem fenómenos de ilusão, alucinação e imaginação, que podem acontecer em EMC:

“Restam, por fim, explicações mais psicológicas para os fenómenos anómalos tais como ilusão, imaginação e alucinação ou, ainda, que o facto de se ter acesso a uma determinada informação não passará de uma criptomnésia – memória antiga real, escondida profundamente na mente e que num momento especial se evoca. Uma hipótese que deve ser mencionada – super-psi – supõe uma habilidade extraordinária da parte de certos sujeitos para obter informação de qualquer modo e em qualquer circunstância, remetendo o fenómeno para explicação hipoteticamente naturalista, mas nada acrescentando sobre a sua natureza” (M. Simões, 2003, p. 240).

“As falsas memórias, as distorções e as ilusões do passado podem promover a saúde, mesmo quando estão totalmente erradas...

Num estudo com mulheres com cancro da mama, as que reagiram ao diagnóstico inicial com forte mecanismo de negação, tiveram quase a mesma taxa de sobrevivência num período de dez anos, do que aquelas que o enfrentaram com abertura e honestidade.”

Cita ainda Selley E. Taylor “A repressão e a negação aumentam de magnitude à medida que aumenta a ameaça contida na informação recebida” (Dossey, 2006, p. 43).

4 - Ansiedade

4.1 - Definição de ansiedade

Para Bauer, S. a ansiedade pode ser definida como “um sentimento” vago e difuso. Pode expressar-se como angústia (quando é sentida no peito como “peito apertado”), e medo, como uma reacção normal com relação a algo específico. A ansiedade faz parte do nosso sistema de alarme e regula os nossos medos. É um fenómeno natural, a diferença entre o normal e o patológico é a intensidade da ansiedade (Bauer, 2002, p. 71).

“A distinção entre ansiedade clínica (ou patológica) e a não clínica geralmente é estabelecida com relação ao pedido de tratamento do próprio indivíduo, pedido este que pode ser determinado por múltiplos factores (caracteres de personalidade, crenças pessoais de doença, pressões familiares, etc) independentemente dos próprios problemas da ansiedade.” (Sandín, 1995a, p. 56).

“Ansiedade generalizada define-se por uma inquietação global e um sentimento de tensão sem objecto específico (situação ou pessoa). O sintoma chave é uma ansiedade ou um medo não realista e excessivo face aos acontecimentos futuros. As queixas somáticas (dores de estômago, cefaleias) sem qualquer etiologia física são frequentes” (Braconnier, 2000, p. 224).

“O transtorno da ansiedade generalizada, é um transtorno de ansiedade mais específico que atinge 2% a 5% da população. É mais comum no sexo feminino e usualmente tem início a partir dos 20 anos. A susceptibilidade à ansiedade pode ter origem genética. Segundo Bueno, R, citado por Bauer, pode ser dividida em 2 componentes: A consciência das sensações físicas e a consciência de estar nervoso ou amedrontado” (Bauer, 2002, p. 29).

Quanto às perturbações ansiosas (sem depressão associada) parece existir uma certa vulnerabilidade genética, não específica. Segundo Braconnier 2007, as perturbações ansiosas podem estar ligadas a uma dificuldade (genética) de adaptação a novas situações (Braconnier, 2007, p. 224).

4.2 - Fobia específica

“Uma fobia específica consiste num medo persistente, considerado excessivo e irrazoável não só pelas outras pessoas como igualmente pelo próprio indivíduo, na presença ou na antecipação de um objecto ou situação específica, como o indivíduo costuma sentir grande ansiedade no confronto com a situação, usualmente organiza a sua vida de forma a evitar esse confronto.” (Serra, 2003, p. 166).

Para Óscar Gonçalves a ansiedade é um sinal de alerta que surge quando o indivíduo se sente ameaçado, e pode também tornar-se mal adaptivo e interferir com a produtividade e o bem-estar. Este estado de inibição da ansiedade pode reflectir-se em algumas características da personalidade, tais como: timidez, sensibilidade à rejeição e uma habilidade diminuída para perceber e tirar partido das oportunidades positivas.

Do ponto de vista cognitivo pode afectar a concentração e distorcer a percepção. Os indivíduos ansiosos mostram um aumento dos níveis de actividade simpática e de activação cortical, menor habituação aos novos estímulos e limiares de sedação mais baixos do que as pessoas normais (Gonçalves, 1997).

Na definição do ICD 10 , a ansiedade aparece da seguinte forma:

4.3 – Ansiedade Generalizada

A ansiedade generalizada e persistente não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente, são freqüentemente expressos.

Estado ansioso

Neurose ansiosa

Reação de angústia

Exclui: neurastenia (F48.0)

4.4 - Perspectiva funcional da ansiedade

Freud (1926) considerou a ansiedade numa perspectiva funcional, onde distingue ansiedade objectiva de ansiedade neurótica.

Quando o indivíduo percepção um perigo real trata-se de ansiedade objectiva, que tem uma função adaptativa a um perigo real (provocando uma activação do sistema nervoso autónomo). Para Freud a intensidade da reacção ansiosa era proporcional à dimensão do perigo exterior.

Quanto à ansiedade neurótica, o perigo não é um perigo real.

“Tem origem nas pulsões recalcadas que o são porque, outrora ou uma vez a sua satisfação foi punida, ficando associada a um perigo real. A transformação da ansiedade objectiva em ansiedade neurótica inicia-se, quando os estímulos internos ou sinais associados ao comportamento, anteriormente punido, originam a ansiedade objectiva. Porque esta se faz sentir como algo desagradável, o indivíduo procura encontrar maneira de reduzir o mal-estar, uma das quais consiste precisamente no recalque dos estímulos internos ou lembranças ligadas ao comportamento punido. Sendo, no entanto, o recalque uma operação não definitiva, que deixa a possibilidade de retorno do recalcado, este suscitará a ansiedade neurótica sinal da proximidade de perigo. Uma diferença entre as duas modalidades de ansiedade que deve ser indicada é a de que, enquanto, na ansiedade neurótica, o estado emocional é sempre demasiado intenso em relação ao perigo objectivo que o evoca, na ansiedade objectiva, a intensidade do estado emocional é proporcional ao perigo real” (Silva, 2003, p. 4).

4.5 - Ansiedade, estado e traço

Spilberg define *estado de ansiedade* como um corte temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa e que consiste em sentimentos subjectivos de

tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, e activação do sistema nervoso autónomo. Por sua vez, *traço de ansiedade* é definido nos termos das diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, isto é, diferenças inter-individuais na tendência para percepcionar situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade (Spilberg, 1994) citado por (Silva, 2003).

“As diferenças no traço de ansiedade também contribuem para as avaliações da ameaça. Enquanto as situações que implicam perigos físicos, são interpretadas como ameaçadoras pela maioria das pessoas, as circunstâncias em que é valorada a adequação pessoal serão percepcionadas mais provavelmente como ameaçadoras pelas pessoas com um traço de ansiedade elevado do que pelas pessoas com um traço de ansiedade baixo. Em geral, as pessoas com um traço de ansiedade elevado são mais vulneráveis a serem avaliadas pelos outros, porque têm uma baixa auto-estima e têm pouca confiança em si. A origem das diferenças no traço de ansiedade parece provir das experiências da infância e das relações precoces progenitor-filho relacionadas com retracção do amor e valoração negativa dos professores e dos companheiros” (Spilberg, 1984) citado por (Silva, 2003, p. 51).

A psicologia francesa distingue ansiedade de angústia. Considera ansiedade como mal-estar e inquietação psíquica e angústia como sensação física de aperto epigástrico, dificuldades respiratórias e inquietação, etc.

Os autores Sandin & Chorot referem que a tradição da psiquiatria espanhola serve a psicologia anglosaxónica onde permanece o conceito de ansiedade com as variantes somática e cognitiva.

A diferença entre medo e ansiedade é ainda mantida por vários autores, embora a nível operativo sejam identificáveis facilmente. O medo está associado a algum estímulo externo ameaçador que se pode identificar, enquanto na ansiedade é um estado mais difuso, os estímulos externos podem existir sem que essa fonte externa seja facilmente reconhecível/identificável.

Por vezes as respostas de medo/ansiedade são do tipo interno (interoceptivo), geralmente mais difíceis de determinar/identificar pelo sujeito do que os estímulos externos.

Sandin refere Epstein (1972) “o medo pode ser entendido como um *drive* que motiva a conduta de evitação (ou fuga) perante a percepção de um estímulo de dor, enquanto que a ansiedade seria um estado emocional de medo não resolvido ou um estado de activação que não possui uma direcção específica frente a percepção de ameaça”, citado por (Sandín, 1995a).

4.6 - Ansiedade e neurociências

“Arne Ohman, um dos principais investigadores do medo e da ansiedade nos seres humanos, afirmou recentemente que, «comparando as reacções fisiológicas observadas nos fóbicos expostos aos seus objectos temidos com as reacções observadas em pacientes com perturbação de *stress* pós-traumático expostos a cenas traumáticas relevantes para a perturbação, e comparadas com as reacções fisiológicas manifestadas durante os ataques de pânico, as semelhanças são muito mais surpreendentes do que as diferenças». Ohman prossegue o seu raciocínio afirmando que o pânico, o medo fóbico e a perturbação de *stress* pós-traumático reflectem a «activação da mesma e única reacção de ansiedade subjacente» (...) as perturbações de ansiedade reflectem a operação do sistema cerebral do medo. Ohman exclui da sua classificação a ansiedade generalizada porque envolve mais um traço de personalidade estável do que episódios discretos de ansiedade.” (Ledoux, 2000, p. 244).

“A ansiedade distingue-se normalmente do medo pela ausência de um estímulo externo que provoque a reacção – a ansiedade provém do interior de nós mesmos, o medo provém do mundo exterior (...) a ansiedade também foi definida como medo não resolvido. O medo, de acordo com esta perspectiva, está relacionado com o comportamento de fuga e de evasão em situações ameaçadoras; e quando este comportamento se vê frustrado, o medo transforma-se em ansiedade.” (Ledoux, 2000, p. 242).

“A exposição a um objecto fóbico ou a uma situação fóbica provoca um profundo estado de ansiedade. (...) A amígdala é uma pequena região do prosencéfalo. Era uma das regiões do sistema límbico, considerada de grande importância para variadas formas do comportamento emocional (....) a descoberta de

uma via que pudesse transmitir as informações directamente do tálamo para a amígdala sugeria que um estímulo condicionado do medo poderia induzir reacções de medo sem a participação do córtex. O influxo talâmico directo na amígdala permitia dispensar o córtex (...) conjunto de descobertas obtidas por Bruce Kapp relacionadas com uma sub-região da amígdala – o núcleo central. Verificando que o núcleo central tinha ligações a regiões do tronco cerebral que participam no controlo do ritmo cardíaco e de outras reacções do sistema nervoso autónomo, sugeriu que esta região seria um elo no sistema neurológico através do qual se exprimem as reacções do sistema nervoso autónomo induzidas por um estímulo condicionado do medo.” (Ledoux, 2000, p. 168).

“A estrada principal e a estrada secundária: O facto de a aprendizagem emocional poder ser mediada por vias que dispensam o neocórtex é intrigante, pois sugere que as reacções emocionais possam ocorrer sem o envolvimento dos sistemas cerebrais superiores de processamento, que se acredita participarem no pensamento, no raciocínio e na consciência.” (Ledoux, 2000, p. 172).

“Podemos começar a ter uma ideia geral do sistema de reacção do medo. Implica a transmissão paralela à amígdala, a partir do tálamo sensorial e do córtex sensorial. As vias subcorticais proporcionam uma imagem crua do mundo exterior, enquanto o córtex processa representações mais exactas e pormenorizadas (...) curiosamente, tanto as vias provenientes do tálamo como as vias provenientes do córtex convergem no núcleo lateral da amígdala.” (Ledoux, 2000, p. 175).

Segundo Bauer, S. (2002) existe um desequilíbrio nos neurotransmissores na área cerebral dos gânglios basais; um aumento de noradrenalina a baixo nível de serotonina (Bauer, 2002)

Para Gray J.A e Mc. Naughton, p.35, as características neuropsicológicas fundamentais da ansiedade são: as fobias (autonomia ansiedade) são localizadas e controladas pelo hipocampo médio e pela amígdala. Os aspectos cognitivos primários da ansiedade pelo sistema septo-hipocampal. Os comportamentos obsessivo-compulsivos pelo giro do círculo e as suas interacções com os gânglios basais. As implicações com a desordem (GAD) ansiedade generalizada, pode ser a 1ª deficiência orgânica principalmente cognitiva com mudanças de estimulação, evitação passiva, etc. Consequentemente as conexões entre formação do hipocampo

e da amígdala. Os níveis de ansiedade podem resultar de uma disfunção do hipocampo e pode também produzir pânico e comportamentos obsessivos como sintomas secundários (Gray, 2003).

5 – *Stress*

5.1 -Definição de *Stress*, segundo vários autores

Uma das definições de *Stress*, segundo Vaz Serra, é “Quando a circunstância vivida é *considerada importante* para o indivíduo e este sente que *não tem aptidões nem recursos* (pessoais ou sociais) para superar o grau de *exigência* que a circunstância lhe estabelece, então entra em *stress*. O *stress* surge quando o ser humano desenvolve a *percepção de não ter controlo* sobre a ocorrência. A *percepção de não ter controlo* pode ser *real* (de facto, o indivíduo não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais que lhe permitam ultrapassar as exigências criadas pela situação) ou *distorcida*, isto é, o indivíduo tem aptidões e recursos mas *sente subjectivamente* que não são suficientes ou que não é capaz de os usar adequadamente.” (Serra, 2003, p. 5).

5.2 - *Stress* e Imunidade

Lazarus e Folkman definem assim *stress* como a relação entre o indivíduo e o meio, que é percebido por este como nefasto ou ao qual não se sente capaz de dar resposta, ameaçando o seu bem-estar. Um acontecimento precipitante é um estímulo interno ou externo que é percebido pelo indivíduo de uma determinada maneira; ou seja, a determinação se uma particular relação “pessoa/ambiente” é geradora de *stress* ou não depende da avaliação cognitiva da situação feita pelo indivíduo (Mendes, 2002).

Hans Selye define “*Stress* é o estado que se manifesta por uma síndrome específica, consiste em todas as mudanças inespecíficas induzidas dentro de um sistema biológico”...”o *Stress* é o denominador comum de todas as reacções de adaptação do organismo”. (Mendes, 2002, p. 35).

“O indivíduo vive diariamente num esforço de adaptação contínuo, quer dizer sob a influência do *stress*, contudo este não é necessariamente prejudicial, mas sim um elemento inerente ao facto de estar vivo. Não existe ninguém totalmente livre de *stress*.” (Baines, 1989, p. 19).

Existe um *stress* dito *normal*, e outro patológico que segundo os diferentes autores é desencadeado por agentes *estressores* (Mendes, 2002, p. 20).

5.3 -Critérios de Diagnóstico do ICD 10

F43 Reacções ao *Stress* grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras na medida que a sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois factores causais seguintes: um acontecimento particularmente *estressante* desencadeia uma reacção de *Stress* aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora factores de *Stress* psicossociais ("life events") relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração factores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes factores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência directa de um *Stress* agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento *estressante* ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o factor causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um *Stress* grave ou persistente, na medida em que

eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram, assim, o funcionamento social.

F43.0 Reacção aguda ao *stress*

Transtorno transitório que ocorre em um indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um *Stress* físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reacção aguda ao *Stress* são influenciadas por factores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido quer por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo - ver F44.2) ou de uma agitação com hiperactividade (reacção de fuga). O transtorno é acompanhado frequentemente de sintomas neurovegetativos e ou de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas manifestam-se habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento *estressante* e desaparecem no espaço de dois a três dias (frequentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa (F44.0) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento):

- Choque psíquico
- Estado de crise
- Fadiga de combate
- Reacção aguda (à) (ao):
 - crise
 - *Stress*

(WHO, 1993).

5.4 - *Stress* e neurociências

“A equipa de Patrícia Goldman-Rakic, na universidade de Yale, demonstrou que o cérebro emocional é capaz de «desligar» o córtex pré-frontal, a parte mais avançada do cérebro cognitivo (o termo inglês, tal como em informática, é colocá-lo *off-line*). Sob o efeito de um grande *stress*, o córtex pré-frontal deixa de responder e perde a capacidade de guiar o comportamento. Imediatamente, são os reflexos e as acções instintivas que vêm ao de cima. Mais rápidos e mais próximos da nossa herança genética, a evolução deu-lhes prioridade nas situações de urgência, como se eles fossem supostos guiar-nos melhor do que reacções abstractas quando a sobrevivência está em jogo.” (Servan-Schreiber, 2004, p. 39).

Alterações estruturais do cérebro

Sobre vítimas de traumas de infância Vaz Serra (2003) refere, assaltos e acidentes na idade adulta (Serra, 2003).

O sistema nervoso fracassa na síntese das sensações relacionadas com a memória traumática numa memória semântica integrada. Os estímulos sensoriais são registados separados, o indivíduo não consegue relacionar a sensação e a emoção a que se referem.

b) Modificações funcionais do cérebro

Vaz Serra (2003) referindo-se aos Estudos Funcionais do Cérebro de Rauch, Van der Kolk, Fisler, et al. (1996), conclui que os resultados obtidos levam a admitir que as regiões límbicas e paralímbicas do H.D. são as mediadoras dos sintomas D.S.P.T.

A activação da amígdala está em consonância com o papel que esta desempenha nas memórias emocionais.

A activação do córtex visual parece reflectir a re-experiência visual dos fenómenos traumáticos.

A presença desta anomalia explica o facto que é comprovado clinicamente nestes doentes (D.S.P.T.), em que às memórias traumáticas falta uma memória semântica integradora (Serra, 2003).

5.5 - O Desenvolvimento de Modelos de *Stress*

Serra considera que o *Stress* implica uma interacção entre o *stressor* e o sofrimento.

Ao longo do séc. XX os modelos de *Stress* variaram: na definição de *stress*, na valorização atribuída aos factores fisiológicos e psicológicos, nas descrições da relação entre os indivíduos e o seu meio ambiente, modelo de Cannon de luta ou fuga, o Síndrome de Adaptação Geral e modelo transaccional de *Stress* (Serra, 2003).

5.6 - Modelo de Cannon de luta ou fuga

As mudanças fisiológicas permitem ao indivíduo escapar à fonte de *stress* ou então lutar (Serra, 2007).

5.7 - A Síndrome de Adaptação Geral (SAG)

Hans Selye apresentou o conceito de resposta generalizada à agressão, tendo como objectivo a sobrevivência do ser agredido.

Uma agressão ou stressor de qualquer natureza, física ou psicológica ou outra, induz no organismo *stress*, provoca uma reacção de alarme, mobilizando energias para a sobrevivência.

Consiste em 3 estádios ou fases: reacção de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

a) Reacção de alarme

A sua função primordial é a de mobilizar todos os recursos do organismo.

No final deste estágio o organismo está totalmente mobilizado para fazer face ao agente stressor.

O organismo não pode manter a intensa estimulação orgânica da reacção de alarme por muito tempo.

b) Fase de resistência

Se o agente indutor de *stress* se mantém activo, mas não é suficientemente intenso para causar a morte, as reacções fisiológicas entram na denominada fase de resistência.

A capacidade para resistir e enfrentar novas situações de *stress* pode ficar comprometida

O organismo vai-se tornando progressivamente vulnerável a problemas de saúde.

c) Fase de exaustão

Se os factores de *stress* continuam a influenciar o organismo será bastante provável que as doenças e as lesões fisiológicas e psicológicas comecem a aumentar, podendo a morte ocorrer como fim último deste processo.

Os stressores podem ser permanentes ou de curta duração.

Tradicionalmente, as avaliações das experiências de vida têm conceptualizado os acontecimentos de vida como experiências de curta duração. No entanto, muitos acontecimentos podem ser permanentes ou crónicos (Serra, 2007).

5.8 - Modelo Transaccional de *Stress*

Estratégias de *coping*

"Monat e Lazarus (1985), citados por Vaz Serra (1988), referem-se a *coping* como os esforços para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática. Lazarus (1993) realça que este conceito deve ser entendido não de forma estática, mas antes como um processo. Para este autor, estamos constantemente a modificar as nossas circunstâncias, ou a maneira como elas são avaliadas, no sentido de as tornar mais favoráveis. Assim, embora se possam considerar estilos de *coping* estáveis, estes são

grandemente contextuais, pois para que sejam eficazes devem-se modificar constantemente de acordo com as diferentes situações”, citado por (Mendes, 2002, p. 46).

O agente *stressor* pode desencadear:

Alarme! -Mobilização para enfrentar e resistir ao stressor

Resistência – *Coping* com e resistência ao stressor

Exaustão – Se a resistência não elimina o stressor, *coping* esgotado

O Termo Coping tem um significado preciso: refere-se às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*.

Para Lazarus, o *Stress* surge quando as respostas adaptativas excedem os recursos da pessoa, ou quando não existem recursos adaptativos automáticos ou prontamente disponíveis para fazer face às exigências.

O *Stress* pode ser definido como um fenômeno perceptivo (psicológico) proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta.

Se este mecanismo se desequilibra, desencadeia-se na Pessoa a experiência de *Stress* e surge a resposta ao *Stress*.

Neste conceito de *Stress* estão pressupostos dois conceitos principais: a avaliação cognitiva e os mecanismos de *coping*.

A avaliação cognitiva é um processo de julgamento em que a pessoa avalia se um possível agente stressante é relevante ou não para o seu bem-estar e em caso de ser afirmativo, se é potencialmente bom ou mau. Situações indutoras de *stress*: ameaça, dano, desafio.

O *coping* resulta da intenção da pessoa em dominar a circunstância stressante considerando a possibilidade do indivíduo se confrontar com a situação e se libertar das consequências negativas (ex.: ansiedade ou depressão), e a mudanças de situações potencialmente geradoras de *Stress* mediante a resolução de problemas (esforço mental) (Mendes, 2002).

5.9 - O *Stress* como Mudanças Psicofisiológicas

O *Stress* tem sido estudado em termos de mudanças psicofisiológicas; se um acontecimento é considerado stressor pode suscitar as seguintes mudanças: excitação do sistema simpático e aumento da libertação de hormonas de *Stress* como as catecolaminas (p.ex: noradrenalina) e corticosesteróides (p.ex: cortisol), aumento dos factores físicos como o ritmo cardíaco, a tensão arterial e o potencial muscular e mudanças nos factores psicológicos como o aumento do medo, ansiedade e fúria, a diminuição na capacidade cognitiva e sensibilidade aos outros.

Alguns dos efeitos psicofisiológicos do *Stress* podem ser encarados como adaptativos, uma vez que preparam o indivíduo para responder, ou como não adaptativos, porque podem ser prejudiciais à saúde.

5.10 - Auto-controlo e *Stress*

As teorias de *Stress* têm vindo a dar ênfase a formas de auto-controlo como importantes para a compreensão do *Stress*.

Considerando, nomeadamente:

a) Auto-eficácia

Refere-se ao sentimento individual de confiança na capacidade de realizar a acção desejada; percepção que desenvolve de ter ou não controlo sobre a ocorrência; o apoio social a que pode ter acesso e com que pode contar.

b) Robustez

O conceito de “robustez” de Maddi e Kobasa (1984); estes descreveram a robustez como reflexo de uma sensação pessoal de controlo, um desejo de aceitar desafios, comprometimento e da resposta de *Stress* daí resultante (avaliação primária).

A designação “robustez” tem como sinónimo resiliência que pode ser definida como: “A aptidão para recuperar rapidamente da doença, da depressão, da adversidade ou de fenómenos semelhantes”, citado por (Serra, 2007).

c) Mestria

Karaseic e Theorell (1990) introduziram o termo “sentimento de mestria” que reflecte o controlo de um indivíduo sobre a sua resposta ao *Stress*.

O *Stress* é conceptualizado como um produto da capacidade individual de auto-controlo.

Coping e auto-gestão bem sucedidos erradicam o *Stress*.

Uma auto-regulação falhada resulta numa resposta ao *Stress* e a doença relacionada com o *Stress* é considerada consequência de um prolongado auto-controlo falhado (Serra, 2007)

A síndrome de *stress* não é uniforme, é fortemente influenciada pelas capacidades de adaptação, características de personalidade, condições de vida e pela gravidade, duração e número dos factores de *stress* (Praag, 2005).

“Para além dos fenómenos psíquicos, a síndrome de *stress* possui também uma componente somática, induzida pelo aumento da produção da hormona libertadora da corticotrofina (CRH), pela activação do eixo hipotalâmico-pituitário-supra-renal (eixo HPA) e por alterações nos sistemas monoaminérgicos centrais, sistema nervoso autónomo e sistema imunitário” (Praag, 2005, p. 35 e 36).

Este autor cita Lazarus descrevendo dois modos distintos de lidar com o *stress* apercibido:

Luta ou fuga, constituído por tentativas para lidar com as situações ameaçadoras e encontrar compensação para os danos sofridos ou para fugir.

Conservação/evitamento, (natureza passiva), são utilizadas estratégias intra-psíquicas, meios de defesa de: negação, distanciamento e supressão.

As frustrações não são combatidas mas aceites, evitando o confronto com uma possível derrota através de uma resistência que poderia ser percebida como inevitável e inultrapassável.

Parker e colaboradores (2000) distinguem ainda *acting out* e *actin in* com relações às respostas comportamentais ou *stress*. Estes comportamentos/modos de defesa não se excluem e podem ser utilizados simultaneamente (Praag, 2005).

“Os efeitos psíquicos finais do factor de *stress* estão, portanto, longe de serem uniformes, variam interindividualmente e, ao longo do tempo, intra-individualmente. Por consequência e mais uma vez: eles têm de ser diagnosticamente especificados” (Praag, 2005, p. 36).

Segundo o DSM-IV-R devem ser tidos em conta, tanto os problemas que podem estar envolvidos no início da perturbação como os problemas que são provavelmente consequência da perturbação.

“A teoria psicanalítica presumiu uma estreita relação entre acontecimentos adversos na infância e perturbações psíquicas na idade adulta. Esta perspectiva recebeu apoio da investigação recente que mostra uma relação entre traumatismos precoces e aumento da vulnerabilidade às perturbações do humor, de ansiedade e de certas perturbações da personalidade na idade adulta. (...) A gravidade é difícil de objectivar. O impacte de um evento é em grande parte função da estrutura da personalidade, das ligações sociais e das condições de vida. Um factor de *stress* relativamente pequeno para uma pessoa pode ser considerado excessivamente penoso por outra” (Praag, 2005, p. 39).

A congruência entre a natureza do evento e a personalidade e sensibilidade do indivíduo pode servir de evidência sugestiva do significado causal de um acontecimento. O que acontece por vezes nas perturbações de humor e da ansiedade. Praag refere ainda que o acontecimento pode ser instantâneo, mas as suas consequências podem não terminar tão rapidamente e até mesmo permanecerem (Praag, 2005).

5.11 - *Stress* e memórias traumáticas

Fazendo um paralelo com as situações traumáticas ou vividas/ sentidas como tal e o *stress* pós traumático (SPT) abordamos algumas características pertinentes para o nosso estudo.

5.12 - Transtorno de *stress* pós-traumático ICD 10

“Este surge como uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação stressante (de curta ou longa duração) de uma natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causa angústia invasiva em quase todas as pessoas

(p. ex. Desastre natural ou feito pelo homem, combate, acidente sério, testemunhar a morte violenta de outros ou ser vítima de tortura, terrorismo, estupro ou outro crime). Factores predisponentes, tais como traços de personalidade (p. ex. compulsivos, asténicos) ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência.” (WHO, 1993, p. 144 e 145).

Faremos um paralelo das situações “traumáticas” ou vividas/ sentidas como tal e o S.P.T. pela semelhança destas duas entidades nosológicas.

O avanço das técnicas imagiológicas permitiu um maior conhecimento das alterações estruturais e funcionais do cérebro no distúrbio de *stress* pós-traumático.

Van der Kolk (2000), citado por Vaz Serra “... diversos estudos demonstram que as memórias de um trauma têm inicialmente poucos elementos narrativos (...) o trauma é revivido através de elementos isolados, de natureza sensorial, emocional e motora, sem uma linha de unificação na sua história”, citado por (Serra, 2007).

Estas situações têm sido estudadas em vítimas com traumas de infância, assaltos e acidentes na vida adulta.

Van der Kolk considera que há um fracasso do sistema nervoso em sintetizar as sensações relacionadas com a memória traumática numa memória semântica integrada, citado por (Serra, 2007).

A sensação e a emoção ocorrem sem uma contextualização, ou seja, um sentido que leve à compreensão, daí a impossibilidade de ter *Insight* para poder ultrapassar a vivência traumática (Serra, 2007).

Quando o indivíduo está em E.M.C. consegue aceder à memória global ou sentida como tal, no contexto em que ocorreu o trauma ou a sua metáfora.

Ao reviver esse evento significativo em E.M.C., tem também a oportunidade de diminuir os afectos e emoções associados, já que a sugestão dada pelo terapeuta é de ficar apenas uma lembrança do evento, desligando-se das emoções revividas.

Segundo Yehuda, Spertus e Golier (2001) os acontecimentos adversos numa idade precoce podem alterar os sistemas neurobiológicos e comportamentais e influenciar as respostas subsequentes ao *stress*. Aqueles autores salientam, ainda, tal como Pynoos, Sorenson e Steinberg (1993) e Nishith, Mechanic e Resick (2000), que existe uma associação entre a exposição a traumas numa idade precoce e a retraumatização subsequente (Serra, 2007).

5.13 - *Stress* e personalidade

“Os traços da personalidade podem estar associados de diversas formas com a exposição a acontecimentos de vida e respectivo impacte. Em primeiro lugar, as capacidades de ajustamento podem ser fracas. Segundo, certas personalidades são inclinadas a expor-se a acontecimentos de vida ou a criar ambientes sociais nos quais a probabilidade de exposição a acontecimentos de vida pode, plausivelmente, alterar os traços da personalidade de tal forma que a probabilidade de exposição a acontecimentos de vida aumente, ou a que a eficácia dos mecanismos de defesa enfraqueça. A destrinça destas opções é uma tarefa difícil e tem ainda que ser levada a cabo” (Praag, 2005, p. 68).

5.14 - Factores biológicos

“Podem estar envolvidos *factores biológicos* na susceptibilidade aos efeitos desestabilizadores das experiências traumáticas. Primeiro, de forma indirecta por interferirem com o desenvolvimento da personalidade e, por isso, afectando negativamente as capacidades de adaptação posteriores. Segundo, directamente por lesarem sistemas neuronais associados com a regulação da ansiedade, da agressão e do humor, aumentando desta forma o risco de fracasso em épocas de aumento das exigências” (Praag, 2005, p. 69).

6 - Avaliação em contexto formal

A ansiedade nos testes acima referida está integrada num modelo conceptual integrado com o *stress*.

“A ansiedade nos testes é integrada no modelo transaccional mais amplo do *stress* e é conceptualizada no contexto de um processo transaccional mediado cognitivamente. Após a análise das múltiplas componentes da ansiedade nos testes e do papel e impacto de factores antecedentes (individuais e ambientais), é analisado o *círculo vicioso* da ansiedade e proposta uma nova terminologia do constructo ansiedade nos testes, por forma a abranger as diferenças situações avaliativas que ocorrem ao longo do ciclo da realização.” (Cruz, 1998, p. 3).

Para Leal (Revista Caras), a avaliação começa muito cedo na família, entre irmãos, primos e depois com os colegas desde a creche, continuando no percurso escolar. Para a autora “avaliar” e ser avaliado é um exercício de pertença social...” Sabemos que a avaliação é uma forma de classificar habilidades e competências, quer dizer, partes de nós, bocados artificialmente isolados de um todo. Sabemos que espelha subjectividades várias, valores em uso, normas de funcionamento convenientes num dado momento.

Mesmo assim, mesmo sabendo que nós não somos o que diferentes avaliações dizem de partes nossas, tendemos a dar-lhes uma importância que por vezes permite exultações e outras tantas terríveis inquietações.” (Leal, 1995, p. 16).

“A avaliação tem uma repercussão em cada indivíduo de acordo com a sua personalidade, história de vida, medo do fracasso, sentir-se incompetente em resumo está relacionado com a sua auto-estima, e locus de controlo e com a competição entre pares antevendo a futura competição lá fora no mercado de trabalho .”(Leal, 1995, p. 16).

As situações de avaliação, em contexto formal: frequências e exames, desencadeiam respostas emocionais na maioria dos casos de medo, *stress* e ansiedade. Também a ausência ou excesso de ansiedade são factores que podem induzir erro nas tarefas a desempenhar.

Vários investigadores têm-se debruçado sobre este problema desde os anos 50. Batista, 1989, refere que indivíduos com níveis elevados de ansiedade nas avaliações escolares varia em função do *stress* avaliativo. Postula ainda que as situações de avaliação desencadeiam nos indivíduos com níveis elevados de ansiedade elevada, uma resposta atencional que se divide entre a tarefa a desempenhar e uma série de actividades cognitivas irrelevantes em relação ao teste – auto-avaliações negativas, pensamentos a propósito das consequências do falhanço, comparação com os outros, maior atenção à actividade fisiológica, etc. (Batista, 1989).

“Contudo, um dos conjuntos de problemas que mais afectam os estudantes que recorrem aos serviços de aconselhamento universitário, relaciona-se com as questões de desempenho académico no sentido estrito do termo, isto é, com as notas. Dado o clima de competição e a pressão para que se atinjam bons resultados, bem como a possibilidade de poder ficar desempregado depois de licenciado com uma média fraca, têm aumentado, em correspondência, nos estudantes universitários, o medo do fracasso, o sentimento de incompetência para usar o próprio potencial intelectual e a ansiedade perante situações de avaliação (Bell e tal., 1994; Rytke e tal., 1994). É sabido que a ansiedade perante situações de avaliações vai aumentando ao longo dos anos de escolarização (Cruz, 1995), e que os níveis de ansiedade tendem, também, a aumentar nos períodos de transição entre níveis de ensino (Cruz, 1989; Cruz & Mesquita, 1988). Ora, a ansiedade, nos estudantes universitários, pode traduzir-se numa perda de **auto-confiança** ou, mesmo, num **bloqueio de actividade intelectual**, apesar de poderem estar bem preparados, conduzindo ao insucesso nos exames ou a situações de dificuldade de cumprimento de prazos ou de impasse na redacção de trabalho ou teses (Rytke e tal., 1994). Os estudantes podem, ainda, apresentar elevada ansiedade no final do seu curso relacionada com a transição para a vida activa e com a assunção de papéis característicos dos adultos, provocando quedas inesperadas no seu desempenho académico actual (fracasso nos exames) que, em casos extremos, podem levar ao abandono dos estudos” (Bell *et al.*, 1994) citado por (Diniz, 2005, pp. 87, 88).

Quanto ao peso relativo de situações potencialmente ansiógenas para os estudantes universitários, verificou-se que elegeram como mais ansiógenas as situações de exame, seguidas das de falar em público e das de rectificação dos seus

erros pelos professores (Gil, Sedeño, Alba, & Carretero, 1997). Note-se, porém, que as “ansiedades do presente, (...) as quais estão ligadas a indicadores de mérito e de estatuto social (sucesso profissional, competitividade, o futuro, planos, integração, etc.), servem, somente, para revelar a presença de problemas anteriores” da história pessoal dos estudantes (Brutin *et al.*, 1994, p.88). De acordo com os autores referenciados, deve-se, pois, prestar muita atenção para destrinçar o que é, exactamente, objecto de pedido de ajuda nestas situações: pode, por exemplo, existir um passado de sub-rendimento escolar ou outros problemas que os estudantes trazem consigo devidos a experiências educativas anteriores e à sua relação com a aprendizagem (Bell *et al.*, 1994). Trata-se de fazer uma análise do pedido manifesto para inferir o pedido latente, como, aliás, é usual noutras situações de consulta psicológica” (Diniz, 2005, p. 89).

Em suma os estudantes são pessoas com toda a sua subjectividade e características pessoais. Como é usual nas psicoterapias é necessário olhar para o indivíduo desde o desejo dos seus pais até ao momento em que nos procura com um pedido de ajuda manifesto, e há que desbravar até chegar ao verdadeiro/s problema/s para poder ajudar a ultrapassar.

Vários são os estudos de autores que trabalham em serviços de aconselhamento universitário tais como: baixa auto-estima, depressão, perturbações do sono, problemas financeiros, terem sido vítimas de abuso físico e /ou emocional, experiências traumáticas etc., que influenciam o seu desempenho escolar bloqueando as capacidades cognitivas.

6.1 - Locus de controlo e realização escolar

Nos anos 50 na psicologia americana começa a haver uma preocupação com as modalidades de construção dos processos internos e cognitivos em detrimento do estudo do comportamento (Oliveira, 1985).

Barros de Oliveira, refere os estudos de Potter, em que este observa que os acontecimentos não são percebidos do mesmo modo por todos os indivíduos.

“O efeito do reforço depende da ligação causal, que o sujeito estabelece ou não entre o comportamento e a obtenção do reforço. O comportamento é, pois determinado não só pelo valor do reforço, mas também por uma variável cognitiva da personalidade: a representação que o sujeito tem da relação entre o seu comportamento e o reforço (...)

O locus de controle é considerado uma variável cognitiva (expectativa generalizada), que opera através de um grande número de situações, relacionado com a crença de que existe uma relação causal entre o comportamento do indivíduo e os resultados desse mesmo comportamento” (Oliveira, 1985, p. 14).

Potter (1966), define o constructo locus de controle interno-externo do seguinte modo:

6.1.1 - Crença no controle externo

Crença no controle externo – quando o sujeito percebe um reforço, como resultado de um comportamento, mas não sendo unicamente contingente de seu próprio comportamento, mas percebido como resultado do destino, da sorte ou sob o controle do poder dos outros (Oliveira, 1985).

6.1.2 - Crença no controle Interno

Quando o sujeito atribui/percebe o acontecimento como contingente ao seu próprio controle.

“As pessoas podem, pois, ser classificadas num continuum desde um extremo interno até um extremo externo, segundo o grau em que acreditam que os reforços são dependentes ou não do seu próprio comportamento” (Oliveira, 1985, p. 14).

Com relação à realização escolar, vários autores citados por B. Oliveira (1985) verificaram que os indivíduos com um locus de controle predominantemente interno obtiveram resultados de desempenho escolar mais elevados que os externos.

Existe, pois, relação positiva entre a internalidade e a realização escolar.

Vários estudos, utilizando como sujeitos estudantes universitários, demonstraram correlações significativas entre a maturidade e a realização escolar, embora se tivesse notado maior inconsistência de resultados do que em alunos mais jovens (Almann e Arambasich, 1982; Brown e Strickland, 1972; Lessing, 1969; Morris e Carden, 1981; Prociuk e Breen, 1973; 1974, 1975). Também aqui se verificaram diferenças na predição da realização escolar segundo os sexos.

Prociuk e Breen (1974), utilizando uma escala locus de controle tridimensional – a escala de Levenson (1974) (3), verificaram que as pessoas que percebem os reforços (ex: classificações escolares) relacionados directamente com a própria capacidade e esforço, mostram hábitos e atitudes de estudo mais eficientes e obtêm maiores sucessos escolares do que as pessoas que acreditam que são controladas pela sorte obtêm desempenhos escolares mais fracos do que os que crêem que são controlados pelo poder dos outros. Segundo estes autores, a inconsistência dos resultados das investigações ficar-se-ia a dever à falta de distinção da dimensão externa do Rotter em duas subdimensões (crença no poder dos outros versus crença na sorte), (Oliveira, 1985).

Os autores sugerem uma sub-divisão na crença do poder dos outros versus a crença na sorte, o que permitiria dividir os sujeitos em externos defensivos (verbalizam crenças externas mas são internas) e externos congruentes.

A análise dos estudos realizados permite verificar que a realização entre as duas variáveis é mais forte em crianças e adolescentes do que em adultos (adultos universitários).

O mesmo autor refere que tal facto dever-se-ia a três factores: em primeiro lugar, as condições escolares, na universidade, são altamente estruturadas e o aluno sabe muito bem a relação existente entre o seu esforço, o estudo e as classificações obtidas; em segundo lugar, as amostras das populações universitárias são muito mais homogêneas em relação à capacidade e à internalidade; em terceiro lugar, parece que na população universitária, há um maior número de «externos defensivos» (Rotter, 1975) do que na população em geral.

Findeley e Cooper (1983), ao fazerem a revisão de noventa e oito estudos realizados nesta área, concluíram que existe uma relação positiva entre o locus de controle e a realização escolar. Admitem, contudo, a existência de um determinado

número de factores, que parecem mediar a relação. Estes factores incluem as características das medidas locus de controle utilizadas, a natureza das medidas de realização, bem como as características das populações estudadas (idade, sexo, raça, estatuto socioeconómico). Estes factores parecem influenciar a força da relação, mas não a relação em si mesma (Oliveira, 1985).

A ansiedade parece ser uma reacção ao *stress* segundo Elliot e Gisdarfer "Actualmente as definições deste constructo parecem coincidir num aspecto: a ênfase na ansiedade como uma reacção ao *stress*, quando os indivíduos acreditam que as condições ambientais colocam exigências que excedem os seus recursos pessoais (Elliot & Eidorfer, 1982)", citado por (Cruz, 1998, p. 41).

Nesta perspectiva a ansiedade nos testes é integrada num modelo mais amplo do *stress*, Cruz considera, também, a ansiedade como um processo mediado cognitivamente, sublinhando o carácter contextual dos exames/ avaliações.

"A presente conceptualização incorpora assim o *stress* escolar e a ansiedade nos testes numa perspectiva conceptual comum que enfatiza as relações recíprocas entre várias componentes. Uma primeira componente, a situação, envolve transacções ou interacções bi-direccionais entre as exigências ambientais e os recursos pessoais. Uma outra componente do modelo inclui os processos de avaliação cognitiva e do processamento da informação. Embora as pessoas muitas vezes vejam as suas reacções emocionais como respostas directas às situações, a maior parte das vezes os efeitos destas são mediados pelos processos de pensamento (Lazarus, 1982; Lazarus & Folkam; 1984, Beck & Emery, 1989; Meichenbaum, 1977, 1985; Elliot & Eisdorfer, 1982; Smith & Ellsworth, 1985). A perspectiva que está subjacente à compreensão do *stress* e da ansiedade atribui assim um papel central aos processos de avaliação cognitiva que influenciam a natureza e intensidade das respostas emocionais e comportamentais; a tese principal é a de que o processo central na adaptação humana é a cognição humana, ou o processamento da informação (Beck, 1988)." (Cruz, 1998, p. 4 e 5).

Este processamento da informação poderá representar "a construção individual de uma situação potencialmente perigosa" Beck 1989 citado por Cruz 1988 p.5. Cruz refere que pode ter uma origem interna quando o estudante capte a situação avaliativa como uma ameaça acreditando que lhe faltam competências para

lidar com a ameaça, o que nos parece estar ligado ao locus de controlo e à auto-estima e, mais ainda, com possíveis situações traumáticas vividas na infância ou no seu desenvolvimento.

Cruz 1988 p.6 refere-se a factores antecedentes, individuais e ambientais tais como “a influência e impacto, que vários factores da personalidade, motivacionais e estruturas cognitivas exercem em todo este processo. Estes factores ou variáveis individuais, podem ser vistos como predisposições para perceber, pensar e responder, emocional e comportamentalmente, de certas formas.” Os traços de personalidade são também uma variável a ter em conta neste estudo, assim como “o impacto de algumas crenças irracionais relativamente ao significado e importância do sucesso escolar e da aprovação social é evidente nas reacções inadequadas ao *stress* (Ellis, 1977, 1980; Rphsenow & Smith, 1982) citado por (Cruz, 1998, p. 6).

Em suma, Cruz sugere uma redefinição de ansiedade nos testes para a ansiedade da realização escolar.

7 - Os estudantes universitários em Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira

Durkeim (1998), refere que “desde as suas origens, nos séculos XII e XIII, que a universidade é uma comunidade de mestres, mas também de estudantes, com organizações especialmente constituídas para apoiar a sua nova vida comunitária, as nações”, citado por (Diniz, 2005, p. 24). Os estudantes que se deslocam de longe para frequentar as universidades tinham estas organizações comunitárias que se podem comparar com os serviços académicos e sociais actuais.

Em Portugal é na década de 1990 que os serviços de apoio aos alunos começam a funcionar devido ao aumento da população estudantil dos anos 80 no ensino superior.

Desde a II Guerra mundial tem-se verificado uma democratização progressiva do ensino, que levou a uma maior procura dos cursos de nível superior. Actualmente encontra-se uma grande variedade de estudantes em contraste com as antigas elites.

Encontram-se estudantes de diferentes estratos sociais mais desfavorecidos, estudantes-trabalhadores e um grande número do sexo feminino (Diniz, 2005).

Esta diversidade da nova massa estudantil universitária gerou/criou uma necessidade de adaptação das instituições à nova população estudantil. Diniz refere que à heterogeneidade social se juntaram as diferentes formações adquiridas pelos estudantes anteriormente, estas variáveis devem ser tomadas em conta para qualquer tipo de intervenção junto dos mesmos. Esta nova população apresenta comportamentos de risco (álcool e drogas) que levaram a inúmeros estudos psico-educacionais com a população universal Portuguesa.

Almeida et al (2003) criaram várias escalas relacionadas com os estudantes universitários, sendo de destacar o questionário de vivências académicas relacionado com a adaptação e sucesso académico dos estudantes, incidindo nas múltiplas variáveis pessoais e contextuais.

Estes “Autores salientam as tarefas associadas a quatro domínios: (i) académico (a transição entre o Ensino Secundário e o Universitário é particularmente exigente, requerendo adaptações constantes aos novos ritmos e estratégias de aprendizagem, aos novos sistemas de ensino e de avaliação); (ii) social (a experiência universitária requer o desenvolvimento de padrões de relacionamento interpessoal mais maduros na relação com a família, com os professores e os colegas, com os colegas do sexo oposto e com as figuras de autoridade); (iii) pessoal (os anos universitários devem concorrer para o estabelecimento de um forte sentido de identidade, para o desenvolvimento da auto-estima, de um maior conhecimento de si e para o desenvolvimento de uma visão pessoal do mundo); e (iv) vocacional (a Universidade constitui uma etapa importante no desenvolvimento da identidade vocacional, onde os processos de tomada de decisão, exploração e compromisso com objectivos merecem particular destaque”, (Almeida, 2003b, p. 119).

A adaptação ao contexto universitário é um processo complexo compreendendo várias variáveis. “No entanto, infelizmente, a generalidade dos instrumentos de avaliação propostos incidem em variáveis intrapsicológicas (de natureza cognitiva e psicossocial), dando insuficiente atenção a factores de natureza interpessoal, académica (curso) e contextual (instituição)” (Almeida, 2003a, p. 119).

Muitos estudos referem-se à saída de casa para frequentar a universidade, como factor de autonomização da família. No caso da nossa população, a maioria dos estudantes pertence à região. Embora alguns se desloquem de zonas mais afastadas para o Funchal para poder assistir às aulas, (uma pequena percentagem de alunos fica a viver durante a semana no Funchal), sendo a autonomização mais esbatida.

Não podemos deixar de sublinhar a crise institucional tal como Diniz (2005) refere numa cuidada análise sociológica da actual situação de crise institucional, entre poder e legitimidade que a universidade apresenta. O futuro da instituição deve ser pautado pela “ciência pos-moderna”, num movimento de aproximação e de integração, em vez de limitar de fronteiras. No seu entender, com este movimento, passar-se-á “da ideia de universidade [elitista] à universidade de ideias”, representativa da diversidade e riqueza cultural das comunidades interpretativas que a ela estão ligadas (Diniz, 2005).

Hoje em dia as universidades operam num ambiente que se caracteriza pela crescente importância da internacionalização, pelas rápidas mudanças na infraestrutura económica que afectam o mercado de emprego dos seus graduados, pela valorização da aprendizagem ao longo da vida e pela massificação do Ensino Superior. Diniz (2005), afirma que no nosso país, durante a década de 1990, houve um acréscimo estonteante no número de estudantes inscritos no ensino superior: 107,3% no público, que aumentou anualmente de forma continuada (com ligeiras variações), e 117,1% no não público. A progressiva democratização do ensino no nosso país que, no caso do Ensino Superior, é visível através da existência de novos públicos que o frequentam, nomeadamente estudantes-trabalhadores, estudantes oriundos de posições sociais mais desfavorecidas do que era habitual e estudantes do género feminino. Blasa *et al* (2001) afirma que “Na verdade, as desigualdades no acesso ao ensino superior esbateram-se de forma acentuada, a proporção de estudantes naturais de zonas mais periféricas do interior do país, de estudantes vindos de núcleos familiares com posições hierarquicamente mais baixas (nível profissional, económico, escolar, etc.) aumentou consideravelmente, bem como a taxa de feminização desde grau de ensino”, citado por (Diniz, 2005, p. 38).

No ano lectivo de 1997/98, por exemplo, segundo as estatísticas da educação 98/99, existiam oitenta mil quinhentos e dezoito alunos do primeiro ano no Ensino

Superior, quarenta e seis mil e trinta e seis dos quais eram mulheres (Ministério da Educação (2003). Mais de metade dos estudantes Universitários portugueses são, pois, do género feminino, estando elas, segundo Balsa *et al*/(2001), maioritariamente distribuídas “nas áreas das Ciências Sociais (82%), Letras (72%), Direito (72%) e Ciências Médicas (72%)”: portanto, cursos de lógica assistencial, deixando para os homens as áreas de Engenharia e do Desporto. E assim se continua, de certa maneira, a reproduzir o estereótipo profissional do género... (Diniz, 2001; Gottfredson, 1981), citado por (Diniz, 2005, p. 38).

Quanto aos estudantes-trabalhadores, um considerável número de estudantes universitários têm uma actividade profissional estável a tempo inteiro ou a tempo parcial (26,4% no subsistema privado e 7% no subsistema público), ou têm uma actividade remunerada de forma irregular (6%, qualquer que seja o subsistema frequentado) (Diniz, 2005).

Ter um curso superior está ligado a obter um “bom” emprego, subir no estatuto social, e subir na carreira (para “quadros superiores”). Este objectivo gera ansiedade e *stress* na competição que se adivinha entre os estudantes.

Com a entrada na universidade os estudantes encontram um novo contexto no qual têm de fazer novas adaptações nomeadamente a nível:

- do relacionamento interpessoal;
- de adaptação a um setting intelectual e social diferente
- do corresponder às expectativas internas e externas (família, etc.)

O estudante universitário encontra na universidade um contexto facilitador, com experiências diversificadas e que, na maioria das vezes, ocorre longe da pressão familiar (Diniz, 2005) (Não é este o caso da Madeira como já se referiu, salvo uma pequena percentagem).

O relacionamento entre-pares é muito importante no processo de autonomização dos estudantes por se encontrarem muito ligados às amizades pré-universitárias (Diniz, 2005).

Um preditor de desempenho académico, e de satisfação com a vida e saúde mental é a qualidade nos relacionamentos amorosos (sucesso ou fracasso). Bell *et al* (1994) considera “as dificuldades de relacionamento interpessoal relacionadas com o

rompimento do namoro como um dos problemas que levam os estudantes aos serviços de aconselhamento universitário”, citado por (Diniz, 2005, p. 75).

De acordo com Almeida (2003), “as evidências teóricas e empíricas acumuladas nas últimas décadas, permitem-nos concluir que a transição do ensino secundário para o ensino superior, é uma transição particularmente desafiadora” (Almeida, 2003a, p. 119).

O meio Universitário vai influenciar o modo como os indivíduos vão construir a sua identidade e autonomia. “Seguindo um racional desenvolvimento, pode-se afirmar que as principais tarefas de desenvolvimento que estão em causa na fase da vida em que se encontram os estudantes universitários são a da aquisição da identidade e de autonomia para lidar com o mundo. O conceito de identidade é aqui tomado no sentido que Erikson (1963, 1986) lhe atribui: o de uma propriedade do eu consciente (ego), que organiza as experiências e que se constitui na ligação de si próprio (self) com o ambiente” (Diniz, 2005, p. 60).

Este autor refere que a identidade ocorre em simultâneo com outras, tais como a saída de casa e o abraçar de uma carreira ou prosseguir estudos pós-secundários (transição para a vida activa ou para a universidade) Modell (1989, citado por Paul, Poole, & Jakubowyc, 1998), contribuindo para a emergência duma identidade madura que torna possível a transformação do relacionamento assimétrico da infância e da adolescência numa maior interdependência de relações que caracteriza a adultez (Allison & Sabatelli, 1988, citado por Diniz, 2005).

A adolescência é a fase onde se resolvem, ou não, os problemas de infância. Muitos dos participantes mais novos ainda não chegaram a este patamar, a adolescência actualmente prolonga-se no tempo, assim como a própria saída de casa é cada vez mais tarde.

Vários autores como (Astin, 1994,1997; Kuh, 1995, citados por Diniz, 2005) realçam a importância da relação com a instituição. A condição mais importante do impacto educacional e desenvolvimental para poder criar uma boa adaptação universitária.

Os estudantes atribuem igual importância às actividades académicas e actividades entre pares, para o desenvolvimento do pensamento crítico e aplicação

de conhecimentos. Destes estudos conclui-se que as experiências fora da sala de aula têm grande influência no desenvolvimento académico e intelectual.

Para Diniz (2005), os problemas que afectam os estudantes que recorrem aos serviços de aconselhamento, relaciona-se com o desempenho académico mais especificamente as notas. Contudo é preciso ter em conta que "...os estudantes constituem um grupo com características pessoais, atitudinais e socio-económicas claramente distintas do resto da população. Assim sendo, Bryman (1989), diz que as possibilidades de generalizar os resultados de um estudo conduzido com amostras com estas características, ficam algo limitadas" (D'Oliveira, 2005, p. 92).

II - APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

8 - Objectivos da Investigação

8.1 - Objectivo Geral

Pretende-se investigar, de modo sistemático e o mais objectivo possível, o efeito da TRV-C na diminuição da ansiedade e *stress* nas avaliações escolares.

Como é usual nos estudos exploratórios estudou-se apenas um grupo (em vez de a comparação entre grupos). O nosso principal objectivo foi indagar e compreender as características dos fenómenos inerentes à TRV-C, por se tratar de uma técnica relativamente nova aplicada à psicoterapia, sobre a qual ainda não se conhecem muitos estudos assim como facilitar o esclarecimento sobre zonas do objecto de estudo as quais têm sido pouco trabalhadas até ao presente (Rey, 2002).

8.2 – Objectivos Específicos

Como objectivos específicos, optou-se por fazer uma análise mais aprofundada do participante, da pessoa em si. Este objectivo é a avaliação do efeito da técnica (TRVC), a forma como esta actua e os seus processos de modificação.

Outro objectivo foi o de compreender a origem dos sintomas dos alunos ansiosos e com níveis elevados de *stress* nas avaliações, e inferir sobre a origem destes sintomas.

Outro ainda, compreender e integrar, a um nível teórico, este novo *vertex* de visão sobre o espaço intrapsíquico do ser humano, e as possibilidades de mudanças internas e externas que possam ocorrer nos indivíduos.

9 - Metodologia da Investigação

Trata-se de um estudo exploratório em que se recorrem a estratégias quantitativas e qualitativas.

Privilegiou-se a análise qualitativa para descrever, decodificar e interpretar os dados emergentes da TRVC. O principal objecto de estudo são as interpretações individuais desses mesmos fenómenos, dado que uma abordagem em EMC traz um outro conhecimento, diferente do estado vigil, quer do participante sobre si mesmo (auto-conhecimento), quer do mundo interno inconsciente.

Oliveira (2005), refere que a multiplicidade de perspectivas e interpretações dos fenómenos é a que melhor engloba todas as facetas e componentes de uma realidade, em contraste com a tentativa de resumirlos a regularidades e comportamentos previsíveis.

A mesma fonte refere Lee (1999), como um dos poucos autores que utiliza uma tipologia que procura conjugar as duas grandes abordagens no ***Design de metodologia mista***. Neste tipo de pesquisa os métodos e técnicas de recolha de dados das duas abordagens são conciliados; desenvolve-se um conjunto de actividades complementares obtendo, assim, informações “descritivamente ricas e quantitativamente significativas” (Lee, 1999 citado por Oliveira, T2005, p.20)

Como é usual nos estudos **exploratórios** estudámos apenas um grupo (em vez da comparação entre grupos). O nosso objectivo é indagar e compreender as características dos fenómenos inerentes à TRV-C, por se tratar de uma técnica relativamente nova aplicada à psicoterapia, sobre a qual ainda não se conhecem muitos estudos sobre a mesma.

Tentou-se compreender as múltiplas interrelações dos dados emergentes, procurando quantificar o antes e depois através dos dados quantitativos como forma de mensurar as mudanças dos mesmos.

O problema prático é a verificação da eficácia da TRV-C na diminuição do *stress* e ansiedade nas avaliações escolares, pressupondo que o *Stress* e Ansiedade têm origem em algum momento traumático (ou sentido como tal) ao longo do desenvolvimento na vida dos participantes. Trata-se de um estudo em que os EMC

surgem como facilitadores do acesso a memórias traumáticas, ou pretensamente traumáticas, que estariam na origem do sintoma de *stress* e ansiedade actuais, no desempenho académico.

A nossa grande pergunta de fundo é: **O *stress* e a ansiedade nas avaliações escolares podem ser atenuadas através da técnica da TRVC?**

9.1 – Dados Quantitativos

Segundo Oliveira (2005) a abordagem quantitativa procura identificar as regularidades do comportamento humano. No nosso estudo esta foi usada como modo de quantificar as mudanças ocorridas nos participantes depois da intervenção, assim como de identificar se os mesmos estiveram em EMC ou se tinham predisposição para experiências dissociativas.

O *follow up* foi utilizado com o intuito de verificar a permanência dos resultados.

9.2 – Dados Qualitativos

“A abordagem qualitativa tenta englobar toda a diversidade que o comportamento humano pode assumir e manifestar” (D'Oliveira, 2005, p. 19).

Rey (2002) considera que não existe acordo entre os vários pesquisadores dedicados à pesquisa qualitativa acerca do processo de produção de conhecimentos na pesquisa qualitativa. Rey cita Bronfenbrenner “O processo de pesquisa, então, não representa uma clara sequência de procedimentos fragmentados que seguem um padrão, mas uma desordenada e complexa interacção entre os mundos conceptual e empírico, em que a dedução e a indução ocorrem a um mesmo tempo” (Rey, 2002, p. 73). E ele diz “...Pensamos que esse processo envolve o pesquisador de forma simultânea no curso dos acontecimentos pesquisados, nos quais participa com suas ideias e diversos caminhos, inclusive devido a suas preferências e estilo pessoal.” (Rey, 2002, p. 67).

Perante a complexidade do ser humano procurou-se aprofundar o conhecimento do ponto de vista qualitativo das mudanças ocorridas durante o processo: descrever, decodificar e interpretar os fenómenos (dados emergentes na TRVC) no universo estudado, já que o principal objectivo do estudo é a interpretação e perspectiva individual dos participantes e a sua subjectividade, no sentido em que REY a define “O tema da subjectividade representa uma definição ontológica diferente dos processos psíquicos (...) expressa-se como um sistema complexo em constante avanço que constitui o sujeito concreto e, por sua vez, é constituída por si de forma permanente, por meio da sua constante produção de sentidos e significados dentro dos diferentes sistemas de subjectividade social em que desenvolve as suas acções.”(Rey, 2002, p. VIII)

Na sua visão de metodologia qualitativa, considera importante não só o que o sujeito fala como o sentido da fala, o envolvimento do sujeito, o que lhe permite uma produção complexa, condição essencial para construir a complexidade dos problemas abordados a partir desta perspectiva qualitativa.

9.3 - Tratamento Estatístico

Para atingir os objectivos deste estudo, perceber se as sessões de TRV-C permitiram um maior controlo da ansiedade, do *stress* e de sinais exteriores de ansiedade, compararam-se dois momentos diferentes de avaliação destas variáveis, antes da intervenção e depois da intervenção. Procurou-se saber se existiam diferenças significativas entre estes dois momentos. Para tal, recorreu-se a dos tipos de testes estatísticos: o teste de Wilcoxon e o teste de Friedman. Optou-se pela estatística não-paramétrica, uma vez que, a amostra do estudo é muito reduzida, e por não existir uma distribuição normal das variáveis.

A escolha dos testes de Wilcoxon e Friedman deveu-se também ao facto de estarmos a usar os mesmos sujeitos em duas ou mais situações diferentes, havendo assim um emparelhamento dos resultados.

O teste de Wilcoxon compara a performance de cada sujeito (ou pares de sujeitos) no sentido de verificar se existem diferenças significativas. Este teste baseia-se na diferença de sinais, obtidos da subtracção da situação A à situação B, sua ordenação de grandeza e preponderância dos valores positivos e negativos. Se se verificar a preponderância de valores baixos para um dos lados, significa a existência de muitos valores altos para o outro, indicando a diferença em favor de uma das situações, superior ao que era esperado. Assim, quanto menor for o W mais significativas serão as diferenças nas ordenações entre as duas dimensões (Green, 1991). Este teste foi usado para a análise dos resultados da escala de Ansiedade de Hamilton e o teste de *Stress* de Cohen.

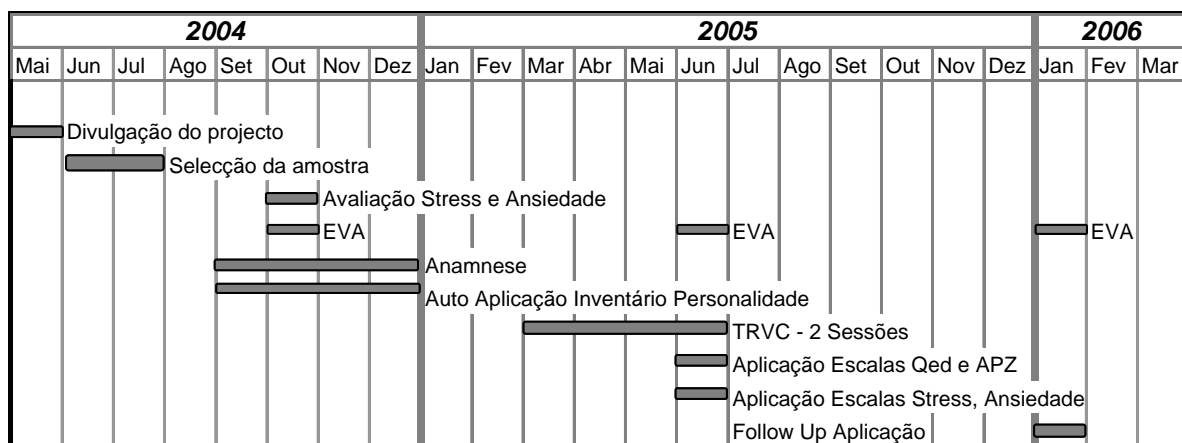
O teste de Friedman compara a situação de cada sujeito em mais de duas situações, no nosso caso, em três momentos diferentes, antes da intervenção, depois da intervenção e um ano após. Este teste tem por base, não a comparação das diferenças dos resultados, como era o caso do teste de Wilcoxon, mas a diferença na ordenação dos resultados de cada sujeito para as três situações. Se existirem diferenças aleatórias entre os resultados de todas as situações é de esperar que os totais sejam aproximadamente iguais, se as situações forem significativamente diferentes, é de espera que se obtenha resultados de ordens algo diferentes.

As diferentes análises estatísticas foram sempre efectuadas com o programa de computador SPSS.

10 - Momentos da Investigação ou procedimentos

Descrevemos as diferentes etapas que nos permitiram dar corpo à investigação.

Quadro 1 - Datas do desenvolvimento do estudo



Em Maio de 2004 (Segundo Semestre) começou-se por uma informação sobre o estudo e a sua divulgação, através do site da UMA e uma breve explicação sobre a mesma efectuada nas salas de aula dos 2º e 3º anos dos diferentes cursos da UMA (em anexo).

Para este estudo foram tidas em conta as épocas de exame do 2º semestre 2003/4 que realizaram em Outubro de 2004, em que se procedeu à avaliação dos factores de ansiedade *stress* e EVA (Perda de controle, confiança, recordação da matéria estudada) antes de qualquer intervenção.

Num segundo momento, entre Setembro e Dezembro de 2004, procedemos a uma entrevista de anamnese com uma escuta de compreensão (empática e apoio psicológico aos momentos catárticos, o que também é terapêutico) (Set. a Dezembro). Entre Setembro e Dezembro, passou-se o inventário de Personalidade NEO-VER. Num 3º momento que compreendeu os meses de Março a Junho de 2005, efectuaram-se as sessões de TRV-C.

Após as duas sessões de TRV-C procedeu-se à aplicação das escalas APZ, com o objectivo de rastrear a existência de um estado modificado de consciência durante as sessões, com a QED, para certificar a coerência dos EMC.

Antes da época de exames do 2º semestre de 2004/5, Junho 2005, procedeu-se à avaliação dos factores de ansiedade *stress* e EVA (Perda de controle, confiança, recordação da matéria estudada, para verificar os possíveis efeitos da TRV-C, no controlo da ansiedade e *stress* com relação à avaliação nos exames ou frequências.

No *Follow Up*, Janeiro de 2006, repetiram-se as escalas de ansiedade, *stress*, EVA, antes dos exames/frequências do 1º semestre de 2006/7, com o intuito de verificar se houve permanência dos resultados, ou seja se estes foram duradouros.

No início do 2º semestre do ano 2005/6, Março de 2006, fez-se um *Follow Up* telefónico.

Pudemos sintetizar a nossa investigação em três momentos: um primeiro momento procedemos à selecção da amostra através da avaliação das escalas de *stress* e ansiedade, num segundo momento procedeu-se à TRV-C e num terceiro mediu-se a evolução dos casos através das medidas quantitativas de *stress* e ansiedade e o estudo de caso.

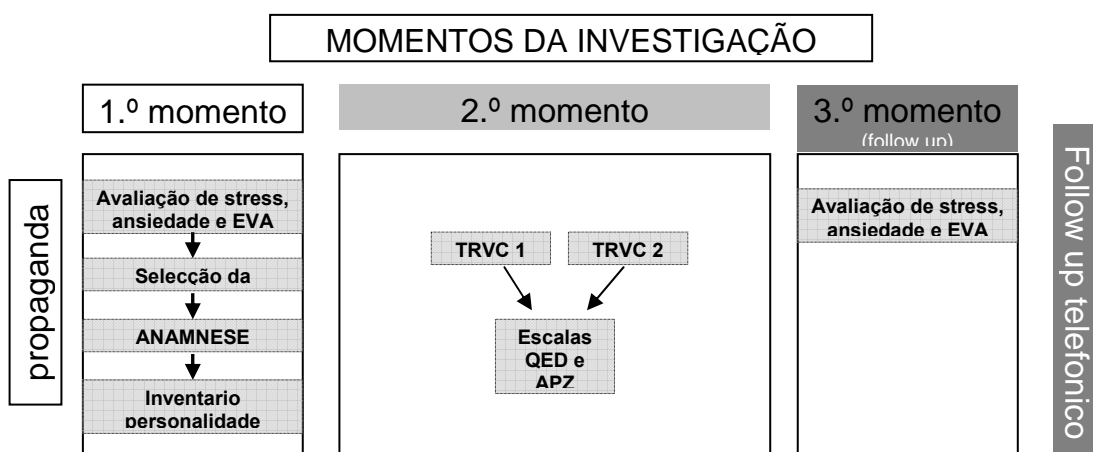


Figura 1 Momentos da investigação: Instrumentos e técnicas de intervenção

11 - Hipóteses em Estudo

Como o estudo foi de carácter **exploratório**, o nosso objectivo foi indagar e compreender as características dos fenómenos inerentes à TRVC.

11.1 – Hipóteses do estudo quantitativo

Na avaliação quantitativa pretendeu-se avaliar se ocorreram mudanças na percepção do *stress* dos participantes após intervenção com a técnica de TRV-C.

- 1 - Ocorreram mudanças ao nível da ansiedade dos participantes?
- 2 – Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do desempenho académico?
- 3 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do auto-controlo?
- 4 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível da confiança?
- 5 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível do tremor nas mãos?
- 6 - Após intervenção da TRV-C, ocorreram mudanças ao nível da recordação da matéria estudada?
- 7 - Os resultados obtidos com a TRV-C permaneceram ao longo do tempo?

11.2 – Hipóteses do estudo qualitativo

Na abordagem qualitativa as questões que se procuraram aprofundar foram:

- 1 - Quais os fenómenos intrapsíquicos subjacentes à mudança quando é usada a técnica do TRV-C?
- 2 - Quais os temas emergentes e a sua relação com o *stress* e a ansiedade?
- 3 - Quais as idades em que se situaram as vivências traumáticas que estão subjacentes às situações de *stress* e ansiedade?

12 - Instrumentos

12.1 - Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983)

Descrição

A escala de *Stress* Percebido (PSS) foi projectada por Cohen et al (1983), e colaboradores com o objectivo de medir “o grau das situações de vida nas quais os indivíduos avaliaram como *stressantes* (de pressão/tensas)”, (Cohen, 1983, p. 24). Os catorze itens referem-se a avaliações subjectivas de acontecimentos que ocorreram no espaço de um mês.

Neste estudo utilizou-se a versão 2 PSS-10, por apresentar, tal como o autor sugere, uma boa validade interna e uma boa capacidade de predição.

Em estudos com estudantes universitários Cohen et al (1983), encontraram uma correlação entre o PSS e índices de sintomatologia depressiva (0.65 e 0.76). Uma pequena correlação (0.18 a 0.36) com o número de acontecimentos de vida foram também referidos.

Administração

A escala pode ser auto administrada, demora 5 a 10 minutos a ser preenchida.

Interpretação

Segundo o manual os autores consideram que os resultados altos indicam maior percepção de *stress*. A média é de 13.02 e o desvio padrão de 6.35

12.2 - Escala de Ansiedade HAMA (Hamilton, 1992)

Descrição

A escala foi apresentada por Hamilton em 1959, como instrumento que permite a avaliação quantitativa da ansiedade neurótica. Em 1976 foi incluída pelo “*National Institute of Mental Health*” NIMH no “*ECDEU Assessment Manual*”. Foi traduzida para o francês por P. Pichot (Pellet, 1992). A HAMA é composta por 14 itens. Os 14 itens não estão propriamente definidos, mas a cada um de entre eles corresponde uma lista de sintomas dados a título de exemplo que levam à definição: Sintomas psíquicos; Humor ansioso, Tensão, Medos e Sintomas somáticos gerais; musculares; sensoriais e gastrointestinais.

Cada item é avaliado através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, que podem ir desde a ausência até à intensidade invalidante.

Administração

A escala pode ser auto administrada.

Interpretação / Cotação

A nota global vai de 0 a 60.

A soma das notas dos itens permite obter uma nota de ansiedade psíquica (itens de 1 a 6 e 14) e uma nota de ansiedade somática (itens de 7 a 13).

A nota mínima para inclusão num ensaio terapêutico é de 20.

Características Psicométricas da Escala

A sensibilidade à mudança foi largamente validada através de numerosos ensaios. A sua aptidão em distinguir diferentes graus de gravidade através de uma

avaliação global é satisfatória, com apenas uma ligeira insuficiência para os graus ligeiro-ausente.

Quanto à sua estrutura, duas análises dos conteúdos principais feitas por Hamilton e P.Pichot deram resultados rigorosamente idênticos com um factor geral com o qual todos os itens estão fortemente correlacionados (saturação > 4 com excepção dos itens 11 e 12). A rotação Varimax colocou em evidência dois factores, o primeiro “psíquico” (itens 1 a 6 e 14) e o segundo “físico” (itens 7-13). Estes resultados foram obtidos com amostra de diferentes cotadores, psiquiatras para Hamilton e médicos generalistas para Pichot, o que dá robustez e a possibilidade de utilização pelos não especialistas.

Aplicações

A HAMA tem sido muito utilizada essencialmente no decurso de ensaios terapêuticos de ansiolíticos e de antidepressivos. Constitui uma escala de referência para numerosos trabalhos de validade concordante e de psicopatologia quantitativa.

Interesses – limites

Segundo os autores trata-se de um instrumento sensível à mudança; do ponto de vista da estrutura factorial, apresentou-se estável.

A acentuação colocada sobre os sintomas somáticos limita o seu interesse para uma amostra de pacientes cuja expressão ansiosa é, sobretudo, somática.

Limites: Em certos casos a multiplicidade de rubricas propostas para cada item, apesar da co-variação entre eles, pode complicar o papel dos investigadores. É contudo o caso de todas as escalas onde os itens não têm uma definição precisa, e a presença unívoca de um item depressivo parece prejudicar a pureza do instrumento. A tónica dada aos sintomas somáticos é muito importante. Trata-se de uma escala relativamente longa o que contribui para “pesar” certos protocolos.

12.3 - Escala Visual Analógica (EVA)

Descrição

Criou-se uma escala de auto-avaliação de natureza analógica dos estados subjectivos dos participantes, antes do início das avaliações (exames ou frequências).

Esta escala foi baseada no trabalho de Norris (1971) (Frenckell, 1992) e no artigo de Guimarães (1998).

Criaram-se 5 itens relacionados com a ansiedade psíquica e física , constituídos por:

Sinto-me fora de controle

Sinto-me confiante

Sinto-me ansioso/a

Tenho as mãos a tremer

Lembro-me da matéria que estudei

Os itens foram avaliados pelo próprio sujeito que numa linha recta de 100 mm que liga dois pontos opostos de zero a dez, anotando a sua percepção sobre a ansiedade do momento.

Guimarães refere os trabalhos de Kidson e Hornblow (1982) nos quais este tipo de instrumentos tem permitido a avaliação do estado emocional tanto em pacientes ansiosos quanto em pacientes submetidos a situações diversas como: reacções de estudantes a exames (Guimarães, 1998).

Administração

Foram dadas instruções orais aquando da entrega das escalas, alguns dias antes das avaliações e instruções escritas na folha de preenchimento

“Antes de começar o seu 1º Exame / Frequência por favor assinale com “x” de zero a dez, como se sente nas seguintes cinco questões.”

Esta escala foi aplicada em três momentos:

1- Época de exames do 2º semestre 2003/4 Outubro de 2004, antes de qualquer intervenção experimental.

2- Época de exames do 2º semestre de 2004/5, Junho de 2005, depois das sessões de TRV-C, para verificar os possíveis efeitos da TRV-C, no controlo da ansiedade e *stress* com relação à avaliação nos exames ou frequências.

3- No *Follow Up* repetiu-se a EVA, antes dos exames/frequências do 1º semestre de 2006/7, Janeiro de 2006, para verificar se houve permanência dos resultados.

Objectivos:

Obter um conhecimento do funcionamento dos participantes, com especial incidência na ansiedade do modo como vivenciam a proximidade das avaliações escolares (exames ou frequências).

Interpretação / Cotação

A avaliação da escala foi feita por comparação com os 3 momentos da avaliação, sendo o próprio participante a *base line*.

A transformação logarítmica dos resultados gera uma distribuição normal, o que permite o uso de métodos paramétricos de análise.

12.4 - NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto

Avaliação da Personalidade - Descrição

O Inventário de Personalidade NEO-PI-R mede as cinco grandes dimensões da personalidade (os cinco grandes factores) e os traços (ou facetas) mais importantes que definem cada um desses factores, através de trinta facetas que representam distinções /especificações importantes, no interior de cada um dos domínios (Costa, 2000). O modelo dos cinco factores está integrado numa perspectiva dinâmica da personalidade.

Quadro 2 - Cinco domínios do NEO-PI-R, as suas 30 facetas e respectiva caracterização

Facetas NEO-PI-R	Características
NEUROTICISMO	
N1: Ansiedade	Tenso, medroso, apreensivo <i>vs</i> calmo, corajoso
N2: Hostilidade	Irritável, frustrável e zangado <i>vs</i> amigável, não se ofende
N3: Depressão	Sem esperança, triste <i>vs</i> com esperança, optimista
N4: Auto Consciência	Envergonhado, embaraçável <i>vs</i> seguro, à vontade
N5: Impulsividade	Incapaz de resistir às tentações <i>vs</i> resiste aos desejos
N6: Vulnerabilidade	Nervoso, com <i>stress</i> <i>vs</i> calmo, resistente
EXTROVERSÃO	
E1: Acolhimento	Amigável, conversador, afectuoso <i>vs</i> frio, formal
E2: Gregariedade	Gregário, alegre, social <i>vs</i> evita multidões, solitário
E3: Assertividade	Dominante, confiante, decidido <i>vs</i> evita afirmar-se
E4: Actividade	Enérgico, com ritmo rápido <i>vs</i> sem pressa, deliberado
E5: Procura Excitação	Exibicionista, aprecia estímulos e riscos <i>vs</i> cauteloso
E6: Emoções Positivas	Alegre, espirituoso, divertido <i>vs</i> plácido, sério
ABERTURA À EXPERIÊNCIA	
O1: Fantasia	Imaginativo, elabora fantasias <i>vs</i> realista, prático
O2: Estética	Valoriza a experiência estética <i>vs</i> insensível à beleza
O3: Sentimentos	Emotivo, sensível, empático <i>vs</i> leque limitado de emoções
O4: Acções	Procura a novidade e variedade <i>vs</i> prefere o familiar
O5: Ideias	Curioso, orientado teoricamente, analítico <i>vs</i> pragmático
O6: Valores	Horizontes largos, tolerante <i>vs</i> dogmático, conformista
AMABILIDADE	
A1: Confiança	Atribui intenções benevolentes aos outros <i>vs</i> cínico
A2: Rectidão	Franco e frontal <i>vs</i> maquiavélico, calculista
A3: Altruísmo	Altruista <i>vs</i> centrado em si próprio
A4: Complacência	Complacente, tolerante, brando <i>vs</i> antagonista, contestador
A5: Modéstia	Humilde, modesto, simples <i>vs</i> arrogante, narcisista
A6: Sensibilidade	Guiado por sentimentos ao ajuizar <i>vs</i> realista, racional
CONSCIENCIOSIDADE	
C1: Competência	Sente que é capaz e eficaz <i>vs</i> sente-se incapaz
C2: Ordem	Limpo, organizado, ordenado <i>vs</i> desleixado
C3: Obediência Dever	Adesão a padrões de conduta <i>vs</i> irresponsável
C4: Luta Realização	Atraído pelo êxito, diligente <i>vs</i> não ambicioso
C5: Auto disciplina	Persistente <i>vs</i> prostrado, desiste em face da frustração
C6: Deliberação	Cauteloso e ponderado, planificador <i>vs</i> espontâneo

Descrição resumida dos domínios segundo Lima & Simões (2000)

“ NEUROTICISMO (N)

Avalia a adaptação *vs.* instabilidade emocional. Identifica indivíduos com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de coping desadequadas.

Características do sujeito com pontuação alta:

Preocupado, nervoso, emocionalmente inseguro, sentimento de inadequação, hipocondríaco.

Características do sujeito com pontuação baixa:

Calmo, relaxado, resistente, seguro, não-emotivo, satisfeito consigo.

EXTROVERSÃO (E)

Avalia a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria.

Características do sujeito com pontuação alta:

Sociável, activo, falador, orientado para a relação interpessoal, optimista, amante da diversão, afectuoso.

Características do sujeito com pontuação baixa:

Reservado, sóbrio, pouco exuberante, distante, orientado para a tarefa, tímido, silencioso.

ABERTURA (O)

Avalia a procura proactiva e apreciação da experiência por si própria: a tolerância e exploração do não familiar.

Características do sujeito com pontuação alta:

Curioso, com interesses diversos, criativo, original, imaginativo, não tradicional.

Características do sujeito com pontuação baixa:

Convencional, pragmático, limitado, não artístico e não analítico.

AMABILIDADE (A)

Avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai, desde a compaixão, ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções.

Características do sujeito com pontuação alta:

Sentimental, bondoso, de confiança, prestável, disposto a perdoar, crédulo, recto.

Características do sujeito com pontuação baixa:

Cínico, rude, desconfiado, pouco cooperativo, vingativo, impiedoso, irritável, manipulador.

CONSCIENCIOSIDADE (C)

Avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas.

Características do sujeito com pontuação alta:

Organizado, confiável, trabalhador, auto-disciplinado, pontual, escrupuloso, arranjado, ambicioso, perseverante.

Características do sujeito com pontuação baixa:

Irresponsável, preguiçoso, despreocupado, frouxo, negligente, hedonista e sem objectivos.", (Lima, 2000, p. 73).

O modelo dos cinco factores (ou domínios) é uma representação dimensional da estrutura da personalidade, possibilitando a compreensão e predição de acontecimentos de vida, como por exemplo: sucesso na carreira, compreensão da adversidade cultural, adaptação às mudanças, bem-estar psicológico e estilos característicos de *coping*.

“Os traços - definidos como constructos relativamente estáveis e duradouros nos pensamentos, sentimentos e comportamento têm “fornecido a base teórica para a maioria da investigação intercultural no domínio da personalidade” Church citado por (Lima, 2003, p. 21).

Administração

Individual ou colectiva

Duração 40 a 50 minutos

Aplicação: Adolescentes e adultos (a partir dos 17 anos)

Objectivos

A avaliação dos cinco principais domínios da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

Permite uma avaliação global da personalidade “normal” do adulto em diferentes contextos: Clínico, Vocacional, Organizacional e Laboral, Saúde e Investigação, entre outros.

Interpretação dos resultados

Cotação - Feita por disquete fornecida pela editora (CEGOC-TEA), que permite obter resultados e um perfil do sujeito (Costa, 2000).

Normalização – Notas percentílicas

Grupos normativos – Várias amostras distribuídas segundo o sexo.

As escalas da NEO medem traços cujas pontuações se aproximam da distribuição normal. A maior parte dos sujeitos encontra-se na média, com uma percentagem pequena de indivíduos nos extremos. Segundo Lima & Simões (2000), os autores Costa & MacCreae (1992), sugerem sumariar os resultados distribuindo-os em cinco níveis: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, citado por (Lima, 2000).

A avaliação dos cinco factores dá-nos uma perspectiva das tendências do indivíduo, de um modo geral e relativamente estável.

“Através da descrição do posicionamento do sujeito nas cinco dimensões/factores, obtém-se um esquema compreensivo, que sintetiza o seu estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional representando diferenças individuais importantes.” (Lima, 2000, p. 11). As pontuações, obtidas ao

nível das escalas das facetas, dão uma análise mais aprofundada do sujeito, porque possibilitam a medição dos traços específicos de cada domínio dos cinco factores.

Visto que os sujeitos podem ter pontuações num domínio, mas comportamentos muito diversos, devido a outra combinação das pontuações das facetas.

12.5 - Questionário de Experiências de Dissociação (QED) (Riley, 1988)

Descrição

Mede a predisposição para experiências dissociativas, sendo que a dissociação é uma falha para integrar os pensamentos, sentimentos e acções da consciência. Tem sido colocada a hipótese de que é da dissociação que resultam os fenómenos: "histeria clássica", estados de transe, sintomas de conversão, personalidade múltipla e experiências dissociativas associadas à epilepsia do lobo temporal (Riley, 1988).

A escala de QED tem sido desenvolvida e testada extensivamente na população em geral. A escala é composta por 26 itens ou afirmações, formuladas na primeira pessoa do singular, cuja resposta é «sim» ou «não».

A QED mostra uma boa validade, confiabilidade e fiabilidade internas.

A QED foi baseada na crença de que apesar de a dissociação ser um continuum, prevalece mais em certos grupos de diagnósticos.

Administração

A escala pode ser auto administrada.

O questionário foi aplicado após as sessões de TRV-C pedindo-se aos participantes que o preenchessem de acordo com o que sentiram relativamente às sessões de TRV-C, tendo em conta as experiências das sessões.

Interpretação / Cotação

Mede a predisposição para estados dissociativos, qualquer que seja a sua etiologia. O seu valor de corte, para a população em geral é de 9.92 e o desvio padrão de 4.28.

Considera-se os valores acima da média somado um desvio padrão, como indicadores de uma predisposição para estados dissociativos (qualquer que seja a sua origem).

12.6 - Auto-avaliação do estado modificado de consciência (APZ) (Dittrich, 1975)

Descrição

Serve para rastrear a existência de um estado modificado de consciência.

Os itens colocam em evidência uma alteração (primária) do pensamento, da vivência do tempo, medo de perda do auto controle, emoções intensas, alterações do esquema corporal, alterações da percepção visual, como alucinações, visões, ilusões e sinestésias, bem como alterações do significado dos objectos no ambiente (M. Simões, Polónio, P., Von Arx S., Staub E., & Dittrich, A., 1986).

O questionário contém 72 itens, formulados na primeira pessoa do singular, cuja resposta é «sim» ou «não».

Foi aplicado após as sessões de TRV-C pedindo-se aos participantes que o preenchessem de acordo com o que sentiram relativamente às sessões de TRV-C tendo em conta as experiências das sessões.

Administração

A escala pode ser auto administrada.

Interpretação/ Cotação

Considera-se que uma das dimensões do APZ está presente se metade ou mais dos itens de cada sub-escalas correspondentes forem respondidos afirmativamente. As três sub-escalas, no seu conjunto, constituem uma escala secundária global.

1-“Auto-ilimitação Oceânica”: corresponde aos itens: 1, 7, 13, 16, 31, 34, 68, 84, 92, 95, 127, 129, 147. É caracterizada por uma dissolução de lógica, espaço, tempo, esquema corporal e limites, e que se culmina numa vivência de fusão (unidade) com o universo, acompanhada por sentimentos de felicidade e paz. (Scharfetter, 1999). Descreve um estado emocional semelhante ao descrito em experiências místicas.

2-“Auto-dissolução Angustiante” corresponde aos itens: 9, 32, 40, 44, 55, 56, 64, 66, 71, 83, 91, 105, 107, 110, 131, 133, 136, 141, 148, 156, 157, 158. Caracteriza-se por uma sensação de tortura, separação, dividida, paralisada, perdida (Scharfetter, 1999). Descreve um estado emocional desagradável, semelhante ao descrito frequentemente por consumidores de drogas como má viagem (“bad trip”). Medo, sentimento de abandono e desfalecimento são emoções dominantes.

3-“Reestruturação Visionária” corresponde aos itens: 14, 29, 33, 42, 43, 51, 70, 80, 100, 129, 120, 128, 134, 138. Inclui pseudo alucinações visuais, visões, ilusões, sinestias e alterações do significado do ambiente (Simões et al., 1986)

12.7 - Galvanómetro

O Galvanómetro “Regista a condutância da pele, é um excelente marcador de activação simpática. No entanto, é demasiado dependente de factores externos (natureza dos contactos na pele, temperatura, humidade da sala, etc.) para permitir avaliar ou quantificar estados. É também inespecífico em relação à natureza da emoção subjacente-o choro, o riso, a raiva ou a excitação sexual são indistintos deste ponto de vista” (Sobrinho, 1999, p. 45). Considerou-se que havia um estado de relaxamento hipnoidal quando a resistência galvânica da pele baixava cerca de um terço, com relação ao valor inicial.

12.8 – Anamnese

Na entrevista de anamnese adaptou-se a entrevista de “Avaliação do Funcionamento Global de Óscar Gonçalves (1990).

Objectivos:

Obter um conhecimento global do funcionamento dos participantes, e dos sistemas em que se encontram inseridos.

A perspectiva da entrevista é semi-aberta, onde se cria espaço para que o participante expresse a sua história de vida, relações afectivas, etc., o que dá a percepção de como o participante experimenta o seu mundo real e as suas representações internas.

Foi também tido em conta as áreas problemáticas, com questões sobre o modo como se preparam e vivenciam os exames ou frequências. Assim, os principais objectivos da anamnese são:

- 1.1 Recolher informação geral
- 1.2 Avaliar a história do funcionamento familiar
- 1.3 Avaliar a história do funcionamento educacional (com particular incidência sobre o modo como vivenciam as situações de avaliação)
- 1.4 Avaliar o funcionamento ocupacional
- 1.5 Avaliar a história e funcionamento da saúde e identificação dos possíveis núcleos psicopatológicos
- 1.6 Avaliar as tarefas de desenvolvimento
- 1.7 Avaliar as competências de vida
- 1.8 Avaliar os contextos sociais
- 1.9 Avaliar as crenças espirituais
- 1.10 Avaliar as expectativas dos participantes
- 1.11 Esclarecimento sobre a TRVC

1.12 Informar acerca dos limites e potencialidades do processo terapêutico

1.13 Início de uma relação de ajuda

1.14 Estabelecer uma aliança terapêutica

Achámos importante pesquisar as crenças Espirituais, tendo em conta que estas podem influenciar os conteúdos das vivências regressivas.

A Anamnese, neste caso, é vista como perspectiva de análise e funcionamento dos Indivíduos. Segundo Gonçalves, O. (1990) "...o objectivo da análise do funcionamento global é o de proceder a um estudo aprofundado do indivíduo nas várias áreas e dimensões da sua existência de modo a que a análise da problemática apareça integrada num quadro de referências explicativo, tão vasto quanto possível."

2. Método:

2.1. Questões abertas e fechadas centradas em cada uma das áreas referidas

2.2. Escuta empática das problemáticas emergentes, com indicações psicoterapêuticas quando necessário.

13 - Amostra

Neste estudo pretendeu-se enquadrar na investigação os estudantes do ensino universitário, como já dito anteriormente, (como professora e psicoterapeuta) um dos nossos/meus interesses é conhecer melhor as problemáticas destes alunos.

Universo Alvo – Estudantes universitários

13.1 – Justificação para a escolha da amostra

A escolha do Universo de casos de estudo foi feita na Universidade da Madeira, aproveitando o recurso disponível do investigador por trabalhar nesta instituição e, consequentemente, ter maior facilidade em recrutar os participantes para o estudo.

Procurou-se constituir uma amostra homogênea do ponto de vista do sintoma. Assim, o grupo alvo foi composto por população estudantil universitária, da Universidade da Madeira. Todos apresentaram um alto índice de ansiedade e/ou *stress* com relação à avaliação nos exames ou frequências.

Inicialmente candidataram-se ao estudo trinta e quatro participantes, tendo preenchido a ficha de inscrição e as escalas de *stress* e ansiedade. Destes participantes foram seleccionados vinte e oito alunos tendo em conta os seguintes critérios:

13.2 - Critério de inclusão

Stress elevado tendo sido considerado um desvio padrão ou mais acima da média na escala de Cohen (Frenckell, 1992), e na ansiedade considerou-se para a experiência, um mínimo de 20 pontos na soma da ansiedade psíquica e somática na escala de Hamilton (Pellet, 1992).

13.3 - Critério de exclusão

Indivíduos portadores de patologia psiquiátrica, com uso de medicação.

13.4 - Amostra Inicial

Dos 28 participantes restaram apenas dezassete, uma vez que alguns participantes não compareceram à entrevista de anamnese; outros desistiram depois da entrevista, tendo alegado falta de tempo devido ao acréscimo de trabalhos, frequências e a proximidade dos exames.

13.5 – Amostra Final

A amostra final foi constituída por treze participantes. Contudo, no estudo qualitativo utilizou-se os dados da TRV-C de mais quatro participantes que entretanto não chegaram ao final do estudo. Estes dados serviram para compreender e aprofundar as CT, de modo qualitativo. cf (fig62).

14 – Intervenção com TRV-C

14.1 - Setting

As sessões tiveram lugar na sala do gabinete de Psicologia da UMa, situada no piso -1 do edifício da Penteada. Este corredor costuma ser muito frequentado pelos alunos da UMa por nele se encontrar a reprografia e a Associação de Estudantes, não era controlável o ruído proveniente desta passagem.

O mobiliário era composto por dois armários, uma mesa baixa de apoio, um sofá comprido com espaço suficientemente adequado para que os participantes se pudessem deitar confortavelmente, uma almofada, uma manta, dois maples e uma janela ampla com estores, podendo controlar a luminosidade da sala. Aparelhagem de som e dois gravadores.

Tempo aproximado da sessão 120 minutos.

14.2 - Preparação para as sessões de TRV-C

Inicialmente procedeu-se a uma breve conversa com o participante, onde este colocava as suas questões, por vezes referindo alguns factos da sua vida pessoal. Estes momentos tiveram como objectivo o relaxamento do participante e a centralização no tema do trabalho a realizar. Alguns participantes mostraram receio de não conseguir relaxar e entrar em EMC. Clarificaram-se esses “medos” deixando claro o modo como se iria proceder ao relaxamento e aprofundamento caso fosse necessário.

Explicou-se que o nível de EMC seria ligeiro a moderado, mantendo-se vigil, sempre a par do que se passava, que teria sempre o controlo da situação e que, inclusive, poderia interromper, a qualquer momento, se achasse necessário. Que se lembraria dos conteúdos da vivência depois de voltar ao estado “normal”/acordado.

Só nos estados de transe profundo é que pode haver amnésia, o que não se coaduna com os objectivos terapêuticos.

Foi também pedida autorização para, em caso de necessidade de aprofundamento, utilizar o toque na zona da glabella (zona central da testa) ou no plexo cardio-toraxico (massagem pré-cordial, com a mão aberta massajar a zona do externo). No caso de utilizar este procedimento seria informado de modo a que não se surpreendesse. Esta é uma das técnicas de aprofundamento utilizadas quando há resistência inicial ou durante uma vivência.

Procurou-se que os participantes se sentissem o mais confortável possível, ficando à vontade, utilizando almofada ou não, alargando a roupa, tirando os sapatos, óculos, adornos, etc. Os participantes escolheram o lado do sofá onde se sentiam mais confortável para colocar a cabeça (virados para a janela ou para o armário). Utilizou-se uma manta para cobrir, pois é usual a temperatura do corpo baixar quando entram em EMC. A luz ambiente foi difusa e acertada pelas preferências dos participantes. Pediu-se para se colocarem em decúbito dorsal, mas outras posições foram também aceites.

Colocação do microfone do gravador na lapela do vestuário. Colocação dos eléctrodos no anelar e indicador da mão direita ou esquerda de acordo com a direcção que os participantes escolheram para se deitar. Colocação do Galvanómetro - AT64 Portable SCR - para medir a condutância da pele para avaliar o momento em que os participantes entravam em EMC.. O galvanómetro dá a indicação de entrada em EMC quando baixa cerca de 1/3 do valor inicial apresentado pelo participante no início do relaxamento.

14.3 – Indução e Procedimentos da TRV-C

Os procedimentos da TRV-C foram adaptados do Manual Prático de TRV-C, fornecido no II Curso Pós graduado de Aperfeiçoamento em Terapia por Reestruturação Vivencial e Cognitiva- TRV-C (M. Simões, 2004a).

Da observação das sessões práticas do curso, do material trabalhado na supervisão (com a formadora Dr.^a Madalena Moreira) e das próprias vivências da investigadora nas sessões didácticas, além das leituras feitas para o estudo, este

conjunto de informações e experiências criam no investigador uma espontaneidade intuitiva, que se opera nos momentos de trabalho, como é comum em psicoterapia.

Quando trabalhamos com seres humanos de modo individual, as suas características e reacções nunca são exactamente iguais...cada indivíduo tem o seu processo e modo de reagir particular/específico).

“ O terapeuta deve confiar em si e na espontaneidade da sua condução tendo atenção na forma como faz as perguntas para não serem indutoras das respostas” (M. Simões, 2004a, p. 24).

O Guião funciona como linha orientadora dos procedimentos. Os passos do mesmo são descritos abaixo. (guião, ver anexo).

14.4 - Relaxamento

Os participantes escolheram por onde preferiam iniciar o relaxamento: pés ou cabeça. O experimentador inicia a indução em EMC com instruções verbais e fundo musical (Sun, 1984).

O início do relaxamento começa com instruções dirigidas ao corpo, quando o participante apresenta sinais de estar em EMC (através dos sinais corporais tais como: abrandamento do ritmo respiratório, ausência de contracção muscular, movimentos oculares rápidos (em alguns casos), e o galvanómetro baixa cerca de 1/3 do valor inicial, procede-se ao aprofundamento.

Algumas das instruções utilizadas foram por exemplo:

“Ouça a musica que está a tocar e aproveite a suavidade desta música a fim de libertar todas as suas tensões.”

“Concentre-se na sua respiração.....respire lenta e profundamente. Sinta a sua respiração.....sinta o ar entrar pelas suas narinas e elevar o abdómen e o tórax.....”

“Preste atenção na minha voz, somente na minha voz, nesta música que está a tocar e na sua respiração.....”

“Uma sensação de bem estar envolve-o/a nesta instante..... descanse..... mantenha-se calmo/a, tranquilo/a, conservando a mente bem serenarelaxe-se.

Relaxe-se.... está a entrar num nível de relaxamento físico e mental cada vez mais profundo... está a entrar em relaxamento profundo e a sua mente permanece consciente...”

“Agora sinta o relaxamento a processar-se em todo o seu corpo e na sua mente... deixe o seu corpo leve, solto, relaxado, profundamente relaxado...descanse.”

14.5. – Aprofundamento

Nesta fase, ou mesmo antes, alguns dos participantes já estavam em EMC, passando-se então à etapa seguinte.

Quando necessário foi utilizada a visualização, com o objectivo de aprofundar o nível de relaxamento. A imagem utilizada foi a da “Estrela” (em anexo).

Também se utilizaram algumas técnicas de aprofundamento da hipnose, massagem na gabela ou plexo cardioráxico, avisando sempre o participante antes de tocar.

14.6 - Conexão com o “Inconsciente ou arquivo de memórias”

Sugeriu-se que o paciente através de formulações verbais próprias, trouxesse para o aqui e agora os eventos do seu passado próximo ou remoto, relacionadas com o problema da ansiedade nos exames com frases do tipo:

“Agora neste estado de profundo relaxamento, calma, tranquilidade interior, a sua mente consciente faz uma conexão com a sua mente inconsciente. A sua mente está bem receptiva. Sinta, perceba, intua o que está gravado no seu arquivo de memórias”

“A sua mente está a levá-lo/a para a cena que irá hoje vivenciar para melhor elucidação do seu problema de *stress* e ansiedade. Está a regredir, dando um salto no tempo, trazendo as lembranças do seu passado para o seu presente.”

“Regrida...retorne a um passado próximo ou remoto, cujas lembranças precisa vivenciar aqui. Lembre-se que quando eu chegar ao “1” vai voltar àquela cena ou

episódio que envolve emoções, sentimentos, sensações, situações, lugares ou pessoas que deixaram marcas no seu inconsciente, que estão na causa do *stress* e ansiedade.”

Fez-se uma contagem de cinco para um lenta e pausadamente, no final da contagem o investigador diz com voz incisiva “diga a primeira coisa que lhe vem à mente!...o que está a ver... sentir...intuindo...”

14.7 - Vivência “regressiva” Cenas Traumáticas (CT)

Durante a vivência do/s momento/s traumático/s, o participante descreve total ou parcialmente a/s situação/s, que de qualquer modo estão ligadas ao seu problema de *stress* e ansiedade actual, o investigador ajuda o participante a aprofundar, repetindo as suas palavras ou com ganchos verbais do tipo “Como se...como se..., prossiga na cena...que mais lhe acontece... como se sente?”

Em algumas situações foram utilizadas técnicas de *role play* hipnodrama que se utilizam na técnica da hipnose, tais como “olhe nos olhos e diga o que tem vontade de dizer agora...isso...mais forte...continue...mergulhe nessa emoção. Aqui está seguro(a), tenha confiança, entregue-se, solte-se. Pergunte ao seu inconsciente se há mais alguma que necessite relembrar relacionado com o seu problema. A técnica de dissociação foi também utilizada com frases do tipo: “projecte esta cena num ecrã e veja de fora, como se tivesse o controlo na mão e pudesse ampliá-la ou diminuí-la conforme a sua vontade... continue a olhar a sala de aula. O que é que se passa agora?”

14.8 - Decisão

O investigador ajuda a identificar a decisão tomada naquele momento da CT, quase sempre de modo cognitivo subliminar, que o levou a definir um programa ou padrão de vida, de comportamento negativo, influenciando-o de modo prejudicial, levando-o a reagir inconscientemente, do mesmo modo diante de circunstâncias,

vagamente semelhantes à situação inicial, de acordo com os pressupostos da PNL (já descrito anteriormente).

14.9 - Desprogramação

Consiste na leitura de frases que visam desvincular as emoções, sentimentos, sensações e pensamentos das experiências traumáticas experimentadas na vivência regressiva pelo participante, libertando-o das reacções emocionais associadas. O investigador orienta a “desprogramação, por exemplo:

“Vai então agora olhar para esta cena, toda esta cena que acabou de reviver, em que a professora berra, em que se sente mal, que o seu coração está triste e vai pegar no controlo do ecrã e vai diminuir a cena até ficar pequena,... a situação da escola... mais pequena...vai diminuir a imagem no ecrã e cada vez que se lembrar desta situação da escola primária e da professora X vai ficar apenas uma lembrança, uma recordação dissociada, desligada da emoção que viveu aqui e agora. Vai ser apenas uma lembrança, ... sem as emoções negativas que viveu... fica apenas como uma lembrança.”

14.10 - Redecisão

O investigador ajuda o participante a elaborar uma redecisão, com o objectivo de mudar o padrão negativo de comportamento e pensamento, através de uma frase de redecisão em que estabelece as metas de mudança, que implicam mudanças no seu sistema de crenças e valores e consequente mudança de atitudes que vão resultar no efeito terapêutico.

A redecisão está relacionada com a área cognitiva da técnica. É quando se pretende que o paciente assuma com ele próprio um projecto de mudança, que é expresso através da elaboração de uma frase que expresse uma mudança de atitude (interna e externa).

A frase da redecisão deve ser feita na afirmativa, primeira pessoa do singular, com o verbo no presente do indicativo, evitando a negação na frase. Ex: “a partir de

agora, sinto-me forte”, “A partir de agora enfrento o medo e tenho confiança em mim própria/o”

Em seguida o investigador dá instruções do tipo:

“ Grave esta frase no seu inconsciente para trabalhar com ela, dia a dia, na sua programação positiva”

“Projecte esta frase na sua tela mental, para reformular-se na acção transformadora que vai desenvolver consigo mesmo/a, no seu processo de auto-cura ou de auto-resolução de conflitos, com os quais vai trabalhar, a partir de agora, para obter uma vida melhor, com a realização das tarefas que lhe competem e que já está a propor-se.....”

“Escreva bem grande numa tela “A partir deste momento, eu limpo a minha alma de palavras que me magoam”. Muito bem! Ampliou? Deixe que isto fique gravado no seu inconsciente, bem forte... deixe que esta nova decisão fique gravada no seu inconsciente, fique a trabalhar dentro do seu inconsciente, duma forma forte, segura, esta limpeza da alma, para não deixar que as palavras o/a magoem... está bem projectado na tela? Agora projecte na tela mental, para reformular, para se reformular internamente, para que a acção transformadora se vá desenvolvendo consigo mesma... no seu processo de auto-cura, de auto-resolução de conflitos, com os quais vai trabalhar a partir de agora para obter uma vida melhor... com a realização das tarefas que lhe competem... quer seja nos exames, quer seja no resto da vida... já que se está a propor que a partir deste momento limpa a sua alma das palavras que a magoam. Muito bem!”

A repetição tem o objectivo de reforçar a redecisão.

14.11 - Lugar Seguro

O objectivo deste momento é reequilibrar o participante, após a vivência da cena/s traumática/s, reforçar positivamente a possibilidade de a sua própria mente poder encontrar lugares onde se sintam bem através das suas memórias, ou imaginação, e para em momentos futuros poder utilizar esta técnica em estados de relaxamento.

As instruções são por exemplo:

“Vai agora andar para a frente... ou para trás, para um momento no seu inconsciente em que se tenha sentido perfeitamente bem, descansado/a, em paz. Deixe que o seu inconsciente o/a leve a um momento de tranquilidade e em paz interior.”

“Projecte no ecrã e amplie esta situação, esta cena... amplie-a bastante,... deixe-se invadir por esta sensação de liberdade,... calma,... contentamento... usufrua deste momento, fixe bem no seu inconsciente esta sensação... como é que se sente?”

O Investigador confirma se o participante está bem e deixa-o alguns minutos nesta cena.

14.12 - Programação positiva

Afirmações positivas, ditas ao participante com o objectivo de actuar terapeuticamente na mudança de atitudes do tipo:

“auto-resolução dos conflitos, com os quais vai trabalhar a partir de agora para se sentir seguro na realização dos exames, para ter uma vida melhor”.

14.13- Retorno e finalização

Nesta fase o investigador situa o participante no aqui e agora e reforça a redecisão.

“No seu tempo, a seu jeito, vai começar a despertar, sentindo-se maravilhosamente bem... cheia de força... física e mental... muito bem disposta, muito bem desperta... confortável... ao seu jeito, do seu modo, no seu tempo... vai despertando... espreguiçando... eu vou contar de um a cinco e quando eu disser cinco está na personalidade da X dia X do ano, aqui na Universidade... está a despertar... sentir mais energia nas suas pernas... pode mexer um pouco os pés...”

O participante é orientado para se levantar lentamente.

“ Fez um bom trabalho, trabalhou bem, muito bem...E agora vai escrever a sua frase e vai guardá-la num papelinho... escreva a frase... ponha a data...”

O participante escreve num papel a sua redecisão e recomenda-se que a leia de manhã e à noite, ao adormecer (como forma de reforçar a mesma segundo os princípios da PNL e da auto-hipnose)

14.14- Reflexão sobre os temas emergentes durante a sessão.

Ao finalizar é dado um tempo ao participante, se sentir necessidade, para falar/reflectir sobre a sessão. O investigador deu o seu contacto e mostrou-se disponível para qualquer momento em que os participantes necessitassem de o contactar.

Dois participantes procuraram o investigador para suporte terapêutico, após algum tempo de terem terminado a experiência: uma pela morte da mãe, e uma outra por uma ruptura amorosa.

14.15 – Atitude do investigador

A sessão é conduzida usando os verbos no tempo presente, e quando o participante vivencia factos passados, insiste-se para que os traga para o presente, sugerindo: “diga/traça isso para o presente”, “o que está a acontecer consigo?” (em vez do que aconteceu consigo). Repetem-se as palavras ou frases ditas pelo participante de modo a ajudar a aprofundar e prosseguir na cena como por exemplo:

P: Eu teho um peso na ... testa

INV: ... na testa ... deixe que esse peso esclareça, através do seu corpo ... chegar à memória ... da origem do *stress* e ansiedade ... sinta o peso na testa ... é como se ...

P: Incomoda...!

INV: Isso!,... sinta esse incómodo,... amplie,... deixe vir ao de cima essa memória, deixe vir ao de cima essa vivência,... um peso,... incomoda,... incomoda,...

P: Parece uma tábua !

INV: ... uma tábua! ... isso! ... parece uma tábua ...

P: Pesada ...

INV: Sinta a tábua pesaa na testa ... como se ...

P: é isso ... isso faz com que eu não consiga ver nada! "

A técnica é dinâmica, não é dado muito tempo para o participante pensar (corre o risco de sair ,ou saltar para outra cena), salvo em alguns momentos específicos, tais como quando chora ou está a recompor-se no Lugar Seguro.

As instruções são incisivas e expressas como "ordens"do tipo: "Tente", "vá!", "sinta!", "está só? Sim ou não?"

A atenção do investigador ao participante é muito focalizada, de forma que o participante sinta que se está atento a todos os sinais, e se sinta seguro. Deve-se manter a mesma posição da cadeira, olhar o participante enquanto se dão as instruções (uma mudança da direcção da voz é suficiente para que este se aperceba), além de que os sinais corporais são extremamente importantes como feedback do participante. O investigador tem de estar atento e ao mesmo tempo deixar-se conduzir pela sessão.

15 - Resultados

15.1 - Caracterização do grupo inicial da amostra

Da totalidade dos dados recolhidos durante o estudo quantitativo apresentamos o resumo do grupo geral e em seguida os resultados individuais.

Para este estudo candidataram-se mais mulheres do que homens notando-se uma diferença acentuada entre os sexos (cf figura 2), com idades compreendidas entre os 19 e 49 anos (cf figura 3). A maioria situou-se entre os 20 e 24 anos de idade. Esta situação está relacionada com a população da UMa no tempo do estudo.

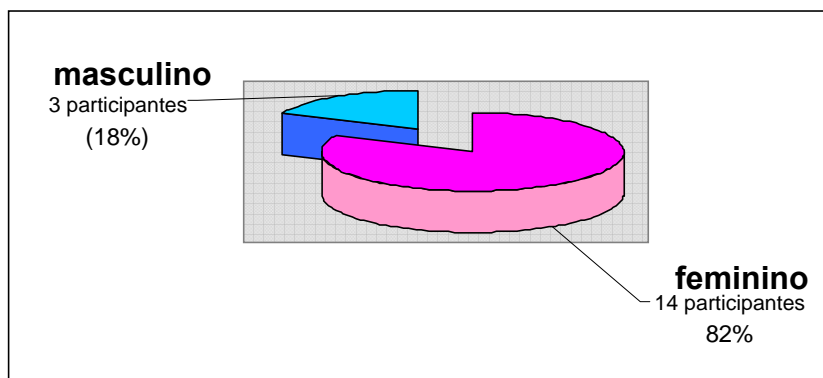


Figura 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo

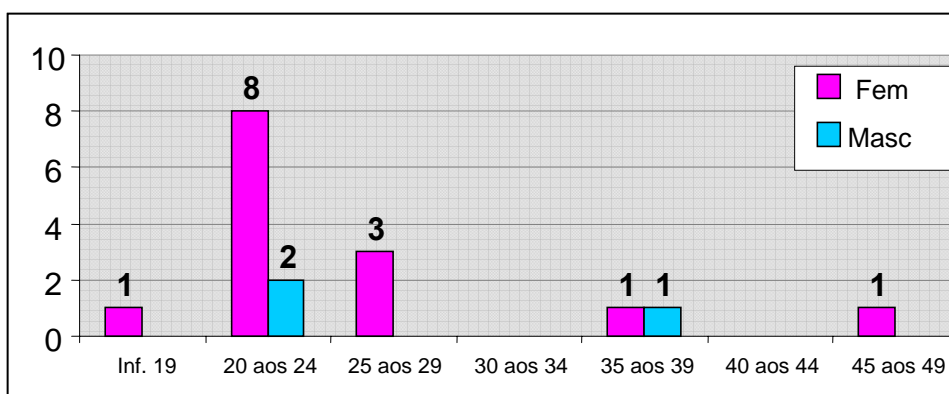


Figura 3 - Distribuição da amostra segundo idade

Os participantes a nível sócio-económico e cultural situam-se, maioritariamente, nos níveis baixo (cinco indivíduos) e médio alto (cinco indivíduos) sendo, na sua maioria, os participantes do sexo feminino. (cf figura 4)

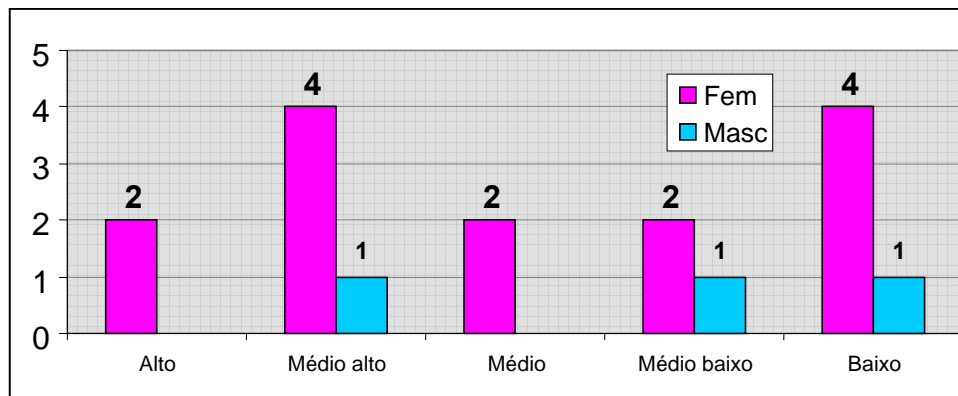


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo nível Socio-económico e Social

15.1.1 – Estado evolutivo dos participante: Resumo Quantitativo e Qualitativo

15.1.1.1 - Participante número 1

Idade: 26

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais nova de 3 irmãos

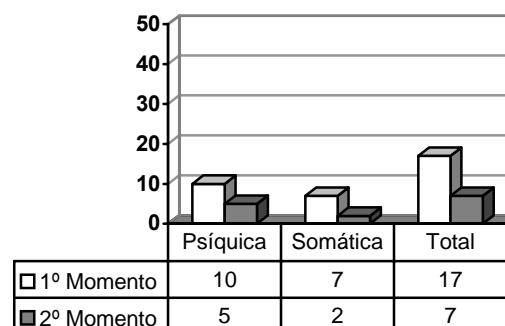


Figura 5 – Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

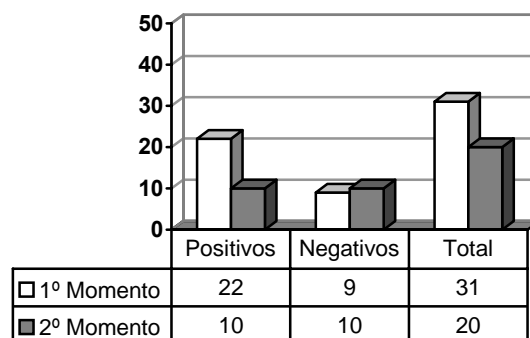


Figura 6 – Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

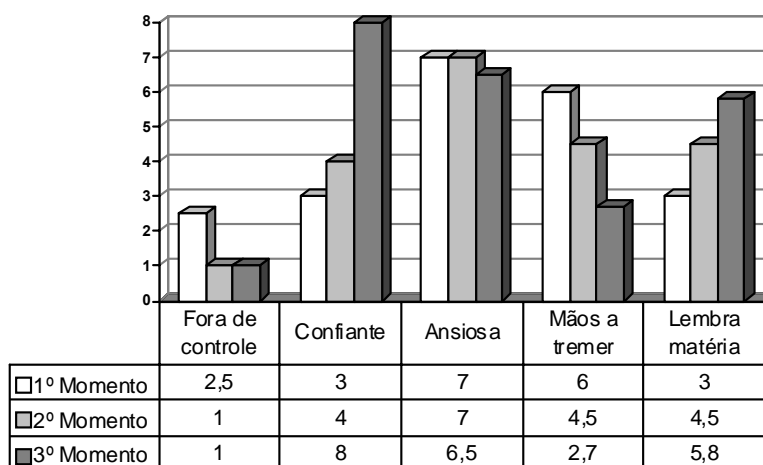


Figura 7 – Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 3 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	1	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	7	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	3	Med (8,04)

Quadro 4 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	13	Med (9,12)

No caso do participante nº1, e no que diz respeito ao *stress* e ansiedade verificou-se uma descida significativa em ambas escalas (no *stress* passou de 31 para 20, na ansiedade passou de 17 para 7) (cf figuras 5 e 6). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, nos três momentos, mostra uma melhoria significativa em todas, sendo a mais elevada na confiança, havendo também ganhos no controlo, na matéria estudada e nos sinais fisiológicos. No follow up (passados seis meses) o valor residual não só permaneceu como aumentou (cf figura 7). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 3). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ esteve em EMC (cf quadro 4).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: *Stress* e ansiedade, desmotivação no trabalho. Acha que a vida lhe corre mal e está bloqueada.

Relacionamento com a Mãe: é bom, quando briga, a mãe é muito sentimental e orgulhosa. Protege-a, por ser calma e passiva.

Relacionamento com o Pai é satisfatório; dormia muito; faleceu há 14 anos, com 39 anos de idade, num acidente de carro; tinha 12 anos.

História educacional: lembra-se de chorar quando foi para a primária. Na 4ª classe teve um castigo, a propósito de um desenho que tinha sido seleccionado; Não se sentiu valorizada. A professora disse: “vou-te bater” e a participante respondeu “dá, dá que tuavas”.

Vivência dos exames: são “como uma pedra no sapato”. Começa a programar os dias que faltam e vai adiando. Estuda um mês antes para a matemática, isola-se para que o estudo renda. Fica ansiosa, tensa e muitas vezes a tremer, desejando que o exame acabe, sente um frio na barriga, depois de terminado sente um bem-estar enorme.

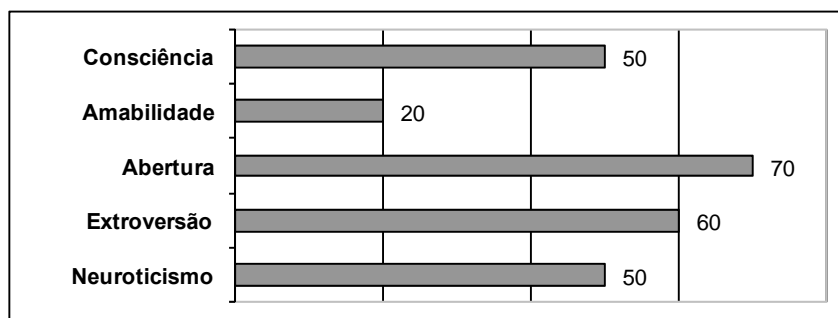


Figura 8 – Escala de Personalidade do participante 1

Em resumo: O participante apresentou elevada Abertura à Experiência (70) e Extroversão (60) caracterizando, assim, uma personalidade do tipo extrovertida, com tendência à exploração do seu universo pessoal e capacidade de mudança, com estruturas eficazes de coping. Denota uma baixa Amabilidade (20) provavelmente relacionado com os seus altos índices de *stress* e ansiedade ou uma provável baixa auto-estima, o facto de ter apresentado resistência à TRV-C (não regrediu na 1ª sessão) mostra falta de confiança em si mesma e insegurança. (cf.figura 8)

1ª TRV-C 12 Maio 2005

Não regrediu....viu tudo escuro.

2ª TRV-C 16 Junho 2005

1ª Cena: Cábula, medo de ser apanhada a copiar (secundário, 13/15 anos)

“Só vejo a escola!(...)Eu estou no pátio...

Sinto-me bem! (...) Não vejo ninguém...

Estou tipo no fundo das escadas... não sei qual é a porta que eu entro... da sala...

Estou na sala (...) lembro-me do professor, dos colegas...Sinto-me bem. Lembro-me (...), o professor, antes do exame, verificar as coisas, ver se as pessoas tinham cábulas e (...) Pronto! Que eu tinha uma cábula dentro do estojo! Só que o professor ao abrir o estojo não chegou a ver... e...Aliviada dele não ter descoberto...

Não sei! Talvez aquele receio do professor... tipo aquela coisa de meter medo (...) quando um professor chega à sala e...

Eu tenho sempre medo, ... a sensação é sempre a mesma (...) isso foi o primeiro medo que eu senti...

Pronto, é essa cena que o professor está a ver as coisas dos alunos para ver se eles têm coisas (...) para copiar e... e eu tinha e o professor viu o meu estojo e não chegou a encontrar nada (...) e eu fiquei contente que...

Fiquei aliviada mas fiquei com medo (...) Tipo ansiedade, ... nervoso, ... um nó no estômago..."

2ª Cena: Universidade: medo de ser apanhada a copiar (idade actual)

"Pronto, agora já imagino aqui na universidade, os professores quando entram (...) dá-me sempre aquele medo, aquele receio que (...) vou ser apanhada... ou que tenha alguma coisa que o professor veja (...) aquela sensação, nervoso, ... desejando que o exame comece e (...) tem coisas que eu não sei e não estou à vontade no exame!

...e o professor mete-me receio...

Mete receio tipo ser apanhada, dessa situação (...) a copiar!"

3ª Cena: Escola Primária. A professora ameaça que lhe vai bater (6/9 anos)

"Pronto, fiquei com medo, mas (...) fiquei forte e (...) enfrentei (...) disse: se tu dás, levas!

Pronto! É... é a minha autodefesa (...) porque ela estava a ser injusta, não tinha motivo para querer me bater (...) e eu nunca deixei que ninguém me batesse...

Eu mesmo que não esteja à vontade, eu enfrento seja lá o que for e (...) e foi mais ou menos como eu enfrentei a professora e... surpreendi-me,...que eu não estava à espera dessa minha reacção (...) Surpreendida comigo!

...Penso que talvez a minha própria auto-estima, a minha defesa, (...) o lutar por mim,... ter que lutar por mim mesma, sozinha,(...) E de não desistir... nem deixar-me ir abaixo..."

Lugar seguro: Não foi ao lugar seguro. (Utilizei a técnica de aprofundamento da Estrela)

Redecisão: “A partir de agora eu luto e sinto-me segura para enfrentar todas as dificuldades.”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“A vida melhorou, as notas melhoraram um pedacinho com relação ao ano passado. Sinto-me muito melhor, estava deprimida. A vida afectiva melhorou.”

15.1.1.2 - Participante número 2

Idade: 23

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais velha de 2 irmãos

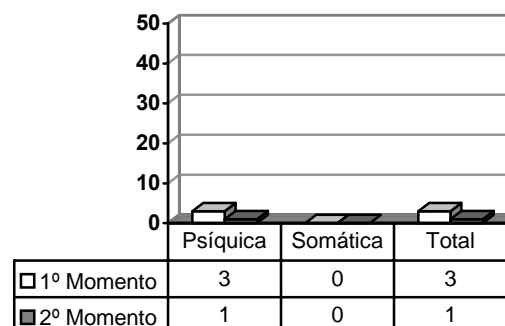


Figura 9 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

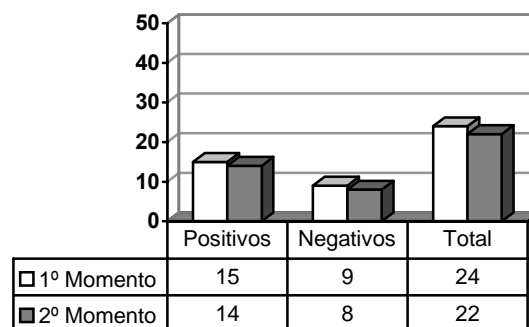
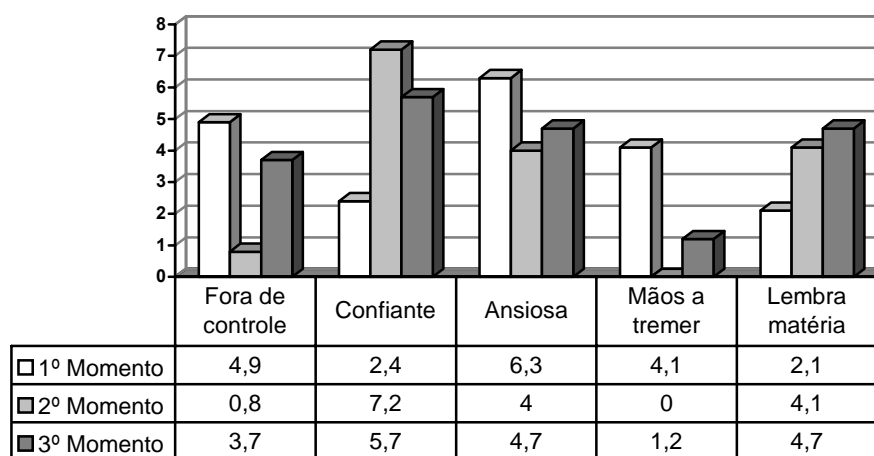


Figura 10 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de



qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

Figura 11 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 5 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	7	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	6	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	9	Med (8,04)

Quadro 6 - Valores da Escala QED (Riley,1988) (aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	4	1D.P. < Med (9,12)

No participante nº 2 verificou-se, igualmente, quer no *stress* quer na ansiedade do participante uma pequena descida (no *stress* passou de 24 para 22, na ansiedade passou de 3 para 1) (cf figuras 9 e 10). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostram uma melhoria significativa em todas, sendo a mais elevada na confiança, havendo também ganhos no controlo, na matéria estudada e nos sinais fisiológicos. No follow up (passados seis meses) o valor residual permaneceu embora tenha diminuído ligeiramente com relação ao 2º momento (cf figura 10). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 6). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 5).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: *Stress* nos trabalhos e bloqueio. Relacionamento com a Mãe: é bom, “é de confiança”.

Relacionamento com o Pai: é satisfatório. Sente-se pouco à vontade para se abrir com ele mas pode contar com ele.

História educacional: Na passagem do 4º ano para o 5º ano sentiu ansiedade na mudança; Chorou com medo de como as coisas iriam correr; uma semana antes de começar as aulas já dormia mal. Hoje em dia fica ansiosa, frente a algo de novo, por não saber como irá correr. No 12º ano ficou nervosa 2 semanas antes das aulas e maldisposta quando se aproximava a hora das aulas. Depois ficou bem. Repetiu Matemática e fez melhoria a Física. Teve média de 14/15.

Vivência dos exames: Fica mais ansiosa na véspera quanto mais preparada está, fica mais calma quando menos preparada. No dia do exame come pouco. Maior *stress* é estar à espera de receber o exame e os comentários dos colegas.

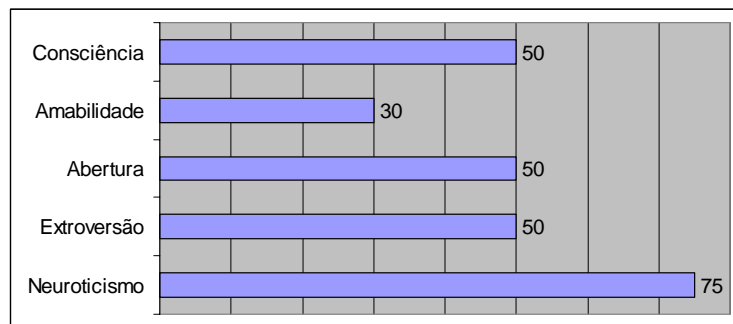


Figura 12- Escala de personalidade do participante 2

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (75) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. Mostra uma Amabilidade abaixo da média (30) o que revela uma fraca tendência para relações interpessoais, baixa estima e pouca cooperatividade. Na Consciência e Extroversão apresentou valores dentro da média, o que vem ao encontro dos valores baixos na escala de ansiedade. (cf.figura 12)

1º TRV-C 18 Maio 2005

1ª Cena: Universidade. Tábua na Testa. (idade actual)

“Eu tenho um peso na (...) Na testa!

Vejo tudo a preto! (...) Parece que tem... alguma coisa atrás do preto mas eu ainda não consigo ver!

(...) Agora já não está tão preto (...) mas não consigo... distinguir formas! (...) Ainda não consigo ver nada! (...) É como se eu não estivesse lá!

Eu sinto é que ainda... estou meia nervosa!

Quando eu tento me ver eu não consigo! (...) É porque eu ainda tenho aquele peso ali na testa (...) Parece uma tábua! (...) Pesada! (...) É creme! (...) É lisa! (...) É praticamente o tamanho da testa! (...) Mas é bastante grossa! (...) É um desconforto! (...) Sinto-me aflita!

...Estou só! (...) E a tábua aparece! (...) Eu não vejo quem é que põe! (...) Eu sinto que quero tirar a tábua mas não consigo!

... (suspira) Já tirei! (...) Já não tenho o peso na testa! (...) Já me sinto menos nervosa!

Parece que está alguém (...) a olhar para mim! (...) Porque está-me outra vez a voltar o peso! (...) Várias pessoas... que estão a gozar! (...) Elas olham para mim mas sempre naquela... estão a olhar para mim como se eu fosse diferente!

Eu estou num lugar... eu não consigo ver onde é que estou (...) mas eu sei que essas pessoas estão ali naquele canto (...) e eu estou com a tábua na testa...

Parece que elas são superiores a mim! (...) E eu também sou uma rapariga (...) Eu estou assim e elas acham-se melhores do que eu ou...

Não elas não dizem nada só estão a olhar mas pelo olhar eu consigo ver que elas estão (...) lá só a ver e ...

Não me ajudam a tirar a tábua! (...) Eu não faço do conjunto de amigas delas! (...) Era melhor que fossem embora!

Tem o meu colega! (...) é um rapaz! (...) Ele está a ajudar-me a tirar a tábua! (...) Já tirou a tábua!

Agora já me sinto bem outra vez!

...Ele disse: «Então rapariga? o que é que se passa contigo?».

Eu? Ah! agora estou bem! (...) Foi o que eu respondi!”

Lugar Seguro: Contar anedota em família

Redecisão: “Apartir de agora, sinto-me confiante”

2ª TRV-C 11 Junho 2005

1ªCena: Teste de confiança do marido.

“Parece que está (...) uma coisa a tapar (ri-se) e sinto que tem uma luz do outro lado, mas não consigo ver o que é!

...É uma mancha preta, como se estivesse ali (...) Redonda, assim... porque a luz passa à volta! (...) É clarinha, é branca! (...) a temperatura está normal!

...Está-me a voltar o peso! (...) Na testa!

...Parece que eu estou num lugar em que estou fechada e não consigo... parece uma rocha, não é essa mancha (...) não me dói, é só aquele incómodo ali, é um peso! (...) Incomoda...!

...(suspira) Eu sei que estou ali e não consigo ver ninguém, porque estou ali sozinha! (...) E só consigo ver pela fresta de luz que entra pelo, ... como se fosse um... pela tal pedra que está a tapar a entrada!

...Parece uma gruta! (...) Não é muito grande, mas eu também não estou ali apertada! (...) mas não está muito fria! (...) Como está sol fora, (...) não está muito frio aqui dentro! (...) É rocha!

...É uns sapatos! (...) uns sapatos esquisitos! (...) eu tenho uma roupa castanha(...)parece de saca(...) com um fio, uma corda, ou um... e aqueles sapatos assim,... não é bem sapatos, eu não sei explicar como é, é uma coisa só a envolver os pés(...) É a fazer de sapato! (...) E tenho um cabelo (...) todo “enchocado”!

...Eu não sei, é esquisito, eu não sei porque é que estou ali!

...Estou numa casa (...) de madeira (...) parece numa floresta, ou num bosque, tem muitas árvores à volta (...) grandes, é muito verde (...) Mas eu estou sozinha, não está mais ninguém na casa comigo!

...Estou na porta de casa (...) Estou sempre com a mesma roupa! (...) Eu não percebo, estou ali normal!

...Eu estou dentro de casa agora! (...) Estou a fazer a rotina normal, estou a limpar (...) E estou sempre sozinha, não está mais ninguém na casa! (...) E estou tranquila...

...A casa é minha, (...) mas... dá-me a sensação que eu não vivo sozinha, mas eu não sei quem é que vive comigo! (...) Parece um homem! (...) Eu só ouço a voz!

(...) Ele chegou a casa! (...) Supostamente deve ser o meu marido, porque ele está a falar para mim como se fosse, pronto (...) É!

...É alto! (...) É moreno, tem cabelo (...) e é simpático, não é... quer dizer, a gente olha para ele e não diz que é uma pessoa assim... antipática... (...) parece uma pessoa sociável!

...Ele tem umas calças castanhas (...) de lã... castanho-escuro. (...) Depois tem uma camisa branca (...) e tem um colete... castanho também. Ou é preto? ... Aquilo parece preto! (...) Nos pés... é uns sapatos do tipo como os que eu tenho, é tipo como se fosse um tecido a envolver! (...) também castanho, castanho mais clarinho...

...Ele vem comer! (...) Já está na mesa a comer!

...Ah!, e eu tenho uma criança,... que está no berço!

...Ele come sozinho e eu trato (...) da criança. É um bebé! (...) Tem uns 3 meses! (...) Ainda é pequenino!

...Sinto-me bem!

...suspira) Parece que esta gruta (...) é um lugar onde nós guardamos as coisas! (...) alimentos (...)Mas eu não sei como é que fui lá ter!? Porque eu já estou lá, eu vou a caminho, ... eu sei que é uma coisa escondida, porque... para guardar, para ninguém saber, como se fosse... se faltasse alimento, estava lá! (...) E eu estou lá, mas quando eu estou lá dá-me aquele pesa na testa! (...) Deve ser enquanto é escuro (...) e é fechado.

...Mas eu sinto alguém fora da gruta, parece uma mulher! (...) Porque... (suspira) eu estou lá dentro e ela sabe que eu estou lá dentro (...) (suspira) Eu sinto que ela está a falar (...) ela está-me a dizer qualquer coisa (...) Mas ela está a olhar com uma cara esquisita! É esquisito, ... como é que eu consigo vê-la...

...Ah!, aquilo não é uma gruta, é como se fosse uma dispensa debaixo da casa, mas,... claro que não tem janela (...) e depois tem uma, tipo... quer dizer, pedra não é, mas é uma madeira assim grande...! (...) Agora já percebi, (...) que aquilo tapa assim e depois volta para trás! (...) Roda, ... não é uma porta como a gente tem, de casa, como está na porta de casa...

...E ela está lá, (...) ela está a falar para mim, ... está ali, está ali a ver o que é que eu estou a fazer, está-me a perguntar o que é que eu estava a fazer (...) eu

estou a ver o que é que falta na dispensa. É tipo uma dispensa, mas não é uma dispensa (...) Eu não sei explicar, é... para nós é uma dispensa...

...Eu não sei onde é que ela mora, porque no sítio onde eu moro, (...) tem a nossa casinha ali e não tem mais nada, quer dizer, tem as árvores, mas em redor não tem nenhuma casa.

... e ela está ali, mas é uma pessoa que está, que eu vejo que ela não é minha amiga (...) que não me quer bem. Eu sinto, não é que ela me diga. Ela também tem assim o cabelo assim preto, (...) tem a mesma roupa como eu, no mesmo género, ...

...Ela, «Então, está tudo bem? O que é que estás aí fazer?» e não sei quê...! E se estava tudo bem com o meu bebé?! Se estava tudo bem com...

...Sim, o meu bebé está bem, ele está ali dentro a descansar. O meu marido está a comer (...) E ela anda sempre à minha volta!

...E eu pergunto-lhe: «E tu?, o que é que estás aqui a fazer?» (...) «Ah!, eu vim ver como é que tu estavas!» (...) E eu: «Está bem! Eu não sou de muitas conversas!» (...) E eu sinto que ela (...) Fosse o inimigo! Eu não sei, não sei explicar, mas é alguma coisa que ela quer fazer, ou, não sei!

...Eu vou para entrar para casa e ela também quer vir! (...) E eu digo que, «não, não é preciso!, mas para quê?». «Ah, não precisas de ajuda para nada?», e eu: «não, não é preciso!» (...) Porque ela quer ver o meu bebé! (...) Eu acho que ela quer fazer mal ao meu bebé!

...E ela entrou, ela sempre tanto insistiu que entrou dentro de casa! (...) mas eu estou aflita, eu acho que ela me vai fazer alguma coisa! (...) Mas o meu marido está ali, a comer... e ela vai ver o bebé! (...) Ela está lá, à volta do berço! (...) Mas eu não estou com um bom pressentimento!

...O meu marido já vai embora outra vez! (...) Vai trabalhar! (...) E ela está sempre ali, mas aquilo não me agrada e eu quero mandá-la embora, mas também (...) Não tenho aquela lata para lhe dizer: «Olha, vai-te embora!» (...) Ai!, é sempre este peso! Eu não consigo fazer nada enquanto ela estiver ali, porque eu não confio nela! (...) Porque acho que ela quer fazer mal à criança!

...Ela vive sozinha (...) e acho que não consegue, pronto, como vive sozinha, não tem ninguém, não tem marido, mas também tem o problema que não consegue ter filhos (...) e está sempre ali agarrada à minha criança!

...Ela vai fugir com o meu bebé?... Ela já saiu!... Mas eu não sei como é que não consigo ir atrás dela! (...) Parece que eu tenho um problema e não consigo correr, porque eu não posso fazer esforços! (...) (suspira) Ai!, meu Deus, o que é que eu vou fazer? Não consigo... eu não tenho ninguém que me ajude!

...Ela consegue fugir, ela já está longe (...) e diz que eu nunca mais vou ter o bebé de volta!

...Eu estou na porta da minha casa e não consigo (...) Eu não tenho força suficiente nas pernas para...

...E ela parou e está a olhar para trás, como sabe que eu não consigo ir atrás, está ali mesmo a gozar comigo (...) como quem diz: «Ah!, já viste?, não me consegues apanhar, e não sei quê. Agora ele é meu!».

...Eu acho que ela é minha irmã! (...) E eu penso que ela só deve estar a brincar comigo, não pode estar a fazer aquilo a sério! (...) E o meu marido está com ela! (...) Ele está ao lado dela! (...) E fica com ela! (suspira)

...Fico sozinha! (...) Em casa! (...) Estou nas escadas da porta! (...) Eu não consigo chorar! (...) Ele está a falar com ela! (...) Mas eu não consigo ouvir, porque estou longe!

T:-... E onde está o seu bebé?...

...Está no colo dela!

...O meu marido já vem com o bebé! (...) Já me sinto melhor! (...) Ele já traz o bebé de volta para casa e ela fica ali sozinha! (...) E pronto!, nós voltamos à nossa vida normal!

T:- Está a cena relacionada com o seu *stress* e ansiedade? Sim ou não?

Sim! (...) Acho que era um teste de confiança que ele estava a me fazer! (...) O meu marido estava-me a fazer em relação a ela, porque como ele sabe que eu sou... eu não sei o que é que tenho!

... Ele estava a ver se... eu achava que ele ia me deixar (...) e então ele armou aquilo tudo! (...) Para ver se eu confiava... sim, confiava nele! (...) É o facto de ter confiança em mim própria (...) É porque se eu... é o que estava a dizer, se eu gostasse de mim (...) eu ia saber que ele não me fazia uma coisa daquelas! Como é que eu vou explicar? (...) Ao mesmo tempo eu ia estar a confiar nele. Eu tenho que

confiar nele, porque se é com ele que eu vivo (...) e se é com ele que eu já tenho um filho, é com ele que eu tenho de... (suspira) (...) Eu tenho que ter confiança nele!

...E como eu estou assim fraca (...) Ele pensou que podia ser uma boa altura para eu começar a imaginar que, «ah!, agora como não sirvo para mais nada», entre aspas, nesta altura, ele ia aproveitar melhor! (...) Com outra mulher, naquele caso, que ainda não percebi muito bem... que agora já não sinto aquela desconfiança sobre ela!

...É a falta de confiança, é para testar a minha confiança em mim própria, mesmo!

...E estou tranquila...

Lugar Seguro: Sozinha na praia...Está calma.

Redecisão: “A partir de agora sinto-me confiante e tenho valor!”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Apesar de um imprevisto (gravidez interrompida por mal formação do feto) foi positivo pois melhorei as notas.”

15.1.1.3 - Participante número 3

Idade: 19

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: 1 Irmão mais velho.

Observação: A participante teve uma depressão antes de entrar na UMa, diz-se “muito” sensível...chora facilmente...teve um carço no peito...fez muitos exames...prolapso no coração. “cansa-se a subir escadas” Depressão antes de entrar na UMa.

A participante estava deprimida aquando a segunda sessão TRVC

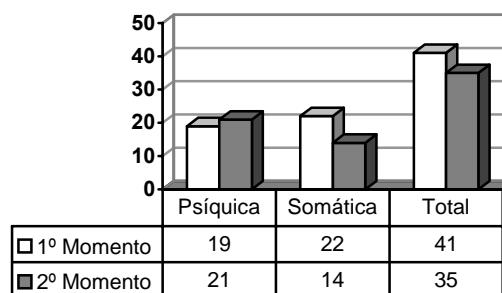


Figura 13 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

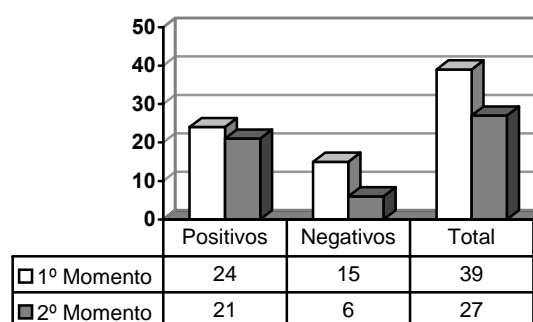


Figura 14 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

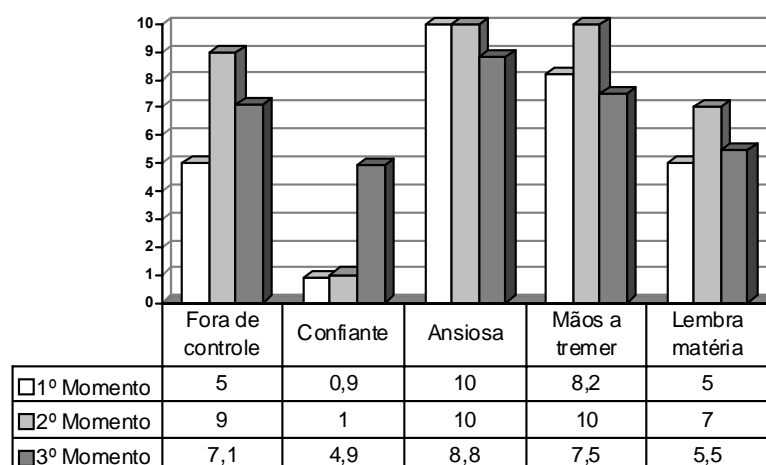
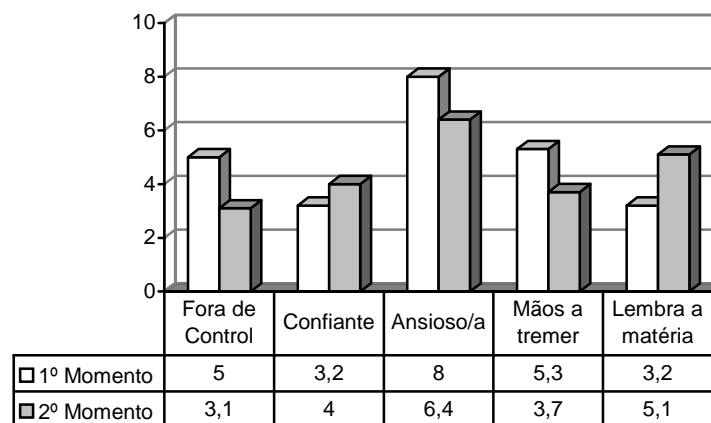


Figura 15 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)



Quadro 7 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	8	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	5	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	4	Med (8,04)

Quadro 8 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	18	1 D.P. > Med (9,12)

No que diz respeito ao *stress* e ansiedade registou-se no participante nº 3 uma descida em ambas as escalas, sendo mais significativa no *stress* (no *stress* passou de 39 para 27, na ansiedade passou de 41 para 35) (cf figuras 13 e 14). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostram um aumento da perda de controlo e das mãos a tremer. A confiança e ansiedade mantiveram-se. A única evolução positiva foi na lembrança da matéria estudada, aumentando 2 valores. No follow up (passados seis meses) a perda de controlo manteve-se alta em relação ao primeiro momento, mas baixou em relação ao segundo. A confiança aumentou (4 Valores), a ansiedade baixou ligeiramente bem

como os sinais fisiológicos. A capacidade de se recordar da matéria estudada baixou em relação ao segundo momento, mantendo-se ligeiramente acima do primeiro momento (cf figura 14). Na Escala QED apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 8). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ esteve em EMC (Estado Modificado de Consciência) (cf quadro 7).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: *Stress* na aproximação dos exames e pânico na véspera e no dia. Está sensível e chora muito.

Relacionamento com a Mãe: Satisfatório; Gosta muito dela mas não se sente valorizada.

Relacionamento com o Pai: é mau, “não há contacto nem afecto”. Bateu-lhe uma vez. Chegou a bater na mãe, quando alcoolizado. “É uma aberração da natureza”.

Relacionamento com o Irmão: Conflituoso, refere que é também agressivo com ela.

História educacional: Normal. Tem enxaquecas desde os 8 anos.

Vivência dos exames: Começa a stressar, sente uma dor no estômago quando tem que estudar. Treme e enerva-se, 5 minutos antes de terminar o exame dói-lhe o estômago. Responde à pergunta sem ver as seguintes, para não stressar, tem medo de saber qual a próxima questão.

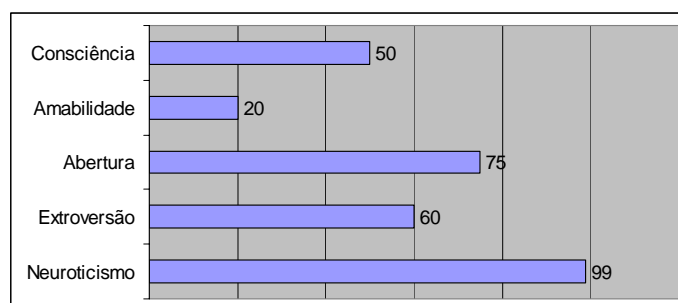


Figura 16 – Escala de personalidade do participante 3

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (99) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. Na Abertura à Experiência (75) denota, contudo, capacidade de mudança, estrutura eficazes de coping, procura proactiva de exploração do não familiar, o que vem contrariar os seus índices de Neuroticismo, provavelmente devido à sua baixa Amabilidade (20) que revela uma baixa auto estima, dificuldades de relacionamento interpessoal e desconfiança, o que justifica o elevado valor nas escalas de Ansiedade e *Stress*. (cf.figura 16)

1º TRV-C 22 Abril 2005

1ª Cena: 3ª/4ª classe. Pai alcoolizado agredir a mãe (7/9 anos)

“Estou-me a lembrar duma vez que o meu pai estava batendo na minha mãe (chorando) (...) e depois eu chamei a minha avó porque eu era pequenina... e depois o meu pai deu-me uma palmada... (...) A minha avó chega e começa a brigar com o meu pai... e eu fujo (...) mas sinto-me melhor porque a minha avó fez com que o meu pai parasse (...) mas eu fujo que eu não gosto de ver o meu pai a bater na minha mãe... (chorando)(...) eu estou cheia de medo...

Depois vem a minha tia, (...) depois a minha tia começa a brigar com o meu pai e o meu pai começa a brigar com ela... e o meu pai ofende a minha tia...

Eu estou a ver a minha avó e a minha tia na porta do quarto e o meu pai... (chorando)... já parou de bater na minha mãe e está a brigar agora com elas e a minha mãe está chorando, chorando, chorando...

Com medo. (...) Alívio.

Vejo as escadas e as flores da minha avó (...) Eu estou a tremer.

E eu só quero fugir, fugir, fugir dali... (chorando) (...)eu penso fugir de casa... mas tenho medo...

Quando eu oiço toda a gente se calar (...)e depois eu deixo o meu pai adormecer porque ele está bêbado, e depois eu vou para a cama dormir... (chorando)... e no outro dia o meu pai está todo bonzinho...

Já estou mais calma.”

2ª Cena: irmão discute e destrói as flores da avó (idade actual)

“ O que me vem à cabeça é o meu irmão! (...) Ele briga com a minha avó e depois estraga com as flores todas dela... (chorando) (...) começa a falar alto (...) Palavrões! E a minha avó começa a chorar...

...(chorando)... Quero matá-lo! (...) Pára! ...(chorando) (...) És tonto! Pára!

... avó diz (...)que ele é igual ao pai dele!

...Ele vai embora...

...Com raiva dele... (chorando)...”

Lugar Seguro: No campo a correr com uma amiga... Deitada a olhar o céu.

Redecisão: “A partir deste momento estou calma, digo o que sinto.”

2ª TRV-C 16 Junho 2005

1ª Cena: universidade. Suspeita de traição do namorado. (idade actual)

“Estou na sala (...) viro-me para trás (...) e pergunto se está tudo bem à A (...) e depois, começámos a falar... era depois das férias do Natal...

...(chorando)... como é que foi o Natal? Depois, o que é que ela ofereceu ao X... e ela diz que ofereceu um perfume (...) e eu digo que ofereci um relógio ao Y

...Ela assim: «está tudo bem com vocês»? E eu digo: «mais ou menos, acho que sim»... e ela começa desejando de chorar... (chorando)... e eu digo assim: «por que é que estás chorando?» E ela: «mas está tudo bem entre vocês, mesmo»? E eu disse assim: «está! » E ela (...) (chorando) «Ele no Natal curtiu com uma gaja, ele e o irmão

dele... foi com duas irmãs, eram duas irmãs»... (chorando)... e eu olho para ela,... sinto uma dor, mas uma dor tão grande... (chorando) (...) o estômago está todo...

...E disse: «ai, eu só te disse isto para tu veres como é que ele é!»! E eu pego nas minhas coisas,... não digo nada a ninguém, e fujo da sala... (continua chorando)...

...Vou para o Tecnopolo, para aquelas cadeiras, escondida, ao pé da casa de banho e começo a gritar (...)a chorar, e (...)não acredito, não acredito... eu não acredito...

...E eu não quero que ninguém me veja... (chorando) (...) Não consigo me acalmar!...(chorando)...

...tenho tanto ódio dele (...) eu carrego o telemóvel para lhe telefonar, para lhe perguntar (...) mas depois não tenho coragem (...) (chorando)... Eu começo a desconfiar da A, não acredito na A, acho que é impossível ele fazer isso...

...Depois elas telefonam-me, perguntam-me onde é que eu estou, eu digo que estou no Tecnopolo, elas vêm e começam-me a dizer que ele não presta e que eu sempre soube disso... (chorando) (...)e que eu é que sou tonta... e depois eu quero ir para casa...

...Mas eu já vivo nessa dor há tanto tempo! (chorando muito)...

...Eu digo que não acredito (...) Eu quero me matar...

...Eu deixo-as e vou para casa (...) e depois começo a chorar... na cama... (chorando)... e depois eu adormeço... e depois à noite ele telefona-me e eu digo-lhe que ele não presta... ele fica irritado, diz que é para eu arranjar alguém que preste para mim... (chorando)...

...E ele: «ai, se uma pessoa não telefona é que não presta, se uma pessoa telefona tu não queres ir tomar café»... «tu alguma vez prestaste?» E ele era assim: «não presto? Arranja alguém que preste para ti!»! E eu disse: «ah! então fica-se assim!» E ele: «fica-se assim, como?» Eu disse: «fica-se assim como a gente está, tu aí e eu aqui»... e ele desligou o telefone.

...Eu sinto-me com raiva e ódio dele (...) Tu não prestas! (...) e tu disseste que gostavas de mim (...)Quero que tu desapareças... o meu maior desejo é nunca ter-te conhecido na minha vida... (chorando)... porque eu estou há tanto tempo assim por tua causa! (...) Tu viraste a minha vida de pernas para o ar (...) Ainda vai haver alguém que te vai fazer sofrer aquilo que eu sofri por ti (...) És um cabrão... tu

disseste que gostavas de mim e já estavas com uma no Natal... tudo o que tu dizias e mostravas ser não era! Era tudo uma mentira! (...) Eu não sei como é que uma pessoa pode mentir durante tanto tempo... (chorando)... mostrar ser uma pessoa que não é (...)Eu não sei como é que eu fui acreditar em ti... toda a gente me avisou... eu deixei de falar com tanta gente por tua causa, ... eu chateava-me... eu defendia-te em todo o lado para agora acontecer-me isto e tu fazeres-me isto... eu perdi amigos por tua causa... (sempre chorando) (...) Toda a gente diz mal de ti, eu sou a única a te defender. Quando as pessoas dizem mal de ti, eu levanto-me e vou-me embora que eu não consigo ouvir...

...Não tenho mais nada para te dizer. Não quero falar mais com ele... (chorando)..."

Lugar Seguro: Não tem.

Redecisão: "A partir deste momento, sinto-me em paz e sou feliz."

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

"Fui superando os nervos pois não conseguia copiar. As cadeiras que fiz, consegui copiar"

15.1.1.4 - Participante número 4

Idade: 21

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: 1 irmão de 23 anos, que só conheceu no Liceu

Observação: É adoptada (aos 3 meses). Não conhece os pais biológicos. Os pais adoptivos separaram-se quando ela tinha 4 anos

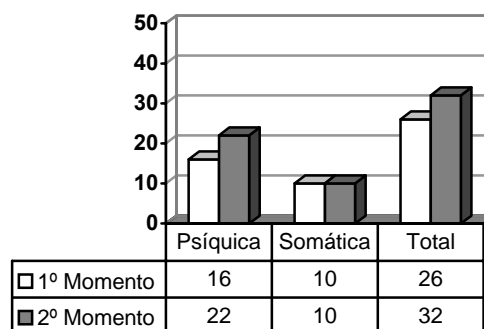


Figura 17 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

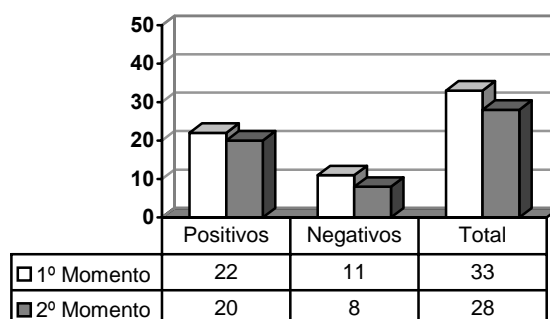


Figura 18 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

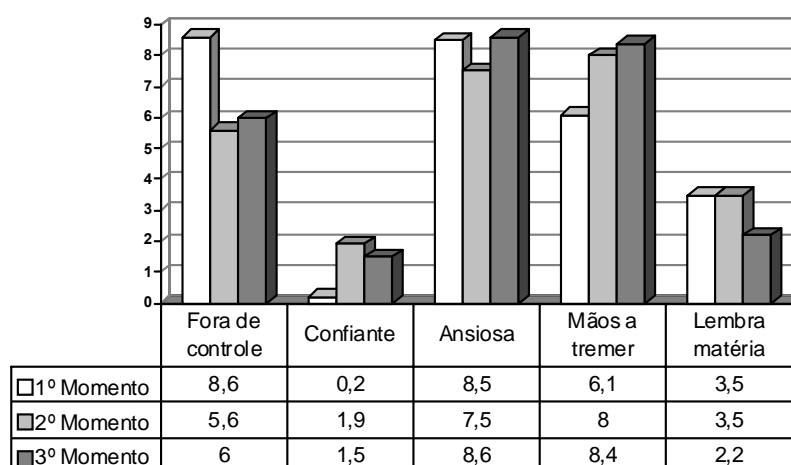


Figura 19 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 9 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	9	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	2	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	4	Med (8,04)

Quadro 10 – Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	18	1 D.P.> Med (9,12)

O participante nº 4 apresentou uma pequena descida na escala de *stress* (de 33 para 28). Na ansiedade apresentou um aumento (de 6 para 22) (cf 7s 14 e 18). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, nos três momentos do estudo, mostra uma ligeira melhoria no controlo, confiança e ansiedade, contudo denota um aumento dos sinais fisiológicos, mantendo igual a memória da matéria estudada. No follow up (passados seis meses) em todos os itens apresentou um retrocesso (cf figura 19). Na Escala QED apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 10). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (Estado Modificado de Consciência) (cf quadro 9).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: É muito nervosa, irrita-se sem razão, não controla os impulsos e perde amizades.

História familiar de origem: Não conhece os pais biológicos, foi adoptada aos 3 meses. Tinha 8 ou 9 anos quando uma vizinha lhe disse que era adoptada. Conheceu o irmão biológico no secundário. Ficaram amigos.

Relacionamento com a Mãe Adoptiva: Satisfatório, é instável com altos e baixos.

Relacionamento com o Pai Adoptivo: Satisfatório. Está separado da mãe. Pouco presente. Falam-se por telefone.

História educacional: Na pré-primária chorou. Era mais gordinha e gozavam com ela, sentia-se inferior em relação às outras. No 11º ano os exames correram mal, porque o namoro acabou.

Vivência dos exames: Na véspera fica muito preocupada, não consegue dormir à noite. Decorava tudo pois tinha dificuldade em desenvolver um texto. No dia do exame se estiver preparada vai à vontade, caso contrário fica nervosa. Fica nervosa se estiver alguém ao lado a copiar, sente uma “coisa” na barriga. O coração bate depressa.

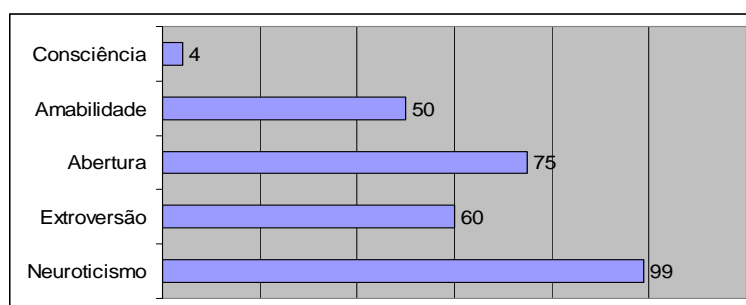


Figura 20 – Escala de personalidade do participante 4

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (99) o que revela tendência para a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. Na Abertura à Experiência (75) denota, contudo, capacidade de mudança, estrutura eficazes de coping, procura proactiva de exploração do não familiar, o que vem contrariar os seus índices de Neuroticismo. Apresentou um valor muito baixo na Conscienciosidade (4), o que denota baixa tolerância à frustração, forte impulsividade e irresponsabilidade, o que é confirmado pela escala da QED onde mostrou forte propensão para estados dissociativos (cf.figura 20), o que pode explicar o aumento da ansiedade após a TRV-C, mais especificamente a somática que aumentou significativamente e mantendo com ligeiro aumento no follow up, assim como a lembrança da matéria estudada (memorização), não revelou alterações e teve uma pequena baixa no follow up (cf.figura 19 EVA). Embora tenha tido uma dimensão presente na APZ (cf. Quadro 9) o seu discurso nas sessões de TRV-C remetem para uma dúvida quanto a ter entrado realmente em EMC.

1ª TRV-C 28 Abril 2005

1ª Cena: Medo de fracassar. Criticas da mãe. Dor no peito (idade Actual)

"Dor no peito (...) É uma ansiedade! (...) como se eu soubesse que fosse acontecer alguma coisa.

...É como se eu me fosse magoar! (...) É medo de qualquer coisa! (...) Fracassar!

...Acho que está relacionado com a minha mãe, porque é a única pessoa em que eu estou a pensar! (...) Acho que é por causa da minha mãe criticar tudo o que eu faço!

Mas eu agora já não estou a ver a minha mãe!"

2ª Cena: O namorado que lhe bate e a empurra pelas escadas (idade Actual)

"Agora estou a ver o X! (...) Sinto-me bem! (...) No café! (...) Sinto-me bem, estou em paz!

...Eu tenho medo, porque sempre que estou bem acontece alguma coisa!

...Acho que a culpa disto é do Y! (...) sinto raiva dele! (...) Não percebo porque é que ele foi mau para mim?!

...Tristeza! (...) No coração!

...e ele bateu-me! (...) Estava a tentar sair. E depois ele disse: «Não saís!», e depois empurrou-me! (...) «Não, não, não vais sair não, vais ficar!».

...Eu disse: «Larga-me, Y, eu quero ir para casa!» (...) Ele puxou-me! (...) E depois eu ia caindo pelas escadas! (...) porque agarrei-me!

...É porque a gente estava na entrada da casa e a mãe saiu. E depois eu estava a chorar e depois fugi... para casa! (...) Eu vou a correr!

...Sinto-me triste e com raiva dele!"

Lugar Seguro: No café com o namorado.

Redecisão: “A partir de agora, eu sou como sou!”

2ª TRV-C 8 Junho 2005

1ª Cena: Ansiedade em frente aos livros. (idade Actual)

“Agora só vem livros outra vez! (...) Tipo, parece que o coração está a bater depressa, porque acho que não vou conseguir ler aquilo tudo! (...) É porque tem muitas coisas, muitas cadeiras!

...Sinto-me mal! (...) É mais uma coisa no coração! (...) É aquela ansiedade quando a gente sabe que não vai conseguir uma coisa! (...) Como soubesse que não fosse conseguir! (...) ter calma, porque às vezes as pessoas... lá por não conseguir ler tudo, não quer dizer que não consigam fazer! (...) a minha falta de segurança! (...) É como se eu soubesse que não fosse capaz!

...Estou outra vez na sala a estudar! (...) Estou a fazer os resumos! (...) Sozinha! (...) Estou a escrever, só! (...) Sobre o livro! (...) Estou a escrever o episódio que li ontem! (...) É sobre a menina que tinha sofrido uma certa violação! (...) E ela foi salva pelo Rabino!

...Não consigo escrever mais nada! (...) Acho que o problema tem a ver comigo! (...) No sentido de não acreditar em mim própria!”

2ª Cena: Ruptura da relação amorosa. (idade Actual)

“Foi quando eu e o X acabámos! (...) Estamos em casa! (...) Sinto um vazio! (...) Ele tem sempre a mania de dizer que a culpa é sempre minha! (...) É sempre as mesmas coisas, sempre que a gente acabava ele dizia que a culpa era minha e não era! (...) A culpa não é minha!

...Nem sequer tenho vontade de lhe dizer nada!”

Lugar Seguro: No café com grupo de amigos... Sente-se protegida.

Redecisão: “A partir deste momento, eu sou como sou e tenho valor!”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Tive problemas no 1º semestre, consegui passar em mais cadeiras no 2º semestre.”

15.1.1.5 - Participante número 5

Idade: 21

Sexo: Masculino

Posição na Fratria: o mais velho de 1 irmã

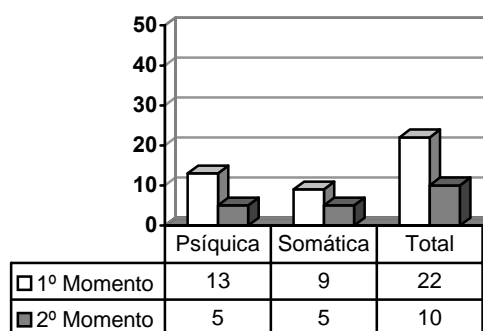


Figura 21 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

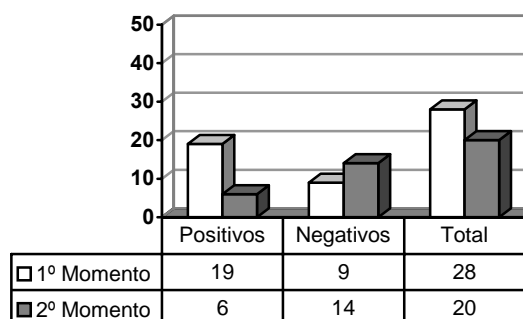


Figura 22 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

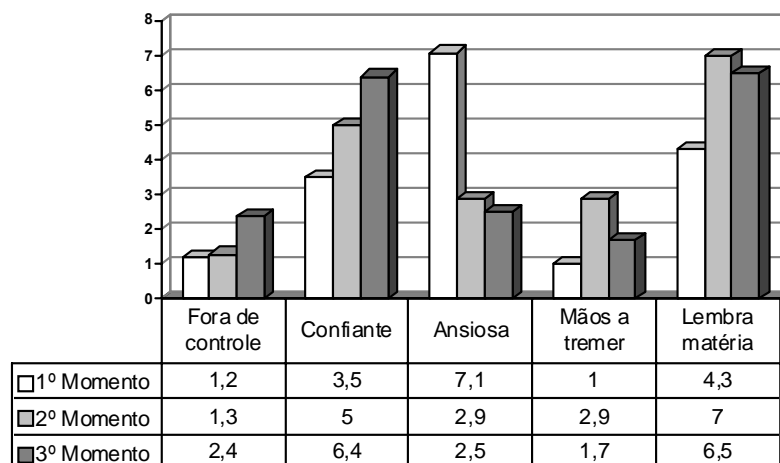


Figura 23 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 11 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	4	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	7	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	6	Med (8,04)

Quadro 12 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	9	Med (9,12)

O participante nº 5 apresentou uma descida significativa em ambas as escalas (no *stress* passou de 28 para 20, na ansiedade passou de 22 para 10) (cf figuras 21 e 22). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa na confiança, na ansiedade e na lembrança da matéria estudada, os sinais fisiológicos aumentaram. No follow up (passados seis meses) a confiança e a lembrança da matéria dada aumentaram com relação ao segundo momento. A perda de controlo aumentou e os sintomas fisiológicos baixaram (cf figura 23). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 12). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 11).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: Sente-se ansioso desde 7º/8º ano. Faz Psicoterapia há 4 anos.

Relacionamento com a Mãe: Muito bom, “Muito querida, carinhosa, bastante sensível e pronta a ajudar”.

Relacionamento com o Pai: Bom, um pouco mais distante do que com a mãe.

História educacional: No 11º e 12º ano começaram os problemas. Teve ansiedade nas férias de Verão devido à entrada na universidade. Nunca acreditava até saber o resultado, teve média de 17,2.

Vivência dos exames: Dois ou três dias antes sente “um nervoso miudinho, um aperto na garganta e barriga e dificuldade em comer”. Durante o exame se domina as questões está tudo bem mas fica ansioso se não domina. Basta uma questão.

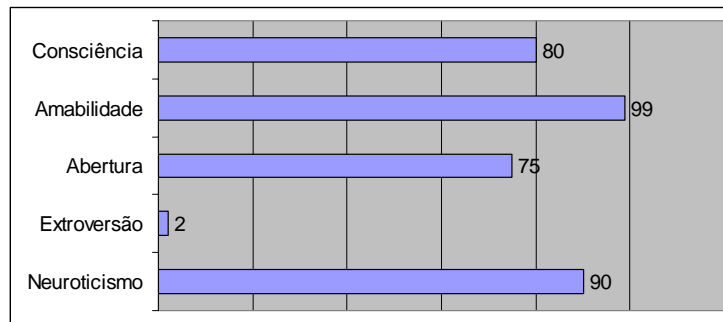


Figura 24 - Escala de personalidade do participante 5

Em resumo: O participante apresentou elevada Amabilidade (99) e uma Extroversão extremamente baixa (2), o que revela uma personalidade do tipo introvertido. Apesar de ter baixa predisposição para relações interpessoais, quando as tem são de confiança e estabilidade, apesar de ser reservado e pouco exuberante. Tem uma avaliação objectiva da realidade, com predisposição para Insight. A Consciência (80) e a Abertura (75) revelam características de persistência, motivação, auto-disciplina e propensão para atingir objectivos, assim como estruturas eficazes de coping. Apesar de apresentar as características referidas, apresenta um Neuroticismo (90) elevado que poderá estar relacionado com os seus altos níveis de Ansiedade e *Stress*. (cf.figura 24)

1ª TRV-C 9 Abril 2005

1ª Cena: Discussão entre o pai e o tio alcoolizado. (10 anos)

"... A minha mãe, a minha avó, a minha tia, o meu pai..... Numa sala (...) Pequena (...) muito acolhedora (...) Estão todos a falar (...) Eu estou lá com eles!

...Medo (...) Diz-me coisas para me meter medo

...estou dentro do carro... o meu tio está fora (...) Está a tentar entrar no carro (...) Está bêbado.

...Bastante medo mesmo!

...Estou dentro de casa (...) as portas estão fechadas (...) e esse meu tio está na rua (...) Estou com os meus pais.

...Sinto-me um pedaço culpado (...) Por ser o causador dessa discussão entre o meu pai e o meu tio (...) Porque o meu tio tentou bater-me (...) Porque eu não fiz algo que ele me pediu.

...Estou em casa da minha avó (...) o meu tio chega (...) Começa a discutir com todos (...) Está muito embriagado.

...Sair (...) Para a rua, ir para casa (...) O meu pai vai atrás (...) O meu tio vem atrás (...) Ele tenta me bater (...) O meu pai defende-me.

...Com bastante medo (...) Na barriga (...) Um aperto (...) fugir.”

Lugar Seguro: Olhar a montanha a ouvir os pássaros perto da família.

Redecisão: “A partir deste momento eu mudo e sinto-me confiante.”

2ª TRV-C 17 Junho 2005

1ª Cena: Preso num quarto escuro pela a tia. (5 anos)

“Não consigo ver nada (...) Como se estivesse num vazio (...) Como se não tivesse nada em volta, como se não existisse nada (...) Como se eu estivesse num quarto que estivesse assim tudo preto em toda a volta (...) Como se sentisse perdido (...) como se estivesse o quarto todo vazio mesmo.

...Não consigo ver (...) É como se... é como se estivesse num espaço que não tivesse fim...

...Quando eu aponto a lanterna para um dos lados, é como se o escuro se prolongasse ainda mais para a frente. (...) Não consigo sair deste lugar (...) Perdido.

...No peito. (...) Como um aperto. (...) Como se eu quisesse respirar e não conseguisse (...) sinto necessidade de sair dali...Não encontro a saída. (...) Alguém fechou a porta. (...) A partir daí já não vejo mais nada.

...Uma tia minha. (...) Estou dentro da sala e ela fecha a porta. (...) deixa-me preso dentro.

...Aflito... está escuro, não consigo chegar à luz. (...) Desespero. (...) Começo a dizer para ela abrir a porta.

...Está a rir (...) Sinto ainda mais vontade de sair dali. (...) Com medo (...) Continuo a dizer para abrir a porta (...) Abre a porta!

...Estamos a brincar (...) Com a minha tia (...) Ela está a correr atrás de mim (...) Eu entro dentro da sala (...) ela fecha-me a porta (...) Consigo ouvi-la a rir.

...Ela abre a porta (...) Eu corro para a rua (...) Sinto-me um pedaço aflito (...) Como se faltasse o ar (...) Começo a chorar (...) Ao mesmo tempo que eu choro tenho uma sensação de alívio.

...Continuo com a minha tia (...) Não faz nada (...) Ela só fica a olhar para mim (...) Triste também(...) Parece com pena(...) De eu estar a chorar...

...Sinto uma grande claridade (...) Sinto-me bem(...) aliviado (...) Sinto o corpo a doer (...) mas ao mesmo tempo sinto-me bem (...) No peito (...) e na garganta

...Uma sensação de alívio e de liberdade (...) Consigo ver o céu (...) Está azul (...) está calor (...) Sinto-me bem.

...Na casa da minha avó (...) Estou só (...) consigo ver a estrada...

...Continuo sozinho (...) Não consigo ver nada”

Lugar Seguro: Em casa à sombra de uma árvore.

Redecisão: “A partir deste momento, sinto-me bem, sinto-me calmo e confiante.”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Os últimos exames correram muito bem. Tive boas notas, aumentei cerca de 2 pontos na média geral.” (Já se formou)

15.1.1.6 - Participante número 6

Idade: 39

Sexo: Masculino

Posição na Fratria: O mais novo de 3 irmãos

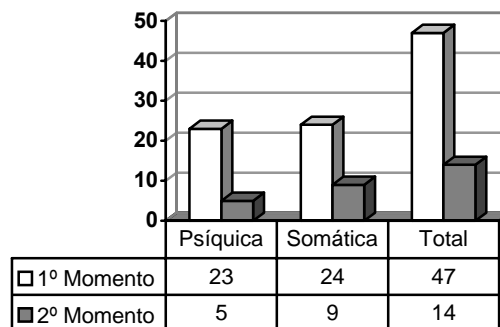


Figura 25 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

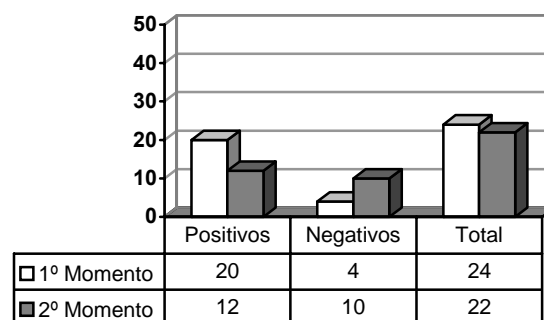


Figura 26 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

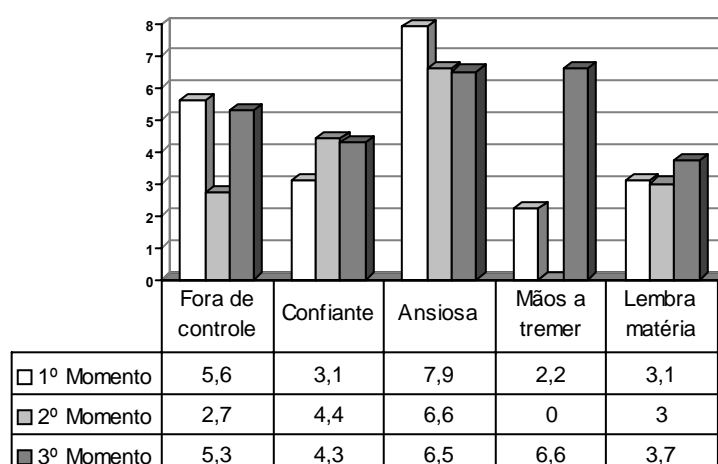


Figura 27 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 13 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	5	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	14	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	11	Med (8,04)

Quadro 14 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	16	1 D.P. > Med (9,12)

No participante registou-se uma descida em ambas as escalas, *Stress* e *Ansiedade*, sendo ligeira no *stress* e significativa na *ansiedade* (no *stress* passou de 24 para 22, na *ansiedade* passou de 47 para 14) (cf figuras 25 e 26). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa a nível do controlo, na confiança e nos sinais fisiológicos. No follow up (passados seis meses) a perda de controlo aproximou-se do valor do primeiro momento, os sinais fisiológicos aumentaram significativamente com relação ao primeiro momento e a lembrança da matéria estudada aumentou (cf figura 27). Na Escala QED apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 14). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 13).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: ansiedade elevada, sintomas de fadiga crónica.

Relacionamento com a Mãe: Satisfatório. Esta teve um aborto antes do participante nascer; acha que ela não fez a vinculação e, por isso, o participante sofreu muito. É passiva. Acha que há algo mais que a mãe não fala.

Relacionamento com o Pai: Satisfatório. É pacífico, não falam muito para não entrarem em conflito não falam de futebol, o pai é do Sporting e o participante é do Benfica. Jogou 3 anos no Marítimo e o pai não foi ver um único jogo.

História educacional: Foi expulso no 6º ano 9º ano. A partir do 10º desenvolveu a característica de “sedutor”, começou a faltar às aulas por desinteresse, falta de apoio familiar (o pai foi o único a ir à escola) e falta de enquadramento. 12º ano não entrou na faculdade na primeira escolha.

Vivência dos exames: Toma um ansiolítico 3 dias antes dos exames, sente maior ansiedade antes de receber o teste. Lê na diagonal o teste e avalia se já fez ou não o ponto, e aproximadamente que nota terá. Durante o exame é impulsivo com a escrita, pois escreve bastante. Consegue controlar a ansiedade e não pára de pensar. Depois de ter feito o exame sente uma angústia de não ter correspondido. Entre o entregar o teste e o afixar da nota, faz por esquecer.

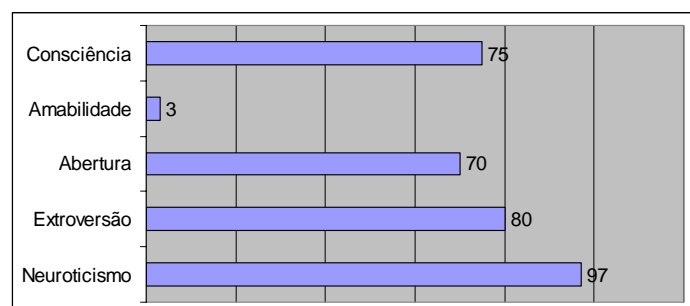


Figura 28 - Escala de personalidade do participante 6

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (97) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa

tolerância à frustração. A Extroversão apresentou-se elevada (80) o que mostra uma personalidade do tipo extrovertido, sociável, orientado para as relações interpessoais, contudo combinada com o Neuroticismo denota uma alternância rápida de humor (facilmente alterna alegria e desespero), o que vem de encontro ao nível muito baixo de Amabilidade (3) que apresentou, denotando baixa resistência à frustração, baixa auto-estima, dificuldades em cooperar e sentimentos de desconfiança. Este perfil provavelmente está relacionado com os elevadíssimos níveis de ansiedade que apresentou inicialmente e o seu abaixamento após a intervenção terapêutica (47 – 14) (cf.figura 28).

1ª TRV-C 19 Março 2005

1ª Cena: Entra num espaço fechado com pouca luz. Hospital, fica sozinho à espera que a mãe vá ver o avô. (6/7 anos)

“Ali é o hospital (...) o meu avô está doente (...) não posso entrar, tenho que ficar à porta...

...mãe (...)Ela subia ...

Só (...) Eu fugi (...) Para um espaço onde estava mais ou menos (...) Frio, ... de pedra fria (...) Fechado, sem muita luz...

Eu acho que havia uma porta... fugi (...) estou mais aliviado (...) por ter fugido daquele espaço...

Quero falar com o avô (...) tenho a percepção de que ele vai morrer (...) Eu não o vi nesse dia (...) é alto, de olhos claros...

Estou esperando (...) Estava chorando (...) estou desesperado... impaciente (...) Irrequieto (...) Estou em movimento.

Mas é mau, a sensação é má. É mau porque só vamos ao hospital quando acontece algo de mau...”

2ª Cena: Angustia. Mãe “neurótica” com morte do avô. (6/7 anos)

T:- ...E como é que é essa a relação com a sua mãe?(...) essa relação difícil da sua mãe com a doença dela tem a ver com a sua doença actual? (...) Foi demasiado forte. Isso em relação à sua mãe.

“A angústia, ... isso (...) há uma relação química...”

T:- ...agora esta sensação de medo e angústia em relação à sua mãe... neurótica... na fase em que morreu o seu avô (...) ao momento de revolta.

“...do pai (...) que só vem à noite (...) Insegurança (...) como se tivesse um olhar vazio...

Falta algo (...) O mundo é cinzento (...) Dividido (...) ausência... espiritual...

Pouco diálogo...”

T:- ele lhe diz que já é de noite e não há tempo?

“Que decepção (...) o pai diz que não pode jogar futebol (...) se chegasses a casa mais cedo...

É difícil...

Pai, podes fazer agora...

...triste (...) Só.

Se não fazes isso, revolto-me contra ti...

É um erro! (...) Acho que ele não reage...

Desapontado...”

Lugar Seguro: Euforia, irrequieto na varanda. (5/7 anos)

Redecisão: “Eu estou absolutamente certo de que o que eu faço está correcto.”

2ª TRV-C 21 Maio 2005

1ª Cena: Bate num cão bebé até à morte, a mãe não reage. Fica confuso (4/6 anos)

“Solidão (...) A minha infância (...) rejeição (...) mãe...

...Acho que ela sofre (...) Ela está traumatizada (...) Ela está só também (...) Ela tem dificuldade em perceber o que lhe acontece (...) Vítima (...) Dessa situação. Ela está só (...) Tem dificuldade em expressar (...) Fisicamente mas...

...É longe. Longe.

...Agressivo (...) Grito (...) Eu... revolto-me por ela (...) Por exaltação (...) Reagir mal (...) às situações de injustiça (...) Coisas simples mas que têm valor simbólico...

...Confuso (...) a sensação de estar perdido (...) demasiado pequeno para controlar tudo (...) Eu revolto-me contra isso...

...Há um cão (...) que morre... morre porque eu lhe bati...

...Acho que a minha mãe devia ter impedido isso (...) Ela está lá, está presente, está ao meu lado...

...O cão não reage, está estigmatizado (...) pior, nunca vai reagir... nunca mais... está morto (...) Como se tudo fosse uma fatalidade.

...Eu acho que projectei sobre ele a agressividade (...) Contra o cão (...) a repressão ao meio, a tudo o que era envolvente.

...Provavelmente... a agressividade substitui a afectividade (...) É uma resposta (...) a um desequilíbrio.

...Não levá-la a reagir... e eu reajo!

...Repulsa (...) Acho que às vezes odeio o mundo. É injusto, é imperfeito (...) a olhar para mim! (...) Que era mau!

...O latir do cão (...) É um som injusto, ele estava a sofrer (...) Triste, perdido (...) Acho que lhe bati por ele não reagir (...) mas ele era cão... um cão bebé (...) é um cão bebé... mas é amoroso...

...Angustiado... porque ele morre (...) Eu sinto-me mal porque eu acho que ele morreu por minha causa!

...Há um exagero da minha parte (...) Impulsivo! (...) É uma força brutal...

...Com este som... a música já não é relaxante, já é reflexiva (...) Apreciar o mundo como ele é e não como devia ser sempre (...) que só se transforma estando por dentro(...) que só se transforma estando por dentro, não o rejeitando...

...É a dúvida entre desligar e ligar à realidade, àquela que é adversa ou incómoda, àquela que é custosa..."

Lugar Seguro: Olhar o mar. Desejo de ir descobrir...

Redecisão: "A partir de agora eu tenho energia positiva."

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

"Sinto-me mais seguro, faltam-me 5 cadeiras para acabar o curso, aumentei 0,70 na média geral."

Observação: Por informação casual em Setembro de 2006 o participante disse que se não tivesse sido o trabalho de TRV-C não teria aguentado a morte do Pai e a separação. "É a terapia do Futuro", referiu.

15.1.1.7 - Participante número 7

Idade: 37

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Filha do meio de 4 irmãos

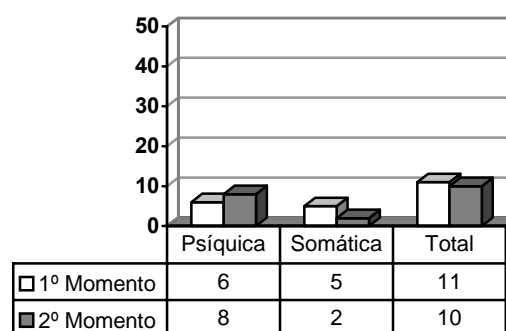


Figura 29 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

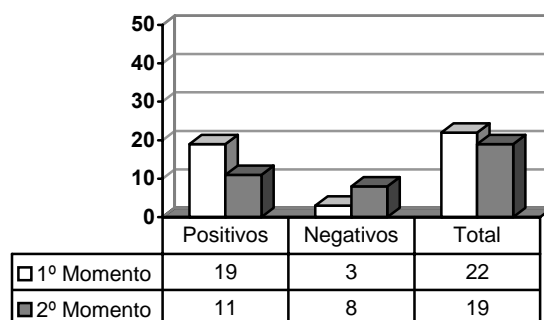


Figura 30 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

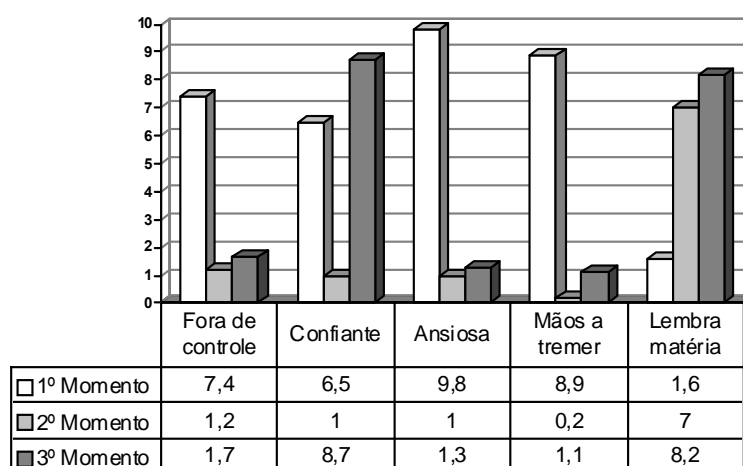


Figura 31 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 15- Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	4	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	6	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	2	Med (8,04)

Quadro 16 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	11	Med (9,12)

No que diz respeito ao *stress* e à ansiedade verificou-se que o participante nº 7, apresentou uma ligeira descida em ambas as escalas (no *stress* passou de 22 para 19, na ansiedade passou de 11 para 10) (cf figuras 29 e 30). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa em todas, com a exceção da confiança que baixou significativamente (6,5 passou para 1). No follow up (passados seis meses) o valor residual não só permaneceu como aumentou, sendo que na confiança aumentou em relação ao segundo momento tendo ainda ultrapassado o valor do primeiro momento (6,5 / 1 / 8,7) (cf figura 31). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 16). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 15).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: Ansiedade. Não consegue concentrar-se, *stress*, come muito quando ansiosa, não dá rendimento nos estudos, nem no trabalho.

Relacionamento com a Mãe: Satisfatório. Dizia-lhe “és maluca, louca, diferente de todas” No princípio tinha-lhe medo. Tinha crises de pânico.

Relacionamento com o Pai: Péssimo. No dia da 1ª Comunhão, bebeu e partiu tudo. “Tinha-lhe um ódio, não se imponha”. Queria ter uma bicicleta e nunca teve.

História educacional: Mudou de País e veio para Portugal, teve alguma dificuldade em se adaptar no 9º ano.

Vivência dos exames: Muito ansiosa nas vésperas, fica muito nervosa se não estiver bem preparada, mas fica mais nervosa quanto mais estuda. Pensa muitas vezes em desistir. Desistiu daquele para que tinha estudado mais.

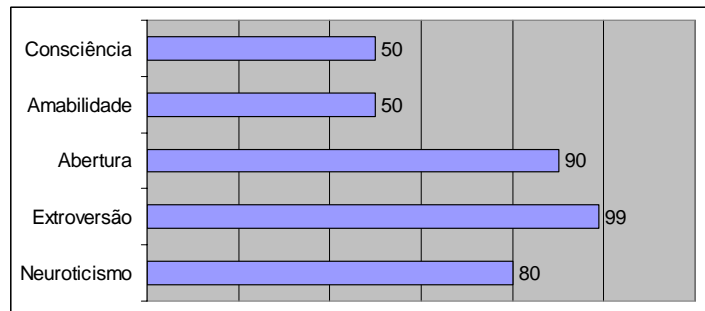


Figura 32- Escala de personalidade do participante 7

Em resumo: Apresentou uma Extroversão (99) e Abertura (90) altas tratando-se de uma personalidade extrovertida, orientada para a relação interpessoal, com predisposição para vivenciar acontecimentos de vida de modo positivo e facilidade de envolvimento numa relação psicoterapêutica (procurou o investigador aquando da morte da sua mãe, depois de ter terminado a experiência). Apresenta potencial criativo, abertura à exploração do não familiar, defesas saudáveis e maduras para lidar com a tensão. O Neuroticismo elevado (80) provavelmente está relacionado com a ansiedade somática (cf.figuras 29, 31)Ans. e Y EVA mãos a tremer (cf. Figura 32).

1ª TRV-C 2 Abril 2005

1ª Cena: Pai alcoolizado, agressivo, a partir tudo. (7/8 anos)

“O meu pai, está bêbado! (sente-se aflição na voz, quase chora)

Tenho medo! (quase a chorar) (...) Ai!... (chora)

Tenho as minhas irmãs! (...) Eu tenho mais do que elas!

Ele está a partir tudo! (...) Garrafas, tanta coisa... no negócio! (...) Ele é agressivo!

A minha mãe chora! ...(soluçando)... (...) A minha mãe também tem medo!

Estou a tremer... tenho tanto medo...

A minha mãe tem medo, não diz nada... ai... ai... ai...

Ele está muito bêbado... não é ele que está falando... parece que é outra pessoa... ai... ai (...) Palavras... feias...

...o meu corpo está a tremer todo... está com medo e (...) queria ir-me embora dali...

A minha irmã mais velha bate-lhe nele... briga com ele... não tem medo dele... ela é que põe respeito naquilo... a minha mãe tem medo, eu tenho medo... ela briga... ela briga com ele para ele calar a boca (...) ela empurra-o... ela joga-o para o lado e ele tem medo dela... não sei se é medo, se é respeito... que ela pode com ele...

Para ele parar... para ele tomar juízo (...) Pare, não faça mais isso, não beba..."

2ª Cena: Primeira comunhão. Feliz. Pai alcoolizado, estraga a festa e irmã agride o pai. (7 anos)

"Eu fiz a primeira comunhão (...) Estava tão feliz (...) tinha um vestido novo... (chorando)... ai...

É cor-de-rosa. Eu não fiz de branco...mas é bonito (...) Estou feliz (...) Estamos na igreja...

Tenho uma madrinha venezuelana muito simpática... gosta muito de mim... e quando eu chego a casa está tudo fechado outra vez... porquê? Porque ele está bêbado outra vez ...(chorando)... ai... minha irmã bateu-lhe com uma grade no dedo e ele estava sangrando... eu fiquei com medo outra vez... ai... ai...

Estava tudo outra vez rebentado em casa... o negócio... a minha mãe estava a chorar...

Estou nervosa outra vez (...) O meu coração parece que vai rebentar... (chorando)(...) fiquei tão triste...

Porque ele não parava... ele estava destruindo tudo e minha irmã encarou-o de frente porque ela é mais velha... mas não era mau... não era por mal... ela não fazia aquilo por mal, era para ele acalmar...

A minha mãe chora... a minha mãe não faz nada! É a minha irmã que faz tudo... a minha mãe tem medo... porque ele briga com a minha mãe. A minha mãe tem que se esconder senão é pior...

...Nem sequer tive nada! Nem sequer tive um bolo... não tive nada... a minha mãe não pôde fazer nada por culpa dele...

Eu tinha um ódio dele, na altura... tinha raiva dele ser assim porque... (soluçando)(...) Porquê ele faz aquilo? Ai... ai... Porque é que ele bebe tanto? Porque é que ele faz aquilo... no dia mais importante (...) Ai... tenho-lhe tanto ódio...

Pai, eu te odeio... não consigo... (...) Eu te odeio! (...) porque fazes tanto mal à minha mãe? Porquê? (soluçando muito) (...) Tenho tanta raiva dele... de nunca ter nada por culpa dele... ai... ai...

Pai, odeio-te tanto... porque fazes mal à minha mãe... ai, não consigo dizer mais... ai... ai... ai... (chorando)..."

Lugar Seguro: A andar de bicicleta com uma amiga. Sensação de liberdade.

Redecisão: "A partir de agora eu enfrento o medo, tenho confiança em mim própria."

2ª TRV-C 28 Maio 2005

1ª Cena: Pai alcoolizado, agressivo aos gritos. (8 anos)

"...Não sei porquê, tenho sempre medo! (...) Acho que é por causa do meu pai outra vez! (...) Só me lembro de ver o meu pai bêbado! (...) Está a gritar. Já é tão tarde! (...) Ele está jogado no chão! (...) A minha irmã tenta-lo agarrar, a mais velha (...) A minha mãe chora! (...) Ele grita, ele grita e eu já não posso ouvir aquilo! (...) Deixá-lo, ele que fique ali! (...) Ele não ouve as pessoas falarem!

... Tenho o meu coração que parece que ele vai... é uma angústia! ...

... Já não consigo ter tanto medo! (...) Não lhe quero dizer nada, não me importa! (...) Já não vale a pena. (...) Eu não me lembro de um dia em que ele não esteja bêbado! (...) Aquilo faz-me uma angústia, eu não consigo! (...) Aquilo se calhar faz-me ficar assim!, eu não sei!...

...Mas estou mais calma! (suspira) (...) Eu não consigo ter tanta... angústia agora, não sinto!

...Nunca tive um dia feliz sequer (chora), sempre aquela angústia! Ai!... (suspira) Eu queria ser como os outros meninos (chora) (...) e não consigo! (chora) (...) Eu finjo que estou bem, que estou bem, quando estou a brincar (...) mas não consigo, depois tenho medo à noite, tenho medo de chegar a casa e ele estar outra vez bêbado! (chora)

... Esquece-me, quando eu estou na rua a brincar com os meninos! (...) Vou logo de manhã, quando não tenho aulas, para a rua, para brincar, (...) para me esquecer daquilo!

...Sinto-me bem! (...) Não queria era voltar para casa, mas tem que ser, a minha mãe está lá e eu tenho que ir, ela chama!”

Lugar Seguro: A andar de bicicleta com uma amiga. Sensação de liberdade.

Redecisão: “A partir de agora, sinto-me calma e segura!”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Melhorei muito. Apesar da morte da minha mãe tirei dois 15 e um 16 nos 3 exames que fiz. Sinto-me muito melhor! As notas foram belíssimas, de média de 11 passei para 13. Os colegas e professores ficaram admirados. Tenho mais segurança a nível profissional.”

15.1.1.8 - Participante número 8

Idade: 20

Sexo: Masculino

Posição na Fratria: Mais velho de 1 irmão

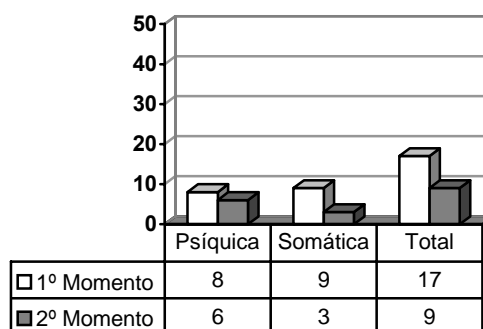


Figura 33 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

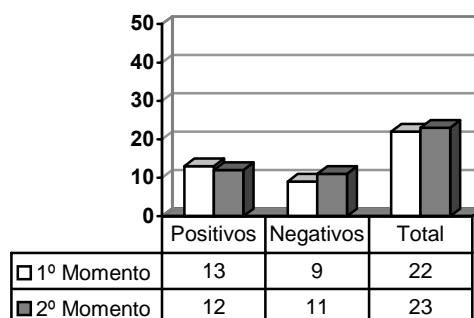


Figura 34 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

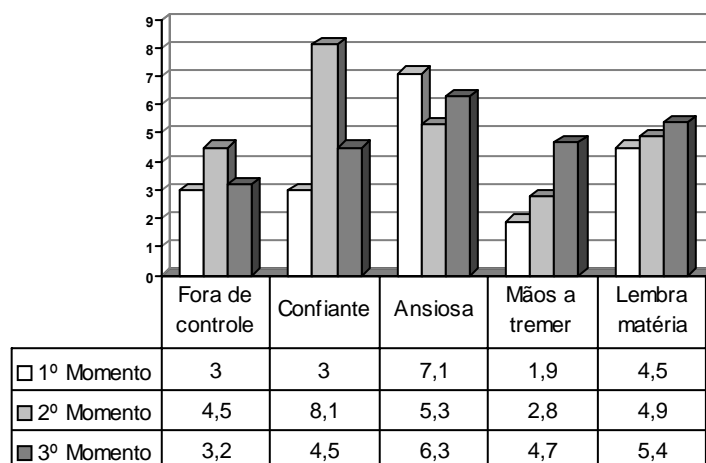


Figura 35 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 17 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	9	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	18	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	12	Med (8,04)

Quadro 18 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	17	1 D.P. > Med (9,12)

O participante apresentou uma ligeira subida de um valor (22 para 23) na escala de ansiedade verificou-se uma descida significativa (passou de 17 para 9) (cf 3s 30 e 34). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostram uma melhoria significativa em todas, sendo a mais elevada na

confiança, havendo também ganhos no controlo e na ansiedade. No follow up (passados seis meses) o valor residual baixou ligeiramente, destacando-se o aumento dos sintomas somáticos (cf. figura 35). Na Escala QED apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf. quadro 18). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 17).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: *Stress* nos trabalhos, bloqueio e nervosismo.

Relacionamento com a Mãe: Bom, dão-se bem.

Relacionamento com o Pai: Mau. Não falam muito. Uma vez o pai deu-lhe um “tabefe” quando tinha 18 anos, sem qualquer objectivo.

História educacional: Os pais estiveram emigrados. Na primária estava um pouco nervoso, a professora berrava muito e dava murros na mesa onde o participante se sentava, os colegas com medo urinavam nas cuecas. Na 2ª classe, a professora bateu-lhe porque não sabia fazer uma conta. Deu-lhe bofetadas e puxou-lhe as orelhas. Acha isto uma injustiça, porque havia uma colega com quem a professora não brigava. No 5º ano teve uma adaptação difícil com os mais velhos. As miúdas vinham chatear, gozavam “tu pareces um tonto”. Nos intervalos ia para a biblioteca ou ficava sozinho no recreio, não tinha amigos. No 7º ano quando estava nervoso ficava com fome, comia, e ficava com dores de cabeça e na zona do estômago. No 12º ano era ridicularizado por ser alto e magro e o melhor amigo ser gordo “o bucha e o estica”.

Vivência dos exames: Fica nervoso, com o coração a palpitar se vê uma pergunta para a qual não está bem preparado. Depois consegue concentrar-se.

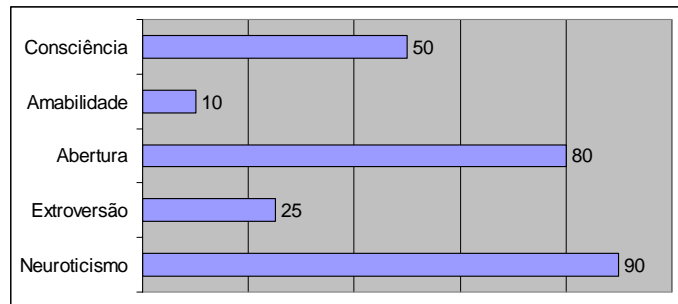


Figura 36 - Escala de personalidade do participante 8

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (90) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. A Abertura à Experiência alta (80) mostra uma alta propensão para procurar novas experiências e capacidade de mudanças, com curiosidade, alto potencial criativo e originalidade (cf. Desenhos em anexo), contudo a Extroversão (25) e Amabilidade (10) baixas mostram uma personalidade introvertida, reservada, com dificuldade nos relacionamentos interpessoais. Provavelmente desenvolveu este modo de “estar” devido ao seu percurso pessoal, nomeadamente com o feed back dos colegas ao longo do seu percurso escolar acrescido de um relacionamento familiar conflituoso, mais especificamente com a figura paterna. Embora tenha o Neuroticismo elevado não apresenta Ansiedade neurótica significativa. (cf.figura 36)

1ª TRV-C 16 Março 2005

1ª Cena: A brincar com medo que o pai lhe bata (4/5 anos)

“Medo e tensão (...) Na cabeça.

É uma sensação de... como se uma pessoa tivesse (...) de me encolher (...)

Medo!

...a proteger a cabeça, estou a pensar que alguém me vai bater (...) O meu pai.

Estou sozinho na sala, a brincar (...) Os brinquedos dos chocolates Kinder (...) Antes era um hipopótamo (...) agora é um crocodilo (...) Um no chão e outro na minha mão.

Cinzentos (...) É muito gordo (...) tem a barriga branca, redonda, mas eu não sei que bicho é...

...Só os pais (...) Tem os sofás da sala, estão atrás dos sofás (...) Em pé (...) Atarantado, na minha opinião...

Medo (...) Nervos (...) Agora está azul! (...) É um rato gordo... (rindo-se) É de plástico (...) duro(...)parece quase uma bola(...)É ??? de agarrar!

Confuso.

...Tem uma mesa castanha, e atrás tem da mesa tem uns armários de metal (...) Paredes brancas (...) Tem duas janelas pequeninas mas não tem porta (...) e isto está iluminado (...) Com a luz do sol.

...estou confuso (...) parece que estou a baralhar...

Mas a cena do brinquedo (...) apetecia-me atirá-lo (...) A ele!

Fica surpreendido (...) O pai faz uma cara furiosa...

Eu sinto-me aliviado (...) A minha cabeça está mais aliviada...

Estou na sala, eles estão a falar (...) não percebo a razão da confusão (...) não percebo qual era o mal de eu ir (...) Da reacção violenta dele...

...Pronto!, eu achava ridículo e injusto! (...) Injusto para com a minha mãe! Quer dizer,...

...Parece-se cada vez mais com uma bola! (...) E que dá a sensação de segurança, da pessoa poder agarrar, confiar, de certeza! (...) Atirar! (...) Está maior!

Muito melhor!"

2ª Cena: Agressão do pai que lhe bate (bofetada) e atira a consola. (18 anos)

"Estou no quarto (...) o meu irmão estava a chorar (...) e depois o meu pai vem ao quarto (...) e pergunta: o que é que tens? O que é que se passa? (...) eu digo que é por causa do jogo e ele diz que vai pegar nele e jogar fora! (...) Nervoso.

Estou a tremer...

O pai pega naquilo, com violência, no ar e diz que vai jogar aquela porcaria (...)E bateu na porta, e caiu no outro lado da cama, só que eu agarrei naquilo, (...) sempre com cuidado, e na altura que vi aquilo e fiquei com raiva (...) Estás tonto? (...) E depois ele vira-se para mim e dá-me uma bofetada.

Revoltado! (...) Eu disse: mas que besta! (...) E ele continua a bater (...) e eu vou segurar o jogo para ele não cair no chão (...) à frente do meu irmão (...) Ele começa a chorar.

Nesta altura não choro, se chorar é depois!

Revoltado! (...) mas, pronto, não vou dizer nada ao meu pai.

É ridículo! É ridículo...

...e depois a minha mãe chega (...) Ela diz «pára com isso», só que ele continua a bater na mesma...

Eu estou com raiva e digo quero que morra (...) Morra!

Mais aliviado. E eu corro pelas escadas abaixo e vou a casa dos meus avós (...) Aí, é que começo a chorar...

... isto não é para dizer porque é uma coisa tonta: por causa duma coisa estúpida que ele não tinha nada a ver com isso, levei uma bofetada! (...) mas já tanto me faz (...) Já não sinto muito! (...) Acho que me sinto é indiferente!

Apesar de tudo, eu sinto-me bem dele ter despachado o assunto, porque a pessoa, aos anos que estava à espera! (...) A ansiedade da espera! (...) Porque se já batia na mãe, pronto, podia chegar a mim!

...Sempre tive temor, mas..."

3ª Cena: pede dinheiro para livros ao pai que recusa. (idade actual)

"Uma cena que me estou a lembrar recentemente, neste semestre, quando eu disse que era preciso outra vez mais dinheiro para livros, (...) lá veio ele barafustar a dizer: «Ah!, só vais ter se for necessário e não sei quê...» e disse: «E para que é preciso mais livros?». E eu tento explicar, mas ele não percebe e diz: «não é preciso, não é preciso!» e a pessoa fica revoltada."

Lugar Seguro: Luz azul prateada e música.

Redecisão: “A partir de agora sou eu como sou”

2ª TRV-C 20 Maio 2005

1ª Cena: Professora primária que bate e grita e dá murros na mesa. Bate-lhe na cabeça e chama-o de burro. (6/9 anos)

“Agora estou na sala da primária! (...) Ela não está olhando para mim, está olhando para o grupo do lado onde costumava ficar, ... tinha a mesa dela, tinha esta fila e eu costumava ficar à frente da mesa dela e depois tem as outras filas, ela está olhando é para as outras filas!

...Vazio! (...) Como se, ... nada!, ela não ligasse ao que eu dissesse! (...) Um parvo! (Risos) (...) Porque, prontos, sou ignorado!

...No estômago! (Risos) (...) Uma náusea! (Risos) (...) tenho a sensação de desprezo, mas também da indiferença! (...) De todos! (Risos)

...É como se eu estivesse a ver os momentos todos! (...) Como se estivesse para o lado, para o canto (...) Posto de lado! (...) Porque uma vez fomos ao quadro e a professora, nas contas de dividir, andou a nos bater na cabeça! (...) Não sei, não sei se é para pôr um zero, ou se para pôr uma vírgula! (Risos) (...) Ela chama-me de burro! (...) E bate-me na cabeça! (...) Não gostei nada! (...) Apetece-me dizer a ela: «Desaparece!» (Risos)

...Ah! ... quando ela disse à minha mãe que eu não tinha jeito para artes plásticas!

...Irritado!”

2ª Cena: Universidade. Sente-se posto de lado. (Idade actual)

“Por acaso, agora, estou-me a lembrar que na aula de inglês eu sou o único que fica na fileira da frente e o resto fica... na fileira de mesas que eu estou, eu sou o único, os outros vão todos para trás. Eu não percebo porquê? (Risos) (...) Assim,

prestasse mais atenção! (...) Melhor dizendo: me fizesse ser ouvido e fosse ouvido! (...) A maior parte das vezes é só para a professora, porque o resto dos colegas não entendem, ou não ouvem!

...Irritado, frustrado! (Risos) (...) Nada! (Risos) Um vazio! (...) É aquela raiva (...) É assim! A sensação é de raiva, mas no fim eu penso que não vale a pena sequer perder o tempo com raiva! (...) Canso-me com essa fúria para nada!

...Não sei porquê, mas está-me dando vontade de rir, porque estou a olhar para a sala e estou a estou-me a virar para trás e normalmente não me viro para trás. (Risos) (...) Vai-me dando vontade de rir, porque, é assim: se não me ligam, também não ligo. (Risos) (...) então não vale a pena eu perder o meu tempo (Risos) com eles! (Risos)

...Está a apetecer-me dar uma volta de 180° dentro da sala! (...) Para ver todos!

...Descontraído, mas... cá para mim tanto me faz! Não olham, mas eu também não olho! (...) Indiferença! Incompreensão, talvez!

... normalmente quando eu faço os exames não me ponho a pensar em mais ninguém (Risos) mas é mais uma questão de contribuir para uma falta de vontade de estudar!”

3ª Cena: Gozam dele no dia dos namorados (13/14 nos)

“Ah!, em relação ao dia dos namorados (...) no quê?, no 7º ano?!, 8º ano?!, que eu recebi uma carta, mas era só para gozar comigo(...) E descobri que eram das da minha turma(...) E depois tem lá... o que é que tem lá?... Ah!, és um palhaço! És um macaco! E já não me lembro do resto. (...) Ah!, e uns desenhos! (...) Apetece-me rasgá-la! (...) Já foi! (Risos)

...Há cerca de duas , três semana, quando foi ao jantar de turma (...)E depois fomos à (Risos) discoteca, que eu estava doido para ir e, prontos, não tenho a oportunidade de ir sempre, então, prontos(...)E desato a dançar! (Risos) (...) Livre!

...Estou-me a lembrar que, prontos, nem todos os da turma foram, só que dos que foram ficaram espantados, que eu fui logo para a pista, que eu não bebo, nem fumo, fui logo para a pista dançar! (Risos) (...) E foram-me perguntar onde é que eu tinha arranjado energia?! E eu disse: «Ah!, eu gosto»... (Risos) (...)E então eu estou a

dançar e depois o público afasta-se e eu tenho a pista só para mim durante uns minutos. (Risos) (...) o público não está conseguindo se abanar, se mexer e então eu sou o único que estou a dançar! (Risos) (...) Mas, prontos, como sempre é costume, é sozinho!

...Sinto-me bem, mas, prontos, não há ninguém! (Risos)”

Lugar Seguro: A dançar numa discoteca. Sensação de liberdade.

Redecisão: “A partir deste momento eu estou bem.”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Safei-me! Só tenho 3 cadeiras para o ano. Sinto-me mais confiante.”

15.1.1.9 - Participante número 9

Idade: 27

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais nova de 1 irmão

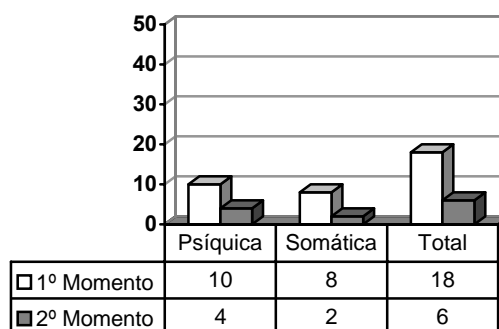


Figura 37 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

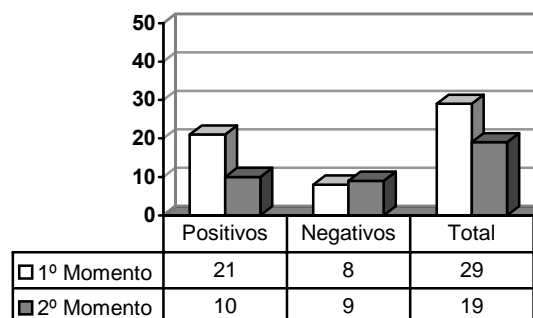


Figura 38 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

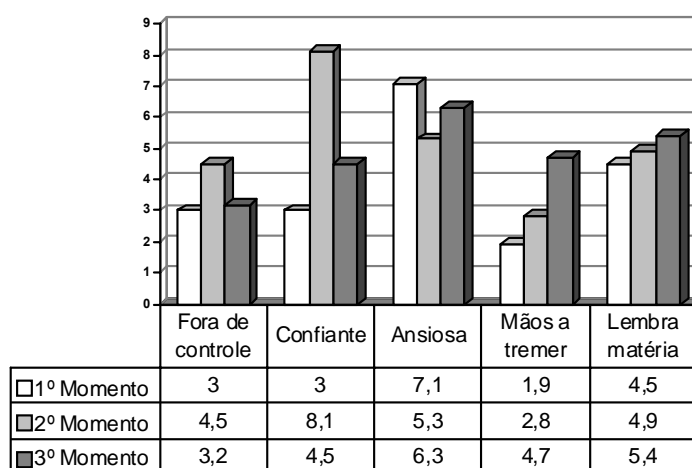


Figura 39 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 19 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	4	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	4	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	2	Med (8,04)

Quadro 20 - Valores da Escala QED (Riley,1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	7	Med (9,12)

No participante nº 9 verificou-se uma descida significativa em ambas as escalas (no *stress* passou de 29 para 19, na ansiedade passou de 18 para 6) (cf figuras 37 e 38). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa em todas, sendo a mais elevada na confiança, havendo também ganhos no controlo, na matéria estudada e nos sinais fisiológicos. No follow up (passados seis meses) o valor residual não só permaneceu como aumentou (cf figura 39). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 20). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 19).

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: *Stress*, ansiedade e incapacidade de relaxar. Teve uma crise de diarreia na noite anterior à entrevista.

Relacionamento com a Mãe: Mau. “É bastante possessiva em família, não é feliz e batia muito”.

Relacionamento com o Pai: Bom. Durante muito tempo teve uma infância muito feliz, muito chegada ao pai. Hoje é mais ausente mas “gosta muito de mim”.

História educacional: no 10º e 11º ano tinha uma turma excepcional. Teve Problemas com o Director da escola e problemas com haxixe. Desistiu / foi convidada a sair da escola. Perdeu o 12º ano revoltada, “a mãe massacrava”. Repetiu o ano à noite e passou. Saiu de casa aos 21 anos e foi viver com o namorado durante 4 anos.

Vivência dos exames: com ansiedade, expectativa de que não vai passar, ambivalente entre confiante e “até sei e não vou passar”. Bloqueou raras vezes.

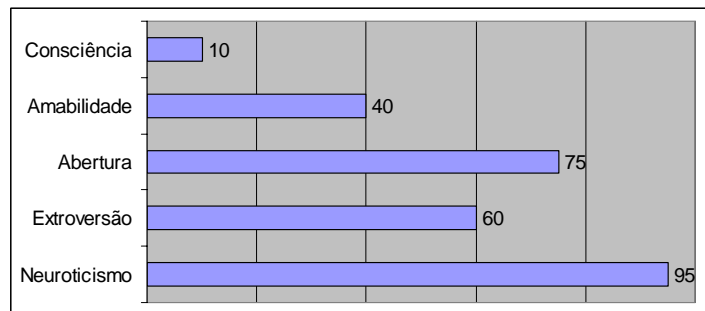


Figura 40 - Escala de personalidade do participante 9

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (95) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. Apresentou uma Extroversão (60) e Abertura (75) altas tratando-se de uma personalidade extrovertida, orientada para a relação interpessoal, com predisposição para vivenciar acontecimentos de vida de modo positivo e facilidade de envolvimento numa relação psicoterapêutica. Apresenta potencial criativo, abertura à exploração do não familiar, defesas saudáveis e maduras para lidar com a tensão. Apresenta um nível de Consciência (10) muito baixo relacionado com o alto nível de Neuroticismo o que mostra baixa tolerância à frustração, impulsividade e irresponsabilidade. (cf.figura 40)

1ª TRV-C 1 Abril 2005

1ª Cena: Quebra de relação amorosa (idade actual)

“Eu sinto que me projectei na relação anterior com o X (...) Eu estou com ele, não é, faz de conta ainda... que estamos ainda juntos (...) eu não consigo, magoo-me!

...Sinto-me desiludida e (...) eu nunca pensei que pudesse acontecer, que pudéssemos acabar a nossa relação. Por mais estúpido e infantil que isto possa parecer, eu pensei que nós conseguíssemos superar tudo

...Eu sinto-me magoada e estou desiludida e (...) Ele fez-me sentir uma coisa sem valor... sem importância nenhuma (...) alguém que... num momento era a pessoa mais importante para ele e deixou de ser e vice-versa... como é que é possível ...(chorando)...?

...É como se eu não quisesse, percebe? É complicado! Eu estou a tentar esquecê-lo e trazê-lo para cá é difícil, é (...)(chorando)... ai, é que (...) tu foste um erro para mim ...(rindo e chorando) (...)tu és a pessoa que eu preciso de esquecer (...) aquilo que se passou, o que me fizeste passar magoou-me de tal maneira e enfraqueceu-me de tal maneira que eu perdi a confiança em mim, perdi a confiança nas minhas capacidades, porque eu apostei tudo e acreditei num sonho que se desfez...

...(chorando)... eu tenho vontade de dizer tanta coisa e ao mesmo tempo não tenho vontade de dizer nada!

...É estranho, eu estou sempre à espera que ele refute porque (...)era isso que acontecia, de cada vez que eu queria falar ele dava sempre a volta e berrava... era ele que berrava, não era eu...

...Eu tenho vontade de... é essencialmente isso. Eu acho que foram essas as circunstâncias... pelo facto de eu me sentir... eu senti-me abandonada e isso não é um sentimento adulto, é quase infantil, porque ninguém abandona ninguém... e eu senti-me assim, não é...

...Tu fizeste-me sentir abandonada. Tu fizeste-me sentir rejeitada e fizeste-me sentir que não valia nada... foi isso, essencialmente (...) que eu não valho nada...

...Eu odeio-o... ...(chorando) (...) Eu não queria odiar, mas eu odeio-te ...(chorando) (...) odeio-te, porque tu não confiaste em mim, não deste tempo ao tempo para as coisas acontecerem (...) e traíste-me e fizeste tanta coisa... tanta mentira, tanta confusão... e ainda por cima... ???... e no momento que ia-me acontecer... se eu não tivesse tido, neste caso, a família que apesar de tudo ...???... eu nem sequer tinha um lugar para ficar porque aliás, para ti era indiferente se eu ia para a rua, se não ia para a rua, quando a gente lutou os dois por uma coisa...

...e eu sinto que é isso que me prejudicou de tal maneira que eu acho que deixei de confiar nas pessoas e... e em mim... eu não sei... eu sinto-me um bocado confusa... eu apostei muito alto na nossa relação e nunca pensei que pudesse acabar assim...

...Exactamente! À tua maneira conseguiste-me fazer sentir culpada de tudo o que se passou, de ter falhado... de ter falhado em tudo! E eu sinto que não falhei! No fundo, sinto que não falhei (...) É assim: a gente falhou os dois, porque ele insiste... tu insistes sempre que a culpa é só minha! Ele descartou-se completamente de tudo, fez-se de vítima e culpou-me de tudo. Não é possível! Se somos dois adultos, a culpa é dos dois. Eu tenho os meus erros e tu ...ele... tu tens os teus! E há que aceitar que não funcionou mas que me magoou, magoou... de mais! Porque foi tudo como aconteceu... não foi duma forma justa...

...Eu não quero... eu não quero! Eu quero deixar esta culpa para trás e quero me sentir com valor e acreditar em mim, de novo e ter confiança, onde quer que eu vá, porque agora parece que... a partir daí é tudo crises de ansiedade e de *stress*... e ataques de pânico... que horror, nunca tinha tido isso na minha vida..."

Lugar Seguro: Com o namorado encostados a um castanheiro em paz com a natureza... em sintonia.

Redecisão: A partir de agora eu confio em mim em qualquer lugar e em qualquer circunstância."

2ª TRV-C 24 Maio 2005

1ª Cena: Relação com a mãe de falta de confiança, solidão, incompreensão.
(idade actual)

"A minha mãe (...) e a minha tristeza por nós não nos entendermos (...) Como se eu tivesse que aprender a renunciá-la (...) porque em vez de ser aquela pessoa

em que posso confiar (...) infelizmente não é (...) É como... é como se eu já não pudesse confiar em ninguém!

...Eu acho que estive tanto tempo à espera que ela me desse ou que conseguisse olhar para mim e conseguisse valorizar aquilo que eu fiz... ou faço (...) e ela não consegue, simplesmente... e eu já desisti!

...Nós não dialogamos, nós... nem a consigo olhar nos olhos dela! Já há tanto tempo (...) O que é que eu fiz para ela não gostar de mim? (...) Tenho vontade de perguntar tanta coisa(...) e ao mesmo tempo parece que já nem vale a pena, parece que já sei qual é a resposta...

...Eu observo de fora... eu vejo-me a mim assim de lado, sem sequer conseguir olhar para ela... a achar que... e ela assim com um ar como ela costuma ter... sempre a olhar para mim com um ar reprovador. Eu estou sempre com qualquer coisa mal... ou é o cabelo, ou é a roupa, ou é... ou é isto ou é aquilo... não consegue dizer! Eu volto atrás e não me lembro dela me dizer alguma coisa (...) Bem! Para ela eu faço tudo mal... tudo mal...

...é uma infeliz! (...) Nem sequer sabe aproveitar a vida que tem... ou que teve. Sempre tudo mal e o mundo é mau, as pessoas são más... ninguém presta... só ela é que presta. A minha mãe julga-se perfeita (...) mas não és!

...Eu sinto esta tristeza, esta... já não vale a pena sequer dizer nada... já não... ela não muda e... perante pessoas que não mudam a gente tem que mudar...

...Eu posso ter falhado como filha, mas tu falhaste como mãe! (...) Falhaste! Falhaste como mãe! Foi... ai, é horrível dizer isto! (...) É a minha própria mãe!

...(Soluçando)... Durante muito tempo eu simplesmente neguei que... era como se fosse um filme, negava a realidade, tipo «não, a minha mãe...» tipo olha, ia arranjando sempre subterfúgios para não acreditar. Ia dando sempre desculpas, «coitada», ou isto, ou aquilo... até ao ponto que já acabaram as desculpas (...) e eu consigo olhar para ela como alguém que podia ser outra pessoa qualquer e isto dói-me imenso mas é verdade (...) No coração (...) (Chorando) ... É uma dor que eu tenho que conviver porque eu não posso fazer nada...

... A dor é que eu vejo... engraçado... vejo as minhas amigas, as pessoas com aquele amor de mãe, dão-se bem com a mãe, e a mãe é a pessoa mais importante para elas no mundo e que lhes traz segurança e carinho e tudo mais... e eu não

tenho nada disso e eu já me acostumei (...) a estar sozinha (...) E agora já não preciso, cada vez menos preciso de ti...

...porque quando eu precisei ela nunca esteve lá para mim. Nunca estiveste lá para mim (...) quando eu precisei dum carinho, dum afecto era sempre... era sempre... sei lá, era sempre... era a filha que ela não queria ter, era a filha... os outros é que eram bons. «Ai, o teu primo, a tua prima é que são bons filhos. Tu não prestas, tu és assim, tu dás respostas, tu és arisca...»

...Eu estou consciente. Eu acho que tenho consciência daquilo que estou a dizer! (...) Está relacionado com a minha insegurança, com a minha dor... com esta falta de qualquer coisa aqui dentro... que parece que não..

... Como é que a gente faz quando deixa de acreditar na própria mãe? (...) Ela está viva mas é como se para mim estivesse... não estivesse!

...Eu sinto-me triste porque...

... eu não posso deixar que ela me influencie negativamente..."

Lugar Seguro: No meio de uma manada de cavalos sente-se livre e leve.

Redecisão: ""A partir deste momento eu limpo a minha alma de palavras que me magoam."

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

"Senti-me um bocadinho menos ansiosa. Mantive as notas. Já acabei o curso"

(Na entrevista da anamnese a participante achava que não iria terminar o curso.)

15.1.1.10 - Participante número 10

Idade: 20

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais velha de 1 irmão

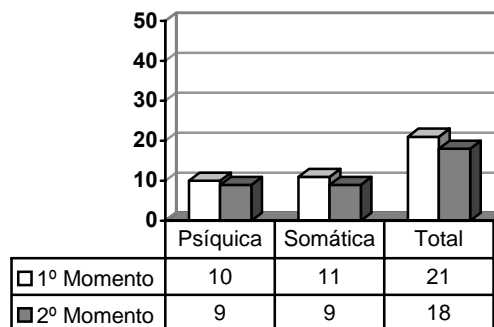


Figura 41 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

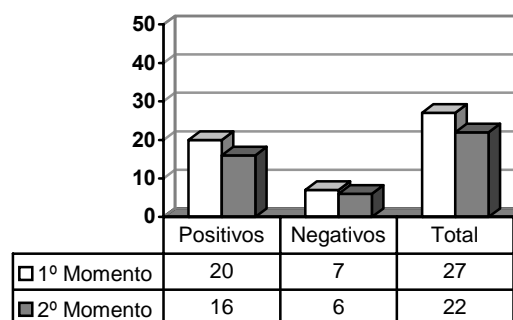


Figura 42 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

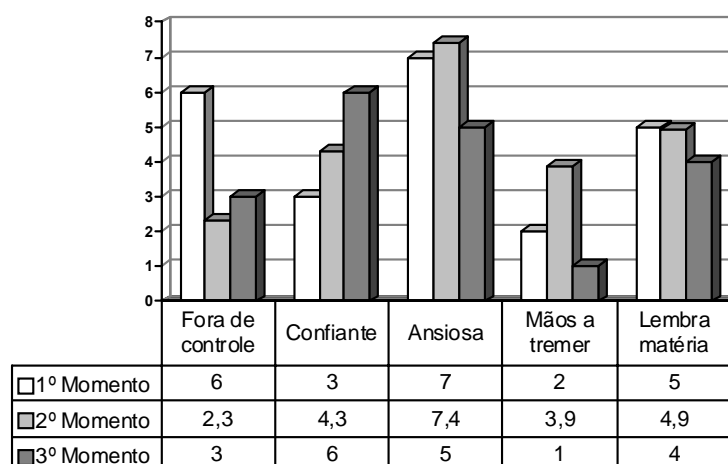


Figura 43 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 21 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	8	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	12	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	10	Med (8,04)

Quadro 22 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	13	Med (9,12)

O participante nº 10 apresentou uma descida nas escalas de *stress* e ansiedade (no *stress* passou de 27 para 22, na ansiedade passou de 21 para 18) (cf figuras 41 e 42). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostram que o controle baixou significativamente, a confiança aumentou ligeiramente, a ansiedade e lembra a matéria estudada mantiveram-se, mas os sinais fisiológicos aumentaram. No follow up (passados seis meses) a confiança e ansiedade melhoraram com relação ao segundo momento, os sinais fisiológicos também baixaram, a lembrança da matéria estudada baixou mais um pouco (cf figura 43). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 22). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 21).

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: “Para melhorar o conhecimento do comportamento humano em situações de *stress* e aumentar a consciência pessoal em situações de tensão.”

Relacionamento com a Mãe: Bom. Antes “chocavam” um pouco mas agora está melhor.

Relacionamento com o Pai: Bom, consegue conversar sobre os objectivos a nível académico, pessoal, emocional e afectivo.

História educacional: sem aspectos significativos.

Vivência dos exames: 4/ 5 dias ou 2/3 dias antes, começa o *stress*, no dia anterior dorme mal, sonha com as legendas que esteve a estudar, acorda quando não se lembra da matéria. No dia consegue estar minimamente calma, durante o exame fica calma.

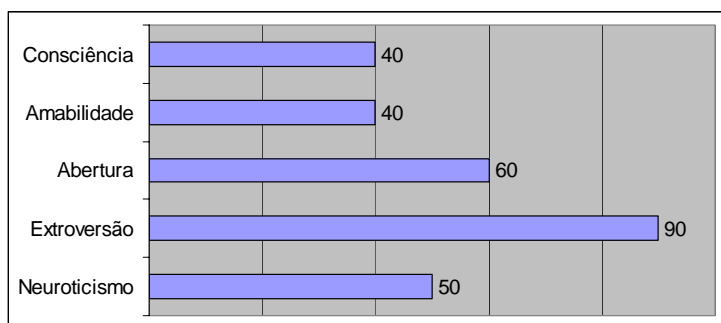


Figura 44- Escala de personalidade do participante 10

Em resumo: Apresenta um perfil de personalidade equilibrado com alta Extroversão (90) o que mostra uma personalidade do tipo extrovertido, sociável, orientado para as relações interpessoais. (cf figura 44)

1ª TRV-C 13 Maio 2005

1ª Cena: Escola primária. A professora grita. (6/9 anos)

“Ela não era má, mas (...) podia ser diferente. Mesmo... mais próxima, mais...

...Estou na minha sala de aula (sorrindo), (...) o quadro era logo em frente à porta (...) a secretária dela ficava à esquerda (...) e eu ficava sentada à esquerda, ao fundo da sala.

...Ela obrigava a gente a saber a tabuada de cor...(...) E eu nunca soube! (...) E depois... ela uma vez mandou-me ao quadro. Nós tínhamos que ir...

... Nervosa (...) O coração bate mais depressa (...) e depois não raciocino (...) Fico tipo parada (...) a cabeça não pensa, não...

... Depois, ela grita (...) Ela gritava sempre! (...) Que eu já devia de saber isto...

...Mais nervosa.

...Não é que eu não saiba! Tem que ser é com calma (...) tem que me deixar pensar, (...) sem gritar.

...a minha professora da primária (...) Estou na sala(...) Ela está a gritar(...) com o X e com o Y. Ela põe-os lá atrás...

...Mal. (...) porque ela está a gritar com eles(...) porque eles não sabem(...) Ela devia estar a ajudá-los!

...Mal! (...) no coração (...)Fico triste.

...É má (...) Ela é... pfff... ela grita..."

Lugar Seguro: Na serra sozinha ouvindo os passarinhos, sensação de liberdade, contente.

Redecisão: "A partir de agora sinto-me forte."

2ª TRV-C 11 Junho 2005

1ª Cena: Escola primária. Sozinha no recreio. (6/9 anos)

"...desconforto não dá para continuar (...) no peito.

...A escola o recreio está vazio...tenho medo, não há barulho (...) Sozinha....se não houvesse mais...é grande! (...) Sou pequenina.

...A escola, o recreio, ao fundo tem uma parte que a gente não pode ir...plantas...sala com outros miúdos (...) Não gosto do ambiente é frio...como se ninguém gostasse de ninguém (...) Quero fugir daqui !

...Medo de ficar assim sozinha...

... Sala de aula...é igual...como se não tivesse...mas tem gente...não gosto é desconfortável.

...Se não conseguir fazer as coisas vou ficar sozinha...os trabalhos.

...Tenho de fazer tudo bem feito.”

Lugar Seguro: Não tem

Redecisão: “A partir de agora sinto-me mais segura, acompanhada e mais forte.”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Sinto-me bastante mais calma e controlada. As notas melhoraram, só deixei duas cadeiras para trás.”

15.1.1.11 - Participante número 11

Idade: 20

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais velha de 1 irmã

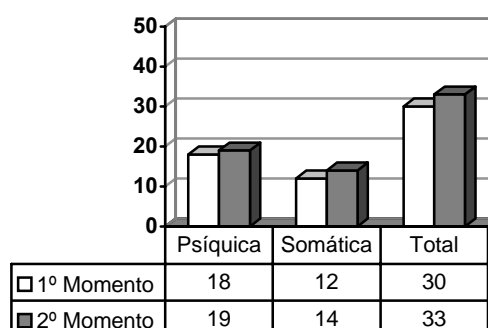


Figura 45 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

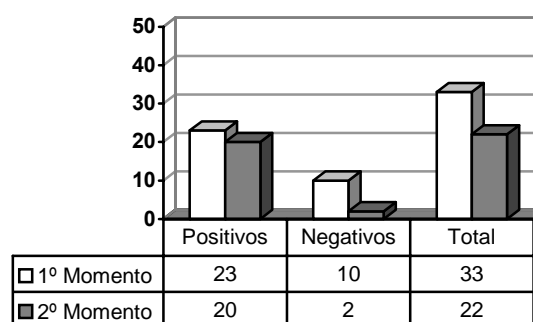


Figura 46 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

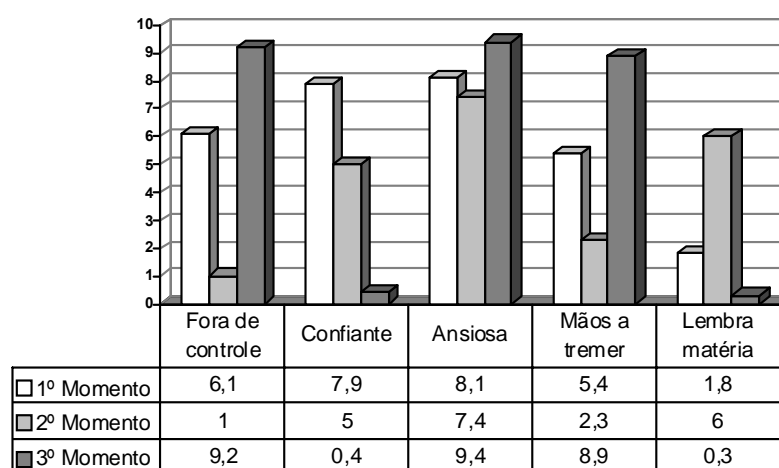


Figura 47 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 23 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	4	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	2	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	2	Med (8,04)

Quadro 24 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	17	1 D.P. > Med (9,12)

No que diz respeito ao *stress* verificou-se que o participante nº 11 apresentou uma descida significativa (de 33 passou para 22), com relação à ansiedade apresentou um ligeiro aumento (de 30 para 33) (cf figuras 45 e 46). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa em todas, excepto na confiança que baixou (de 7,9 para 5). No follow up (passados seis meses) o valor residual não permaneceu em todas as dimensões (cf figura 47). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 24). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, não esteve em EMC (cf quadro 23).

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: Muita ansiedade, por vezes sem razão aparente, nervosismo. Há 1 ano, quando entrou na UMa começou a sentir muitas dores de cabeça, a médica diagnosticou cefaleia de tensão, não conseguia dormir. Transpira muito, sente uma pressão no estômago, anda muito tensa. Está bem com as colegas e de repente fica ansiosa, “explode” com as pessoas de quem gosta.

Relacionamento com a Mãe: Muito bom.

Relacionamento com o Pai: Nenhum. Não conhece o pai, separou-se da mãe quando esta estava grávida dela. O avô paterno prometeu “porrada” e pagou para o pai desaparecer. Não quer conhecê-lo. Considera o avô o seu pai, vive com os avós a mãe e uma tia.

Relacionamento com a Tia: Satisfatório, é mais velha, gosta da participante mas “é Epiléptica e passa noites a gritar, diz mal de toda a gente e armava confusões em casa”.

História educacional: sem aspectos significativos.

Vivência dos exames: Na véspera dorme mal, tem insónias, sente dores no estômago. Acha que não sabe nada “que não tem nada na cabeça”. Durante o exame começa a entrar em *stress* e bloqueia. Sente-se pior nos exames orais.

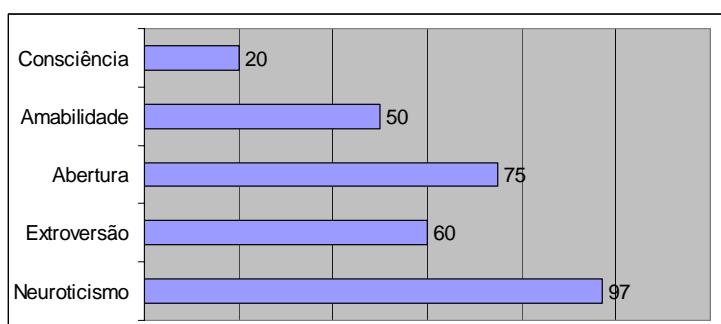


Figura 48 - Escala de personalidade do participante 11

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (97) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. Apresentou uma Extroversão (60) e Abertura (75) altas tratando-se de uma personalidade extrovertida, orientada para a relação interpessoal, com predisposição para vivenciar acontecimentos de vida de modo positivo e facilidade de envolvimento numa relação psicoterapêutica. Apresenta potencial criativo, abertura à exploração do não familiar, defesas saudáveis e maduras para lidar com a tensão. Apresentou um valor baixo na Conscienciosidade (20), o que denota baixa tolerância à frustração, forte impulsividade e irresponsabilidade. O seu elevado índice de Neuroticismo provavelmente está ligado aos valores elevados de ansiedade e *stress* (cf figuras 45, 46 e 47). Apesar de ter propensão para entrar em EMC pelos resultados da APZ não esteve em EMC na sua percepção (pessoal). Contudo, um excesso de *stress* pode induzir um EMC pela hipervigilância. O facto de não ter apresentado resultados positivos após a experiência e ter baixado mais ainda no follow up qualitativo (cf figura 47 EVA). É de ponderar a hipótese de a TRV-C poder

ter aberto um núcleo traumático que não ficou resolvido. Contudo, no follow up qualitativo (Março 2006) referiu que não teve problemas pessoais.

1ª TRV-C 22 Março 2005

1ª Cena: Discussão familiar. Tia bate na mãe. (10anos)

“A minha família (...) O meu avô, a minha avó, a minha mãe (...) A minha irmã, a minha tia Mariazinha...

...Em casa (...) Na cozinha (...) Em pé (...) A discutir(...) A minha tia Mariazinha está sempre a brigar com a minha mãe...

...Mal (...) Irritada!

...A minha tia diz que a minha mãe não presta (...) Diz que ela nunca gostou dela.

... quero que a tia Mariazinha vá embora (...) ela quer bater na minha mãe (...) Começo a chorar (...) Eu quero que ela desapareça (...) (chorando) Quero que desapareça!

...e depois fujo com a minha irmã...”

Lugar Seguro: Na praia com amigos, sente-se bem.

Redecisão: “A partir de agora sinto-me mais segura.”

2ª TRV-C 30 Maio 2005

1ª Cena: Situação de ruptura com o namorado. Sente que não “presta” (idade actual)

“Sinto nojo!

...No coração (...) É um aperto que eu sinto...

...Se eu tivesse ele aqui dava-lhe umas bolachadas... (rindo) (...) eu odeio-o mesmo (...) Tu não prestas! (...) Magoaste -me muito (...) És mentiroso (...) Alguém ainda te vai fazer sofrer como tu me fizeste sofrer!

...Sinto que não sou nada (...) que eu não presto (...) que não sou nada! (...) não sou importante para nada (...) que sou incompetente (...) que não tenho capacidades às vezes... e sei que as tenho mas... mas às vezes sinto..."

Lugar Seguro: Na praia a olhar o mar com o namorado.

Redecisão: "A partir de agora sou capaz."

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

"Não sei se melhorei. Tive problemas, fiz alguns exames mas noutros cheguei lá, comecei a stressar e desisti. Ainda me sinto ansiosa nos exames."

15.1.1.12 - Participante número 12

Idade: 20

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Filha única

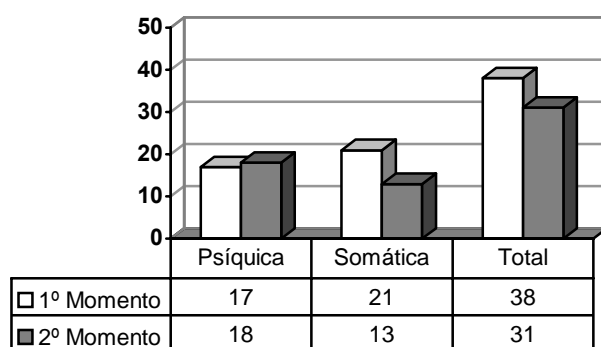


Figura 49 -Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

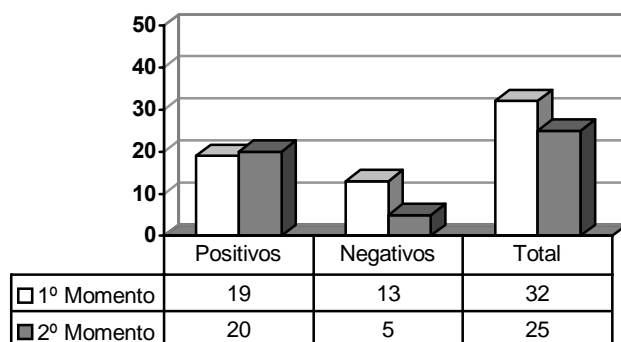


Figura 50 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

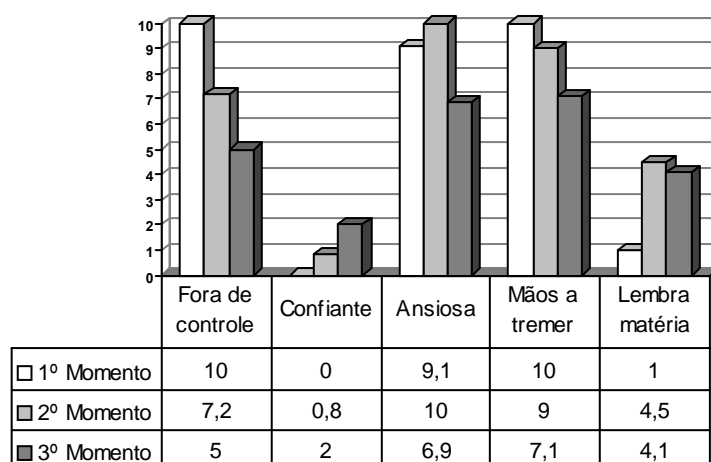


Figura 51 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 25 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	9	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	5	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	7	Med (8,04)

Quadro 26 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	18	1 D.P. > Med (9,12)

No participante nº 12 registou-se uma descida acentuada em ambas escalas (no *stress* passou de 32 para 25, na ansiedade passou de 38 para 31) (cf. figuras 49 e 50). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostram uma melhoria significativa na lembrança da matéria e no controlo, nas restantes dimensões não se notaram diferenças significativas. No follow up (passados seis meses) apresentou uma melhoria significativa em todas as dimensões, destacando-se o controlo (cf. figura 51). Na Escala QED apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf. quadro 26). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 25).

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: sente-se mal consigo própria, sem vontade de estudar, problemas familiares, falta de confiança, sem auto-estima, está desinteressada e desmotivada.

Relacionamento com a Mãe: Conflituoso. A mãe diz que foi um erro tê-la tido. A mãe batia-lhe para ter boas notas. “É Descompensada e nunca está bem, toma Xanax.”

Relacionamento com o Pai: Era muito bom. Morreu há 3 anos. Quando ela precisava ele estava lá para ela, contudo ele batia-lhe e ameaçava-a.

História educacional: na 4ª classe era mais gordinha e gozavam com ela, se não passasse os pais batiam-lhe. Do 5º para o 6º ano passou à “rasca”. Com 12, 13 anos faz uma tentativa de suicídio, a mãe estava sempre a bater-lhe por causa das notas. Ela falsificava as assinaturas.

Vivência dos exames: Nas vésperas tem que estudar tudo, fica muito nervosa, por vezes não dorme. Na véspera fica calma. Chorou numa frequência a professora “misturou tempos e coisas”. Fica ansiosa e vai à rua fumar.

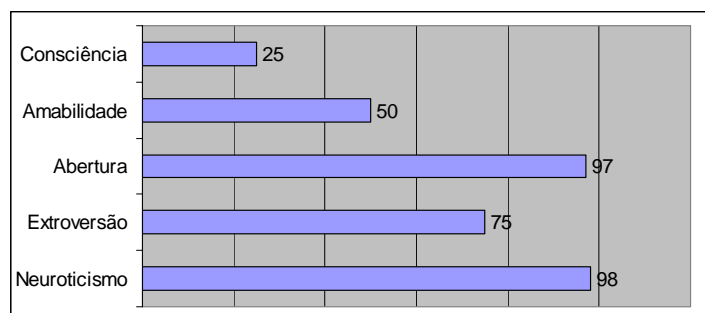


Figura 52 - Escala de personalidade do participante 12

Em resumo: O participante apresentou elevado índice de Neuroticismo (98) o que revela tendência a instabilidade e propensão para a descompensação emocional, assim como resposta de coping desadequadas, insegurança e baixa tolerância à frustração. A Abertura à Experiência alta (97) mostra uma alta propensão para procurar novas experiências e capacidade de mudanças, com curiosidade, alto potencial criativo e originalidade. Apresenta um perfil de personalidade tipo extrovertido. Denota um nível de Conscienciosidade (25), o que denota baixa tolerância à frustração, forte impulsividade e irresponsabilidade. Apresentou um alto índice de ansiedade e *stress* (cf figura 49 e 50) o que justifica o seu elevado grau de Neuroticismo. (cf figura 52). Após a experiência apresentou uma melhora

significativa em todos os valores quantificados que se mantiveram com ligeiro aumento no follow up.

1ª TRVC11 Abril 2005

1ª Cena: Discussão com a mãe para estudar mais. (10/11 anos)

“...A minha mãe está discutir comigo. (...) Numa casa (...) era pequena e estava no quarto (...) Está lá a cama, um vestuário... a minha mãe está de avental (...) Tem as mãos molhadas e diz que eu tenho que começar a estudar mais, senão o meu pai vai-me bater...

... Ela tira uma bolsa que o meu pai me ofereceu, linda, e ela começa a rasgar (...) Para não fazer isso que é minha!

...Começo a chorar (...) Tenho raiva dela, que eu não gosto dela (...) ela é má (chorando)...

...Mãe, tu és má... (chorando) não gosto de ti (...) não gosto nada de ti (...) Tu não és minha mãe... eu quero o meu pai... (chorando)...

...o meu pai está sempre a discutir com a minha mãe (chorando) (...) Quando o meu pai chega, a minha mãe mete veneno, manda o meu pai me bater... ela é tão má...

...Minha mãe joga a bolsa para o chão e vai lavar roupa (...) Pego na bolsa para ver se há remédio (...) Vou deitá-la fora. Guardo num saco para mostrar ao meu pai (...) mas a minha mãe já tinha telefonado a dizer (...) Não chego a mostrar ao meu pai (...) o meu pai chega depois da meia-noite, a minha mãe só me deixava esperar pelo meu pai quando eu tinha negativas...

...Eu digo ao meu pai: «pai, a mamã rasgou-me a bolsa» (...) e o meu pai: «porquê?» (...) «Paciência. O que é que queres que te faça? O que é que tu fizeste?» (...) Não fiz nada, não sei(...) «Não tiveste negativas? Tens estudado?» Então, mas não consigo ter nada! O meu pai ficou assim... mas eu ouvi o meu pai discutir com a minha mãe.

...O meu pai não tinha culpa de nada.”

2ª Cena: Na escola, a mãe bate-lhe à frente da professora. (10/11 anos)

Estou no colégio (...) no 5º ano, 6º ano também... estou a chorar (...) Tenho negativa outra vez...

...Chegou a minha amiga A. Ela pergunta o que é que eu tenho e eu disse: tive negativa e não posso ter mais negativas que a minha mãe bate-me...

...Triste... com medo (...) o meu pai vai-me bater quando eu chegar a casa...

...A minha mãe vai-me buscar à escola e ela fala com a professora (...) A minha mãe bate-me à frente da professora. (...) Diz que é para a minha mãe não fazer aquilo (...) Diz que tem que ser (...) Depois, a gente sai e ela começa a brigar comigo (...) Que quando chegar a casa eu vou ver! Vai dizer ao meu pai...

... Ah! mãe, não! Ah! mãe, não...

...começa-me a apertar os braços... «Quando é que vais aprender a ser boa aluna? Vais aprender a estudar...» e eu «mãe, não sei. Mãe, não sei». «Olha, vou-te pôr lá na mesa para estudares. Vais ficar lá quantas vezes eu quiser!» (...) A minha mãe punha-me na mesa a estudar e diz para eu ficar lá a estudar até xis horas.

Eu digo «ó mãe, não! Ó mãe não» e a minha mãe começa a rir. A minha mãe começa a rir... «Ah! não, vais ver quando chegares a casa! Vais levar uma sova!» Mas a rir, como se lhe desse gozo (...) A minha mãe é tão má!

...Eu digo: «ah! mãe, não! Não diga ao pai que ele vai-me bater »...(chorando)... «Ai, não? Vais ver!» ...ela a rir. Ela está rindo... ela é tão má! Ela ri da minha desgraça...

...Raiva... (chorando) (...) Como é que ela pode ser minha mãe? (...) Eu só não queria que ela fosse a minha mãe!

...(chorando)... Eu não queria que tu fosses minha mãe (...) Não és minha mãe... (chorando)...

...(chorando)... Ela batia-me... ela tinha um anel que o meu pai tinha-lhe dado, ela batia-me com ele, fazia-me sangrar (...) eu nem sei, eu queria que ela morresse...

...(chorando)... não gosto nada de ti, tu és tão má... tu fazes tudo para me bater! Toda a gente sabe que tu és má (...) A irmã do colégio não chamava a minha mãe porque sabia que ela era má e então já não dizia as coisas... ...(chorando)...

...Eu queria que o meu pai estivesse lá... (chorando)... Se o meu pai não estivesse no trabalho, ia ser diferente... Eu gosto tanto do meu pai... eu queria tanto estar com o meu pai! O meu pai era boa pessoa... eu quero o meu pai... não gosto da minha mãe... não gosto... não gosto... ela é tão má...”

3ª Cena: Pai doente. (16/17)

“O meu pai está deitado na cama (...) está doente... eu estava no Continente a estudar (...) só que o meu namorado acabou comigo e eu já não queria estar lá a estudar mais, o meu pai também tinha piorado... então eu vim para a Madeira e disse: «pai, o X deixou-me» e ele «ah! filha, resmas de homens vão andar atrás de ti!» E então eu deitei-me nos braços do meu pai... o meu pai nem se podia mexer, mas deu-me um abraço tão bom...

...O meu pai está tão doente... (chorando) (...) É tão bom! (...) Tenho medo de perder o meu pai (...) Eu gosto muito de ti, pai (...) (chorando)... eu não quero que vás embora (...) Adoro-te muito... (chorando)...

...Desculpa...

...Sim, sim... (chorando)...

...Não sejas tonta... és tonta (...) (chorando)... não diz nada, diz que é para eu não estar assim...

...O meu pai não sabe o que disse...”

Lugar Seguro: Com o pai no farol a observar os barcos, sente-se em paz.

Redecisão: “A partir deste momento eu sou melhor e tenho orgulho em mim mesma.”

2ª TRV-C 27 Maio 2005

1ª Cena: A mãe insiste para melhorar o rendimento escolar. (14/16)

“Eu só vejo a minha mãe carrancuda, está a perceber? Até nas fotos! (...) por causa de eu não ser boa aluna,... que já fui mais boa aluna do que sou agora(...)que eu preciso de estudar para ser melhor do que as outras,... que as outras conseguem e eu sou uma burra...

...Revoltada com ela! (...) Porque ela não gosta de mim (...) Por causa da cara dela (...) Ela está com raiva! (...) ela tem uma cara muito expressiva...

...Estou com ela (...) está-me a ameaçar que vai dizer ao meu pai, que... não pode ser assim... que tem que ser melhor (...) que se eu tiver mais negativas ela vai-me bater, e isso...

...Agora não! (...) Ela não bate porque ela vai dizer ao meu pai e a seguir o meu pai encarrega-se disso... que é o que ela quer! (...) Eu começo logo a chorar e... e não sei o que é que eu digo! (...) Eu não tive culpa! (...) Eu não sabia o que é que fazia (...) Não sei o que é que lhe digo mais

...Tu és feia, és má (...) não gosto de ti! (...) É porque eu não gosto mesmo!

...O meu pai não vai fazer nada, que ela está só a brigar por brigar... por isso eu nem sequer ligo (...) nada fosse.

...É má, porque ela a seguir diz-me para eu me sentar na mesa e estudar. E ela obriga-me a estudar ali horas (...) só que eu não estudo, eu olho para a parede (...) porque eu já estou farta de estar ali.

...Uma vez eu acordo, nessa casa,... e o meu pai acorda, e estávamos só os dois (...) só que eu já tinha feito umas poucas (...) Eu já tinha tido várias negativas, e para os meus pais não saberem, que a minha batia-me sempre, eu assinava as frequências pelo nome dela (...) e a minha mãe disse ao meu pai e no outro dia de manhã o meu pai bateu-me bastante (...)Eu corria dum lado para lá (...) Eu salto da cama,... pulo, o meu pai vai sempre atrás de mim e bate-me...

...Revoltada com a minha mãe, que a minha mãe não tinha nada que dizer!

...Eu fico doente... a minha mãe dizia que eu era feita de malhinha, que o meu pai me batia e eu ficava sempre doente depois (...) Não, fico doente! Triste e... constipada, e febre... sempre doente. Quando o meu pai me batia eu ficava sempre doente (...) mas quando a minha mãe me batia eu ficava doente mas era de marcas...

...Eu não tinha um quarto, eu dormia com os meus pais (...) É só uma cama,... tem umas escadas,... tem a porta para o outro quarto, só que o quarto não é nosso,... depois tem a cozinha, a casa de banho, tem uma mesa (...)O meu pai começa a falar comigo (...)O que é que tu fizeste? A tua mãe disse-me isto e isto e isto (...) Começa-me a bater, ... que eu não posso fazer aquilo (...)Com a mão. Ele tem uma mão pesada (...) Mas ele bate-me exageradamente porque ele está irritado com as coisas que a minha mãe já lhe está a dizer...

...Nem quero ver a minha mãe à frente! (...)Hum... é melhor não! (rindo)... (...) eu só penso que quando eu for mais velhinha a minha mãe vai sofrer comigo... eu nem vou falar com ela.

...Por que é que fazes isto? Por que é que dizes ao pai sempre tudo? (...) Por que é que metes veneno ao pai? (...) Eu não gosto nada dela,... eu não sei o que é que eu digo!

...Eu não sei! Nesta altura eu estou gordinha,... eu estou... não sei, penso que ninguém gosta de mim,... penso que fui adoptada... eu estou mesmo revoltada com ela e nem sequer me apetece falar... só a pensar...

...Eu estou sentada na Apresentação com uma amiga minha (...) e estou a chorar (...) dizia sou gordinha e que... estou farta... e a minha mãe está sempre a me bater,... o meu pai vai sempre atrás das conversas dela (...) «ah! as pessoas estão sempre a gozar de mim que sou gorda... a minha mãe é má para mim,... e o meu pai está sempre a bater,... a minha mãe também me bate...»

...quem me dera nunca ter nascido (...) a minha mãe está sempre a dizer que eu não devia ter nascido, que eu fui um erro na vida dela (...) que ela queria ter era um pequeno, não era uma rapariga e mesmo assim foi um erro...

...O meu pai também queria sair de casa..."

2ª Cena: A mãe acorda-a porque o pai ainda não chegou. (10/11 anos)

"... Uma vez a gente estava,... eu estava a dormir um dia, o meu pai estava a trabalhar e a minha mãe estava a engomar, à espera do meu pai, à meia-noite,... só que o meu pai trabalhava num hotel e é sempre difícil para sair a horas,... para entrar tem horas, só que para sair não tem (...) e então o meu pai nunca chegava, deu duas

da manhã e o meu pai não chegou... a minha mãe acorda-me a bater, a dizer «acorda, acorda, o teu pai não vem,... acorda»... e eu acordo sobressaltada... «o que é que eu fiz, o que é que eu fiz...?»(...) A minha mãe está-me a acordar, a bater... chega aquele calor a ferro...

...A minha mãe veste-me, puxa-me pelo braço, chama um táxi... vai para a casa da minha avó (...) fala com a minha avó toda irritada (...) Eu... estou sem entender nada, porque eu estou é cheia de sono...

...Ah! o meu pai a seguir aparece,... e telefona à minha mãe,... para casa da minha avó... ou a minha mãe telefona-lhe... eu não sei! Sei que o meu pai disse: «ah! rapariga, não sabes que eu tenho trabalho?! Ganhar dinheiro para tu gatares e...»

...Pena! Triste, por ter casado com a mulher que tem! Eu nunca gostei da minha mãe! Mesmo quando a gente estava no Porto, e eu tinha 6 anos, 4, 5 anos para aí, nas férias, via a minha mãe sempre carrancuda! «Não quero tirar fotos...», hum, está sempre a dizer mal de toda a gente (...) duma coisa boa, a minha faz uma coisa má! Poça! Farta dessas coisas!

...Eu estou sempre a ver uma imagem que a minha mãe tem, uma foto (...) Só vejo essa foto... eu não me lembro de nada bonito dela..."

3ª Cena: Doença e morte do pai. (17 anos)

"...O meu pai adorava Nestum para o pequeno-almoço (...) Eu fazia-lhe ginástica por causa dos movimentos, que o meu pai estava acamado (...) Eu estou sempre a pensar no meu pai que estava na cama... (com a voz embargada)... ...só isso.

...Estávamos os dois (...) Eu gostava de me deitar lá com ele (...) Estou deitadinha assim no braço dele (...) assim, na covinha (...) está quentinho (...) ele está com um pijama verdinho,... e eu estou lá! Está com a barba grande, com o cabelo todo grande (...) estamos a ver televisão e eu adormeço. Está tudo escuro! (...) A minha mãe não está em casa, sinto-me bem! (rindo-se)... a gente está os dois bem, que a minha mãe saiu! (...) Estou num cantinho do céu!

...Às vezes chorava... às vezes deitava-me lá e chorava (...) Mas eu não chorava com barulho, chorava assim tipo estava deitada, e ele não devia estar ali (...) Tinha medo de o perder!

...Ele já morreu! E a minha mãe nem sequer foi lá vê-lo! O meu pai não tinha que morrer... era para ir fazer exames no hospital às 9 da manhã!

...Eu acordei mais cedo... (chorando)... não sei porquê, acordei... acordei e fui ao quarto do meu pai: Então, ... vá se levantar, para comer um Nestunzinho antes de ir para o hospital, porque eles lá não lhe davam de comer (...) e o meu pai já não falava (...) Eu acendi a luz e o meu pai estava todo roxo... (chorando) (...) Pai... (chorando)..., mãe levanta-te, o pai está assim... é horrível... (chorando)... e depois quando eu soube que ele lhe bateu durante a noite e ela nem sequer ligou...

...(chorando)...Eu peguei nele e vesti-lhe um casaquinho verde... eu nem sabia, ele ia para a rua àquela hora e estava frio... e eu peguei nele ao colo... (chorando)... (...) ele está mal... (chorando)... ele não fala... e ele morre... e a ambulância chega,... só que eles não deixam ninguém ir atrás... eles param na Rua X e entra a EMIR(...)faz uma intervenção... eles falam-me... o meu pai entra em coma... chega ao hospital, eles querem fazer uma TAC à cabeça... eles desligaram as máquinas e o meu pai faleceu... e a minha mãe diz: “quero ir vê-lo”, como se ela gostasse dele... E eu não fui vê-lo, que eu não queria vê-lo, não queria ter a recordação dele deitado morto... só que a seguir eu fui ao funeral... a minha mãe não se importava com o meu pai,

...E o meu pai foi de caixão aberto e toda a gente estava a criticar a minha mãe e a mim porque a gente não dava de comer ao meu pai... (chorando muito)... mas não era! Eu dava,... eu gostava dele... eu lavava,... eu cortava-lhe o cabelo, a barba... eu deixei de estudar para estar com ele... ele parecia que estava a chorar, porque ele esteve na câmara frigorífica para os meus tios virem do Continente... então ele estava tipo a chorar... eu agarrei-me nele, eu é que escolhi a roupinha para ele... ele foi de calças azuis, casaquinho azul e uma camisinha... eu gostava de vê-lo assim... todo charmoso... e gostava de ver o meu pai quando saía para o trabalho, todo cheiroso...

...estou a escorrer água de estar ali...

...A minha mãe não se importa com o meu pai, ela importa-se de ver o que os outros estão a fazer... (continua chorando) (...) Eu odeio a minha mãe... (chorando)...

...Eu odeio tanto a minha mãe... não a posso ver! Só de me lembrar dessas coisas...”

Lugar Seguro: Junto com o pai enquanto este se arranja para ir para o trabalho.

Redecisão: “A partir de agora sou eu que decido como é que sou feliz.”

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Melhorei, mudei. De 13 passei para média de 14.”

15.1.1.13 - Participante número 13

Idade: 22

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Mais velha de 1 irmão

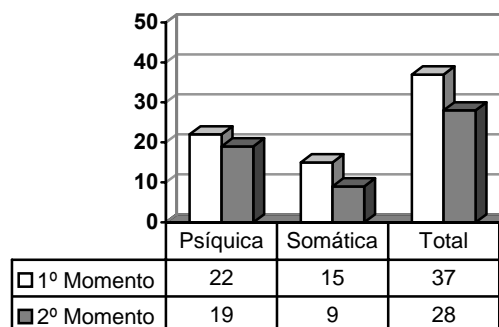


Figura 53 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

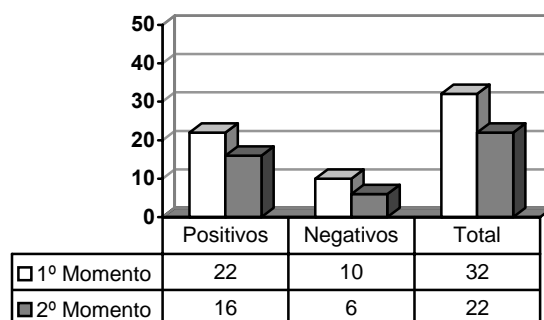


Figura 54 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

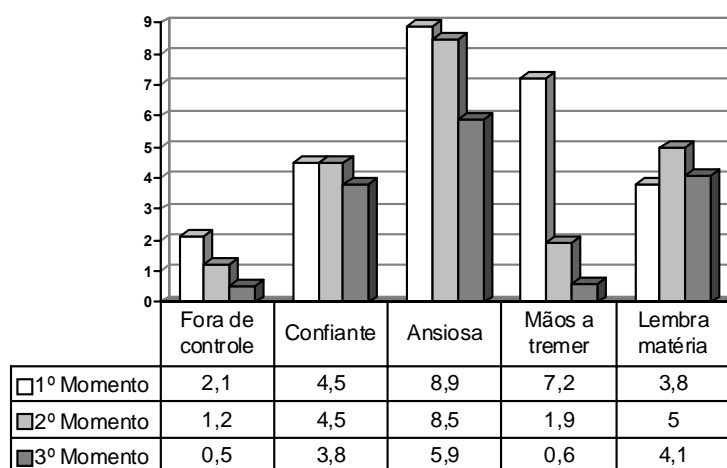


Figura 55 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

Quadro 27 - Valores da Escala APZ (Dittrich, 1975) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
Auto Limitação Oceânica	11	Med (7,51)
Auto Dissolução Angustiante	10	Med (5,94)
Reestruturação Visionária	8	Med (8,04)

Quadro 28 - Valores da Escala QED (Riley, 1988) aplicado logo após as sessões de TRV-C (Junho 2006)

	Valor	Média
QED	13	Med (9,12)

Por último, o participante nº 13 apresentou uma descida significativa em ambas as escalas (no *stress* passou de 32 para 22, na ansiedade passou de 37 para 28) (cf figuras 53 e 54). As dimensões avaliadas nos itens da Escala Visual Analógica, em três tempos, mostra uma melhoria significativa nos sinais fisiológicos e uma melhoria na lembrança da matéria estudada e fora de controlo. No follow up (passados seis meses) o valor residual não só permaneceu como aumentou (cf figura 55). Na Escala QED não apresentou predisposição para experiências dissociativas (cf quadro 28). Este participante, tal como indicam os resultados do APZ, esteve em EMC (cf quadro 27).

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: *Stress*, ansiedade e nervosismo.

Relacionamento com a Mãe: Muito bom, “é carinhosa, lutadora e atenta”.
Relacionamento com o Pai: Conflituoso. “Não é muito comunicativo, bebe todos os dias e fica no canto dele, é anti-social.” Têm muitas discussões.

História educacional: no 10º ano muda para uma escola pública, sentiu muito a mudança de ambiente, colegas e professores. A partir daí começou a sentir ansiedade, até aí tinha prazer em estudar, as notas baixaram. No 12º ano começou a recuperar. Estava confusa, parou um ano e foi trabalhar.

Vivência dos exames: Na véspera quase não consegue dormir, no dia fica nervosa, sente “uma coisa no peito”. Durante o exame, se não sabe, sente o corpo a tremer e a cara quente, não consegue raciocinar e entra em pânico durante as 2

horas. Quando sai do exame fica nervosa durante 1 a 2 horas e depois volta ao estado normal. Começou a notar tiques depois do secundário. Esfrega muito as mãos, morde a língua. Por isso sonha tanto com o ensino básico.

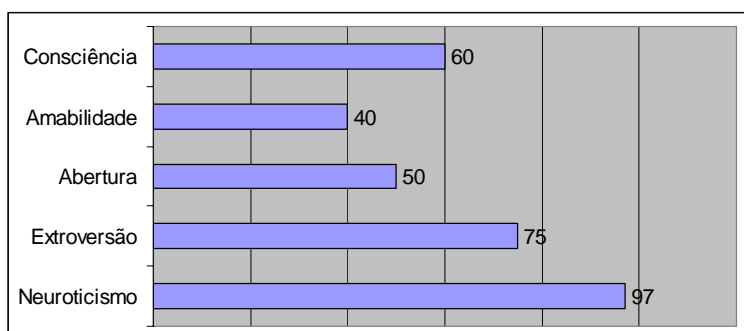


Figura 56 - Escala de personalidade do participante 13

Em resumo: Apresentou um alto índice de Ansiedade e Neuroticismo demonstrando uma instabilidade emocional com propensão a descompensação emocional, resposta de coping desadequadas, baixa tolerância à frustração e insegurança. A Extroversão (75) indica uma personalidade do tipo extrovertido com facilidade nos relacionamentos interpessoais e afectividade positiva, estando as restantes dimensões equilibradas. (cf figura 56)

1ª TRV-C 8 Julho 2005

1ª Cena: Sai de casa sozinha e vai ter a casa da avó. Medo de ficar só. (2 anos)

“Estou sozinha! (...) Eu não vejo ninguém! (...) Medo de ficar só!

...Estou na minha cama! (...) Eu acordei, (...) (meia chorosa) mas eu não vejo os meus pais! (...) Saíram, eu não os encontro! (...) Tenho medo de perdê-los! (chorando) (...) E de não ser amada! (continua a chorar)

... Eu saí do berço! (...) E depois só me lembro... de... descer umas escadas, na rua,... sair de casa,...

... Está tudo escuro, não vejo nada, só me agarro a um ferro! (...) É áspero e (...) tenho a noção de ser verde, mas não tenho bem a certeza!

...Vejo uma luz! (...) É leve! (...) Agora vejo a minha avó! (...) Está assustada! (...) Por eu estar ali sozinha, àquela hora. É tarde! (...) Ela dá-me um beijo (chorando) e diz que vai estar tudo bem!

...Calmo! (...) Sinto-me segura! (...) Na casa da minha avó! (...) É acolhedor! (...) É serena! (...) Ela protege-me! (...) Sinto paz!

...Os meus pais aparecem aflitos (...) à minha procura! (...) Porque não me encontraram na cama! (...) A minha mãe pega-me ao colo! (...) Sinto-me feliz! (...) Em paz!

... Medo de ficar sozinha! (...) Como se os meus pais tivessem desaparecido para sempre e as pessoas que eu amo! (chorosa)

... Ficar só, por não ser aceite!”

Lugar Seguro: Segura em paz no colo da mãe e com o abraço da avó.

Redecisão: “A partir de agora estou bem, sou corajosa.”

2ª TRVC

Não fez a segunda regressão por motivos pessoais.

FOLLOW-UP QUALITATIVO Março 2006

“Melhorei bastante, passei em tudo e aumentei de 13/14 para 15/16.”

Os quatro participantes residuais

15.1.1.14 - Participante número 14

Idade: 23

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Tem um irmão mais velho

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: *Stress*, e por se tratar de uma experiência inovadora.

Relacionamento com a Mãe: é bom, mas às vezes a relação é conflituosa por serem tão parecidas em termos de comportamento, pois “explodem” com facilidade.

Relacionamento com o Pai: “chocam imenso, porque lhe custa perceber que a participante não é mais uma criança”. A mãe actua como mediadora dos conflitos.

História educacional: Vivia com os avós e só via os pais ao fim-de-semana. Era o “palhaço” da turma, muito alegre e magrinha. A entrada na primária foi boa no princípio. No 2º ano tinha algumas dificuldades a matemática e, à conta disso, apanhou com a régua de madeira. No 5º ano veio estudar para o Funchal e ficou a morar com os pais. Diz que foi “um choque tremendo”. No 7º ano mudou novamente de escola e “foi mais um choque. A escola era maior e devia ser mais exigente”. Continuava a ser boa aluna. No 8º ano voltou com os pais para a terra dos avós e “foi outra vez um choque porque dependia de novo do pai” para a levar à escola, as colegas “achavam que era a filhinha da mamã”, e as diferenças culturais eram muito acentuadas. No 12º ano, primeiro anulou a matrícula, na segunda e terceira matrícula perdeu o ano, e só na quarta matrícula é que passou. Trabalhava e estudava à noite.

Vivência dos exames: Começa uma semana antes a fazer resumos que ultrapassam a própria matéria. Depois começa a estudar sob pressão, e faz um resumo pequeno da matéria. No dia do exame põe o despertador para as seis horas da manhã para rever a matéria, e ler no carro durante a viagem. No exame sente ansiedade para ver as perguntas, começa a escrever e sente-se stressada “porque o tempo parece voar”, e como se considera perfeccionista, o que está riscado tem de passar a limpo. Quando termina fica insatisfeita com o que fez, e ansiosa por saber a nota. Mantém-se boa aluna, com média de quinze.

TRVC 2 de Maio de 2005

1ª Cena: Colegas em fila, à espera de apanhar uma reguada da professora.
(sete anos)

“...um colega a apanhar com uns sapatos vermelhos de tacão (...) um livro que não tinha uma página, que eu precisava dessa página para fazer uma cópia e uma régua de madeira, escura (...) Uma fila de meninos. Tal como eu, estão à espera de apanhar uma reguada (...) Porque não fizeram a cópia, como eu.

...Porque nós apanhávamos com a régua e um miúdo estava a apanhar com (...) com o tacão (...) Está a dizer que não foi ele! (...) e tenta se libertar das mãos da professora que lhe quer bater. (...) Bate (...) Com o tacão.

...Ansiosa, pensando que pode chegar à minha vez de apanhar (...) de apanhar logo para me despachar desta situação...

...Eu não pude fazer a cópia porque eu não tinha a página, senão eu tinha feito (...)"Não quero saber, não quero saber!"

...Vou-me sentar (...) Comecei a chorar (...) porque gostava de ter feito a cópia mas não fiz porque não tinha a página (...) porque no ano anterior era mais pequena e, claro, rasgava os livros e não era suposto fazer cópias do livro da 1ª classe! E eu já não tinha o livro em condições para fazer a cópia.

...Já bateu. Já deu com uma régua grossa.

...Na barriga (...) Parece que tenho qualquer coisa a encher a barriga de ar (...) Aflita.

...Estou a pensar no depois (...) A professora quando acaba a aula vai para a venda do meu avô, dizer que eu não fiz a cópia (...) E eu não consigo explicar que não fiz a cópia porque não tinha a página (...) Mas depois a professora já diz que eu também não sei fazer contas. E depois fala na minha mãe, que eu nunca vou ser como a minha mãe (...) e aí eu lembro-me da minha mãe também ter dito que respondia coisas a mais a essa mesma professora e que acabava por levar reguadas por responder a mais do que a professora pedia.

...Para mim é mau (...) porque a minha mãe é que é inteligente.

...Ela está lá. Ela primeiro começa a pedir algumas coisas que ela quer (...) pede algumas coisas e aproveita para dizer que eu não tinha feito a cópia e que também tinha muitas dificuldades a fazer as contas (...) E o meu avô para tentar remediar a situação dá-lhe coisas...

...Tento fugir... ou me esconder... ou fingir que não estou ali (...) Assustada (...) como se quando ela fosse embora o meu avô também me fosse bater, embora eu soubesse que o meu avô não me batia, era a minha avó...

...e depois tinha uma madrinha, que também é minha tia, e tinha a certeza que ela à tarde ia batalhar comigo para eu fazer a cópia ou para eu fazer as contas. E ela batia! Ela estava a comer e batia... batia com os talheres na mesa “tu tens que ouvir, tu tens que ouvir”...

...estou a chorar, as lágrimas estão todas em cima do caderno, estão a borrar o caderno todo (...) A tia continua a comer, a comer, a comer e a falar, a gritar, com o comer na boca...

...A madrinha é má, é pior que o meu pai! (...) É má! Eu não gosto de si! Eu não queria ser sua filha! (...) e eu tenho pena quando tiver filhos (...) Porque ela vai chorar, como eu!

Lugar Seguro: Na praia.

Redecisão: “a partir deste momento (...) eu sou responsável pelo meu sucesso.”

15.1.1.15 - Participante número 15

Idade: 26

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: tem um irmão mais novo, e dois meios-irmãos mais velhos.

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: porque permitir-lhe-á reconhecer algumas das causas do seu *stress* e ansiedade.

Relacionamento com a Mãe: é bom.

Relacionamento com o Pai: são mais “afastados”.

História educacional: Esteve em casa com a mãe até aos cinco anos, altura em que entrou para a escola primária. Gostou muito da professora e adaptou-se bastante bem. Tinha amigas com quem teve de cortar o relacionamento quando foi para o 5º ano e mudou de escola. Do 9º ano não gostou especialmente da escola. Nova mudança no 10º ano e novos amigos, indecisão e alguma confusão na escolha do curso. Nunca chumbou e é boa aluna.

Vivência dos exames: quando está a estudar, às vezes tem uma sensação de desmaio. Nas vésperas, às vezes pensa que não sabe nada. Durante o exame, lê-o e responde às perguntas que sabe. Não gosta de fazer rascunhos e não fica nervosa, até se aperceber que o tempo está a chegar ao fim. Depois do teste não gosta de falar com os colegas, não vá ter falhado alguma coisa mais importante. Fica ansiosa enquanto não sabe as notas.

1ª TRV-C 25 de Abril de 2005

1 Cena: O avô que está no hospital muito doente (21 anos)

“Um bocadinho de medo (...) estou a ver a imagem do meu pai (...) já não está tão escuro (...) não tenho essa imagem...

...relaxada...

...(Chora e suspira) não sei, não acontece nada (...) não tem mais ninguém. Não tenho imagens de mais nada à volta, só flashes, nada de concreto (...) já não consigo ver a cara dele.

...Fino nos dedos (...) é qualquer coisa fino que passa na ponta dos dedos (...) é como se fosse uma linha....

...mais calma...

...é como se passasse nos dedos e irrita. Não é irrita, é desconfortável...

...descalça parece-me (...) é escuro, é preto (...) é tudo preto à volta (...) preto e ao mesmo tempo é claro, não sei explicar...

...passam pessoas da minha vida (...) a minha família...

...(chora e suspira) agora estou a ver o meu avô (...) estou a lembrar-me quando ele estava no hospital (...) mal...

...um aperto (...) no peito (...) está a passar...

...tristeza (...) não vou esquecer.

Lugar Seguro: "O mar (...) só (...) fora, a ver (...) é uma sensação de bem-estar"
(21 anos)

Redecisão: "A partir deste momento sinto-me segura".

15.1.1.16 - Participante número 16

Idade: 26

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Tem um irmão mais novo

ANAMNESE

Motivo para participar na experiência: tem interesse em saber qual o seu grau de *stress*.

Relacionamento com a Mãe: é muito bom, considera-a a sua melhor amiga.

Relacionamento com o Pai: também muito bom, é "a menina do pai".

História educacional: Ficou com a mãe até entrar para a escola primária, que dava até ao 6º ano. Gostou, adaptou-se bem, era boa aluna mas um pouco malandra. Gostava muito da professora e ainda hoje são amigas. A passagem para o 7º ano implicou uma mudança de escola, e a adaptação foi difícil. Tinha que se levantar cedo, sentia mais frio e passava parte do dia só em viagem, não gostou. Mudou

novamente de escola para fazer o 8º e 9º ano, e correu bem. Veio para o Funchal fazer o Secundário, e adaptou-se bem quer à escola, quer à casa da tia onde ficou hospedada. No 12º ano repetiu a matemática.

Vivência dos exames: faz resumos à pressa para tentar perceber a matéria, geralmente estuda nas vésperas do exame, embora às vezes comece mais cedo. Na noite antes do exame dorme mal. Se a participante se sente mais ou menos preparada fica bem, mas se acha que não estudou o suficiente, fica mais nervosa. No exame começa por ler as perguntas, e se o grau de dificuldade aumenta fica mais nervosa e, por vezes, bloqueia. Quanto mais nervosa fica, pior. Depois do exame, se não correu bem, a participante tenta não pensar muito nisso.

1º TRV-C 16 de Maio de 2005

1 Cena: colegas gozam com a participante pela sua fisionomia. (15 anos)

“...branco ...sinto-me bem ... leve (...) Calma ... frio....

...Uma pontada aguda no coração, como se fosse alguém estivesse a enfiar uma faca...

...vazio ... sinto-me estranha, como se... diferente dos outros (...) Ter sardas, ser ruiva ... a colegas gozam, alguns dizem que tenho a cara suja

...Desprezo!!! Ainda bem que sou diferente (...) Ao menos não sou vulgar.”

Lugar Seguro: “...Estou no palco...chamaram-me (...) prémio de beleza...

...Vestido comprido, roxo, sapatos pretos...feliz, vingada.” (18 anos)

Redecisão: “A partir de agora sinto-me segura.”

15.1.1.17 - Participante número 17

Idade: 48

Sexo: Feminino

Posição na Fratria: Tem uma irmã mais velha

ANAMNESE:

Motivo para participar na experiência: considera que a experiência pode ajudar a lidar melhor consigo própria e com os outros.

Relacionamento com a Mãe: a participante é fruto do segundo casamento da mãe, e só aos quinze anos é que descobriu. Ficou muito magoada e teve uma reacção agressiva. Preocupavam-se muito com a irmã doente da participante, descurando as atenções para com ela.

Relacionamento com o Pai: morreu de uma hemorragia causada pela cirrose, quando a participante tinha seis anos. As recordações que tem do pai são de estar ao colo dele, de irem passear e comer gelados. Também se lembra da sua morte, dos baldes de sangue, do sangue a sair pela boca e nariz, da mãe aos gritos, de não chorar porque tinha que ajudar a mãe a estancar o sangue, apertando o nariz ao pai. A sua morte fê-la ter a noção do efémero.

História educacional: Aos cinco anos entrou para a 1ª classe no colégio, correu bem. Sempre gostou da escola e era boa aluna. Sai de casa aos dezoito anos e vai trabalhar, fazendo o 12º ano.

Vivência dos exames: Lê e pára um dia, volta a estudar dois dias, e assim vai aumentando o tempo de estudo. Diz que estudar acalma. Quando vai mal preparada para o exame fica mais nervosa, sente pânico e angústia por ver a folha em branco e ter dificuldade em ordenar as ideias. Sente-se pouco confortável, pensa na sua imagem e considera-se uma “imbecil”. Se está bem preparada é um prazer, e só sente angústia por ver o tempo passar.

1º TRV-C 30 de Abril de 2005

1ª Cena: Morte do Pai (Seis anos)

"Ambulância vai buscar o pai, a minha mãe... a avó, a mãe dá água benta... baldes de sangue!...Natal ...presépio ... querem que eu vá para a cama com a A....

...é madrugada, a minha mãe grita: "O J.!"

...A avó chora, não choro, não acredito (...) a A. chora, a avó e os tios...

...Quero o meu pai! (chora convulsivamente) (...) Não quero dizer nada à minha mãe...

...tão pouco tempo...eu sei que a minha vida vai mudar...

...É o corpo todo (...) Raiva!

...Estou chateada contigo! Sabias que estavas doente e não fizeste nada! Esqueceste-te de mim (chora) eu nunca te culpei...

...Tem pena...

...Sinto a tua falta... sinto ... acho que tens estado sempre ao meu lado ...eu sempre fiz o que quis ... nunca encontrei alguém como tu...frio...amo-te pai, não me deixes."

Lugar Seguro: "Está a brincar com a filha, feliz."

Redecisão: "A partir de agora sinto-me eu."

Observação: No final a participante referiu que se sentia leve, bem disposta, e que já não tinha a dor de cabeça, que havia referido quando chegou.

15.2 – Sumário de Integração dos Resultados (grupo geral)

15.2.1 - Escala de Ansiedade de Hamilton

No que diz respeito à ansiedade verificou-se uma mudança significativa ($p < 0.05$), havendo uma baixa 7,2 do primeiro para o segundo momento. Da mesma maneira a ansiedade somática desceu significativamente ($p < 0.05$), na ordem de 4,7 valores. Na ansiedade psíquica verificou-se uma descida de 2,6 valores, esta não é significativa ($p > 0.01$) (cf quadro 29 e figura 57).

Quadro 29 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de Hamilton, obtidas com os teste de Wilcoxon e de T-test, do início para o fim da intervenção

	T-test	
	T	D.P.
Psíquica	1,48	0,17
Somática	3,84	0,00
Total	2,80	0,02

	Wilcoxon	
	Z	D.P.
Psíquica	-1,26	0,21
Somática	-2,81	0,01
Total	-2,59	0,01

* Significant, $p < .01$, 2 tailed

** Significant, $p < .05$, 2 tailed

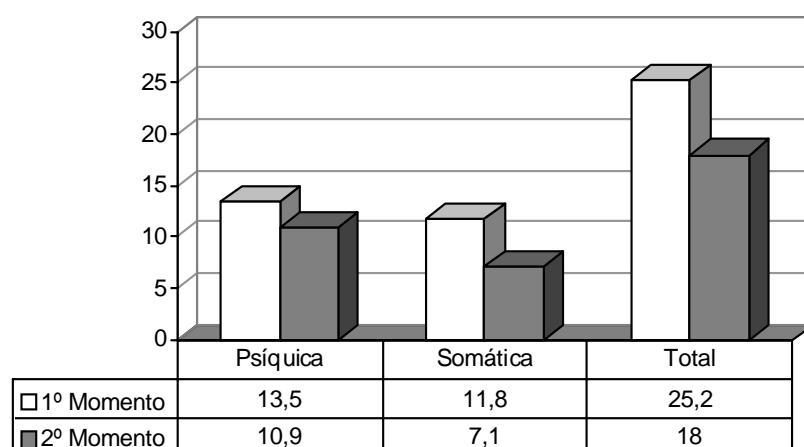


Figura 57 - Comparação dos valores da Escala de Ansiedade (Hamilton, 1992) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

15.2.2 - Escala de *Stress*

Na percepção de *stress* constatou-se uma descida significativa ($p < 0.01$) na média total de 7,5 valores, na escala de positivos a descida também foi significativa ($p < 0.01$) de 5,4 valores, somente na escala de negativos é que a mudança não foi significativa ($p > 0.05$), apesar da descida de 1,1 valores (cf quadro 30 e figura 58).

Quadro 30 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de *Stress* de Cohen, obtidas com os teste de Wilcoxon e de T-test, do início para o fim da intervenção

	T-test	
	T	D.P.
Positivo	4,30	0,00
Negativo	4,16	0,46
Total	4,00	0,00

	Wilcoxon	
	Z	D.P.
Positivo	-3,05	0,00
Negativo	-0,60	0,55
Total	-3,11	0,00

* Significant, $p < .01$, 2 tailed

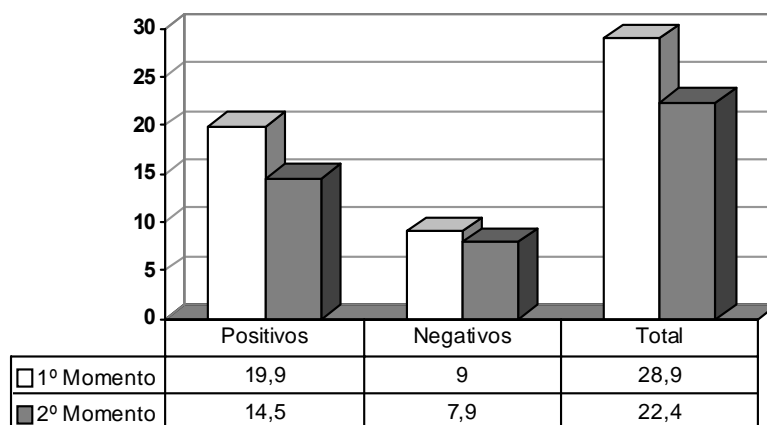


Figura 58 - Comparação dos valores da Escala de *Stress* Percebido (Cohen, 1983) aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005)

15.2.3 - Escala Visual Analógica

Das mudanças avaliadas por este instrumento, a que ressalta mais é a que se verifica na dimensão da ansiedade, que das cinco dimensões foi a que mais baixou significativamente ($p < 0.05$), esta baixou inicialmente 1,6 valores e no final 2,2 valores. Na dimensão confiança registou-se igualmente uma mudança significativa ($p < 0.05$), há um aumento inicial de 0,8 valores aumentando ainda no terceiro momento mais 0,7 valores. (o valor residual permaneceu mais alto) As outras dimensões, apesar de não se registarem mudanças significativas ($p > 0.05$), a dimensão Lembrança da matéria aumentou 1,9 valores no segundo momento tendo descido do segundo para o terceiro momento de avaliação, 0,6 valores. Contudo, houve um aumento final do primeiro para o último momento de avaliação de 1,3 valores. Na dimensão Mãos a Tremer os resultados foram semelhantes aos anteriormente descritos, sendo também uma descida visível no final do estudo igualmente de 1,3 valores. Na dimensão Fora de Controlo registou-se uma ligeira subida de 0,7 valores do segundo para o terceiro momento, mas do início para o fim do estudo verificou-se uma descida de 1,2 valores (cf quadro 31 e figura 59).

Quadro 31 - Diferenças nas classificações obtidas pelos pacientes na Escala de Ansiedade de Hamilton, obtidas com os testes de Friedman, do início para o fim da intervenção.

	\bar{x}	D.P.	
Fora Controlo	2,24	0,33	
Confiança	8,50	0,01	*
Ansioso/ a	7,84	0,02	*
Mãos a tremer	0,15	0,93	
Lembra matéria	5,92	0,05	*

** Significant, $p < .01$, 2 tailed*

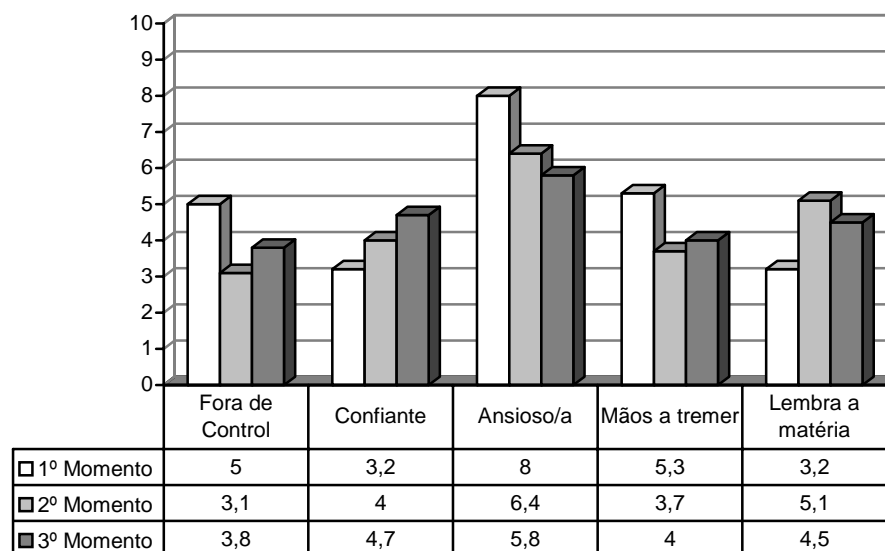


Figura 59 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Follow up Junho 2005) e uma terceira de avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

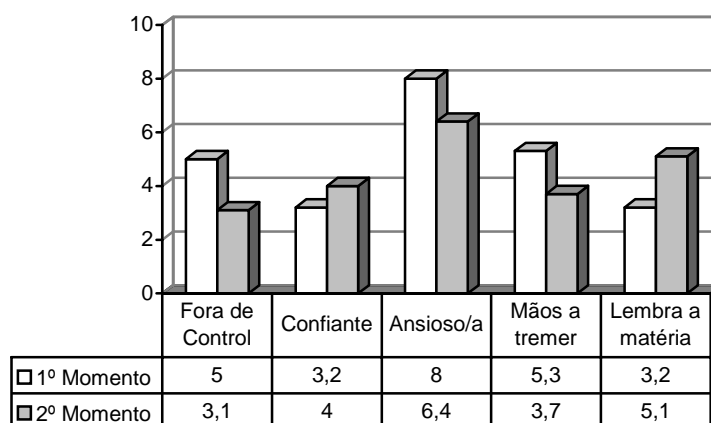


Figura 60 - Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004), após as duas sessões de TRV-C (Junho 2005)

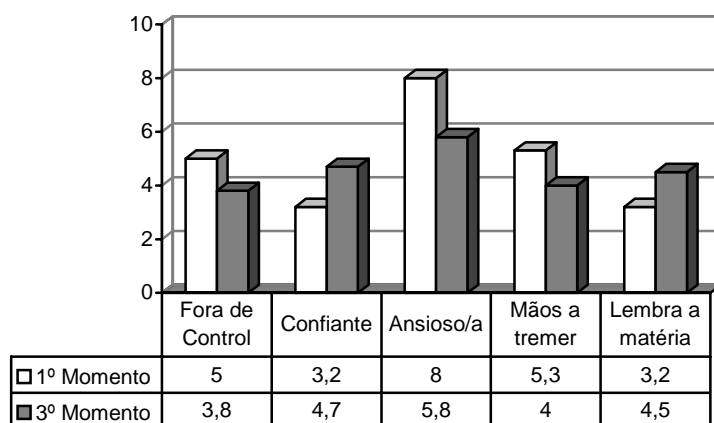


Figura 61 – Comparação dos valores da Escala Visual Analógica aplicada antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004) e a avaliação de permanência de resultados (Janeiro 2006)

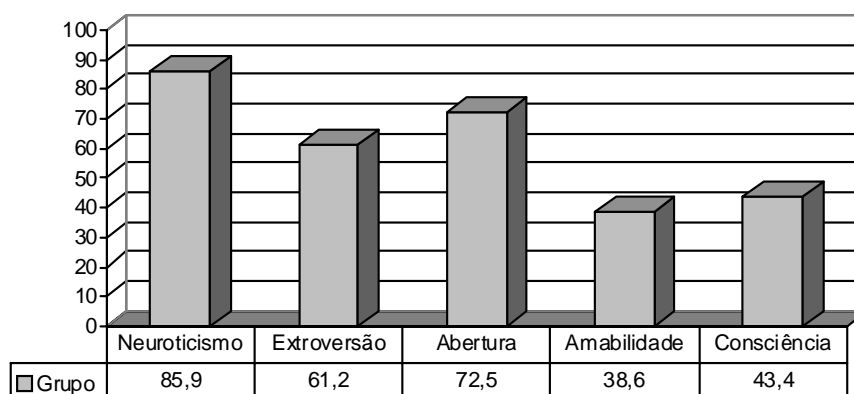
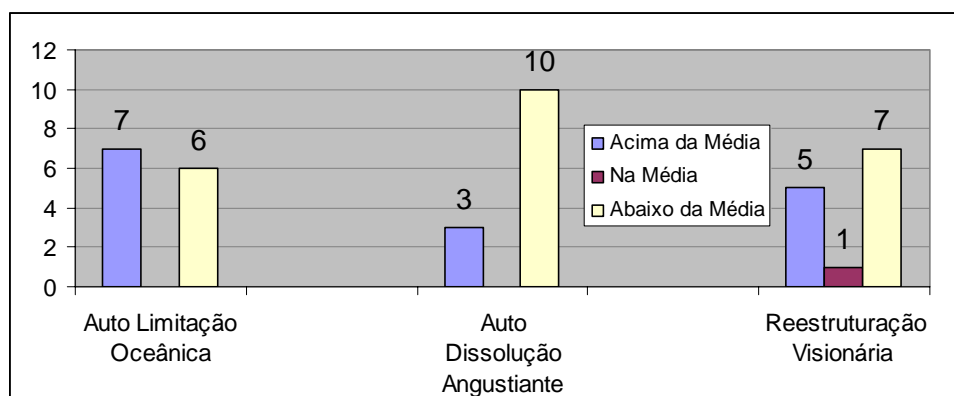


Figura 62 - NEO PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto, aplicado antes de qualquer intervenção experimental (Outubro 2004)

15.2.4 - Avaliação da Capacidade de entrar em EMC

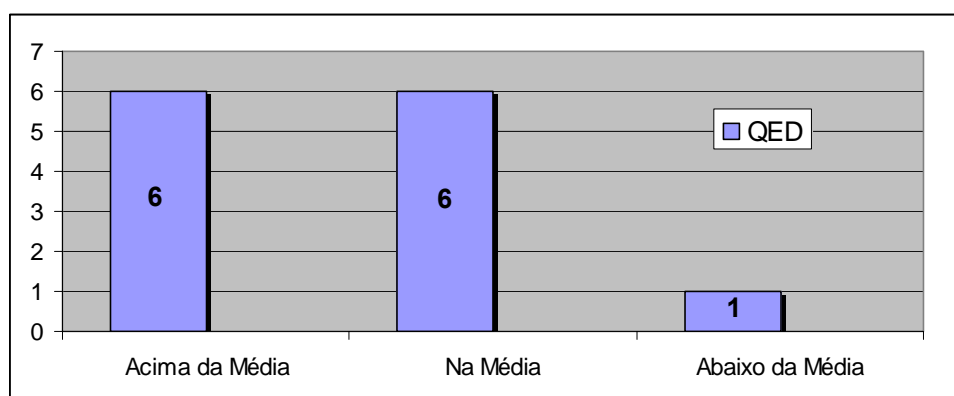
Para verificar se de facto os participantes tinham ou não entrado em EMC pedimos aos mesmos que preenchessem os questionários APZ e QED (cf quadro 32 e 33)

Quadro 32 - Resultados da média do grupo do questionário APZ



A maioria dos participantes entrou em EMC com a exceção do participante nº11.

Quadro 33 - Resultados da média do grupo do questionário QED



A maioria dos participantes não apresentou predisposição para experiências dissociativas com exceção dos participantes: nº 3, nº 4, nº 6, nº 8 e nº 12.

15.3. - Resultados do Estudo Qualitativo

Utilizou-se os dados da TRV-C dos quatro participantes que não terminaram o processo, como já foi referido. Achou-se importante utilizar mais estes dados para enriquecer a análise qualitativa.

Quadro 34 - Idade das Vivências

Idade Actual	1ª TRV-C				2ª TRV-C		
	1 CT	2 CT	3 CT	4 CT	1 CT	2 CT	3 CT
26	13-15	Actual	6-9				
23	Actual	16			Adulta		
19	7-9	Actual			Actual		
21	Actual	Actual			Actual	Actual	
21	10				5		
39	9-13	6-7	5-7	6-7	4-6		
37	7-8	7			8		
20	4-6	Actual	Actual		6-9	Actual	13-14
27	Actual				Actual		
20	6-9				6-9		
20	10				Actual		
20	10-11	10-11	16-17		14-16	10-11	17
22	2						
23	7						
20	?						
26	15						
48	6						

A maioria apresentou vivências entre os 4 e os 11 anos, o que remete para a infância e um segundo pico, para a idade actual.

Quadro 35 - Cenas Traumáticas

Part.1	
1ª TRVC	1ª TRVC- Não Regrediu
2ª TRVC	
Secundário, 13/15 anos	1ª Cábula, medo de ser apanhada a copiar.
Idade actual	2ª Universidade medo de ser apanhada a copiar.
6/9 anos	3ª Escola Primária, professora ameaça que lhe vai bater

Part.2

1ª TRVC	Idade actual	1ª Universidade, tábua na testa
2ª TRVC	Idade actual	1ª Teste de confiança do marido.

Part.3

1ª TRVC 7/9 anos	Idade actual	1ª Pai alcoolizado agride a mãe 2ª Irmão discute e destrói as flores da avó
2ª TRVC	Idade actual	1ª Universidade. Suspeita de traição do namorado.

Part.4

1ª TRVC	Idade actual Idade actual	1ª Medo de fracassar, críticas da mãe, sente dor no peito 2ª Namorado que lhe bate e empurra pelas escadas
2ª TRVC	Idade actual Idade actual	1ª Ansiedade em frente aos livros 2ª Ruptura de relação amorosa

Part. 5

1ª TRVC 10 anos	1ª Discussão entre pai e tio alcoolizado
2ª TRVC 5 anos	1ª Preso num quarto escuro pela tia

Part. 6

1ª TRVC 6/7 anos	1ª Entra num espaço fechado com pouca luz. Hospital, fica sozinho à espera que a mãe vá ver o avô. 2ª Angústia, mãe "neurótica", morte do avô
2ª TRVC 4/6 anos	1ª Bate num cão bebe até a morte

Part. 7

1ª TRVC 7/8 anos	1ª Pai alcoolizado, agressivo, a partir tudo 2ª Pai alcoolizado estraga a festa, irmã agride o pai
2ª TRVC 8 anos	1ª Pai alcoolizado, agressivo, aos gritos

Part. 8

1ª TRVC 4/5 anos 18 anos Idade actual	1ª A brincar com medo que o pai lhe bata. 2ª Pai bate-lhe (bofetada) e atira a consola. 3ª Pede dinheiro ao pai para livros que recusa
2ª TRVC 6/9 anos Idade actual 13/14 anos	1ª Professora primária que lhe bate e chama-o de burro. 2ª Universidade, sente-se posto de lado. 3ª Gozam dele no dia dos namorados

Part. 9

1ª TRVC Idade actual	1ª Quebra de relação amorosa
2ª TRVC Idade actual	1ª Relação com a mãe de falta de confiança, solidão, incompreensão

Part. 10

1ª TRVC 6/9 anos	1ª Escola primária, a professora grita
2ª TRVC 6/9 anos	1ª Escola primária, sozinha no recreio

Part. 11

1ª TRVC 10 anos	1ª Discussão familiar, tia bate na mãe
2ª TRVC Idade actual	1ª Ruptura com o namorado

Part. 12

<p>1ª TRVC</p> <p>10/11 anos</p> <p>10/11 anos</p> <p>16/17 anos</p>	<p>1ª Discussão com a mãe para estudar mais</p> <p>2ª Na escola, a mãe bate-lhe à frente da professora</p> <p>3ª Pai doente</p>
<p>2ª TRVC</p> <p>14/16 anos</p> <p>10/11 anos</p> <p>17 anos</p>	<p>1ª A mãe insiste para que melhore o rendimento escolar</p> <p>2ª A mãe acorda-a porque o pai ainda não chegou</p> <p>3ª Doença e morte do pai</p>

Part. 13

<p>1ª TRVC</p> <p>2 anos</p>	<p>1ª Sai de casa sozinha e vai ter a casa da avó, medo de ficar só</p>
<p>2ª TRVC</p>	<p>2ª TRVC- Não fez por motivos pessoais</p>

Part. 14

<p>1ª TRVC</p> <p>7 anos</p>	<p>1ª Colegas em fila, à espera de apanhar uma reguada da professora.</p>
------------------------------	---

Part. 15

<p>1ª TRVC</p> <p>21 anos</p>	<p>1ª O avô está no hospital muito doente</p>
-------------------------------	---

Part. 16

<p>1ª TRVC</p> <p>15 anos</p>	<p>1ª Os colegas gozam-na pela sua fisionomia</p>
-------------------------------	---

Part. 17

<p>1ª TRVC</p> <p>6 anos</p>	<p>1ª Morte do pai</p>
------------------------------	------------------------

Tempo das C.T.:

A duração e conteúdo das C.T. apresentou a 1ª grande dispersão/variedade o que é comum nos seres humanos com a sua subjectividade e percursos de vida individuais. Contudo, há algumas características tais como:

A resistência que condicionou o tempo das vivências, em alguns casos sendo menor que o usual, assim como saltar da 1ª vivência para outra quando a mesma apresentava conteúdos de intensa dor mental, por vezes voltaram mais ou menos à frente ou na 2ª TRV-C ao mesmo conteúdo (como forma de se libertar do mesmo).

A maioria das C.T versou a escola, com maior incidência em vivências da escola primária, em seguida problemas e conflitos familiares e também morte e doença de parentes próximas, as rupturas amorosas e incidentes na 1ª infância foram também temas revividos. Estas vivências foram marcantes pelas agressões físicas, verbais e de conteúdo ameaçador intenso.

Quadro 36 - Redecisões da TRV-C

Part.	1ª Redecisão	2ª Redecisão
1	Não Regrediu.	"A partir de agora eu luto e sinto-me segura para enfrentar todas as dificuldades."
2	"A partir de agora, sinto-me confiante".	"A partir de agora, sinto-me confiante...E tenho valor!"
3	"A partir deste momento estou calma e digo o que sinto."	"A partir deste momento, sinto-me em paz e sou feliz."
4	"A partir de agora, eu sou como sou!".	"A partir deste momento, eu sou como sou e tenho valor!"
5	"A partir deste momento eu mudo e sinto-me confiante."	"A partir deste momento, sinto-me bem, sinto-me calmo e confiante."
6	"Eu estou absolutamente certo de que o que eu faço está correcto."	"A partir de agora eu tenho energia positiva."
7	"A partir de agora enfrento o medo e tenho confiança em mim própria".	"A partir de agora, sinto-me calma e segura!"
8	"A partir deste momento, sou eu como sou!"	"A partir deste momento, estou bem! "
9	"A partir de agora eu confio em mim em qualquer lugar e em qualquer circunstância..."	"A partir deste momento, eu limpo a minha alma de palavras que me magoam."
10	"A partir de agora, sinto-me forte".	"A partir deste momento, sinto-me mais segura, mais acompanhada e mais forte."
11	"A partir deste momento eu sinto-me mais segura."	"A partir de agora eu vou sou capaz."
12	"A partir deste momento, eu sou melhor e tenho orgulho em mim mesma."	"A partir de agora sou eu que decido como é que sou feliz."

13	"A partir deste momento, estou bem, sou corajosa."	Não fez a 2ª TRV-C
14	"A partir deste momento eu sou responsável pelo meu sucesso."	--
15	"A partir deste momento sinto-me segura."	--
16	"A partir de agora sinto-me segura."	--
17	"A partir de agora sinto-me eu."	--

AS Redecisões exprimem uma consciência do problema e uma reformulação cognitiva segundo as regras da Programação Neurolinguística. O conteúdo remete para segurança e confiança Pessoal ("Self empowerment"), poder de controlo da sua vida.

Quadro 37 - Lugar Seguro

Part.	1ª TRV-C	2ª TRV-C
1	Não regrediu	--
2	Contar anedota em família.	Sozinha na praia...Está calma.
3	No campo a correr com uma amiga... Deitada a olhar o céu.	--
4	No café com o namorado.	No café com grupo de amigos... Sente-se protegida.
5	Olhar a montanha a ouvir os pássaros perto da família.	Em casa à sombra de uma árvore.
6	Euforia a brincar na varanda.	Olhar o mar. Desejo de ir descobrir.
7	A andar de bicicleta com uma amiga. Sensação de liberdade.	A andar de bicicleta com uma amiga. Sensação de liberdade.
8	Luz azul prateada e música.	A dançar numa discoteca. Sensação de liberdade.
9	Com o namorado encostados a um castanheiro em paz com a natureza... em sintonia.	No meio de uma manada de cavalos sente-se livre e leve.
10	Na serra sozinha ouvindo os passarinhos, sensação de liberdade, contente	--
11	Na praia com amigos, sente-se bem.	Na praia a olhar o mar com o namorado.
12	Com o pai no farol a observar os barcos, sente-se em paz.	Junto com o pai enquanto este se arranja para ir para o trabalho.
13	Segura em paz no colo da mãe e com o abraço da avó.	--
14	Na praia.	--
15	A olhar o mar.	--
16	No palco a ganhar um prémio de beleza.	--
17	A brincar com a filha, feliz.	--

Apresenta uma grande dispersão conforme registo individual. Denota uma prevalência em espaços da natureza (13) e contexto familiar (4) e outros (7). O grupo é maioritariamente madeirense e exprime a caracterização de hábitos e cultura de forte relação com a serra e o mar. A família funciona como fonte de segurança.

16 - Discussão

16.1 - Psicologia Transpessoal

Da convergência dos diferentes saberes organizados como um todo (Holisticamente), surgiu um novo paradigma na Psicologia o Transpessoal que integra os conhecimentos Ocidentais e Orientais da psicologia, e que se debruça, principalmente, sobre a Consciência, mais especificamente os EMC e a expansão do ego.

Como diz Naranjo “O nosso tempo tem como característica principal a síntese em todos os planos, a síntese em todos os campos; a síntese interdisciplinar, síntese quanto à integração de cultura, de escolas e uma multiplicação de escolas”, (Tabone, 1985, p. 28).

Para Pierre Weill o principal contributo do transpessoal é a afirmação da possibilidade de viver estados de consciência sem o Eu (o Ego é o controlo racional). Para o pensamento contemporâneo, é no mínimo um paradoxo, senão mesmo uma impossibilidade lógica. Felizmente a revolução psicanalítica preparou os espíritos para esta mutação, ao conquistar o reconhecimento de um primeiro paradoxo: a possibilidade de estados de consciência sem consciência.

Freud já dizia nada é meramente somático, nada é meramente psíquico, hoje em dia, o inconsciente é largamente reconhecido e sabe-se que são possíveis actos inconscientes de variadas formas (Weill, 2003).

16.1.2 - Terapia por Reestruturação Vivencial e Cognitiva

Este novo *vertex* de visão procura ir ao âmago do Indivíduo utilizando os EMC como ferramenta privilegiada de provável acesso ao inconsciente, é como se tratasse de um “atalho” com relação às psicoterapias tradicionais de longa duração do Ocidente, sem no entanto deixar de lado os conteúdos teóricos das mesmas.

Para esta investigação utilizou-se a técnica TRV-C coadjuvada pelo apoio psicoterapêutico durante a entrevista de anamnese e, após as sessões, através da

integração dos dados emergentes destas e no final das mesmas. Para Tabone (1985), “A Psicologia Transpessoal, longe de ser um sistema psicológico amarrado e cristalizado, deve ser entendida muito mais como um movimento em permanente processo de expansão. O seu objecto/objectivo primordial de estudo é a consciência humana...é o fio condutor sem começo nem fim que nos guiará de forma segura através do labirinto em que nos encontramos” (Tabone, 1985, p. 13). O estudo pretende a mudança dos alunos, com relação ao *stress* e à ansiedade, através dos estados modificados de consciência.

Quando foi feita a escolha da Psicologia Transpessoal como tema de pesquisa, tinha em mente a preocupação objectiva em desenvolver uma abordagem científica da prática da psicoterapia com orientação transpessoal.

A experiência da investigadora na prática a que se propôs vivenciar através de formação nesta área mostrou-se gratificante no seu processo pessoal de autoconhecimento e evolução pessoal, tendo sido mais um motivo para a escolha da técnica. Como refere Deschamps (1997) “Para que o psicoterapeuta seja capaz de acolher tudo o que pode provir do inexprimível, convém que se realize uma alteração do seu próprio ser. O despertar é a saída do estado de ignorância do que é a realidade ” (Deschamps, 1997, p. 53).

Mais ainda, os recentes estudos das neurociências sobre os EMC e TRV-C trouxeram um acréscimo do ponto de vista científico, vindo reforçar a escolha do tema desta tese. “As evoluções recentes na área das Neurociências têm vindo a recolocar o estudo da consciência num lugar de destaque ao encontrarem correlatos significativos entre estados de consciência ou, em estudos mais específicos, actividades consistentes e padrões de activação e/ou desactivação em áreas celebrais delimitadas” (Deschamps, 1997, p. 55).

17 - Metodologia

Para esta investigação usou-se uma metodologia mista em que se recorreu a métodos quantitativos e qualitativos incidindo mais nestes últimos, conforme já descrito nas páginas 92 e 94 desta dissertação. O que se pretendeu foi indagar a nível individual os motivos inconscientes supostamente relacionados com o *stress* e ansiedade nas avaliações formais.

Neste estudo teve-se em conta o contexto e as implicações sociais dos resultados, nomeadamente uma intervenção breve inserida no contexto académico da UMA, tendo em conta a subjectividade de cada participante, como é usual nas psicoterapias.

18 - Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por treze participantes. Contudo, no estudo qualitativo utilizou-se os dados da TRV-C de mais quatro participantes que entretanto não chegaram ao final do estudo, por motivos já referidos. Estes dados serviram para compreender e aprofundar as CT, de modo qualitativo. cf (quadro 35).

Como o maior enfoque foi sobre a análise qualitativa, além de medir a reacção ao estudo, procurou-se também dar um acompanhamento individual, optando assim por um grupo relativamente pequeno, para poder aprofundar as questões pessoais , como é usual em psicoterapia.

O factor tempo foi também preponderante, tendo em conta a necessidade de realizar duas sessões de TRV-C antes da época de exames. Além do mais, para o investigador o número de sessões por semana também tinha um limite, dado que a atenção e concentração exigidas em cada TRV-C limitam a sua performance (não devendo nunca ultrapassar quatro a seis por semana).

Foi também necessário conjugar a disponibilidade dos alunos com a do investigador, note-se que a amostra compõe-se de alunos com ansiedade e *stress* em relação às avaliações e a sua disponibilidade para participar implica ter tempo disponível sem interferir no tempo de estudo e realização de trabalhos.

18.1 - Desistências

Uma possível explicação para que alguns dos participantes tivessem desistido poderá estar relacionada com os muitos preconceitos e mitos acerca da TRV-C, pois associam-na à hipnose de “palco”, que foi largamente divulgada em vários programas televisivos. Como sabemos, a hipnose foi ao longo dos tempos utilizada como forma de entretenimento, nomeadamente em espectáculos de circo e magia.

Apesar do reconhecimento oficial da hipnose clínica como um instrumento médico, pela Associação Médica Americana, em 1958, e sendo ainda uma técnica muito recente no nosso país compreende-se os receios acerca da mesma.

A desistência de outros elementos pode não só estar relacionada com a ansiedade pela proximidade das avaliações e o tempo que teriam de disponibilizar para as sessões de TRV-C, mas também com a dificuldade em admitir a necessidade de ajuda, associada à exposição perante os colegas, tendo em conta que a sala onde se realizou o estudo situava-se no corredor da associação académica.

Um grupo de 4 participantes realizou somente a 1ª TRV-C pelo que a falta da 2ª TRV-C motivou a sua não inclusão no tratamento de dados quantitativos. Contudo, os dados destes foram considerados na análise qualitativa das TRVC. Este grupo de quatro participantes manifestou um maior índice de *stress*, o que pode provavelmente explicar a desistência da segunda TRV-C.

19 - Sumário integração dos resultados - Comentários ao grupo geral

19.1 - Anamnese

Fez-se uma anamnese longa que permitiu um conhecimento aprofundado de cada um dos participantes, as perguntas foram semi-abertas de modo a dar espaço para reforçar o *rapport*. O grupo, na sua maioria, fez uma catarse dos eventos marcantes ao longo da sua vida, o que por si só é uma preparação para a TRV-C.

19.2 - A importância dos traços de personalidade e os resultados obtidos no estudo

O grupo apresentou valores elevados no Domínio Neuroticismo (85,9).

McCrae e Costa (2000) “Concluíram que os mecanismos de defesa imaturos e neuróticos (incluindo a fantasia, indecisão, sedação, auto-culpabilização e reacções hostis) estavam significativamente correlacionados com o Neuroticismo do NEO-PI. Consequentemente, a incapacidade de lidar com as adversidades parece estar relacionado com este domínio.” (Costa, 2000, p. 34).

Concluindo que um elevado Neuroticismo está ligado a estratégias de *coping* pouco maduros, instabilidade emocional e identifica indivíduos com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas, preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de inadequação e hipocondríacos.

Podemos relacionar estes resultados com os obtidos na escala de ansiedade onde o grupo apresentou um alto índice de ansiedade (25,2). A escala de Hamilton faz uma avaliação quantitativa da ansiedade neurótica (Frenckell, 1992).

Segundo os autores do manual “pacientes com pontuações elevadas em Neuroticismo não respondem tão bem à psicoterapia, embora sejam aqueles que devido ao sofrimento psicológico, que os aflige, pedem ajuda, mais facilmente, e

têm um envolvimento inicial mais intenso.” (Costa, 2000, p. 45). Curiosamente o grupo com elevados valores de neuroticismo manifestou-se em direcção oposta a estes autores, isto é, responderam bem à psicoterapia. Esta situação está ligada, provavelmente, aos valores do domínio de Abertura à Experiência.

Daqui se conclui que uma das prováveis razões para participar no estudo terá sido ultrapassar o sofrimento da angústica neurótica. Por outro lado também pode ter sido uma das prováveis razões das desistências.

O grupo caracterizou-se, também, por elevados valores no domínio abertura à experiência (72,5) que, segundo os autores supracitados, são: procura proactiva e apreciação da experiência por si própria, tendência à exploração do não familiar, curiosos, com interesses diversos, criativos, originais, imaginativos e não tradicionais. É de referir que a Abertura à Experiência está relacionada com a capacidade de mudança dos indivíduos. Segundo os autores do manual, “A Abertura à experiência possibilita a apreciação da aptidão do paciente para explorar os seus sonhos, fantasmas, o universo pessoal, bem como ajuizar da capacidade de mudança do paciente.” (Costa, 2000, p. 45).

Alguns autores associam este domínio com a susceptibilidade à hipnose (Glisky, Tataryn, Tobias, Kihstrom, e McConkey, 1991) citados por (Costa, 2000).

Com relação ao domínio extroversão o grupo apresentou-se ligeiramente acima da média (61,2). Este traço de personalidade está ligado com a abertura à experiência na utilização de estratégias de resolução de problemas mais racionais.

As características dominantes desta dimensão quando os valores são altos são: A quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria, a predisposição para serem; sociáveis, activos, faladores, optimistas e orientados para a relação interpessoal.

Segundo Costa (2000) “A extroversão permite avaliar a atitude do cliente, quanto ao seu envolvimento numa relação de intimidade psicológica, como acontece nas terapias de inspiração psicodinâmica ou humanista.” (Costa, 2000, p. 45)

No domínio conscienciosidade o grupo apresentou-se próximo da média (43.4) Segundo os autores as suas principais características quando na média são:

O grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo, trata-se de indivíduos, confiáveis, trabalhadores, auto-disciplinados, escrupulosos, ambiciosos e perseverantes.

Como afirma Costa (2000) “Os sujeitos com uma Conscienciosidade elevada envolvem-se mais facilmente, de forma organizada, perseverante e responsável, numa tarefa a psicoterapia que não se desenrola sem momentos de frustração e desencorajamento.” (Costa, 2000, p. 45).

No domínio amabilidade , o grupo apresentou os valores mais baixos (38.6). Segundo os autores as características do sujeito com pontuação baixa está relacionada com a qualidade da orientação interpessoal, apresentando antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. Sendo indivíduos cínicos, rudes, desconfiados, pouco cooperativos, vingativos, impiedosos, irritáveis e manipuladores.

De acordo com Costa “ A amabilidade ... possibilita prever a qualidade (mais ou menos agressiva, de maior ou menor confiança) da relação entre o paciente e o terapeuta....Os sujeitos com Amabilidade baixa são cépticos e antagonistas, esperam que o clínico prove a sua competência, e podem ser abertamente não cooperativos, terem tendência a terminar o tratamento.” (Costa, 2000, p. 45).

Ainda quanto às dimensões de conscienciosidade e amabilidade, estas características estão relacionadas com a qualidade das relações interpessoais, e com a ambivalência e labilidade de humor, características também da ansiedade neurótica.

Neste estudo estas características apareceram esbatidas provavelmente devido ao EMC, no qual o terapeuta trabalha supostamente de modo directo com o inconsciente dos participantes, conclui-se que a resistência durante a TRV-C (mais especificamente na indução do EMC) poderá estar relacionada com este baixo índice na amabilidade.

Ainda sobre a dimensão do Neuroticismo, é de salientar o constructo de “Ansiedade Neurótica ” de Freud, segundo este ocorre quando as pulsões recalcadas se objectivam como reacção de perigo, mas a um perigo irreal.

Também a ansiedade neurótica tem origem inicialmente numa ansiedade objectiva que foi recalçada pelo impacto emocional sentido no momento (Silva, 2003).

Como sabemos, os recalcamientos ficam inconscientes mas actuam no consciente (sem a ligação como o nome indica “inconscientes”). Na proximidade de perigos reais ou imaginários, o inconsciente reactiva o “recalcado” gerando, assim, a ansiedade neurótica. No grupo de estudo verificou-se um alto índice de neuroticismo na escala de personalidade, os temas das vivências traumáticas na maioria estão ligados às situações escolares precoces que possivelmente são reactivadas nas situações de avaliação formal actual. Na ansiedade neurótica a reacção ao sistema objectivo (perigo) é emocionalmente mais intensa e desproporcional do que o esperado em situações ditas “normais”.

Cabe aqui fazer-se a distinção entre neurose e neuroticismo, segundo Sandim e Chorot (1995).

Por neurose entende-se o transtorno mental relacionado com a teoria psicanalítica em termos de sintomas emocionais cognitivos e/ou somáticos que actuam como “protectores” contra a ansiedade inconsciente (causa dos sintomas neuróticos). O sentido da realidade está presente (intacto), e o comportamento neurótico não implica a violação das normas sociais. (Sandín, 1995b).

Já o neuroticismo é um traço de personalidade associado fortemente à hiperfunção do sistema nervoso autónomo; identifica-se com a labilidade emocional que é sugerida como principal factor de predisposição para apresentar transtornos neuróticos. Possui alguma sobreposição com o afecto negativo.

Este traço de personalidade encontra-se entre os factores que podem predizer episódios futuros de depressão major.

O conceito de neurose tem sido amplamente aceite durante grande parte deste século, teve grande utilidade teórica e prática para separar os transtornos emocionais e as alterações psicóticas.

“A consolidação do conceito de neurose, como termo descritivo e preditivo dos problemas da ansiedade, também depende em grande parte da influência de Hans Eysenck a partir dos seus trabalhos no Maudsley hospital de Londres sobre o conceito de neuroticismo.

Actualmente ainda são muitos autores de prestígio, que continuam a empregar o conceito de neurose pela sua possibilidade descritiva e preditiva na psicopatologia da ansiedade, e também pela diferenciação da psicose.” (Sandín, 1995b, p. 58 e 59).

“Tyler (1979), classifica a neurose como pertencente a uma entidade nosológica unitária, os pacientes neuróticos distribuindo ao longo de um contínuo, em que num extremo predominam os sintomas de ansiedade e no outro extremo os que apresentam depressão como sintoma predominante.” (Praag, 2005, p. 44).

Este autor refere que, nas primeiras edições do DSM, as neuroses (ou psiconeuroses), definem-se, fundamentalmente, pelos sintomas de mal-estar emocional (sintomas de um “Eu distónico”), como a ansiedade, fobias, obsessões e compulsões ou depressão. Assumem a noção psicanalítica de que as neuroses são defesas contra a ansiedade. O termo ansiedade separado de neurose só aparece no ICD 10 na sua 7ª edição publicada em 1955.

Na DSM II 1980 é quando aparece a classificação dos transtornos de ansiedade propriamente ditos.

No entanto, o termo “neurótico” é ainda utilizado ocasionalmente, e encontra-se sob o mesmo título um conjunto de transtornos.

O presente estudo mostra uma associação entre altos índices de neuroticismo (traço de personalidade) e ansiedade, confirmando a literatura.

Em conformidade Praag (2005) “os estudos sobre a importância de factores ligados à personalidade sobre a avaliação e impacte de determinados eventos são relativamente escassos. Torna-se necessário dar maior importância, e fazer mais estudos sobre as consequências psicológicas definitivas que uma experiência traumatizante exercerá. As estruturas da personalidade têm uma conformação eminentemente individualizada e não podem ser reduzidas a uma «média».” (Praag, 2005, p. 44).

Em suma: O sofrimento com características de neuroticismo elevado associado aos níveis altos de ansiedade e *stress* potenciou a adesão do grupo à intervenção experimental.

20 – *Stress* e ansiedade

Como já foi anteriormente referido, um dos critérios para inclusão neste estudo relacionou-se com altos níveis de *stress* e ansiedade. Cf. fig 58 e 57. Com relação ao *stress* e à ansiedade verificou-se uma descida significativa, após as duas intervenções de TRVC.

Com relação à ansiedade, o grupo apresentou, no início, uma média de 25,2 tendo passado para 18 após a intervenção. O que significa menos 7,2 pontos.

Considerou-se, segundo a escala de Hamilton (Pellet, 1992), que para inclusão em grupos de estudo a pontuação deveria ser de 20 (nota mínima). Este resultado sugere um “retorno” aos níveis ditos normais.

No que diz respeito ao *stress* medido com a escla de *stress* percebido (Cohen, 1983), de um total de 28,9 inicial passou para 22,4. O que significa menos 7,5 pontos. Embora se apresente cerca de um desvio padrão acima da média (Média13.02 desv p. 6.35)

No que diz respeito ao *stress* e ansiedade, o grupo experimental apresentou uma melhoria significativa, após as duas sessões de TRV-C estes resultados apontam para a eficácia desta técnica.

20.1 - Ansiedade e *Stress* nas Avaliações Formais

O objectivo deste estudo foi de medir o *stress* e ansiedade com relação às avaliações formais.

Procurou-se integrar a ansiedade na avaliação formal, num modelo transaccional mais amplo do *stress*, procurando um modelo conceptual integrador e explicativo para a ansiedade e *stress*.

Como afirma Cruz “De um modo geral, teóricos e investigadores são unânimes em salientar a necessidade de síntese e congruência e de modelos compreensivos e integradores das diferentes abordagens à ansiedade nos testes. ” (Cruz, 1998, p. 4).

Santos e Castro (1998) referem que níveis elevados de *Stress* enfraquecem, prejudicam a memória e a atenção das pessoas durante actividades cognitivas (A. Santos, & Castro, J., 1998).

Cruz refere que a ansiedade nos testes como desordem patológica, cuja referência na literatura é pouco frequente parece ser um outro aspecto conceptual pertinente e merecer algum estudo, sobretudo se for entendida como a continuação, no jovem adulto, de medos originados por aquilo que Beck designa de traumas desenvolvimentais (Cruz, 1998).

A ansiedade “quando integrada no quadro teórico mais amplo do *stress*, por um lado, e perspectivada ao longo do ciclo de realização, por outro lado, a conceptualização de ansiedade nos testes aqui sugerida, implica necessariamente uma abordagem diferente a este fenómeno” (Cruz, 1998, p. 7 e 8).

Nesse sentido, e procurando sintetizar e integrar os dados da investigação já efectuada neste domínio, procura-se oferecer um modelo conceptual integrador e tentativo para a ansiedade nos testes.

Resumindo, a conceptualização de ansiedade nos testes aqui apresentada deve ser vista como tentativa, pelo menos em termos das suas componentes básicas, apesar das investigações já efectuadas, não são ainda muito precisas as ligações das diferentes componentes com as causas e consequências da ansiedade nos testes.

Parece tornar-se evidente a necessidade de pôr termo à conceptualização da ansiedade nos testes como um fenómeno isolado que ocorre apenas durante os testes e/ou exames.

Parece verificar-se no grupo estudado traços de *stress* pós traumático sub-clínico, apesar dos temas da CT serem “comuns” em comparação com os estudos de Júlio Peres, apresentam semelhanças, neste conceito pelo mesmo (Peres, 2007).

Contudo “As asserções definitivas sobre os efeitos patogénicos do *stress* têm de esperar pela continuação dos avanços em psiquiatria biológica. Só quando se demonstrar que as consequências biológicas do *stress* correspondem aos fundamentos biológicos de uma dada perturbação mental, por exemplo, uma perturbação do humor ou da ansiedade, é que disporemos de uma prova definitiva de que o *stress* pode, na realidade, provocar perturbações mentais” (Praag, 2005, p. 44).

21 - Escala Visual Analógica - EVA

Na escala de auto-avaliação (EVA) (Frenckell, 1992) (cf. Fig. 59) é de salientar uma descida significativa nos seguintes itens :

a) “Sinto-me fora do controlo” de cinco pontos iniciais a média do grupo após intervenção, baixou para 3,1, este resultado apresentou no follow up 3,8 , tendem a manter a melhora.

b) “Sinto-me confiante”, de 3,2 iniciais após intervenção aumentou para quatro, e curiosamente no follow up aumentou ainda mais, para 4,7.

c) “Lembro-me da matéria que estudei” de 3,2 subiu para 5,1 e manteve-se embora com uma pequena descida, 4,5 no Follow up.

Estes resultados apontam para a provável eficácia da técnica e da sua permanência ao longo do tempo.

22 - Estados Modificados de Consciência - EMC

A utilização dos EMC tendem a levar os participantes a revivenciar situações do passado, reais ou metafóricas (CT) conforme já foi explicado. Nos EMC há uma descentralização do participante na produção de informação consciente, na verdade leva-o a zonas inconscientes menos acessíveis o que propicia a emergência de memórias emocionais ao consciente. A alternância que se verifica entre hemisfério esquerdo e direito, segundo vários autores, diminui as defesas do super-ego (Moura, 2003).

Para indução em EMC utilizou-se as técnicas da Hipnose Clínica, já descritas anteriormente.

Auto-avaliação do Estado Modificado de Consciência – APZ

Segundo a Auto-avaliação do Estado Modificado de Consciência – APZ (M. Simões, Polónio, P., Von Arx S., Staub E., & Dittrich, A., 1986) a maioria dos participantes entrou em EMC, com a exceção de um (cf quadro 33)

23 - Questionário de Experiências de Dissociação – QED

No que diz respeito à tendência para Dissociação, segundo Questionário de Experiências de Dissociação – QED, (Riley, 1988), a maioria do grupo não apresentou predisposição para experiências dissociativas. Apenas cinco (Nº3,4,6,8,12) mostraram alguma predisposição, não patológica (cf quadro 33)

24 – TRV-C

O objectivo de indução em EMC foi o de facilitar a provável ligação ao inconsciente, e diminuir as defesas racionais.

A indicação “Vá ao momento, evento, próximo ou remoto, ligado ao *stress* e ansiedade nos exames.” Foi utilizada como “ferramenta” para pesquisar as possíveis representações no Inconsciente dos participantes, ligadas ao tema em estudo. Denominou-se CT (Cena Traumática) o discurso mais intenso ao nível das emoções vivenciadas durante a regressão, a descrição teórica sobre Trauma já foi desenvolvida anteriormente. Cabe aqui agora relacionar as CT emergentes das sessões.

24.1 - Cenas Traumáticas

Serra afirma que “os “eventos traumáticos alteram o sentimento de segurança e auto-suficiência das pessoas, bem como a sua susceptibilidade de ligação. É bem conhecida a necessidade de estabelecer vínculos afectivos e de interacção social, conclui-se que os traumas impedem estes mecanismos essenciais para o bem-estar pessoal e social dos indivíduos” citado por (Serra, 2003, p. 22).

O objectivo de reviver as cenas traumáticas do passado dos participantes, foi esgotar a emoção ligada aos mesmos e dar uma nova forma de se sentir e estar no mundo, libertos dos fantasmas antigos.

Um dos objectivos deste estudo foi o de chegar à possível origem dos traumas relacionados com o *stress* e ansiedade nos exames, sejam estes reais ou metafóricos.

Esta é também uma das preocupações de Cyrulnik, “a nossa identidade é estruturada por relatos íntimos e culturais, seria interessante perguntarmo-nos quais os acontecimentos guardados na memória que permitem construir, os relatos da nossa vida (...) Para iniciar um trabalho de resiliência, deveremos iluminar de novo o mundo e voltar a dar-lhe coerência. O utensílio que permite fazer este trabalho chama-se «narração»(...) no mais íntimo relato, cada personagem é co-autora da narração (...) Porque a escolha das palavras, a organização das recordações e a

pesquisa estética conduzem a um autocontrolo das emoções e à correcção da imagem que fazemos daquilo que nos aconteceu” (Cyrulnik, 2003, p. 46 e 47).

A narração parece ser facilitada pelo acesso às CT, em TRV-C, este autor sublinha que a narração é o utensílio que permite o trabalho de resiliência (resistência).

24.1.1 – Temas das Cenas Traumáticas

As idades das CT na sua maioria apresentaram-se entre os quatro e onze anos, em concordância com o trabalho de Simões, Sandra Gonçalves & Lurdes Brabosa (2003).

Os temas das CT (cf quadro 35) Cenas Traumáticas, apresentaram uma maior percentagem de vivências relativas à escola primária, com violência física e psicológica. Tendo em conta a média da faixa etária da amostra, estas situações foram relativamente recentes, é de salientar que ainda há muito a fazer na formação dos professores do Ensino Básico, nomeadamente na sua formação pessoal e emocional. Estes dados mostram a necessidade de uma maior formação em psicologia e talvez também à semelhança dos psicólogos passarem por um processo psicoterapêutico para trabalhar os conteúdos emocionais pessoais, para um melhor desempenho na relação com os alunos em fase de formação da sua identidade e personalidade. É do conhecimento geral que muitas das crianças vêm de famílias disfuncionais, e a imagem do professor conta muito como modelo de identificação e fonte de segurança.

Verificou-se, ainda, um elevado número de temas relativos a conflitos familiares com agressões, assim como mortes e doença de parentes muito próximos. Estes resultados mostram a necessidade de investir no apoio psicológico à população que passa por acompanhar os seus doentes terminais. O apoio aos familiares de doentes terminais torna-se pertinente como prevenção da saúde mental, quanto mais novos são os elementos da família mais difícil é para os adultos (também envolvidos no mesmo sofrimento) lidar com as suas crianças.

O apoio dos técnicos de saúde mental é fundamental, o ideal seria existirem equipas multidisciplinares nos hospitais com este propósito.

Quanto aos conflitos familiares, com violência física e psicológica, actualmente existem equipas a trabalhar no terreno (Segurança Social) e tendo avançado muito com as equipas de apoio às vítimas de violência doméstica. Com relação à “pequena” violência vivenciada por alguns participantes, sem expressão mediática, na maioria dos casos trata-se de “um segredo de família”, que se traduz num amargo de boca que engasga, e não sai, quando os autores são os pais, ou outros parentes próximos, advindo assim um sentimento de ambivalência de amor e ódio, com o qual é difícil lidar.

Equipas de psicólogos nas escolas poderiam ser um grande apoio para estas situações.

As rupturas amorosas encontraram-se em menor número, mas não implica menor sofrimento, é de sublinhar a necessidade de um gabinete de apoio psicológico ao aluno, para que estes tenham um espaço de contenção e transformação das suas angústias e melhoria da sua auto-estima que, como se constatou na amostra, foi um dos índices mais altos apresentados (baixa auto-estima). Dinis (2005) também refere o impacto das rupturas amorosas nos estudantes universitários.

Em resumo, os temas das CT foram diversos, como acontece nas psicoterapias, cada indivíduo é um, com a sua personalidade , as suas vivências, contextos culturais e familiares diversos e de acordo com o potencial afectivo-emocional que cada um traz à nascença, vai reagir de modo diversificado.

Reviver o “trauma”, ou a sua representação interna, é como num *role play*. Moreno utilizou também a hipnose clínica como indução em alguns casos de Psicodrama (Moreno, 1984), com toda a carga emotiva (ab-reacção) a TRV-C parece dar a possibilidade de chegar mais rápido e mais profundo aos núcleos traumáticos.

Como diz Mayer a narratividade permite que a pessoa transforme o seu “núcleo traumático” público na partilha com o terapeuta ou no reviver através da Ab-reacção,isto é, a descarga energética durante a vivência do evento traumático, na maioria dos casos leva ao Insight (passagem súbita de um estado de incompreensão a um estado de conhecimento e resolução face ao problema) (Mayer, 1995).

Em suma, uma escola perversa, o exercício disfuncional da paternidade, em especial a carência de cuidados, o alcoolismo, a incapacidade de estabelecer

ligações interpessoais e a morte de parentes próximos parecem aumentar a vulnerabilidade aos factores de *stress* e ansiedade assim como influenciar perturbações de personalidade.

24.2 - Memória

No estudo encontrou-se memórias maioritariamente na faixa etária entre os quatro e 11 anos (cf. quadro 34 o que converge com o trabalho de Mário Simões, Cefaleias, às quais se atribui um significado causal.

Nas psicoterapias considera-se a pessoa psicologicamente saudável, como alguém que vê as coisas não como são mas como gostaria que fossem. Segundo Dossey “o funcionamento afectivo da vida quotidiana parece depender de ilusões positivas e inter-relacionadas, pequenas distorções sistemáticas da realidade que fazem com que as coisas pareçam melhores do que são” (Dossey, 2006, p. 43). O mais importante em psicoterapia são as representações internas do paciente do que o confronto com o real. A ponte para o real parte das imagens internas do paciente. A reconstrução da memória faz-se a partir de fragmentos de lembranças, a sua reconstituição passa pelas metáforas do inconsciente como refere Resende (2003). A TRV-C permite o acesso ao inconsciente ou subconsciente, permitindo vivenciar uma experiência passada ou como uma metáfora das suas vivências presentes. A questão das falsas memórias já foi discutida na teoria, como diz Simões, M. (em comunicação pessoal) não interessa se a vivência é real ou metáfora, o mais importante é que o paciente melhore.

24.3 - Redecisão

A Redecisão é o ponto de viragem, é uma escolha do participante em mudar a sua atitude perante a vida, (cf. quadro 35).

Após a tomada de consciência do trauma (após as CT), foi sugerido aos participantes a criação de uma frase que definisse uma nova postura perante a vida, conforme já descrito anteriormente, utilizou-se as regras da PNL, a escolha do tema

de mudança foi dos participantes, é do conhecimento geral que a aceitação ou narração passiva de um trauma não é suficiente para ultrapassá-lo, é necessário um trabalho intersubjectivo (a escolha tem de ser feita pelo próprio). A redecisão funciona como se tratasse de uma “ profecia de auto-realização” (*self-fulfilling prophecy*) como explica Mário Simões (2003).

O tema da confiança em si mesmo foi o mais elevado, auto-afirmação, segurança e calma também foram frequentes, o que nos remete para uma provável insegurança de base.

Sabe-se hoje que as respostas traumáticas são resistentes à modificação, a TRV-C parece ser uma ferramenta facilitadora do acesso às mesmas, e através da redecisão possivelmente contribui para a sua modificação de acordo com os resultados do estudo.

24.4 – Lugar Seguro

No final das sessões foi sugerido aos participantes que fossem a um sítio onde se sentissem bem (Lugar Seguro) (cf. quadro 37). Os lugares apresentaram uma prevalência de espaços na Natureza, sendo a amostra na sua maioria constituída por população Madeirense que tem uma grande ligação ao mar e à montanha, é natural que estes espaços tenham prevalecido. Também estar junto de familiares significativos do ponto de vista da segurança afectiva, foi encontrado. Como já foi dito anteriormente, a maioria dos participantes apresentou necessidade de segurança e confiança.

O “lugar seguro” tem o objectivo de acalmar os participantes para que voltem ao estado de vigília em bem estar, sentindo-se calmos e bem dispostos.

25 - Resumo

Em suma, ninguém atravessa a vida sem marcas afectivas, são essas marcas que nos dão lastro para enfrentá-la. Quanto mais precoces são as experiências que doem (ou traumáticas) mais enquistadas ficam as nossas marcas no inconsciente, mais profundas. Quanto mais traumáticas, como Freud falava, mais o trauma fica bloqueado e temos a amnésia pós traumático, o que dói não é para ser focado mas a vida traz-nos eventos que nos relembram essas marcas e sofremos mais do que com o evento actual porque por baixo da camada consciente há a pulsão inconsciente que desperta, sem nome, o sofrimento actual. A TRV-C facilita o acesso a essas memórias dolorosas trazendo-as à tona do mesmo modo como foram vividas, ou supostamente vividas, abrindo assim o “quisto” e limpando a dor, o terapeuta é o timoneiro dessa viagem ajudando a que o lodo saia, e de seguida ajuda a limpar e encaminha numa nova direcção de postura da vida, escolhida pelo participante, avisando quando há barrancos ou correntes negativas, mas quem faz a viagem é o próprio participante tomando uma nova decisão perante as lembranças revividas e a postura adoptada em função das mesmas. É nesta fase que a P.N.L. ajuda a que a redécisão seja de uma mudança positiva, afirmativa e presente.

É esta nova “ferramenta” que o próprio cria que vai ajudar a refazer o caminho tirando as ervas daninhas, transformando-se e ganhando primeiro maior confiança em si mesmo. Este processo é, como na psicologia, ir às memórias recalçadas só que de uma forma mais rápida, eficaz e duradoura, como podemos verificar pelos resultados obtidos com o grupo estudado.

Contudo dever-se-ia ter utilizado mais uma TRV-C e algumas sessões de Psicoterapia intercaladas com as TRVCS, mas os limites de tempo não o permitiram (quer pela disponibilidade dos participantes quer do investigador).

Há muito ainda por aprofundar acerca desta nova técnica e muito mais a aperfeiçoar, mas quando as partes referem que a experiência os ajudou muito a ultrapassar situações posteriores, referência que nos dá ânimo para continuar a investigar e maximizar/optimizar a técnica no sentido da ajuda do Outro.

26 - Conclusões

Embora se trate de um estudo preliminar, é já possível endereçar algumas conclusões, nomeadamente:

A aplicação da Terapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência (E.M.C.) altera significativamente a ansiedade e o nível de *stress*, nas avaliações formais nos estudantes universitários.

A maioria do grupo entrou em estado modificado de consciência, com excepção de um participante.

Após duas sessões de TRV-C, na percepção dos alunos houve uma diminuição significativa da ansiedade, do *stress* e da perda de auto- controlo. Melhoraram a confiança e a memória da matéria estudada. A maioria dos participantes melhorou o rendimento nos período de exames.

Os E.M.C. facilitam os processos psicoterapêuticos, facilitam uma melhor compreensão do psiquismo e abreviam a duração da psicoterapia.

A utilização dos EMC facilita o processo psicoterapêutico na medida em que permite desbloquear situações e núcleos traumáticos da história de vida dos estudantes.

O processo de vinculação terapeuta-paciente é reforçado pela utilização da TRVC.

Os resultados obtidos no estudo permaneceram ao longo do tempo. No *follow up* efectuado passados seis meses da intervenção verificou-se a permanência dos resultados obtidos e, curiosamente, a lembrança da matéria estudada aumentou.

Quanto às mudanças do ponto de vista intrapsíquico, verificou-se que o acesso às memórias traumáticas supostamente ligadas ao *stress* e à ansiedade (ab-reacção), juntamente com a redecisão, originou uma mudança na atitude interior dos participantes para uma atitude positiva perante a vida.

Os temas das CT, “Cenas Traumáticas”, apresentaram uma maior percentagem de vivências relativas à escola primária, com violência física e psicológica. Verificou-se, ainda, um elevado número de temas relativos a conflitos familiares com

agressões, assim como mortes e doença de parentes muito próximos. As rupturas amorosas encontraram-se em menor número.

A idade das vivências encontrou-se, na maioria dos participantes, entre os sete e 11 anos.

26.1 - Limitações do Estudo

Uma limitação do estudo advém da própria natureza do mesmo, ou seja, pretendeu-se fazer um estudo exploratório, composto por alunos da U.M.A., com traços comuns do ponto de vista do sintoma. Por se tratar de pessoas, há que ter sempre em conta o factor subjectividade e, como tal, é difícil extrapolar para um grande grupo. Não se pode por isso generalizar os resultados obtidos, pois cada caso é um caso. Neste tipo de metodologia não se utiliza grupo de controlo, não podendo assim fazer a comparação entre grupos.

Outra limitação foi não se ter utilizado instrumentos que não os de auto-percepção

Houve também algumas desistências devido à proximidade dos exames.

Um outro ponto fraco prende-se com a realização das TRV-C e com a Entrevista de anamnese, porque deveriam ter decorrido num local mais sossegado e neutro.

Existem poucos estudos sobre E.M.C., e menos ainda sobre TRV-C. Houve dificuldade em encontrar bibliografia sobre o tema. Ainda sobre a TRV-C, considera-se que esta técnica tem muito a lucrar com novos estudos e novas definições.

27 – Referências

- A.P.A. (2002). Perturbação da ansiedade generalizada (inclui a perturbação de sobre ansiedade na infância. In J. Fernandes (Ed.), *Mini DSM-IV-TR: Guia de referência rápida para os critérios diagnósticos* (1ª ed., pp. 222 e 223). Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (2003a). Questionário de vivências académicas. In M. Gonçalves, Simões, M., Almeida, L., & Machado, C. (Ed.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (ed., Vol. I, pp. 113-130). Coimbra: Quarteto editora.
- Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (2003b). Questionário de vivências académicas (Q.V.A. e Q.V.A-R). In M. Gonçalves, M., Simões, R., M., Almeida, S., L., & Machado, C. (Ed.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (ed., Vol. I, pp. 114-130). Coimbra: Quarteto editora.
- Arcaro, N. (1997). *Imagens mentais em psicoterapia: estudo empírico sobre sua eficácia e importância da atitude e da habilidade do Ciente em manejá-las*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Assagioli, R. (1970). *Manual de psicossíntese - Manual de princípios e técnicas*. São Paulo: Cultrix.
- Baines, J. (1989). *Técnicas de hipnoconsciência para el éxito personal* (4ª ed.). Santiago: Editorial universitária S.A.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Sapos em príncipes: programação neurolinguística* (10ª ed. Vol. 17). São Paulo: Summus editorial.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade dos exames: aplicação do reacções aos testes (RT) a uma amostra da população portuguesa *Psicologia: revista da associação portuguesa de psicologia* (Vol. VII, pp. 39-49). Porto: Edições afrontamento
- Bauer, S. (2002). *Da ansiedade à depressão - da psicofarmacologia à psicoterapia Ericksoniana*. São Paulo: Livro Pleno.

- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicologia* (1ª ed.). Lisboa: climepsi editores.
- Brandão, D., & Crema, R. (1991). *O novo paradigma holístico: ciência, filosofia arte e mística* (2ª ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 96- 385.
- Correia, G. (2004a). Indicações em TRV-C e ICD 10. In M. Simões (Ed.), *Textos de apoio - faculdade de medicina de Lisboa* (pp. 1-6). Lisboa: Instituto de formação avançada.
- Correia, G. (2004b). O inconsciente em TRV-C. In M. Simões (Ed.), *Textos de apoio - faculdade de medicina de Lisboa* (pp. 1-9). Lisboa: Instituto de formação avançada.
- Costa, P., McGrae, R., Lima, M., & Simões, A. (Adap.) (2000). *Inventário da personalidade NEO (revisto) - Manual profissional*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Cruz, J. (1998). Uma abordagem cognitiva e transaccional à ansiedade nos testes e exames escolares. *Jornal de psicologia*, 7, 3, 3-9.
- Cyrulnik, B. (2003). *O murmúrio dos fantasmas* (1ª ed.). Lisboa: Temas e debates.
- D'Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Debray-Ritzen, P., (Coord) (1979). *Dicionário de psicologia da criança*. Lisboa/São Paulo: Verbo.
- Deschamps, M., Alfillé, L., & Nicolescu, B., (1997). O movimento transpessoal. In M. Deschamps, Alfillé, L., & Nicolescu, B., (Coord) Simões, M. (Ed.), *O que é o transpessoal?* (pp. 37-64). Lisboa: Editora temática.
- Diniz, M. (2005). *A universidade e os seus estudantes: um enfoque psicológico* (ISPA ed.). Lisboa.
- Dossey, L. (2006). *O extraordinário poder curativo das coisas simples: elegante, introspectivo e profundamente útil, um livro que pode mudar o seu conceito de saúde*.
- Freuckell, R. (1992). Les Échelles Visuelle Analogiques de Norris. In J. Guelfi (Ed.), *L'Avaluation Clinique Standardisée en psychiatrie* (Vol. 1, pp. 333-338). Boulogne: Editions Médicales Pierre Fabre.

- Gonçalves, L., Rodrigues, A., & Brazette, M. (1997). *Perturbações da personalidade*. Porto: Porto Editora.
- Gray, A., & McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety* (2ª ed.). New York: Oxford university press.
- Green, J., & Oliveira, M. (1991). *Testes estatísticos em psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Guerra, P. (2000). *Cerebrus - A gestão intrapessoal* (Vol. 2). Cascais: Pergaminho.
- Guerra, P. (2001). *A gestão intrapessoal* (Vol. 1). Cascais: Pergaminho.
- Guimarães, F. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjectivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 217-222. Retrieved from <http://www.hcnet.usp.br/ipg/revista/vol25/n5/conc255c.htm>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1990). *Vocabulário da psicanálise* (7ª ed.). Lisboa: Editorial presença.
- Leal, I. (1995). Avaliações. *Caras psicologia*, 95.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias* (2ª ed.). Lisboa: Fim de século.
- Ledoux, J. (2000). *O cérebro emocional - as misteriosas estruturas da vida emocional* (1ª ed.). Lisboa: Pregaminho.
- Leloup, J. (2004). Introdução. In C. Siewert (Ed.), *O significado da consciência* (pp. 9-15). Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, M., & Simões, A. (2000). *Inventário de personalidade Neo revisto (NEO-PI-R)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Lima, M., & Simões, A. (2003). Inventário de personalidade Neo revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, M., Simões, R., Almeida, L., & Machado, C. (Ed.), *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 15-32). Lisboa: Quarteto.
- Matos, A. (2002). *Metáforas do inconsciente*. Paper presented at the I conferência do Curso Pós-Graduado e, Terapia por Reestruturação Vivencial Cognitiva da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Mayer (1995). ver melhor.
- Mendes, A. (2002). *Stress e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

- Moreno, J., & Enneis, J. (1984). *Hipnodrama e psicodrama* (ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Moura, G. (2002). Expansão da consciência e alta frequência cerebral - um estudo do estado de êxtase. In J. Fernandes, & Santos, N. (Ed.), *Cons-ciências - Actas do 2º simpósio internacional - fronteiras da ciência* (pp. 123-141). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Moura, G. (2003). A evolução da expansão da consciência: uma nova abordagem transpessoal na pesquisa de experiências extraordinárias. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S. (Ed.), *Psicologia da consciência - pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 117-132). Lisboa: Lidel.
- Nicolescu, B. (1997). A ciência e a metaciência. In M. Descamps, Alfillé, L., & Nicolescu, B., (Coord) Simões, M. (Ed.), *O que é o transpessoal?* (pp. 103-125). Lisboa: Editora temática.
- Oliveira, A. (1985). Locus de controlo: antecedentes e sua relação com a realização escolar. *Jornal de psicologia*, 4(4), 14-18.
- Pellet, J. (1992). L'Échelle D'Anxiété De Hamilton, HAMA (J.Pellet) L'Évaluation Clinique Standarisé en Psychiatrie. In J. Guelfi (Ed.), *L'Avaluation Clinique Standardizée en psychiatrie* (Vol. 1). Boulogne: Editions Médicales Pierre Fabre.
- Pereira, M., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Peres, J. (2005). Introdução à psicoterapia regressiva. Universidade Fernando Pessoa.
- Peres, J. (2006). Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychologic Medicine, in press*.
- Peres, J. (2007). Retratos do trauma. *Mente & cérebro*, 177, 78-85.
- Peres, J., & Nasello, A. (2005). Achados de neuroimagem em transtornos de stress pós-traumático e suas implicações clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 189-201.
- Peres, J., Mercante, J., & Nasello, A. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev psiquiatr RS*, 133-138.

- Praag, H., Kloet, R., & Os, J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Resende, M. (2003a). *Psicoterapia regressiva sob estado modificado de consciência: Perspectiva crítica*. Unpublished Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Resende, M. (2003b). Quatro etapas nas terapias de orientação regressiva: indução, vivência, abr-reacção e reestruturação. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S. (Ed.), *Psicologia da consciência - pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 217-232). Lisboa: Lidel.
- Restak, R. (1989). Ritmos e instintos. In R. Restak (Ed.), *O cérebro humano* (pp. 85-89). Lisboa: Editorial presença.
- Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson pioneira.
- Ribeiro, F., & Brumlik, M. (2007). *Jung: a consciência do nosso eu*. Lisboa: Planeta Editora.
- Riley, K. (1988). Questionnaire of Eperiences of Dissociation - Mesurement of Dissociation. *J. Nervous Menthal Disease*, 7, 449-450.
- Robles, T. (2003). *Concerto para quatro cérebros em psicoterapia* (2ª ed.). Belo Horizonte: Editorial diamante.
- Saldanha, V. (1999). *A psicoterapia transpessoal*. Rio de Janeiro: Editora rosa dos tempos.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995a). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. Belloch, Sandín, B., & Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 53-80): Mc Graw Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995b). Síndromes clínicos de la ansiedad. In A. Belloch, Sandín, B., & Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 81-112): Mc Graw Hill.
- Santos, A., & Castro, J. (1998). *Stress. Análise psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Santos, B. (1998). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento.
- Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático* (1ª Edição ed.). Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Minerva Coimbra.

- Servan-Schreiber, D. (2004). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*. Lisboa: Dom quixote.
- Silva, D. (2003). Inventário de estado-traço de ansiedade (S.T.A.I.). In R. Danilo, Silva C, & Spielberger, D. (Ed.), *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa*. Lisboa: Quarteto.
- Simões, M. (1992). *Consciência do eu na esquizofrenia paranóide*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade Clássica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, M. (1997). Introdução. In L. A. M.Descamps, & B. Nicolescu, M. Simões (Ed.), *O que é o transpessoal?* (pp. 5-20). Lisboa: Editora Temática.
- Simões, M. (2003). Parapsicologia - uma perspectiva crítica. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S., (Ed.), *Psicologia da consciência: pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 233-245). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Simões, M. (2004a). II Curso pós-graduado em TRV-C terapia por reestrutuação vivencial e cognitiva. Unpublished Manual do curso. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Simões, M. (2004b). Textos de apoio do II curso pós graduado em TRV-C - terapia por reestruturação vivencial e cognitiva *Textos de apoio - faculdade de medicina de Lisboa*. Lisboa: Instituto de formação avançada.
- Simões, M., & Barbosa, L. (2003). Aplicações clínicas de estados modificados de consciência - indícios para uma prospecção experimental. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S. (Ed.), *Psicologia da consciência: pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 294-308). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Simões, M., Gonçalves, S., & Barbosa, L., (2003). Terapia pela reestruturação vivencial e cognitiva (TRVC) e cefaleia: um estudo. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S., (Ed.), *Psicologia da consciência: pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 103-116). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Simões, M., Polónio, P., Von Arx S., Staub E., & Dittrich, A. (1986). Estudo internacional sobre estados de consciência alternados (ISASC): resultados em Portugal. *Revista de Psicologia*, V, 1, 59-70.

- Sobrinho, L., Simões, M., Raposo, J., & Barbosa, L. (1999). Respostas hormonais neurovegetativas durante estados modificados de consciência. *Revista portuguesa de psicosomática*, 1, 43-62.
- Sun, D. (1984). Temas 1, 2. On *Tranquility*: New World Music Limited.
- Tabone, M. (1985). *Psicologia transpessoal: Introdução à nova visão da consciência em psicologia e educação*. São Paulo: Cultrix.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. Pereira, & Monteiro-Ferreira, J. (coord) (Ed.), *O stress pós-traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 19-33). Lisboa: Climepsi.
- Veiguiha, P. (2003). Ser um psicoterapeuta de orientação transpessoal. In M. Simões, Resende, M., & Gonçalves, S. (Ed.), *Psicologia da consciência - pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal* (pp. 246-270). Lisboa: Lidel.
- Weill, P. (2003). *Uma nova humanidade para um novo milénio*. São Paulo: Verus Editora.
- WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization - WHO.

28 – Bibliografia Consultada

- Abreu, J. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva* (4ª ed.). Lisboa: Fundação calouste gulbenkian.
- Afillé, L. (1997). A vivência da experiência transpessoal. In M. Descamps, Afillé, L., & Nicolescu, B. (Coord) Simões, M. (Ed.), *O que é o transpessoal?* (pp. 87-135). Lisboa: Editora temática.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress: Causas, prevenção e controlo* (1ª ed.). Lisboa: Texto,Lda.
- Almendro, M. (1999). *La consciencia transpersonal*. Barcelona: Editorial kairós.
- Aragão, C. (2002). *A adolescência mudança catastrófica - Unpublished tese de mestrado, instituto superior de psicologia aplicada*. Lisboa.
- Assagioli, R. (1970). *Manual de psicossíntese - Manual de princípios e técnicas*. São Paulo: Cultrix.
- Augras, M. (1980). *A dimensão simbólica: o simbolismo nos testes psicológicos* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora vozes.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Resignificando: programação neurolinguística e a transoformação do significado* (5ª ed. Vol. 27). São Paulo: Summus editorial.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, S. (1998). *Hipnoterapia ericksoniana passo a passo*. Belo Horizonte: Livro Pleno.
- Bauer, S. (2001). *Síndrome de pânico - um sinal que desperta* (1ª ed.). Belo horizonte: Caminhos editorial.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. *Terapia cognitiva da depressão*: Zahar Editores.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bellet, P. (2002). *L'hypnose*. Paris: Odile jacob.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2004). Concepto y categorización de los transtornos de ansiedad. In B. Sandín, & Chorot, P. (Ed.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 54-78). Madrid: McGraw-hill.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2004). *Manual de psicopatología* (Vol. 1). Madrid:

- McGraw-hill.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2004). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). Madrid: McGraw-hill.
- Benet, R., Andrada, B., Alvarez, J., & Bellon, F. (1983). *Eficácia no estudo*: Edições asa.
- Bettelheim, B. (2003). *Bons pais - o sucesso na educação dos filhos* (3ª ed.). Lisboa: Bertrand Editora.
- Biase, F. (1995). *O homem holístico: a unidade mente-natureza*. Rio de Janeiro: Editora vozes
- Biase, F., & Amoroso, R. (2004). *A revolução da consciência: novas descobertas sobre a mente no século XXI*. Rio de Janeiro: Editora vozes.
- Blackmore, S. (2005). *Consciousness: a very short introduction*. New York: Oxford university press.
- Blazer, D., & Hays, J., (1998). *An introduction to clinical research in psychiatry*. New York: Oxford university press.
- Brenneis, C. (2001). Acerca da relação entre conteúdo do sonho, trauma e mente: uma perspectiva de dentro para fora ou de fora para dentro? *O mundo interno nno mundo externo* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall - o cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw Hill.
- Canha, J. (2000). *Criança maltratada*: Quarteto.
- Carraça, I. (1994). *Omissão e partilha no acto médico* (1ª edição ed.). Porto: Laboratórios Bial.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2006). Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação da susceptibilidade hipnótica. *Psicologia da Saúde & Doenças*, 7(1), 3-11.
- Chambel, L. (1995). Ir ao passado e voltar *A razão* (pp. 6-10).
- Chamberlain, D., & Ph., D. (2003). *A mente do seu recém-nascido* (1ª ed.). Lisboa: Hugin editores.
- Changeux, J., & Ricoeur, P. (1998). *O que nos faz pensar?* Lisboa: Edições 70.
- Cleeremans, A. (2003). *The unity of consciousness: binding, integration and dissociation*. New York: Oxford university press.
- Crema, R. (2003). Educar a a alma: alfabetização psíquica. Retrieved from

<http://www.cuidardoser.com.br/educarcao-psiquica.htm>

Cury, A. (2004). *Pais brilhantes professores fascinantes*. Pergaminho.

Damásio, A., Damásio, H., Simões, M., Grande, N., Morris, R. & Cardoso, R. (1998). 2º *Simpósio da Fundação Bial*. Paper presented at the Aquém e além do cérebro, Porto.

Damásio, A. (2000). *O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Publicações europa-américa.

Damásio, A. (2003). *Ao encontro de espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Publicações europa-américa.

Debray, Q., & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.

Delaroche, P. (2001). *Aprender a dizer não! conselhos aos pais* (1ª ed.). Lisboa: Terramar.

Dias, C. (1993). *Só deus em mim se opõe a deus. um seminário de psicanálise*. Lisboa: Fenda.

Dias, C. (1995). *Ascensão e queda dos toxicoterapeutas ou a democracia da mentira*. Lisboa: Fenda.

Diatkine, L. (1988). *Significado e função do brinquedo na criança* (3ª ed.): Artes médicas.

Díges, M., & Perpiñá C. (1995). Psicopatología de la memoria *Manual de psicopatología* (Vol. I, pp. 231-276): Mc Graw Hill.

Diniz, J. (1993). *Este meu filho que eu não tive - a adopção e os seus problemas* (972-36-0305-5 ed.). Porto: Edições afrontamento.

Dória, M. (1980). *Psicologia ajustamento neurótico* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora vozes.

Edwards, C. (2005). *Como lidar com crianças difíceis*. Lisboa: Sinais de fogo.

Fernandes, J., & Santos, N. (2002). *Cons-ciências*. Paper presented at the Actas do 2º simpósio internacional - fronteiras da ciência, Porto.

Ferreira, C. (2003). *Hipnose na prática clínica*. São Paulo: Atheneu.

Ferreira, M. (2003). 1º Curso avançado em TRV-C Algumas considerações sobre terapia por reestruturação vivencial cognitiva. Unpublished Manual do curso. Faculdade de Medicina de Lisboa - Departamento de Educação Médica.

- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Filloux, J. (1978). *A personalidade* (3ª ed.). São Paulo: Difel.
- Freud, A. (1978). *O ego e os mecanismos de defesa* (5ª ed. Vol. 6). Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Freud, S. (1991). *Esquecimento e fantasma*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Friedman, H., & Schustack, M., (2004). *Teorias da personalidade* (2ª ed.). São Paulo: Pearson prentice hall.
- Goleman, D. (2001). *Emoções que curam: conversas com Dalai Lama* (2ª ed.). Lisboa: Rocco-temas e debates.
- Gomes, F., & Coelho, T. (2003). *A sexualidade traída - abuso sexual infantil e pedofilia*. Porto: Ambar.
- Gonçalves, M. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C. (2003). *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (ed. Vol. I). Coimbra: Quarteto editora.
- Gonçalves, O. (1990). *Terapia comportamental - modelos teóricos e manuais terapêuticos* (1ª edição ed.). Porto: Edições jornal de psicologia.
- Gonçalves, O. (1997). Cognição, narrativa e psicoterapia. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 1*, 255-264.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi editores.
- Grof, S. (2007). *A psicologia do futuro: lições da investigação moderna sobre a consciência* (1ª ed.). Porto: Via óptima.
- Grotstein, J. (1999). *O buraco negro* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores
- Hall, C., Lindzey, G., & Campbell, J. (2000). *Teorias da personalidade* (4ª ed.). São Paulo: Artmed editora.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharp, M. (2002). *Introdução à psiquiatria* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições sílabo.
- Hoareau, J. (1993). *L'hypnothérapie: quand l'esprit soigne le corps*. Paris: Robert laffont.
- Houshmand, Z., Livingston, R., & Allan Wallace, B. (2001). *Conversas com Dalailama*

- sobre ciência do cérebro e budismo*. Porto: Asa Editores.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescer*. Lisboa: Climepsi editores.
- Joyce-Moniz, L. (1979). *A modificação do comportamento: Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Koch, C. (2007). How does consciousness happen? *Scientific american*, 50-57.
- KSJ, A., Stanley, O., & Bloom, B. (2001). *Clinical Hypnosis*.
- Leal, I. (1994). *Fenomenologia, existencialismo e psicanálise: O sr. K ou a consciência de Quê*. Paper presented at the Fenomenologia e Psicologia- Actas das 1ªs Jornadas de Psicologia e Psicopatologia fenomenológicas e existenciais, Lisboa.
- Leal, I. (2001). *Morrer nunca*. Lisboa: Areia branca.
- Leloup, J. (2004). O significado da consciência. In C. Siewert (Ed.), *O significado da consciência* (pp. 77-115). Lisboa: Instituto Piaget.
- Levitt, H., Korman, Y., & Angus, L. (1996). "Aliviar um peso intenso": A utilização da metáfora em psicoterapia com bons e maus resultados. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1, nº 2, 329-346.
- Machado, A. (1977). Áreas encefálicas relacionadas com o comportamento emocional *Neuroanatomia funcional* (pp. 225-231). São Paulo: Livraria atheneu.
- Malarewicz, J. (2007). *O complexo do principezinho* (1ª ed.). Paris: Estrela polar.
- Mallon, B. (2001). *Ajudar as crianças a ultrapassar as perdas*. Porto: Ambar.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia* (1ª ed.). Paris: Climepsi editores.
- Matos, A. (2001). *A depressão* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Matos, A. (2007). *Vária: existo porque fui amado* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Mauco, G. (1986). *Educação da sensibilidade na criança - ensaio sobre a evolução da vida afectiva* (1ª ed.). Lisboa: Moraes editores.
- Melo, J. (2005). *As faces do inconsciente: perspectivas da psicanálise e da grupanálise* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Menéres, M. (1993). *Imaginação* (972-709-136-9 ed.). Lisboa: Difusão cultural.
- Monteiro, E. (1995). *Hipnose moderna* (Vol. 1).

- Neto, D. (1990). Estrutura neurótica da personalidade e toxicodependência. *Revista de psicologia nº 10 11*, 57-65.
- Neto, L., & Marujo, H. (2001). *Optimismo e inteligência emocional - guia para educadores e líderes*. Lisboa.
- Nouwen, H. (2001). *O curador ferido*. Lisboa: Paulinas.
- O'Connor, J., & Seymour, J. (1994). *Treinando com a PNL* (2ª ed.). São Paulo: Summus editorial.
- O'Leary, B. (2002). Towards a new science of consciousness. In J. Fernandes, & Santos, N. (Ed.), *Cons-ciências - Actas do 2º simpósio internacional - fronteiras da ciência* (pp. 23-47). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva* (1ª ed.). Porto: Edições asa.
- Oliveira-Formosinho, J. (1998). *O desenvolvimento profissional das educadoras de infância: Um estudo de caso*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.
- Oxnam, R. (2006). *Mente fragmentada: a minha vida com síndrome de personalidade múltipla* (1ª ed.). Lisboa: Plátano editora.
- Pacheco, J. (1989). *Bases psicoterapêuticas na prática clínica* (1ª edição ed.). Porto: Laboratórios Bial.
- Passos, T. (1999). *Reaprendendo a viver: nos caminhos da programação neurolinguística (PNL)*. São Paulo: Editora vozes.
- Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.): Lusociência.
- Pedinielli, J., Bertagne, P. (2005). *As neuroses* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Pelzer, D. (2001). *Uma criança chamada "coisa"*. Ambar.
- Pereira, M., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Peres, J., Mercante, J., & Nasello, A. (2005). Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. *The british psychological society*, 441-447.
- Peres, J. (2006). O trauma de Bruce Wayne. *Viver, Nº 157*.
- Peres, J., Moreira-Almeida, A., Nasello, A., & Koenig, H. (2006). Spirituality and

- resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, 1-8.
- Pieri, P. (2005). *Introdução a Carl Gustav Jung*. Lisboa: Edições 70.
- Pleux, D. (2005). *Da criança-rei à criança tirana* (1ª ed.). Lisboa: Sinais de fogo.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Redfield, J., Murphy, M. & Timbers, S. (2002). *Deus e universo em evolução: o próximo passo na evolução pessoal*. Lisboa: Notícias editorial.
- Rey, F. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson learning.
- Ritzen, P. (1984). *Dicionário de psicologia da criança*. Verbo.
- Robbins, A. (2003). *O poder sem limites* (1ª ed.). Lisboa: Editora pergaminho.
- Rossetti, F. (1996). *A psicoterapia pela regressão de memória* (1ª ed.). Lisboa: Editorial estampa.
- Sá, E., & Cunha, M. (1996). *Abandonbo e adopção - o nascimento da família*. Coimbra: Almedina.
- Sá, E. (2003). *Textos com psicanálise: Fim de século edições*.
- Schabbel, C. (1994). *Redescobrimo...a holística: uma identidade que se perdeu*. São Paulo: Iglu editora.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psipopatologia geral* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Schultz, D., Schultz, S. (2004). *Teorias da personalidade* (7ª ed.). São Paulo: Thomson.
- Shaffer, D. (2005). *Psicologia do desenvolvimento - infância e adolescência* (6ª ed.). São Paulo: Thomson.
- Shaffer, D. (2005). *Psicologia do desenvolvimento - infância e adolescência* (6ª ed.). São Paulo: Thomson.
- Shapiro, E. (2001). As perturbações da personalidade *O mundo interno no mundo externo* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Shreeve, J. (2005). Os segredos da mente. *National geographic Portugal*, 2-17.
- Silva, F., Grande, N., Morris, R., Cardoso, R., & Simões, M. (2000). *3º Simpósio da Fundação Bial*. Paper presented at the Aquém e além do cérebro, Porto.
- Simões, M., Resende, M., & Gonçalves, S. (2003). *Psicologia da consciência - pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal*. Lisboa: Lidel.
- Solter, A. (2006). *Lágrimas e birras - o que fazer quando as crianças choram*. Edições

Cetop.

Souto, M. (2000). *A alexitimia e a dependência de drogas: os sentimentos, o discurso e as drogas*. Unpublished Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.

Stein, J. (2003). Just say om. *Revista time*.

Strecht, P. (1998). *Crescer vazio* (2ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.

Strecht, P. (2003). *Interiores* (3ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.

Tendam, H. (1997). *Cura profunda* (1ª ed. Vol. 1). São Paulo: Summus.

Thomson-Reuters (2008). EndNote Citation - Reference Manager Citation (Version 3.1.2) [Binary exutable file].

Tiba, I. (2005). *Disciplina - limite na medida certa* (1ª ed.): Pregaminho.

Tisseron, S. (2000). Traços-contato, traços-movimento e esquemas originais de pensamento *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança*. Lisboa: Climepsi editores

Vallés, G. (1997). *Programação neurolinguística* (1ª ed.). Lisboa: Editorial estampa.

Varvoglis, M. (1994). *Comunicação no congresso ciência, mística, poética, consciência*. Lisboa.

Vasconcelos, A. (2000). *O bebé do limbo: uma abordagem à observação de bebés pelo método de Esther Bick*. Unpublished Tese de Mestrado Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Lisboa.

Vasconcelos, A. (2000). *O bebé do limbo: uma abordagem à observação de bebés pelo método de Esther Bick - tese de mestrado*. Lisboa: Instituto superior de psicologia aplicada.

Weill, P. (2003). *Uma nova humanidade para um novo milenio*. São Paulo: Verus Editora.

Weiss, B. (2005). *Muitos corpos, uma só alma: a cura através das vidas futuras* (1ª ed.). Cascais: Pergaminho.

Zeig, J. (Ed.). (1995). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner / Mazel, Inc.