

Aspectos metodológicos de um estudo de caso de psicose

SANDRA PAULA OLIVEIRA (*)

1. INTRODUÇÃO

«A psicose sublinha de forma acentuada a perda de algo que desde sempre o homem temeu perder – a razão» (Olié, 1996). A perturbação psicótica inscreve, sem dúvida, uma ferida profunda na personalidade do indivíduo colocando em causa de modo extraordinário e intenso toda uma série de particularidades próprias de um ser psico-social: as suas capacidades de comunicação, a sua maneira de apreender o real, de conceber e lidar com as situações sociais, com o passado, o presente e o futuro.

Como tal, a psicose impôs, desde muito cedo, a intervenção de cuidados de saúde especializados, que inicialmente se definiram na sua essência pelo recurso a asilos hospitalares de carácter fundamentalmente custodial. Se estes pareceram ser, a princípio, uma solução funcional e económica, rapidamente fizeram realçar os seus efeitos e implicações nocivas, obrigando-se a um esforço de remodelação e mudança profundas na sua concepção e intervenção da doença mental. Reflectiam-se assim, novas tendências assistenciais que se centravam em medidas que pretendiam

transformar um hospital psiquiátrico numa instituição verdadeiramente terapêutica.

A concepção de doença mental havia-se modificado, desejando-se evitar o mais possível o isolamento e a segregação do paciente da sociedade. Na sequência deste movimento é definido a concepção primeira de Comunidade Terapêutica pelo psiquiatra Philippe Pinel, inovação esta que é posta em prática por Esquirol (um seu fiel discípulo e seguidor), e mais tarde francamente popularizada por Maxwell Jones. Tais contribuições levaram ao seguro reconhecimento da importância do tratamento do sujeito psicótico em instituições realmente terapêuticas que valorizassem a cultura grupal e a responsabilização do tratamento compartilhada pela equipa técnica e pelos pacientes.

Desde então, tem vindo a ser igualmente constatada e reforçada a necessidade de ser proporcionada ao paciente psicótico uma intervenção fundada na constância e continuidade terapêuticas. Estes aspectos têm sido reafirmados por autores como García Badaracco (1990) que os refere como elementos terapêuticos fundamentais no sentido de permitir ao paciente «construir» a constância da relação objectal, situação que se consegue através da permanência da instituição como Comunidade Terapêutica.

Assim sendo, este tipo de instituição fundamenta-se como capaz de se comportar e funcio-

(*) Psicóloga, Bolseira para Doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

nar como uma família substituta ou transaccional que ofereça ao paciente um contexto emocional de segurança, a partir do qual as múltiplas interacções permanentemente em jogo permitam a concretização de experiências enriquecedoras, e por conseguinte o desenvolvimento de recursos egoicos, cuja carência ou déficit é uma das essenciais características da doença psicótica (Badaracco, 1990).

A integração do paciente psicótico numa Comunidade Terapêutica, e portanto num grupo por excelência, parece oferecer vantagens bastante credíveis em termos do seu processo de tratamento, nomeadamente no que respeita ao atenuar dos seus sentimentos de estranheza e também das suas ansiedades de carácter paranóide, no favorecimento da compreensão dos motivos do seu internamento, na facilitação da prova da realidade, na integração e compreensão dos fenómenos transferenciais, na facilitação da socialização, na consolidação das fronteiras do eu (Figueiredo, 1977).

No âmbito destas considerações, propusémos-nos ilustrar, em termos psicodinâmicos, o acompanhamento de um caso de um paciente com perturbação psicótica, em processo de tratamento, delineando aqui como objectivo de estudo exemplificar uma possível forma de organizar metodologicamente este tipo de investigação.

Assim sendo, e na medida em que cremos que a convivência e integração de um sujeito com psicose numa Comunidade Terapêutica se constitui como um campo de observação privilegiado para o estudo e tratamento de pacientes com este tipo de patologia, propusémos-nos estudar, durante um período de tempo de seis meses, um caso de esquizofrenia internado e em tratamento numa Comunidade Terapêutica especialmente vocacionada para a intervenção em doentes mentais do foro psicótico.

2. METODOLOGIA

2.1. Considerações gerais

O método de investigação do estudo de caso poder-se-á definir, de forma simplista, como um estudo intensivo e descritivo de um dado indiví-

duo, organização ou evento (Barlow; Hersen, 1982). Historicamente o método do estudo de caso encontrou as suas origens na medicina, pelo que o seu uso no campo da psicologia fundouse pela via da especialidade psiquiátrica. Assim sendo, muitos são os estudos de caso em psicologia que se centram em casos individuais relativos à psicopatologia e formas de intervenção psicoterapêutica.

Caracteristicamente o estudo de caso é usualmente uma investigação longitudinal, na qual se pretende estudar um dado indivíduo ou indivíduos durante um determinado período de tempo que oscila entre alguns meses e anos. Muito embora seja preferencial a tentativa de elaborar inferências a partir do estudo de um caso para outros indivíduos ou situações (assegurando-se assim a validade externa do estudo), este método de investigação é tipicamente descritivo na vez de inferencial. Esta metodologia não é de todo isenta de limitações, na medida em que se encontram inevitavelmente envolvidas numerosas variáveis independentes e dependentes de difícil controlo. Colocam-se assim, questões directamente relacionadas com a validade e qualidade do plano de investigação, nomeadamente no que respeita à validade de constructo, validade externa e fidelidade. Procurou-se, no entanto, atenuar algumas destas limitações inerentes. Assim sendo, na sequência do objectivo de estudo delineado foram primariamente considerados alguns aspectos metodológicos centrais no que respeita aos procedimentos no desenho do estudo de investigação:

- 1) definição da unidade de estudo, que neste caso particular são os mecanismos psicológicos do próprio indivíduo.
- 2) elaboração de um protocolo de entrevista que servirá em simultâneo como um guião a ter em conta na realização das entrevistas (de carácter semi-estruturado), mas também como uma base de dados de parte das informações colhidas durante essas mesmas entrevistas.
- 3) recolha e selecção de um instrumento complementar de avaliação de acordo não só com a sua eficiência e aplicabilidade, como também com a sua adequação ao objectivo do estudo proposto.

No que respeita ao ponto 2. atrás mencionado,

a elaboração de um protocolo de entrevista prendeu-se na sua essência a dois objectivos: a) reunir de forma sistemática e organizada todo um conjunto de questões a serem abordadas no curso de todas as entrevistas realizadas com o paciente, no sentido de estruturar a informação recolhida sob um modo coerente e operacional; b) criação de uma base de dados das informações recolhidas de modo a facilitar o seu tratamento e análise comparativas posteriores.

Este protocolo foi construído com base em itens referentes ao modelo de registo psiquiátrico elaborado por Kaplan e Saddock (1984) e em itens de um modelo semelhante defendido por Ruiz Ogara (1982). O protocolo de entrevista encontra-se dividido em dois grandes eixos, o primeiro dos quais a ser utilizado exclusivamente na primeira entrevista, uma vez que se refere a questões relativas à anamnese e outros dados pessoais do paciente. O segundo eixo – Exame do estado mental – reporta-se ao protocolo/guião propriamente dito, este sim a ser utilizado em todas as entrevistas a serem realizadas com o paciente.

No que diz respeito ao ponto 3., à selecção de um instrumento de avaliação, foram tidos em consideração os seguintes aspectos: a) o domínio da avaliação do instrumento deverá relacionar-se com o objectivo de estudo estabelecido, bem como com o tipo de paciente que está a ser avaliado; b) o tipo e a natureza do instrumento deverá adequar-se à intenção de ser aplicado em dois momentos distintos do percurso evolutivo do paciente, na medida em que se pretende estudar, em termos comparativos, esse mesmo percurso ao longo de um período de tempo de seis meses. c) o instrumento já deverá ter sido aplicado em investigações e estudos semelhantes, e aplicado no mesmo tipo de pacientes.

Assim sendo, com base nos critérios referidos optou-se pela utilização e aplicação do conjunto de escalas «The Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations» (M. Harty, M. Cerney et al., 1981).

Tratando-se de uma escala norte-americana, uma segunda tarefa consistiu na sua necessária tradução para a língua portuguesa (autorizada pelos autores), tradução essa que obedeceu à seguinte metodologia: 1.º – realização de uma pri-

meira tradução da escala para a língua portuguesa por duas pessoas independentes, uma das quais com formação especializada em línguas; 2.º – confrontação de ambas as traduções obtidas, no sentido de conseguir-se um consenso relativamente a eventuais aspectos discordantes das mesmas e consequentes correções ou alterações; 3.º – a partir da versão consensual foi realizada uma re-tradução para a língua original, inglês, realizada por uma terceira pessoa independente de todo o processo anterior. Introdução de eventuais correções; 4.º – repetição do processo de tradução para obtenção de uma versão portuguesa da escala o mais fiel possível da escala norte-americana original.

2.2. Desenho da investigação

Definido que estava o objectivo do estudo, elaborou-se um plano de aplicação da investigação e de recolha da informação.

Uma vez que se pretendia um corte longitudinal de seis meses no que respeita ao estudo da evolução de um caso de esquizofrenia, pré-definiram-se uma totalidade de seis entrevistas a serem realizadas com o paciente. Estas tiveram lugar numa Comunidade Terapêutica situada no centro do país, onde o paciente se encontra internado, com a frequência de uma entrevista por mês, e com a duração aproximada de uma hora. As entrevistas definiram-se pela sua natureza semi-estruturada, na medida em que se organizaram com base em questões abertas, mas também em questões que obedeceram à estrutura do protocolo de entrevista previamente construído.

As informações que iam sendo recolhidas das entrevistas realizadas com o paciente foram, na sua totalidade, sujeitas a acompanhamento e supervisão. Paralelamente a estas entrevistas, foram planeadas e realizadas entrevistas com o psicólogo clínico director da Comunidade e ainda com a médica psiquiatra (dispondo assim de múltiplas fontes de informação e recolha de dados).

2.2.1. Instrumentos utilizados

A) Tal como anteriormente referenciado foi utilizado um protocolo de entrevista por nós construído, baseado na reflexão sobre a pesquisa bibliográfica previamente realizada – Anexo I.

B) Aplicação das «Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations» – Anexo II.

B.1.) Descrição das Escalas

Com base na sua experiência clínica no «Menninger Psychotherapy Research Project», Michael Harty e seus colegas (Harty, 1976; Harty et al., 1981), desenvolveram 12 escalas de cotação até 100 pontos designadas especificamente a serem aplicadas em pacientes seriamente perturbados, com a finalidade de medirem determinadas dimensões clínicas. As pesquisas que originaram o desenvolvimento deste tipo de escalas provinham já de estudos anteriores relacionados com a investigação em psicoterapia psicanalítica de longo – termo de pacientes com perturbações mentais graves, no sentido de serem avaliados quanto às mudanças ocorridas durante o processo de tratamento psicoterapêutico.

Neste contexto, Kernberg (1976, 1984), também envolvido no «Menninger Psychotherapy Research Project», ao elaborar considerações acerca das pesquisas em psicoterapia, havia especialmente reclamado por instrumentos de medida e avaliação da qualidade das relações objectais, das características e atitudes anti-sociais (parcialmente medidas através da avaliação da integração do superego), do controlo da impulsividade e da «sublimatory effectiveness»¹. Nesta sequência, estudos realizados por este autor e por Michael Harty sugeriram então que das 12 escalas inicialmente consideradas se deveriam seleccionar 5 como sendo as mais apropriadas para investigações desta natureza. São elas (na sua designação original): Motivation for Treatment; Sublimatory Effectiveness; Impulsivity; Superego Integration e Quality of Object Relations.

Todas estas 5 escalas têm uma cotação máxi-

ma de 100 pontos e uma apresentação e estruturas similares. São todas elas precedidas por breves notas introdutórias que pretendem clarificar e explicitar o seu campo de avaliação e medição, bem como dar indicações que devem ser tomadas em linha de conta no momento do seu preenchimento.

Descrivendo então em linhas gerais cada uma das 5 escalas:

«*Motivation for Treatment*» (*Motivação para o Tratamento*):

Esta escala pretende avaliar o grau relativamente ao qual a pessoa demonstra vontade em relacionar-se com, em beneficiar do tratamento e em poder ser transformado pelos outros (particularmente pela equipa terapêutica).

Encontra-se estruturada em torno de oito afirmações, cuja cotação varia entre os 100 e os zero pontos, correspondendo estes últimos à pontuação mais baixa.

«*Sublimatory Effectiveness*»:

O domínio de avaliação desta escala refere-se ao nível de funcionamento do indivíduo no momento específico em que é administrada. Pretende avaliar a extensão em que a pessoa canaliza as suas necessidades psicológicas para actividades profissionais, recreativas e sociais, que são produtiva e socialmente apropriadas e que proporcionam a essa pessoa prazer e satisfação.

Encontra-se estruturada em torno de sete afirmações, cuja cotação varia entre os 100 e os 5 pontos, sendo que mais uma vez esta última corresponde à pontuação mais baixa da escala.

«*Impulsivity*» (*Impulsividade*):

Pretende avaliar a extensão segundo a qual as acções impensadas, ou seja, as acções que são tomadas sem antecipação ou julgamento das consequências, são capazes de interferir na capacidade do indivíduo em manter um ajustamento de vida considerado satisfatório.

Estrutura-se ao longo de sete afirmações que oscilam entre os 100 e os zero pontos. Contrariamente às escalas anteriores e seguintes, a leitura desta escala, em termos da sua cotação, faz-se de um modo inverso de tal modo que a cotação 100 reflecte a pontuação mais baixa e os zero pontos reflectem a pontuação mais alta.

¹ Preferimos adoptar a expressão original, uma vez que julgamos que a sua tradução para a língua portuguesa facilmente pode induzir em erro ou em incorrecta interpretação.

«*Superego Integration*» (*Integração do Super-ego*):

Esta escala avalia a extensão segundo a qual o comportamento do sujeito é regulado de acordo com valores éticos que se encontram perfeitamente internalizados, estáveis e consistentes, permitindo no entanto, resposta flexíveis às circunstâncias da vida real.

Trata-se de uma escala um pouco mais extensa do que as restantes, na medida em que contém afirmações específicas para a exploração/avaliação de patologia anti-social do super-ego.

Estrutura-se igualmente com uma cotação variante entre os 100 pontos (pontuação máxima) e os 5 pontos (pontuação mínima, ou mais baixa), mas com um total de onze afirmações.

«*Quality of Object Relations*» (*Qualidade das Relações Objectais*):

Esta escala avalia a extensão através da qual a pessoa é capaz de experienciar estabilidade, relacionamentos duradouros, bem como a extensão segundo a qual a expressão e gratificação das necessidades individuais não comprometem a empatia e o respeito que o indivíduo sente pelas outras pessoas.

Constitui-se por sete afirmações com cotação variante entre os 100 pontos (pontuação mais alta) e os 5 pontos (pontuação mais baixa).

B.2.) Aplicação das Escalas

A aplicação deste conjunto de escalas baseia-se nas descrições/relatórios clínicos escritos e em todo o conjunto de informações capazes de serem obtidas através do conhecimento clínico dos pacientes. Como tal, são escalas cujo preenchimento dependem do próprio técnico de saúde, ou entrevistador que avalia e acompanha o percurso clínico do dado paciente. Para evitar potenciais influências de julgamento quanto ao preenchimento de cada uma das escalas, uma vez que estas pretendem retratar um determinado percurso evolutivo que se deseja naturalmente bem sucedido, elas são sujeitas à supervisão de um técnico independente da investigação, mas cujo conhecimento clínico do paciente lhe permita concretizar tal revisão.

Este conjunto de escalas foi então aplicado em dois momentos distintos do período de seis meses, ao longo do qual foi sendo realizada a análise e acompanhamento do caso. O primeiro

momento de aplicação coincidiu com a data da primeira entrevista feita com o paciente – aproximadamente dois meses após a data da entrada e internamento na Comunidade Terapêutica. O segundo momento de aplicação coincidiu igualmente com a data da última entrevista realizada com o paciente, ou seja, cerca de oito meses após a altura do seu internamento (seis meses após o início do presente estudo).

3. RESULTADOS

No que respeita à análise e estudo de todo o conjunto de dados obtidos, optámos por estruturar a exposição da informação segundo quatro eixos principais, a saber: exposição descritiva dos dados e história clínica do sujeito referentes às entrevistas realizadas; síntese descritiva a partir dos resultados obtidos dos itens do protocolo; síntese descritiva a partir dos resultados obtidos da aplicação das escalas «*Menninger*». Acrescente-se que, no que respeita a estes dois últimos pontos, no sentido de uma maior clarificação e facilidade de interpretação da informação exposta, se aconselha ainda a sua apresentação esquemática e/ou gráfica; finalmente, análise descritiva, de acordo com a perspectiva psicodinâmica, do caso clínico do sujeito.

3.1. *Caso clínico*

Filipe, como lhe chamaremos, é um jovem com 26 anos de idade, de estatura alta, magro, de pele e cabelos claros. Tem uma expressão apática, com um olhar fixo e inexpressivo. A sua postura corporal é algo rígida, ficando a impressão de que durante toda a entrevista raramente muda de posição, salvo para acender alguns cigarros. Todavia, fala de um modo educado, cortês, mas com pouca espontaneidade (respondendo meramente ao que lhe vamos perguntando).

É filho de pais actualmente separados, filho único por parte do pai, tendo mais dois irmãos por parte da mãe resultantes de casamento posterior. Os pais separaram-se quando o Filipe tinha 7 anos. Continuou a viver com a mãe até aos 14 anos de idade. Até esta data, segundo as suas palavras foi sempre um «...miúdo normal e sem problemas...». Teve sempre bom aproveitamento escolar e dava-se muito bem com todos os cole-

gas. Quando concluiu o 9.º ano, mudou de cidade e foi viver com o pai para dar continuidade ao secundário. Foi então na sequência desta mudança que começou a isolar-se, a fechar-se sobre si mesmo, não querendo relacionar-se com ninguém, inclusivamente com a sua própria família. Descuidou a sua higiene e a forma de se vestir. Saía de casa apenas para ir às aulas, não tendo, no entanto, reprovado ano algum até ao 12.º ano.

Com 18 anos inicia a sua análise pessoal (recomendado pelo seu médico psiquiatra), processo que decorre durante cerca de 4 anos, tendo finalmente terminado por sua expressa vontade. Comenta a este propósito que desistiu da análise pelo facto da sua psicanalista lhe ter levantado demasiadas dúvidas àcerca dele próprio, «...pensamentos confusos...» que lhe eram intoleráveis. Nesta sequência, crê que terá sido o processo analítico que lhe provocou certos fenómenos estranhos, como ouvir vozes dentro de si e ouvir os seus pensamentos na rádio e por vezes na televisão.

A partir de então, decidiu cortar definitivamente a comunicação com a sua analista, sendo que as sessões eram todas feitas em silêncio. Decorreram 2 anos sob estas condições.

Pouco depois recorre a um médico psiquiatra que lhe receitou um «...medicamento milagroso...» – um anti-depressivo. Foi então, que acha que finalmente tudo lhe começou a correr muito bem. Com o medicamento sentiu-se liberto: sentia-se muito bem consigo próprio, relacionava-se muito bem com toda a gente, tinha uma facilidade extraordinária em conhecer pessoas e em falar com elas. Sentia-se completamente eufórico. Nesta época, como raramente dormia em casa, o pai não o aceitou mais a viver consigo e ele ficou então cerca de um ano a viver na rua. Durante este período, conta que estava integrado num grupo de rapazes de rua, do qual se destacava um em especial que era o seu «compincha e cúmplice», um indivíduo de etnia cigana que ele considerava como um grande amigo e um modelo a seguir.

Tempos antes de ter saído da casa do pai, o Filipe conta que foi a uma consulta de um psicólogo de orientação escolar e profissional onde realizou uma série de testes psicotécnicos. Considera que esta sessão lhe foi extremamente importante, pois, apesar de na altura não se ter apercebido, foi aí que este psicólogo lhe terá ensinado, por meio de alguma «...técnica subcons-

ciente...», todo um conjunto de códigos e sinais verbais e comportamentais que desde então passaram a dominar toda a sua forma de comunicação com as outras pessoas. A partir de então, praticamente não necessitava de falar, pois usando esses sinais e códigos era possível todos o entenderem e ele próprio entender as outras pessoas – «...era como uma linguagem universal...». Através disso, conseguia analisar e estudar as intenções e comportamentos das pessoas.

Criou, pois, um sistema muito próprio que passou a partilhar com os colegas do grupo, em especial com esse seu amigo mais próximo. Diariamente reuniam-se para combinarem novos sinais e depois iam para as discotecas e bares pô-los em prática. Quando falava era geralmente através de jogos de palavras, como por ex: «isqueiro» significa «isto quero» e «sopa de cozido» significa «sou pá descosido». Ainda hoje, gosta de usar esta forma de comunicação. Contudo, não entende como é que as outras pessoas não o percebem. Por essa razão, acha que não pertence a este mundo, uma vez que possui capacidades extraordinárias para entender e decifrar o que os outros não conseguem.

Progressivamente os sinais e códigos usados como forma de comunicação começaram a tornar-se numa obsessão da qual não se conseguia libertar. Um outro facto que progressivamente se foi tornando cada vez mais angustiante foi o de ter começado a constatar que, ao pensar em determinados acontecimentos ou situações graves, estas tornavam-se pouco depois realidade, como por exemplo acidentes de avião ou de comboio (notícias estas que ele tinha conhecimento por meio da televisão ou rádio). Esta sua capacidade de previsão assustava-o bastante.

Dias antes de lhe ter ocorrido, o por si designado «surto» (que o levou a um internamento psiquiátrico), tinha ido passar algum tempo com o pai à terra e enquanto passeava no jardim viu no chão uma folha de plátano (que, para ele, significa algo que ainda falta descobrir, um passaporte para uma nova vida). Começou a chorar descontroladamente. Sentiu-se «virado do avesso», como se tivesse passado para um outro lado da realidade. Sentiu-se a enlouquecer sem compreender as suas próprias palavras.

Tentou acalmar-se passeando no jardim, mas teve a nítida sensação que estava a incomodar um casal que supostamente estaria a namorar

nesse jardim. Sentiu-se incontroladamente confuso como «...uma ampulheta que constantemente mudava de posição... e que por vezes me fazia pensar que eu era um dos ex-maridos da minha mãe...».

O pai levou-o para um hospital psiquiátrico tendo lá ficado internado por um período de 3 semanas. Com este «surto» viu-se obrigado a abandonar a vida activa que, segundo ele levava até então.

É então internado numa Comunidade Terapêutica, facto que sente com uma grande tristeza, pois para si isso significa um retrocesso aos anos anteriores aos seus «...tempos de glória...». Cortou com tudo e com todos e vive agora na nostalgia e em função das memórias do passado. Sente-se «...vazio e oco...». Todas as dúvidas e pensamentos confusos voltaram e só agora percebe que eles não tinham desaparecido, mas sim permanecido escondidos e adormecidos.

Seis meses após ter sido internado na Comunidade Terapêutica, Filipe tentou o suicídio, cortando os pulsos. Nesta sequência, foi decidido mudar-lhe o médico psiquiatra assistente e, conseqüentemente a sua medicação (que passou a incluir um anti-depressivo). Deste facto, resultaram alterações algo significativas no que respeita à evolução do seu percurso terapêutico dentro da instituição.

3.2. Síntese descritiva dos resultados dos itens do protocolo

Em traços gerais, descreveremos aqui os aspectos a destacar do percurso evolutivo do paciente no que respeita aos itens constantes no protocolo de entrevista.

Assim sendo, não se verificaram alterações ou variações muito significativas no que se refere aos itens relativos à «descrição geral» do paciente. Níveis de ansiedade mais ou menos altos, expressaram-se como uma constante em todas as entrevistas, muito embora se caracterizassem por uma maior intensidade durante a primeira metade das mesmas. Sempre que o nível de ansiedade se mostrava mais marcado, encontravam-se naturalmente associados aspectos como a postura comportamental e actividade psicomotora mais agitados, bem como a «forma» do discurso adoptado que variava entre as suas maiores ou menores fluidez e espontaneidade.

No que se refere aos «estados afectivo e emocional» do paciente, ao longo deste período de tempo, estes expressaram-se nos dois primeiros meses de forma limitada e superficial. Nos terceiro, quarto e quinto meses já se verificou alguma alteração na sua expressividade no sentido da manifestação e adequação dos afectos se poderem dizer menos limitados e um pouco mais amplos. Todavia, no sexto mês de evolução observou-se um pequeno retrocesso face à situação anteriormente descrita, mediante a demonstração de afectos algo embotados e não muito adequados ou apropriados aos conteúdos do pensamento daquele momento.

Relativamente aos itens constantes da alínea «distúrbio da percepção», constataram-se algumas variações dignas de registo. Neste sentido, apesar de não terem ocorrido, durante este período de tempo, quaisquer fenómenos de despersonalização ou desrealização, o mesmo já não se poderá afirmar quanto à existência de fenómenos alucinatórios. Verificou-se então, que no primeiro e terceiros meses (com excepção do segundo mês), o paciente experienciou alucinações de carácter auditivo, sendo que estas já não se encontravam aparentemente presentes no decurso dos quarto e quinto meses. Contudo, a sua presença volta a manifestar-se precisamente no último mês da avaliação (sexto mês), no decurso do qual o paciente refere ter experienciado alucinações de carácter auditivo e visual.

No que se refere aos «processos de pensamento», nomeadamente ao curso do pensamento, verificaram-se algumas alterações mais sentidas porém nos primeiros três meses. Durante este referido período, a produtividade e abundância de ideias resultaram algo limitadas e lentas, com respostas por vezes evasivas e superficiais. Todavia, apesar de pouco espontâneo o discurso não se mostrava muito incoerente, com excepção da utilização mais ou menos frequente de neologismos. Na segunda metade do período de seis meses, o curso e continuidade do pensamento revelou-se mais rápido, mais espontâneo e um pouco mais rico em informação. Muito embora, nos quarto e quinto meses os neologismos não tenham estado aparentemente presentes, no sexto mês verificou-se novamente alguma frequência na sua utilização.

Ainda no âmbito dos processos de pensamento, no que respeita ao «conteúdo do pensa-

mento», foram particularmente sentidas entre os terceiro e sexto meses preocupações intensas relacionadas com o sofrimento e dor mentais, e receios de ficar doente e internado para sempre.

Distúrbios do pensamento como os delírios e ideias de referência e influência manifestaram-se quase sempre presentes, muito embora com intensidades diferentes. Os delírios encontraram-se presentes de forma mais marcada nos primeiro, quinto e sexto meses, tal como as ideias de referência e influência.

Em termos de «Orientação» temporal, espacial e relativa às pessoas (no sentido do paciente reconhecer ou não, os diferentes papéis e funções das pessoas com quem está habitualmente), não se evidenciaram quaisquer alterações durante todos os seis meses de evolução.

O «estado das pulsões sexuais e agressivas» não demonstraram variações significativas durante o período de seis meses, com a absoluta excepção para o quinto mês, altura em que o paciente realizou uma tentativa de suicídio. Durante o período da avaliação foram sempre manifestadas pelo paciente tendências auto-destrutivas, que permaneceram após a tentativa de suicídio, acrescido do recurso mais ou menos frequente a bebidas alcoólicas. Finalmente, o nível de insight do paciente registou uma evolução progressiva no sentido positivo até aos cinco meses de evolução, apesar de se manterem francas dificuldades noutras áreas de evolução até aqui descritas. Contudo, após a tentativa de suicídio, constatou-se um ligeira regressão no decurso do sexto mês, quanto ao seu nível de consciência e compreensão do seu verdadeiro estado de saúde mental.

Tal como foi possível apercebermo-nos ao longo desta leitura, este retrocesso não foi apenas sentido nesta área, sendo que o último mês de avaliação se caracterizou particularmente pelo registo de algumas regressões no processo evolutivo do paciente.

3.3. Síntese descritiva dos resultados obtidos nas «Menninger Scales»

Ao procedermos a uma comparação entre os resultados obtidos em ambos os momentos de avaliação, em que a primeira avaliação foi realizada no primeiro mês de observação do paciente e a segunda avaliação no sexto mês de obser-

vação, é possível delinear-se algumas considerações, sendo que:

- no que respeita à escala «Motivação para o Tratamento», constata-se uma ligeira progressão positiva, no sentido de que no primeiro momento de avaliação (valor quantitativo obtido – 25), o paciente demonstra reduzido interesse pelo seu processo de tratamento, com igualmente reduzida procura de relacionamento interpessoal (seja com elementos da equipa terapêutica, seja com outros pacientes). No segundo momento de avaliação (valor quantitativo – 35), apesar de ainda não se encontrar verdadeiramente empenhado ou envolvido no seu processo de tratamento (com a consciência dos benefícios que daí poderia retirar), apercebe-se do seu desejo (embora ambivalente) em ser cuidado e tratado, embora o faça sob formas ainda não muito adequadas. Em termos do seu relacionamento interpessoal, o paciente mantém especialmente uma maior proximidade com dois colegas da Comunidade.
- na escala «Sublimatory Effectiveness», verifica-se igualmente uma ligeira evolução positiva, uma vez que, se inicialmente (primeiro momento de avaliação – 30) o paciente não manifestava interesses por actividades recreativas ou sociais, ou outras que lhe proporcionassem algum nível de satisfação, na segunda avaliação (55) já se mostrava presente o seu envolvimento em algumas actividades que não implicam a sua satisfação imediata (o paciente frequentava aulas de ginástica de manutenção e encontrava-se também a tirar a carta de condução). Porém, refira-se que estas actividades eram ainda empreendidas com algum esforço.
- no que se refere à escala que avalia a «Impulsividade», não se verificaram alterações entre os primeiro (35) e segundo momentos (35) de avaliação. Este paciente não se caracteriza particularmente pela tomada de acções impulsivas claras, salvo aquelas que estão eventualmente na origem de ideias delirantes – que a ocorrerem não se encontram abrangidas pelo campo de avaliação

desta escala, tal como salientado na sua nota introdutória.

- na escala «Integração do Superego», não se constataram, de igual modo, variações entre os dois momentos de avaliação (60/60).
- Finalmente, no que respeita aos resultados obtidos na escala «Qualidade das Relações Objectais», verificou-se uma evolução positiva do primeiro (25) para o último mês de avaliação (40). Na primeira avaliação a capacidade do paciente em estabelecer relações de alguma estabilidade encontrava-se francamente limitada, sendo que os seus contactos com as outras pessoas eram maioritariamente caracterizados pelo empobrecimento emocional e tendência para o seu evitamento. No segundo momento avaliativo, a capacidade para procurar e estabelecer relações, apesar de ainda limitada, não é isenta de sentimentos de respeito e consideração pelas outras pessoas. Existe uma relação mais próxima com dois colegas da Comunidade que tem sido mantida, embora com algum esforço e, por vezes, algum evitamento.

3.4. *Algumas considerações psicodinâmicas do caso clínico*

Pretende-se aqui, na generalidade, elaborar uma reflexão sumária sobre o percurso evolutivo dos processos psicodinâmicos do quadro psicótico e da sua abordagem terapêutica.

Recordamos, no entanto, que um qualquer processo terapêutico, seja ele individual, grupal ou integrado em instituições, não se caracteriza pela sua linearidade e previsibilidade, sendo ponto assente que muitos são os factores que potencialmente influenciam (directa ou indirectamente), o decurso desse processo terapêutico. Assim sendo, constata-se tantas vezes o quanto podem ser frequentes, quanto aparentemente súbitos, quer as evoluções no sentido positivo, como os movimentos de natureza mais regressiva.

A intolerância à dor psíquica é de facto algo que prevalece ao longo dos seis meses de evolução, mantendo-se sem dúvida ainda bastante presente no último mês. Todavia, não se deixa de se poder assinalar um maior nível de rendimento

do aparelho de pensar os pensamentos, traduzível numa certa melhoria dos processos do pensamento, nomeadamente no que respeita a uma diminuição da perturbação dos conteúdos.

Verifica-se igualmente uma ligeira redução na utilização do mecanismo de identificação projectiva patológica. Contudo, acrescenta-se que apesar de serem verdadeiras estas referências, também o é o facto do aparelho de pensar os pensamentos se expressar ainda mais evacuativo do que elaborativo.

No que se refere ao vínculo, continua a constatar-se uma patologia no seu estabelecimento, no sentido em que o vínculo H (ódio) predomina claramente sobre o vínculo L (amor), sendo que a tendência a produzir-se -K (oposição à mudança, ao crescimento e ao conhecimento) prevalece.

De referir também uma relativa flutuação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva, mas onde a tendência predominante aponta para a posição esquizo-paranóide, como que testemunhando a sua incapacidade de realizar a ansiedade depressiva. Novamente a incapacidade para tolerar a dor psíquica surge concomitante com outro factor – agora a capacidade em lidar com a ansiedade.

No que diz respeito à relação do paciente com e na Comunidade Terapêutica, parece evidente o facto da instituição se revelar e comportar como um espaço continente importante e essencial à evolução favorável do doente. Contudo, esta função contentora vacilou/fracassou a dado momento na forma como tratou e lidou com a tentativa de suicídio do paciente. Mais especificamente, no modo como geriu e «enfrentou» aquilo que acompanha o aumento de lucidez do sujeito de funcionamento psicótico que é uma forte intolerância ao sofrimento e dores psíquicas e um nível de ansiedade bastante intenso. Na altura da tentativa de suicídio, o que se passa com este doente, em termos bionianos, parece ser mais uma catástrofe (no sentido de um desabamento psicológico), do que uma mudança catastrófica (no sentido do crescimento e maturação psicológicos).

Ora, esta catástrofe, se bem aproveitada e explorada pelo espaço relacional da instituição pode, sem dúvida possibilitar de forma significativa o reverter do processo e funcionamento psicóticos, contribuindo assim para uma potencial

melhoria global do processo de crescimento e maturação.

Como que na sequência deste ocorrido, verificam-se no paciente algumas regressões a nível de alguns mecanismos psicológicos (como por exemplo, expressão dos afectos, distúrbio da percepção, forma como vê e se motiva para o seu processo de tratamento). A estas regressões não se podem afirmar alheias todo um conjunto de variáveis que de algum modo se associaram entre si. Aliadas à forma como a instituição e inclusivamente a própria família lidaram com a tentativa de suicídio, podem-se referir, ainda, a mudança de médico psiquiatra e consequente alteração da terapia medicamentosa e a insistência e pressão claras por parte do pai do paciente em querer retirá-lo da instituição e assim interromper o processo de tratamento (intenção essa que era do pleno conhecimento do doente). Ainda assim, para finalizar, não poderemos deixar de sublinhar a relação instituição – paciente que, sendo desmedicalizada e despsiquiatrizada (uma vez que não há enfermeiros, médicos ou psiquiatras de serviço e que façam parte do quadro técnico da instituição), se assume e revela com uma capacidade transformadora e elaborativa que é possível ver-se espelhada nalguns momentos do percurso evolutivo deste paciente.

Ao tentarmos aqui ilustrar, ainda que sob uma forma sintética, alguns dos mecanismos de natureza psicótica, e as suas múltiplas manifestações nos mais diversos níveis, temos clara consciência que estas perturbações escapam a explicações demasiado simplistas.

Como é sabido, nenhuma patologia mental parece exigir mais medidas de suporte social, de suporte médico e psicológico do que as doenças psicóticas. Muitas e diversas têm sido as evoluções positivas verificadas nos últimos anos. A coordenação das diferentes áreas biológicas e humanas interessadas no entendimento e tratamento desta patologia têm sido igualmente incrementadas. Porém, como que resistindo a todos os esforços e progressos concretizados e ainda esperados, não se poderá contudo deixar de se considerar que a doença psicótica consegue permanecer na compreensão humana na qualidade de um grande desafio.

Historicamente, o estudo intensivo do comportamento humano assume um lugar de destaque nos campos da investigação em psicologia e em psiquiatria. Contudo, apesar destes importantes antecedentes históricos, nem sempre foram utilizados em investigação e estudo de casos individuais, os procedimentos metodológicos mais adequados. Para tal, contribuiu, sem dúvida, toda uma série de limitações inerentes à aplicabilidade deste tipo de metodologia, como sejam argumentos que se prendem com a dificuldade de delineamento de inferências generalistas para outras situações semelhantes, bem como, com eventuais dúvidas sobre a sua capacidade como instrumento metodológico de avaliação. Tais características atribuídas a este tipo de metodologia levou a que tantas vezes, esta fosse rejeitada por muitos investigadores e estudiosos, sendo que muitas oposições não deixavam de tender para alguma inabilidade em discriminar a diferença crítica entre um estudo de caso não controlado e o estudo experimental de um caso individual.

Sem dúvida, que este facto levou ao retardamento da elaboração, implementação e clarificação de estratégias experimentais de estudos de caso (Barlow; Hersen, 1982). Todavia, já é actualmente sabido que, tal como acontece com todo outros tipos de técnicas de investigação científica, também no que respeita ao método do estudo de caso individual é possível serem delineadas e postas em prática todo um conjunto de procedimentos metodológicos que visam à redução das suas limitações próprias – desde que, naturalmente, bem delimitadas e cuidadosamente concretizadas.

A aplicação e investimento neste tipo de metodologia faz, seguramente, revelar o seu potencial em investigação, proporcionando importantes reflexões e hipóteses experimentais teóricas e clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badaracco, J. E. G. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones SA.
- Barlow, D., & Hersen, M. (1982). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Plenum Press.

- Blatt, S., & Ford, R. (1994). *Therapeutic change – An object relation perspective*. New York: Plenum Press.
- Figueiredo, E. (1977). *O chapéu reclame de cigarros – Contributo para uma psicoterapia institucional*. Porto: Afrontamento.
- Harty, M. (1976). A program to evaluate intensive psychiatric hospital treatment. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 8, 3.
- Harty, M., Cerney, M., Colson, D., Coyne, L., Frieswyk, S., Johnson, S. B., & Mortimer, R. (1981). Correlates of change and long term outcome – an exploratory study of intensively treated hospital patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45 (3), 209-228.
- Kaplan & Saddock (1981). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- Kernberg, O. (1976). Some methodological and strategic issues in psychotherapy research: research implications of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. In R. Spitzer, & D. Klein (Eds.), *Evaluations of psychological therapies*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kernberg, O. (1984). From the Menninger project to a research strategy for long term psychotherapy of borderline personality disorders. In J. B. W. Williams, & R. L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Ogara, C. R., & Saloio, D. B. (1982). *Psiquiatria – Tomo I*. Barcelona: Ediciones Toray.
- Olié, J.-P., & Spadone, C. (1993). *As novas faces da loucura*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- Oliveira, S. P. S. S. (1999). *Uma reflexão sobre a esquizofrenia – Considerações psicodinâmicas*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

RESUMO

No âmbito do estudo da perturbação psicótica, propomo-nos expor, sob a perspectiva psicodinâmica, o percurso evolutivo de um paciente com esquizofrenia em processo de tratamento numa comunidade terapêutica, especialmente vocacionada para a intervenção na doença mental grave. Neste contexto, o presente artigo, pretende fundamentalmente salientar a metodologia de investigação utilizada, baseada na aplicação do método do estudo de caso individual. Sendo assim, foram delineados toda uma série de procedimentos metodológicos com o fim de atenuar algumas das limitações inerentes a este tipo de estudos.

Por fim, são tecidas algumas considerações (sob a forma resumida), que, embora não assumindo um carácter conclusivo, pretendem realçar alguns dos principais aspectos a reter deste nosso estudo.

Palavras-chave: Estudo de caso, perturbação psicótica, comunidade terapêutica, Menninger Scales.

ABSTRACT

Regarding the study of psychotic disorder, we proposed to study, psychodynamically, the evolution course of an schizophrenic patient, under a treatment process inside of a therapeutic community, especially directed for the treatment of very disturbed patients. In this matter, we intend, specifically, to emphasize the investigation method that we applied, which was the single case study.

In consequence we defined several methodological procedures with the proposal of minimize some of the limitations of case study methodology.

Finally, we made varied brief considerations, not with the intention of being conclusive, but primarily to emphasize some of the major dimensions consequent to our research.

Key words: Single case study, psychotic disorder, therapeutic community, Menninger Scales.

ANEXO I

Protocolo de Entrevista

1- Identificação Preliminar:

Nome: _____; Data de nascimento: __/__/__; Idade: _____
Estado civil: _____; Sexo: _____; Ocupação anterior: _____
Nacionalidade: _____; Pessoas com quem vivia: _____
Admissões hospitalares anteriores (se pela mesma razão ou outra): _____

2- História da doença actual:

- * formação e desenvolvimento cronológico dos sintomas ou mudanças comportamentais que culminaram na sua situação actual.
- * circunstâncias da vida do doente ao começar a doença e personalidade quando sadio.
- * de que modo a enfermidade afectou as suas actividades e relações pessoais.

3- História pessoal (anamnese):

Desde a infância até o presente, na extensão em que possa ser recordada, incluindo a idade em que sofreu doenças orgânicas importantes, sua duração e seu impacto no paciente; lacunas na história espontaneamente relatada pelo paciente; emoções associadas.

a) história pré-natal

b) primeira infância (até os 3 anos de idade)

c) infância intermediária (3 aos 11 anos): história escolar – sentimento sobre a ida à escola, adaptação, punições.

d) infância tardia (puberdade até à adolescência):

- d.1. relações sociais.
- d.2. história escolar.
- d.3. desenvolvimento cognitivo e motor.
- d.4. problemas emocionais ou físicos próprios do adolescente.
- d.5. história psicosssexual.

e) idade adulta:

- e.1. história profissional.
- e.2. actividade social.
- e.3. sexualidade adulta.
- e.4. história militar.

4- História familiar:

Tradições étnicas, nacionais e religiosas; outras pessoas que moravam na casa – sua descrição – e o que aconteceu com elas desde a infância do paciente; relacionamento actual entre o paciente e aqueles que faziam parte da sua família; papel da doença na família; história de doenças mentais na família.

5- Situação social actual:

Caso esteja empregado se há eminência de perder o emprego por estar agora internado; quem está a cuidar dos filhos caso os tenha; se os amigos e familiares têm conhecimento do seu internamento; expectativas para o futuro; fantasias; sistema de valores (se os filhos são vistos como um fardo ou como uma alegria, se o trabalho é visto como um mal necessário, algo evitável ou uma oportunidade).

6 - Estado mental propriamente dito:

A: Descrição Geral:

- a.1. Aparência.
- a.2. Comportamento e actividade psicomotora.
- a.3. Fala: rápida, lenta, aflitiva, hesitante, emotiva, ecolália, etc.
- a.4. Atitude frente ao entrevistador.

B: Estado afectivo, emocional:

- b.1. manifestação dos afectos.
- b.2. adequação.

C: Distúrbio da percepção:

- c.1. *alucinações e ilusões.*
- c.2. *despersonalização e desrealização.*

D: Processo de pensamento:

- d.1. *curso do pensamento:* citações do paciente
 - d.1.1. produtividade.
 - d.1.2. continuidade do pensamento.
 - d.1.3. prejuízo da linguagem.
- d.2. *conteúdo do pensamento:*
 - d.2.1. preocupações: sobre a doença; obsessões, compulsões, fobias; obsessões à cerca do suicídio, homicídio, etc.
 - d.2.2. distúrbios do pensamento:
 - 2.2.1. delírios.
 - 2.2.2. ideias de referência e ideias de influência: como começaram, seu conteúdo e o significado que o paciente a elas atribui.

E: Orientação:

- e.1. temporal.
- e.2. espacial.
- e.3. pessoas.

F: Estado das pulsões sexuais e agressivas

(atendendo não só ao referido pelo paciente sobre estas áreas, mas também o projectado na situação de consulta como: tendências heteroagressivas, autodestrutivas, eróticas, condutas de sedução)

G: Insight: grau de consciência e compreensão de que o paciente se encontra doente.

Nota Importante: Esta impressão do protocolo trata-se de uma forma resumida do original, pelo que, caso seja interesse do leitor, remete-se a sua consulta integral para a dissertação de Mestrado – «Uma reflexão sobre a esquizofrenia – Considerações psicodinâmicas», de Sandra Paula Santos de Oliveira, Coimbra, 1999.

ANEXO II

Nota importante: este instrumento encontra-se aqui apresentado sob uma forma consideravelmente resumida, de tal modo que não torna possível a sua aplicação sob este molde. Como tal, remete-se, ao leitor interessado, a sua consulta na íntegra para a dissertação de Mestrado – «Uma reflexão sobre a esquizofrenia – Considerações psicodinâmicas», de Sandra Paula Santos de Oliveira, Coimbra, 1999.

«The Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations»

Motivação para o Tratamento

Definição: o grau relativamente ao qual a pessoa demonstra vontade em relacionar-se com, em beneficiar do tratamento e em poder ser ajudado pelos outros (particularmente pela equipa terapêutica).

Pontos da escala:

100 –

95 – O paciente reconhece em si um problema intra-psíquico que ele quer mudar. Ele encara o seu problema como estando a afectar a forma como se vê a ele próprio e aos outros, os seus estados de humor e temperamento, e o seu comportamento. Ele está francamente empenhado em tentar superar as suas dificuldades e em aceitar de boa vontade comentários úteis.

75 – O paciente reconhece em si alguns aspectos que ultrapassam os limites de um comportamento aceitável socialmente e que ele desejaria mudar. Ele consegue, frequentemente, aceitar comentários e confrontações de outras pessoas que o ajudam a explorar as suas áreas-problema, embora os seus esforços de mudança sejam esporádicos.

60 – O paciente reconhece em si alguns aspectos do seu comportamento que interferem no seu relacionamento com as outras pessoas (por exemplo, mudanças bruscas de atitudes, afastar-se das outras pessoas, dormir demais). Ele tem vontade de tentar modificar estes comportamentos no sentido de melhorar o seu relacionamento com os outros, no entanto, ainda não estabeleceu metas que vão além da tentativa de melhoria de situações imediatas.

45 – O paciente reconhece o seu desejo de carinho, aprovação e preocupação pela parte da equipa terapêutica. Geralmente ele está disposto em aceder aos desejos de outros, ou em aceitar os seus conselhos, como forma de ganhar a sua aprovação, mas nem sempre pensa nele mesmo como estando a necessitar de mudanças que lhe possam ser benéficas.

35 – O paciente vê os elementos da equipa terapêutica como potenciais fontes de conforto e carinho. De alguma forma ele apercebe-se do seu desejo em ser cuidado por eles e faz esforços (talvez amando, exigindo e zangando-se) para ganhar deles a proximidade que pretende. Contudo, é usualmente não responsivo a avisos, conselhos, instruções, e confrontações, podendo experienciar tudo isto como críticas demasiadamente duras ou como exigências injustificadas.

25 – O interesse positivo do paciente pelo tratamento é expresso somente na sua procura ocasional de conforto através de meios interpessoais, tais como, falar com a enfermeira de serviço, ou permanecendo junto de outros pacientes. Estes esforços encontram-se misturados com algumas formas de retraimento ou isolamento, e o seu significado não é usualmente reconhecido.

15 – O paciente parece, de alguma forma, confortado com os esforços das outras pessoas em tentarem aproximar-se dele, mas não faz qualquer esforço em procurar proximidade ou ajuda da equipa terapêutica ou de outros pacientes. Qualquer desejo de conforto está baseado em termos de sintomas somáticos ou exigências de medicação.

0 – O paciente não pede nem tolera a relação com o outro. Ele argumenta que se encontra naquele local contra a sua vontade e foge ou isola-se no seu quarto sempre que lhe surge oportunidade. Não exige ajuda nem conforto sob qualquer forma, nem mesmo sob a forma de medicamentos.

«Sublimatory Effectiveness»

Definição: a extensão em que a pessoa canaliza as suas necessidades psicológicas para as actividades profissionais, recreativas e sociais, que são produtiva e socialmente apropriadas, e que proporcionam a essa pessoa prazer e satisfação.

Pontos da escala:

100 -

95 - A pessoa possui um leque de interesses e de actividades estáveis e que não estão orientadas somente para a gratificação imediata. Ela investe em si própria nestas actividades, exercita livremente as suas capacidades nessas actividades e obtém a partir delas uma satisfação duradoura.

75 - A pessoa possui um leque de interesses e actividades que são produtiva e socialmente apropriadas, mas com algumas restrições na sua habilidade em persistir e aproveitá-las completamente. Por exemplo, os interesses podem tender a mudar frequentemente ou em ser alcançados sob alguma forma de tensão. Contudo, ainda assim, obtém a partir destas actividades considerável satisfação.

55 – O leque de interesses da pessoa é de alguma forma restrita comparativamente às oportunidades disponíveis. Ele empreende em algumas actividades que envolvem mais do que a gratificação imediata ou alívio de tensão, mas com grande esforço e com reduzida produtividade e satisfação.

40 – Alguns interesses são mantidos com alguma consistência, mas o leque de tais interesses e a satisfação obtida a partir deles são consideravelmente restritos. A pessoa tem dificuldade em investir nela mesma em metas que não proporcionem gratificação imediata, e poderá experienciá-las como desinteressantes.

30 – O leque de interesses e de actividades da pessoa é consideravelmente restrito comparativamente com as oportunidades surgidas, e tem bastante dificuldade em investir naquelas que possui. Por vezes é capaz de manter alguns interesses, também com bastante esforço e pouca satisfação; No entanto, é com frequência que estes interesses são esquecidos.

20 – A pessoa tem alguns interesses que não estão orientados para a obtenção de gratificação imediata ou para o alívio de tensão, mas estes são empreendidos de forma errada, sem produtividade e com pouco prazer ou satisfação.

5 – Aparentemente não existe capacidade em investir em interesses ou actividades que vão além da satisfação das necessidades imediatas.

Impulsividade

Definição: a extensão em que as acções impensadas – isto é, acções que são tomadas sem a antecipação ou julgamento das consequências – interfere na capacidade da pessoa em manter um ajustamento de vida satisfatório.

Pontos da escala:

100 – Tendências crónicas para acções imediatas sob qualquer impulso, independentemente das circunstâncias; acções tão extremas que se não forem externamente restringidas poderão frequentemente, ameaçar a vida da própria pessoa ou das pessoas que a rodeiam.

85 – Comportamento impulsivo generalizado como estilo de vida, com alguns períodos de tempo intermitentes durante os quais tem um controlo precário. Ocasionalmente a pessoa é capaz de controlar a maioria dos aspectos ameaçadores do seu comportamento. No entanto, é incapaz de manter de modo consistente um funcionamento social normal.

70 – Impulsividade geral que compromete seriamente o ajustamento social e/ou sexual do indivíduo, apesar de poder ser mantida, nalguns aspectos, uma aparência de funcionamento social normal (como por exemplo, assegurando o seu emprego ou mantendo o casamento). Contudo, o indivíduo nem sempre adopta um comportamento impulsivo que ameace a sua vida ou de outros.

55 – O comportamento impulsivo é frequente e extremo o suficiente para implicar consequências importantes na vida do sujeito, mas não chega a atingir proporções de ameaça à vida, estando confinado a áreas conflituais relativamente circunscritas. Em muitos aspectos o funcionamento social normal é mantido (por exemplo: comportamento sexual impulsivo ou consumo excessivo de álcool ao serviço de necessidades neuróticas).

35 – Comportamento impulsivo ocasional relacionado com conflitos circunscritos que ocorre quase sempre em privado e que não viola convenções sociais. Apesar da impulsividade poder constituir um problema para o indivíduo em termos da ineficácia que pode criar, ou pelo esforço acrescido para mantê-la sob controlo, o comportamento impulsivo não provoca mudanças irreversíveis na vida do sujeito (exemplos: «ataques temperamentais» quando certas necessidades neuróticas são frustradas).

20 – Comportamento impulsivo de qualquer espécie é raro e nunca constitui uma séria ameaça ao ajustamento do indivíduo. Contudo, o controlo é mantido sob custos significativos para o indivíduo em termos de acréscimo de conformação, inibição, ou timidez.

0 – A pessoa mantém consistentemente um controlo fácil sobre os seus impulsos para a acção, e fá-lo sem conformação exagerada, acréscimo de inibição ou contenção de emoções. Sob todas as circunstâncias normais, as necessidades e tensões são agidas sob formas socialmente apropriadas e em harmonia com a personalidade total do indivíduo.

Integração do Superego

Definição: a extensão em que o comportamento do indivíduo é regulado de acordo com valores éticos que se encontram confortavelmente internalizados, estáveis, e consistentes, permitindo, no entanto, respostas flexíveis às circunstâncias da vida real.

Pontos da escala:

100 – O indivíduo esforça-se consistentemente em comportar-se de acordo com os valores éticos que são fortemente experienciados como seus e que se encontram estáveis, porém flexíveis. Necessidades instintivas são gratificadas quando apropriadas, e existe tolerância para os inevitáveis desvios do ideal. Um sentimento de culpa normal à cerca destes desvios serve como um sinal para comportamentos auto-correctores.

80 – Existe um conjunto de valores estáveis, consistentes, de acordo com os quais o indivíduo regula o seu comportamento, mas estes não são experienciados no seu todo como partes do seu self. Uma obediência a este conjunto de valores pode, de alguma forma, exigir um grande esforço, ser ambivalente, ou rígida, mas geralmente são permitidas gratificações normais. Quando o sujeito, de algum modo, viola os seus próprios standards, os seus sentimentos de culpa podem resultar exagerados, ou serem defensivamente recalçados.

60 – Existe uma excessiva e severa auto-regulação ao ponto da satisfação das necessidades humanas normais sofrerem interferências. A «moralidade» pode ser altamente prezada, mas é concebida meramente em termos de proibições impostas relativamente às quais se tem que se submeter ou rebelar-se. Sintomas ou traços de carácter tais como frigeidez ou impotência, inibição social, ou depressão perante situações de sucesso poderão reflectir tais conflitos, no entanto, a integridade e honestidade são mantidas.

50 – Uma severidade excessiva em certas áreas coexiste com uma falta de normais sentimentos de culpa noutras áreas; os valores morais demonstram algumas inconsistências ou «lacunas», porém não em grau suficiente para permitir comportamentos claramente anti-sociais. Podem ser características as situações de rebelião contra padrões morais demasiadamente severos, sem o reconhecimento destes como seus. Ambos os sentimentos de vergonha e culpa são importantes na auto-regulação. Formações reactivas inconsistentes contra desejos opostos podem conduzir a traços de carácter puritanos.

35 – *Para uma patologia excessivamente pesada do super-ego*: a pessoa experiencia uma culpa personificada muito intensa. Estes sentimentos são acompanhados por episódios depressivos severos. Existe também uma renúncia masoquista de aptidões e oportunidades capazes de proporcionar crescimento e desenvolvimento pessoais, e ainda um prazeroso sentido de dever casto perante a vida. Estão presentes tendências compulsivas severas, rituais, sentimentos de ruína, tormentos auto-ridicularizantes e auto-culpabilizantes alternados com provocações dirigidas a outras pessoas que humilham e exercem excessivo controlo e proibições sobre a vida do indivíduo.

20 – *Para uma patologia excessivamente pesada do super-ego*: existem preocupações delirantes com o facto de poder ter cometido pecados imperdoáveis. Podem ocorrer auto-mutilações – queimar-se e cortar-se –, acompanhadas de comportamentos ocasionais auto-destrutivos mais radicais que ficam muito perto das reais tentativas de suicídio. Auto-renúncias masoquistas e uma constrição prazerosa da sua vida, podem-se revelar extremas. Poderão ocorrer episódios depressivos profundos.

5 – Crenças ilusórias de perfeição podem ser predominantes. Isto resulta da projecção de um super-ego extraordinariamente severo, punitivo e não integrado, vivenciado através de persecutores tormentosos delusionalmente concebidos como destruidores. Dá-se uma renúncia em massa das «forças» libidinais e agressivas no sentido de aplacar as exigências do super-ego.

Qualidade das Relações Objectais

Definição: Extensão através da qual a pessoa pode experienciar estabilidade, relacionamentos duradouros, e extensão na qual a expressão e gratificação das necessidades individuais não compromete a empatia e respeito que o indivíduo sente pelas outras pessoas.

Pontos da escala:

100 – As relações do indivíduo são estáveis, maduras, e bem diferenciadas. Ele compreende e empatiza com os outros, mas não confunde as suas necessidades com as dos outros; preocupa-se genuinamente pelo bem estar dos outros; e sente-se gratificado com os seus relacionamentos sem se sentir culpado.

80 – Os relacionamentos são estáveis com profunda empatia e preocupação. Os elementos maduros predominam, mas a capacidade em participar totalmente nos relacionamentos é dificultada por inibições neuróticas ou traços de carácter (e.g., timidez, aborrecimento, ou flirts para atrair ou chamar a atenção) que interferem na capacidade de encontrar intimidade.

60 – Os relacionamentos são estáveis, com alguma capacidade para a empatia e preocupação, mas os relacionamentos mais significativos são caracterizados por uma ambivalência intensa e por conflitos neuróticos.

40 – Existem limitações significativas na capacidade de estabelecer relacionamentos estáveis, apesar de estarem presentes sentimentos de respeito e consideração pelas outras pessoas. A estabilidade é mantida através do evitamento de envolvimentos emocionais reais, caso contrário a intensidade de sentimentos darão espaço para relacionamentos turbulentos e instáveis. A pessoa não tem capacidade de empatia e poderá tender a explorar ou manipular as outras pessoas.

25 – A capacidade para estabelecer relações encontra-se seriamente limitada. Os contactos com os outros poderão ser bastante restritos e marcados pelo esforço, rigidez e empobrecimento emocional ou outra característica intensa e caótica, marcados também por sérias e repetidas falsas interpretações dos outros. Os relacionamentos nunca são consistentemente experienciados como satisfatórios. Poderão ser proeminentes situações de manipulação e exploração, apesar de não ocorrerem violações flagrantes das normais convenções sociais.

15 – Os relacionamentos demonstram muito pouca estabilidade. A pessoa tem pouca ou nenhuma capacidade para ser empática ou conseguir compreender as outras pessoas; o indivíduo poderá manifestar um contacto desorganizado ou bizarro com os outros, poderá isolar-se de tal forma que não reconheça a presença de outras pessoas, ou poderá tornar-se cronicamente manipulativo e explorador com uma adaptação social bastante superficial. As convenções sociais normais não são usualmente reconhecidas, mas existem mínimas evidências da existência de respostas diferenciais face aos outros.

5 – Virtualmente não existe capacidade em estabelecer relações com os outros de forma a que reconheça a sua existência independente ou a sua diferenciação de objectos inanimados; os outros são tratados com rudeza, discriminação, exploração agressiva, ou responde-lhes sob formas indiferenciadas e completamente autísticas. Existe pouco reconhecimento de, ou concessões feitas às mais básicas convenções sociais.