

9 ILUSÃO DO AMOR TARDIO E DESENCANTO AGRESSIVO: A HISTÓRIA DE UM IDOSO EM CONTEXTO HOSPITALAR

| José Pinto¹; Paulo Queirós² |

RESUMO

Este artigo parte de uma vinheta clínica para contextualizar a situação comunicacional e comportamental de um doente idoso. O estudo é um relato de experiência, tendo por base a reconstrução da história pessoal do doente. O reenquadramento da história possibilita uma nova leitura dos sintomas comportamentais do idoso que consistiam em comportamentos hostis e agressivos.

A recolha da sua história pessoal junto da família permite dar sentido ao seu comportamento e desenvolver uma comunicação facilitadora da relação com o doente, construindo-se novos entendimentos e uma nova retroalimentação psicológica na relação profissional cuidador- doente.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Comunicação não verbal; Transtornos de comunicação; Sintomas comportamentais

RESUMEN

“Ilusión del amor tardío y el desencanto agresivo: La historia de un anciano en un hospital”

Este artículo es parte de una viñeta clínica para contextualizar la situación comunicacional y conductual de un paciente de edad avanzada. El estudio es un relato de experiencia, basada en la reconstrucción de la historia personal del paciente. El replanteamiento de la historia permite una nueva lectura de los síntomas del comportamiento del anciano que consiste en comportamientos hostiles y agresivos. Una colección de su historia personal con la familia le da sentido a su comportamiento y desarrollar un facilitador de comunicación de la relación con el paciente, la construcción de una nueva comprensión y una nueva retroalimentación psicológica en la relación profesional-paciente cuidador.

DESCRIPTORES: Comunicación; Comunicación no verbal; Transtornos de la comunicación; Síntomas conductuales

ABSTRACT

“Illusion of late love and aggressive disenchantment: The story of an elderly in a hospital”

This article is part of a clinical vignette to contextualize the communicational and behavioral status of an elderly patient. The study is an experience report, based on the reconstruction of the personal history of the patient. The reframing of history of the patient enables a new reading of the behavioral symptoms of the elderly consisting of hostile and aggressive demeanour. A collection of his personal history from the family gives meaning to the patient's way of acting and develop a communication facilitator of the relationship with the patient, building new track and a new psychological understandings feedback on caregiver-patient professional relationship.

KEYWORDS: Communication; Nonverbal communication; Communication disorders; Behavioral symptoms

Submetido em 20-02-2014
Aceite em 30-12-2014

1 Psicólogo Clínico; Doutor em Psicologia Clínica; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto e Rua 5 de Outubro, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra, Portugal, jpinto@esenfc.pt

2 Enfermeiro; Doutor em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica; Pós-Doutorado na área científica de Enfermagem na Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851 Coimbra, Portugal, pauloqueiros@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso tem por base a dificuldade de relação com os doentes agressivos. A agressão é entendida como defesa que tem na génese a motilidade (Winnicott, 2000), sendo, por isso, expressa através da agressividade (inibida ou expressa).

«Se examinarmos as raízes da agressividade, temos que levar em conta: 1. a raiz instintual da destrutividade, que é inerente ao impulso amoroso primitivo; 2. a motilidade (erotismo muscular) como manifestação do estar-vivo; 3. a reação à falha ambiental, que interrompe a linha do ser e traumatiza; 4. num momento posterior, dentro ainda dos chamados estágios iniciais, a destrutividade no anger [raiva], que leva à criação da externalidade e ao uso do objeto [no caso presente os profissionais de saúde] como uma entidade por seu próprio direito» (Dias, 2000, p. 14).

A agressividade remete, então, para uma área de funcionamento muito primitiva da pessoa. Este retorno funcional desvela uma resposta à frustração (Dias, 2000; Winnicott, 2000) e a sua compreensão permite orientar a intervenção sempre que o doente manifeste este tipo de comportamento.

Quando por um motivo ou outro, como é a doença, o doente sente a sua integridade pessoal ameaçada (Pinto, 2013; Pinto e Queirós, 2013), pode apresentar-se narcisicamente comprometido e como nos refere Uji, Nagata, & Kitamura, (2012, p.228) sempre que tal acontece o narcisismo assume-se como «externalização e desligamento. Esse estilo cognitivo pode proteger o individuo de ter o seu ou a sua autoestima abalada».

A externalização tem como fonte a projeção dos aspetos mais angustiantes e ameaçadores para o individuo e o seu uso pode ser entendido como o descartar da angústia que o invade através da descarga dos acúmulos de energia (Freud, 1911/1980a), embora para o recetor possa apresentar-se como uma dificuldade relacional acrescida.

O desligamento envia-nos, por seu lado, para um evitamento da comunicação ou mesmo para um ataque ao vínculo relacional onde o individuo mostra agressividade mas pretende proteger verdadeiramente proteger o seu eu em risco.

Este processo emparelha indelevelmente com os padrões de vinculação uma vez que a instalação do trauma parece relacionar-se com a personalidade e esta com o processo de vinculação estabelecido previamente (Bowlby, 1990).

Neste sentido, Schore (2000, 2002) considera que o padrão de vinculação inseguro desorganizado-desorientado é o mais vulnerável e atreito a vividos traumáticos decorrentes de situações de stress relacional ao longo do curso da vida.

Pérez, Abrams, López-Martínez, & Asmundson (2012) relacionam a exposição ao trauma e o aparecimento de sintomas físicos com a hiperexcitação e os sintomas depressivos. Hovens, et al. (2010) referem que os traumas da infância se relacionam fortemente com perturbações de ansiedade e sintomas depressivos nos adultos

Assim o propósito do presente estudo é partir da análise de uma vinheta clínica de um doente agressivo e tentar perceber a comunicação complexa analógica e digital (Watzlawick et al. 1993; Alarcão, 2006) no seu comportamento, fazendo uma leitura teórico conceptual que embora lacunar possa ajudar os profissionais de saúde a lerem o comportamento agressivo a partir da história pessoal do doente (Pinto e Queirós, 2013).

O presente artigo enquadra-se na metodologia de estudo de caso, que Yin (2010, p.39) preconiza «quando desejasse entender um fenómeno da vida real em profundidade, mas esse entendimento englobasse importantes condições contextuais...». No caso presente, propomo-nos partir do vivido analógico e digital expresso pelo doente, de modo a possibilitar a compreensão e a posterior conceptualização da situação e dos padrões de relação a estabelecer com a pessoa.

Apresentação do Caso

“Sr. António” era um idoso de 92 anos que cuspiam e chamava impropérios a todos os profissionais cuidadores que dele se aproximassem, colocando-se habitualmente de costas em posição fetal. Na enfermaria todos o achavam um doente difícil e agressivo. Uma conversa com a família revelou que este homem era afável e cuidadoso com os seus familiares até ao momento em que se envolveu amorosamente com uma mulher de meia-idade. A família mostrou-se contra o enlace e o idoso acabou por se afastar desta, investindo na relação amorosa. Passado tempo e findas as poupanças do idoso a relação terminou, deixando-o perdido, confuso, agressivo e doente. Na ânsia de não perder o enlace amoroso o idoso instala-se em frente da casa da companheira, passando a noite ao relento, tendo adoecido em consequência deste seu ato desesperado.

Só lhe resta a raiva como elemento comunicacional que lhe resguarda a honra e o protege da perda total da sua integridade pessoal e social tão ferozmente atacada.

...

Um dos grandes propósitos do ser humano, ao longo de todo o curso da sua existência, parece ser o enlace amoroso com o outro significativo. Pensar o humano desde o berço (ou mesmo desde a génese) é contextualizá-lo na relação com o outro num enlace confirmatório de si e das suas qualidades. A construção duma área de encontro entre o bebé e a figura cuidadora apresenta-se como um elemento central do desenvolvimento humano saudável (Mahler, 1981; Mahler, Pine, & Bergman (1993; Spitz, 1979; Houzel, 1995, 1998). O propósito é a construção de um Eu autónomo e capaz de lidar, por um lado, com a adversidade e, por outro, com a intimidade relacional. Um aspeto e outro só na aparência dos percursos virtuosos se apresentam singelos e conseguidos. Qualquer perturbação sentida como demasiada pode questionar os alicerces e colocar o indivíduo num registo onde a sua integridade pessoal fica ameaçada (Pinto e Queirós, 2013).

Esta construção é lenta e difícil, questionando e testando o sujeito a par e passo. Bion (1987) diz-nos que a individualidade incrementa a identidade mas esfria a pessoa, tendendo esta a procurar de novo o grupo para sentir o calor dos iguais em troca da perda de alguma identidade. Esta dialética indivíduo-grupo está presente na caminhada da vida e questiona cada ser a par e passo, deixando-o num desassossego inquietante acerca dos limites de si e das regras que a vida impõe

A individualidade humana está inscrita na sua biologia única mas também se substancia num vivido que tem na origem a identificação (Freud, 1921/1980b, p.133), isto é «a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa», processo primeiro pelo qual o indivíduo se liga ao outro e dá significado à vida e a si mesmo. Sabemos que os vividos de identificação se alicerçam na semelhança e possibilitam a construção da identidade única e também ela irrepitível (Pinto, 2006).

Por isso, quando alguém se vincula emocionalmente ao outro restabelece este paradigma de forma incessante num jogo em que a semelhança e a diferença individual se vai alicerçando e construindo como processo criativo do Eu.

As experiências amorosas são então novos começos onde se ensaiam semelhança e diferença que confirme cada um dos amantes, introduzindo um sentido de imortalidade que a condição humana mais realista nega. Esta ilusão amorosa tem raiz, em nosso entender, na área de ilusão (Winnicott, 2000) com que a mãe sossega o bebé acerca das suas vulnerabilidades com um “eu estou aqui, nada de mal te acontecerá”.

Cada começo instala uma outra vez este sentimento de eternidade e, na ilusão, o indivíduo dá sentido emocional à sua existência humana, sabendo, no entanto, no mais íntimo de si, que constrói no enlace tão somente uma ilusão, pois se nascemos para morrer torna-se urgente a consciencialização da finitude que nos abre o caminho para um percurso vivencial em felicidade (Scheler, 2003) onde realidade e fantasia amorosa se podem enlaçar numa edificação dos seus envolvidos.

A finitude é uma certeza humana dolorosa que leva, muitas vezes à construção de uma área de ilusão – verdadeira defesa por onnipotência – como forma de proteção face à crueza da realidade: Neste contexto, é comum observarmos, no dia-a-dia pessoas a fazerem movimentos – verdadeiros acting-outs – face a situações que coloquem em risco a sua integridade pessoal, por exemplo aquisições de bens cujo tempo útil restante já não permite o usufruto. Estes movimentos pretendem em si negar o óbvio, a vulnerabilidade humana e a sua finitude.

Neste contexto, o Sr. António parece ter feito um movimento semelhante neste seu vivido amoroso. A sua entrega acrítica à relação devolve-lhe um sentido autónómico que lhe permite afrontar a família e a sua dinâmica, em prol de um “eu desejante” que se afirma no enlace amoroso. O que distingue este idoso dos adolescentes é o tempo da reparação do potencial dano narcísico (Uji, Nagata, & Kitamura, (2012) decorrente de uma qualquer falha relacional no enlace. Enquanto os adolescentes podem, após um processo de luto mais ou menos rápido, envolver-se de novo, este idoso assume aqui um último assomo de intimidade que o deixa refém dos outros e de si mesmo.

Ao deixar-se embarcar numa relação acrítica o idoso torna-se refém do par e do seu capricho e, ao romper com a família, fica ainda mais refém deste, desequilibrando e perdendo a capacidade negocial que qualquer relação, mesmo amorosa, deve conter.

A simbiose amorosa depressa resvala para uma comensalidade onde o idoso passa a ser o elo mais fraco. O assomo da sua individualidade escondia uma dependência que o tornava vulnerável junto da companheira que pôde fazer uma escalada de exigências que o levaram a perder até a compostura.

A restrição da rede social do idoso torna-se mais um problema com que tem que se debater. Perder a companhia vai-se tornando sinónimo de se perder a si mesmo como ser íntegro. Esta perda, por seu lado, parece ter um sentido múltiplo, a saber, o idoso:

- Expõe a si e aos outros o logro da relação;
- Fica entregue a si mesmo, frágil, doente e desamparado;
- Instala uma zanga expressa na agressividade que lhe impede qualquer reparação com os outros e consigo mesmo;
- Comporta-se agressivamente como forma de se defender do sentimento de humilhação e de aceitação da perda da última oportunidade.

Pensando o idoso e o seu comportamento percebemos a aflição e o comprometimento do seu Eu nesta aventura amorosa. Falhada a relação só parece restar ao idoso um de dois caminhos: 1) Assumir a falha e o logro a que se sujeitou; 2) Lutar consigo e com os outros contra a evidência da falha da relação, do logro, da humilhação e da perda da última oportunidade.

Assumir a falha e o logro a que se sujeitou parece ser um caminho tortuoso onde o idoso se expõe uma vez mais sem garantia de não ser humilhado e apontado pelos demais de forma jocosa e/ou acusadora. Este movimento podia acrescentar mais vulnerabilidade e humilhação à que já sentira.

Lutar consigo e com os outros contra a evidência da falha expõe o idoso mas, paradoxalmente, protege-o de um afundamento irremediável do Eu. Enquanto luta e esperneia vai devolvendo a si mesmo a imagem de quem não cede e de quem ainda tem força para lutar por si na adversidade. Não o fazer é sucumbir à passividade que encerra a raiva em si mesmo, instalando autoagressividade e a autopunição, que mais não é que agressividade revertida contra o próprio.

A agressividade, enquanto elemento expressivo, parece reinstalar um processo primário de pensamento (Freud, 1911/1980a) onde predomina a descarga dos acúmulos de tensão e onde o processo de atenção, notação, indagação (Bion, 1991a, 1991b) e decisão (Dias, 1997; 2010) não antecipam a ação. O pensamento tem como único mediador o desejo de retorno a um estado de acalmia perdida. O “comportamento automático” parece então dominar as ações empreendidas pelo idoso. Freud defendia que este processo de pensamento estava presente no início da vida e que se mantinha presente no devaneio, no sonho e na sexualidade. O caso presente tem, pois, contexto próprio para este tipo de pensamento.

Por outro lado, o desenlace amoroso expõe o idoso ao desprazer da falha e do abandono, deixando-o vulnerável e à mercê do poder do outro, instalando-se uma relação crescentemente sadomasoquista. Quanto mais o idoso temia perder mais a companhia podia ganhar. Este processo tem um crescendo que termina com o abandono do idoso. Este vê-se sozinho, sem posses e sem família. O desespero parece ter tomado conta de si e num assomo de heroísmo – qual Romeu – tenta recuperar o objeto de amor perdido e perde-se ele próprio no enredo da sua solidão que se mostra crua e intolerável para si mesmo.

Responde com raiva (descarga dos acúmulos de energia desprazerosa) e alterna estes assomos com uma posição fetal que desnuda a vulnerabilidade regressiva do seu comportamento e o corte que se prepara para fazer da sua relação com o mundo. Apela, por isso, a uma intervenção competente que permita alterar este curso perturbado de relação, isto é, uma terceira via comunicacional.

A terceira via comunicacional para o doente tem como intermediário os profissionais cuidadores e a sua capacidade para construir com este uma relação verdadeiramente terapêutica. Esta tem como elementos preponderantes a família e o próprio idoso. Sem uma mediação eficaz, a aproximação idoso-família pode estar comprometida.

Tendo por base a comunicação da família acerca do ocorrido poderíamos acentuar a diferença dos propósitos e a genuinidade dos afetos da família com o doente, em contraponto dos que norteavam a mulher com quem o idoso se relacionou, por exemplo: “Ainda bem que o Sr. António tem uma família generosa ao contrário da companhia que arranjou. Convosco ele pode contar nesta hora difícil e isso é fundamental para ele neste momento”. O reconhecimento e a vinculação da família ao idoso possibilita, em nosso entender, uma primeira etapa de aproximação ao mesmo. Acossado como revela estar, o idoso necessita dum movimento em que se possa sentir contido pelos seus, mas precisa também de ser tranquilizado na sua vulnerabilidade histórica recente. O seu temor mostra receio de exposição e de humilhação e, por isso, importa um trabalho prévio com a família contendo e transformando as angustias, deceções e raivas desta em relação ao seu familiar. A família foi abandonada e pode ressentir-se disso. A escuta dos sentimentos da família ajudarão a integrar o vivido do idoso como um assomo de autonomia, com todos os custos que ele já suporta.

Salientar o sofrimento do idoso, escondido no comportamento agressivo e na posição fetal que recusa a relação, pode ajudar a família a condear-se com o seu idoso e facilitar o reenlace com ele. Uma vez conseguida esta etapa, importa aproximar idoso e família numa supervisão atenta que aponte sobretudo aos movimentos de vinculação, por um lado, e aos movimentos hostis por outro lado. A capacidade de olhar nos olhos, o tom de voz e o contacto envolvente, bem como o conteúdo da comunicação serão os elementos definidores do reenlace, tendo por fundo a variação do tónus corporal que idoso e família vão expressando nas suas conversas.

O sucesso integrativo deste idoso passa pelo retorno ao seio da sua família (efetivo ou simbólico), sentida como acolhedora e capaz de ultrapassar o diferendo prévio.

O reencontro evoca também todo um mundo representacional em cada um dos interlocutores que ajudarão ao enlace, se os sentimentos hostis tiverem sido amenizados.

DISCUSSÃO

O caso presente coloca em questão as duas facetas das relações familiares, a saber: a vinculação e a exploração (Bowlby, 1990; Soares, 2007).

A vinculação é, em nosso entender, uma relação forte, estável e durável no tempo que comporta em si mesmo a capacidade de mobilizar comportamentos de vinculação sempre que a situação o exija. Por isso, ao sentirmos aflição logo chamamos por alguém que nos é querido e sentido como protetor.

Na situação presente, o corte que o senhor António fez com a família, privilegiando a exploração, revelou-se desenfreado e, por isso, permite-nos pensar que o padrão de vinculação deste homem era do tipo inseguro, tendo na situação crítica mostrado ser de tipo desorganizado-desorientado.

A exploração é uma dimensão importante no ser humano que se alia, quando equilibrada, à curiosidade. No entanto, sempre que a exploração se revela desenfreada, não tendo em conta a preservação dos vínculos e da história prévia assume características próximas do acting-out, isto é, do comportamento mais primitivo de descarga dos acúmulos de tensão como acima referimos. Neste sentido, o seu comportamento agressivo tem que ser lido a partir do seu padrão de vinculação inseguro (Bowlby, 1990) que o revela mais capaz de falar pelo movimento e pelo corpo e menos capaz de se pensar e antecipar em ação.

A função terapêutica dos profissionais de saúde é, em nosso entender, baseada no suporte e na transformação destes conteúdos primários, no sentido de diminuir a paranoia presente que o leva a defender-se dos outros agressivamente como se de um ataque a si se tratasse.

Quando a ameaça à integridade pessoal está presente o indivíduo defende-se dela, podendo tornar-se agressivo como resposta ao sentimento de estranheza que o meio envolvente lhe devolve (real ou projetivamente) e que o faz assumir uma forma hostil e agressiva de comunicação. A contenção emocional do doente possibilita introduzir uma crescente capacidade de pensar e aceitar os vividos mais dolorosos e intoleráveis do idoso, diminuindo a agressão expressa no movimento (Winnicott, 2000). A dispersão mental (Bion, 1991a; Dias, 2010) do idoso, caracterizada pelos comportamentos agressivos, domina-o e só a nomeação e integração desses conteúdos dispersivos e dos factos correspondentes o poderá sossegar e trazer de volta ao vínculo social e familiar.

CONCLUSÃO

Do estudo de caso presente podemos concluir que qualquer comportamento agressivo encerra dentro de si uma história que apela à decifração. O idoso em estudo mostrava como a agressividade mais do que exibir poder, escondia vulnerabilidade e ameaça à integridade pessoal. A solidão a que o idoso se remetera tornara-o mais frágil e vulnerável e a agressividade era uma defesa contra a invasão que temia poder acontecer e que o exporia e humilharia ainda mais.

Concluimos também que só um trabalho articulado com a família e com o idoso permitiria ajudá-lo a sentir-se reintegrado e menos entregue a si mesmo, facilitando a substituição das defesas utilizadas por outras menos insinuantes do ponto de vista relacional. A transformação da angústia interna existente, através da nomeação e da confirmação do sofrimento do idoso permitiria a sua acalmia relacional a par do trabalho com as figuras familiares.

Esta conquista teria como ganho o reassegurar do idoso enquanto elemento de pertença do seu grupo familiar e por outro permitiria aos profissionais de saúde o ganho de terem ajudado o idoso e a família a fazerem esta aproximação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bion, W. (1987). *Recherches sur les Petits Groupes*. Paris: PUF.

Bion, W. (1991a). *As Transformações. Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Bion, W. (1991b). *Atenção e Interpretação, o acesso científico à intuição em Psicanálise e grupos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes Editores.
- Dias, A. (1997). *Tabela para uma nebulosa. Desenvolvimentos a partir de Wilfred R. Bion*. Lisboa: Fim de Século.
- Dias, A. (2010). *Teoria das transformações*. Coimbra: Almedina Editores.
- Dias, E (2000). Winnicott: Agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana* 2(1), 9-48. Acessado em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v2n1/v2n1a01.pdf>
- Eagle, M. N. (2013). The implications of conceptual critiques and empirical research on unconscious processes for psychoanalytic theory. *Psychoanalytic Review*, 100(6), 881-917. doi:10.1521/prev.2013.100.6.881
- Evraire, L. A. (2014). The influence of priming attachment styles on excessive reassurance seeking and negative feedback seeking in depression. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 33(4), 295-318. doi:10.1521/jscp.2014.33.4.295
- Freud, S. (1911/1980a). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol XII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1921/1980b). *Psicologia de grupo e análise do ego*. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Houzel, D. (1995). *Angoisse et représentation corporelle*. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 43(4-5), 185-188.
- Houzel, D. (1998). *La valeur structurante du conflit*. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 46(7-8), 361-365.
- Hovens, J., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 66-74. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x
- Mahler, M. (1981). *La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation. Dix ans de psychanalyse en Amérique*, Anthologie du Journal of American Psychoanalytic Association. Paris: PUF.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). *O nascimento psicológico da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Novick, J., & Novick, K. K. (2013). Two systems and defenses. *Psychoanalytic Review*, 100(1), 185-200. doi:10.1521/prev.2013.100.1.185
- Pérez, L., Abrams, M., López-Martínez, A., & Asmundson, G. (2012). Trauma exposure and health: The role of depressive and hyperarousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 641-648. doi: 10.1002/jts.21762
- Pinto J. (2006). *Adolescência e grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)*. Tese de Doutorado, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J., e Queirós, P. (2013). *O internamento e a regressão temporal no doente acamado*. In *Psicologia: Compreensão e intervenção em contexto hospitalar: Da compreensão à intervenção*. Coimbra: ESEnC e UICISA:E.
- Scheler, M. (2003). *Morte e sobrevivência*. Lisboa: Edições 70.
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47.
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Editores.
- Spitz, R. (1979). *De la naissance à la parole, La première année de la vie*. (6ème ed.). Paris: PUF.
- Uji, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2012). Narcissism: Its function in modulating self-conscious emotions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(3), 211-234.
- Watzlawick, P. (1993). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.