UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Gislaine Chaves

**Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e
intervenção a partir de um caso clínico**

São Paulo

2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Gislaine Chaves

**Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e
intervenção a partir de um caso clínico**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Livre Docente Leila
Salomão de La Plata Cury Tardivo.

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Chaves, Gislaine

Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico / Gislaine Chaves; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2018.

221 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Adolescência. 2. Comportamento autolesivo. 3. Conduta autolesiva. 4. Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. I. Salomão de La Plata Cury Tardivo, Leila, orient. II. Título.

Nome: Gislaine Chaves

Título: Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Jorge e Fátima, pelo amor dispendido, e à Phablo Abreu, por me salvar.

AGRADECIMENTOS

Iniciar os agradecimentos dessa dissertação significa conceber o fim de uma jornada de muito trabalho, ansiedade, insegurança e prazer. Trata-se de um misto de emoções, em meio às quais prevalece a felicidade pela conquista junto às lágrimas de emoção, já que esse fim também representa o começo; começo de um futuro sonhado e almejado a tanto tempo, investido e estimado com vigor, possível pelo auxílio e investimento de outros que se dispuseram direta ou indiretamente nessa empreitada. A estes, abaixo especificados, a minha sincera gratidão.

À Universidade de São Paulo, mais especificamente, ao Instituto de Psicologia pelo acolhimento, em especial, ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e suas secretárias Cláudia e Camila.

Minha estima e satisfação à solicitude dos funcionários da biblioteca, agradeço imensamente o apoio prestado sempre com gentileza.

Ao CNPq pela concessão de bolsa.

À Prof. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo pelo acolhimento nessa jornada e constante aprendizado, além da orientação acadêmica em todos os momentos e auxílio ímpar ao meu desenvolvimento pessoal e como pesquisadora. Manifesto minha profunda gratidão por todas as oportunidades a mim propiciadas e por ser exemplo em minha carreira.

À Prof. Dra. Helena Rinaldi Rosa pelo suporte e generosidade singular ao longo dessa caminhada. Minha admiração por sua parceria e auxílio. Também agradeço pelos questionamentos levantados ao longo do exame de qualificação e a possibilidade de contribuir com esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Antônio Augusto Pinto Júnior pela confiança e disponibilidade em contribuir com esse trabalho. Estimo o auxílio prestado e as hipóteses clínicas-teóricas levantadas no exame de qualificação que muito colaboraram para a compreensão desse estudo.

A todos os membros da banca examinadora, pela leitura, avaliação e discussão do estudo.

À instituição escolar que aceitou a realização desse estudo, assim contribuindo para o fomento da ciência e efetivação desta pesquisa.

À adolescente e sua mãe que aceitaram a livre participação nessa pesquisa, cooperando para a concretização de todas as etapas, por meio do compartilhamento dos dados que subsidiaram esse trabalho. Agradeço com a certeza de que recebi muito mais do que pude retribuir.

À equipe do APOIAR, Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de psicologia da USP, pela amizade, incentivo, carinho e apoio. Minha gratidão pelos projetos compartilhados e os que ainda estão por vir.

A todos os meus amigos. Aos antigos por estarem ao meu lado e aos novos por contribuírem com meu desenvolvimento, partilhando as alegrias e os medos ao longo desse processo. Em especial à Leila Andreza, Thamires Freire, Natalia Lima, Simone Araújo, Loraine Ferreira e Rilza Marigliano.

À minha família pelo investimento, apoio e aprendizados. Também pela paciência e tolerância frente às minhas ausências, e os movimentos singulares de acolhimento e afeto na vida cotidiana. Mais precisamente, quero agradecer aos meus pais, Fátima e Jorge, modelos de força e coragem, responsáveis pela certeza de que o trabalho é o caminho. Aos meus irmãos, Jacqueline e Rodrigo, pela consideração e carinho. A minha avó Lourdes pelo seu amor e orações.

Aos meus sobrinhos, Gabriel, recém-chegado a esse mundo, Thais, ao seu sorriso, e à Melissa por toda a sua alegria. A vocês, às mais bonitas experiências da vida.

À Phablo Abreu, meu grande amor, por seu carinho e companheirismo, por acreditar tão firmemente em meu potencial, estimulando-me ao melhor. O mestrado é fruto de seu encorajamento e sugestões. Agradeço imensamente por seu amparo emocional, e concreto, ao longo de nossa relação e que não foi diferente nesse processo, me auxiliando na organização das etapas para efetivação deste material e com o “*reforço, reforço*” permeado por café e sua presença. De novo, obrigada por me salvar. Te amo.

À Jesus e sua mãe, Maria, meu amparo e fortaleza.

“Ouve-me, ouve o meu silêncio.

O que falo nunca é o que falo

e, sim, outra coisa.

Capta a ‘outra coisa’

porque eu mesma não posso.”

(Clarice Lispector, Água viva, 1998, p. 35).

RESUMO

Chaves, G. (2018). Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo.

A ocorrência do comportamento autolesivo logra índices significativos na população adolescente e pré-adolescente, tornando-se queixa frequentemente observada no contexto escolar e clínico, preocupando a todos os envolvidos. Na atualidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a categoriza como um problema de saúde pública global, e, portanto, foco de atenção de políticas públicas e sociais prementes dada a gravidade e aumento do risco de tentativa de suicídio no futuro. No Brasil, as pesquisas realizadas ainda são incipientes quando comparadas com a produção internacional, ainda mais no que diz respeito à dinâmica psíquica do jovem que se autolesiona e meios de intervenção. Assim, considerando a perspectiva investigativa atribuída à Psicologia Clínica e a indissociabilidade entre prática e pesquisa, este trabalho buscou contribuir por meio da realização de um estudo de caso único com vistas à análise dos traços de personalidade de uma adolescente, estudante de uma escola pública do Estado de São Paulo, sem diagnóstico psiquiátrico e/ou em atendimento psicológico, além de investigar dados do funcionamento familiar e a relação de tal conduta com a sintomatologia depressiva e ansiosa. Para tanto, o método clínico-qualitativo de cariz psicanalítico foi empregado em consonância com o delineamento de estudo de casos único e o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. O Psicodiagnóstico previamente esquematizado contemplou duas etapas: 1) primeira aplicação, que contabilizou sete atendimentos, e, 2) fase de *follow-up*, com três atendimentos. Em ambas as etapas, abarcou a realização de entrevistas com a responsável, entrevistas com a participante, aplicação do Questionário Desiderativo, Teste de Apercepção Temática Infantil - Figuras Humanas (CAT-H), Inventário de Depressão Infantil (CDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os resultados do caso foram examinados individualmente, em cada etapa, e, posteriormente, em conjunto, com a comparação entre essas duas fases por meio da livre inspeção do material à luz das observações oferecidas pelos instrumentos projetivos e objetivos fundamentados na abordagem psicanalítica psicodinâmica. Assim, com base nos aportes winnicottianos, pode-se observar que, no caso analisado, a conduta autolesiva revelou uma dupla função: impedir o aniquilamento total do Eu, e, concomitantemente, comunicar ao ambiente sobre falhas nos cuidados em fases primitivas, reatualizados na adolescência, na tentativa de resgatar algo

ofertado, porém percebido como perdido. Adicionalmente, integrando os achados iniciais com os obtidos na reavaliação de *follow-up*, a significativa remissão de aspectos dissociados da personalidade da participante e sintomas clínicos após o processo Psicodiagnóstico comporta correlações com o conceito winnicottiano de distúrbio psicossomático, recuperável após a presença de condições ambientais favoráveis, ou ainda com o trânsito da posição kleiniana esquizo-paranóide para a depressiva, denotando a retomada do processo de amadurecimento. Por fim, os dados obtidos permitem sintetizar sobre a importância do ambiente para a restauração do sentimento de confiança e de esperança no caso investigado, corroborando a teoria winnicottiana sobre a subordinação da saúde psíquica ao longo da vida aos cuidados iniciais recebidos.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento autolesivo. Conduta autolesiva. Psicodiagnóstico Compreensivo e interventivo.

ABSTRACT

Chaves, G. (2018). Adolescence and self-harm: Psychodiagnosis as a proposal for understanding and intervention from a clinical case. (Dissertation Masters). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo.

The occurrence of self-injurious behavior achieves significant rates in the adolescent and pre-adolescent population, becoming a frequent complaint in the school context, causing concern to all involved. Currently, the World Health Organization (WHO) categorizes it as a global public health problem, and therefore, focus attention on pressing public and social policies given the seriousness and increased risk of attempted suicide in the future. In Brazil, the research carried out is still incipient when compared to international production, especially with regard to the psychic dynamics of the self-injuring young person and means of intervention. Thus, considering the research perspective attributed to Clinical Psychology and the indissociability between practice and research, this work sought to contribute through the accomplishment of a single case study with a view to the investigation and analysis of the personality traits of a teenager, student of a school of the State of São Paulo and without psychiatric diagnosis, besides the family functioning and the relation of such conduct with the depressive and anxious symptomatology. The clinical-qualitative psychoanalytic method was used in consonance with the design of a single case study and the Comprehensive and Interventive Psychodiagnostic process. The psychodiagnosis previously planned included two stages: 1) the first application, which counted seven meetings, and 2) the follow-up phase, with three sessions. Interviews with the participant, interviews with the participant, application of the Desiderative Questionnaire, Child Thematic Apperception Test - Human Figures (CAT-H), Infant Depression Inventory (CDI) and Anxiety Inventory of Beck (BAI). The results of the case were examined individually at each stage and then together with the comparison between these two phases through the free inspection of the material in the light of the observations offered by the projective and objective instruments based on the psychoanalytic psychoanalytic approach. Thus, on the basis of Winnicott's contributions, it can be observed that, in the case analyzed, self-defeating behavior revealed a double function: to prevent the total annihilation of the ego, and, at the same time, to communicate to the environment about the failures in care, in an attempt to rescue something offered, but perceived as lost. Additionally, integrating the findings with those obtained in the follow-up reassessment, the significant remission of aspects dissociated from the participant's personality and clinical symptoms after the Psychodiagnostic

process correlates with the winnicottian concept of psychosomatic disorder, recoverable after the presence of favorable environmental conditions , or with the transit from the kleinian position schizoparoid to the depressive, denoting the resumption of the maturation process. Finally, the data obtained allow us to synthesize the importance of the environment for the restoration of the feeling of trust and hope in the case investigated, corroborating the Winnicottian theory about the subordination of the psychic health throughout the life to the initial care received.

Keywords: Adolescence. Self-injurious behavior. Comprehensive and Interventional Psychodiagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspectos negativos (N) totais pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	129
Figura 2 - Aspectos positivos (P) totais pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	130
Figura 3 - Síntese dos mecanismos de defesa utilizados pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	131
Figura 4 - Síntese dos aspectos qualitativos observados nas respostas do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	131
Figura 5 - Comparação entre os resultados alcançados do CDI e no BAI na primeira aplicação em relação aos da fase de <i>follow-up</i>	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação geral da análise de conteúdo na primeira aplicação.....	84
Tabela 2 - Síntese da análise de conteúdo do CAT-H da primeira aplicação.....	85
Tabela 3 - Pontuação geral dos mecanismos de defesa na primeira aplicação.....	86
Tabela 4 - Síntese das defesas na primeira aplicação.....	86
Tabela 5 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na primeira aplicação (continua).....	88
Tabela 5 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na primeira aplicação (conclusão).....	88
Tabela 6. Síntese da pontuação obtida no CDI e nota de corte do teste na primeira aplicação.....	90
Tabela 7. Descrição dos itens do BAI pontuados pela participante e nota de corte do teste na primeira aplicação.....	91
Tabela 8 - Pontuação geral da análise de conteúdo na fase de <i>follow-up</i>	108
Tabela 9 - Síntese da análise de conteúdo do CAT-H da fase de <i>follow-up</i>	108
Tabela 10 - Pontuação geral dos mecanismos de defesa na fase de <i>follow-up</i>	109
Tabela 11 - Síntese das defesas na fase de <i>follow-up</i>	109
Tabela 12 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na fase de <i>follow-up</i> (continua).....	110
Tabela 12 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na fase de <i>follow-up</i> (conclusão).....	111
Tabela 13 - Síntese da pontuação obtida no CDI e nota de corte na fase de <i>follow-up</i>	112
Tabela 14 - Descrição dos itens do BAI pontuados pela participante e nota de corte do teste na fase de <i>follow-up</i>	112
Tabela 15 – Síntese dos aspectos gerais e específicos identificados pelo Questionário Desiderativo na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	132
Tabela 16 - Síntese das defesas instrumentais identificadas pelo Questionário Desiderativo na primeira aplicação em comparação com a de <i>follow-up</i>	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário Beck de Ansiedade
CAT-A	Teste de Apercepção Infantil – Figuras de Animais
CAT-H	Teste de Apercepção Infantil – Figuras Humanas
CAT-S	Teste de Apercepção – Suplementar
CEIP	Centro Escola do Instituto de Psicologia da USP
CDI	Inventário de Depressão Infantil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
N	Negativo
NSSI	Autolesão Não Suicida
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
P	Positivo
QI	Quociente de Inteligência
SATEPSI	Sistema de avaliação de Testes Psicológicos
TAT	Teste de Apercepção Temática
TR	Tempo de reação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Adolescência	20
1.2 O comportamento autolesivo	32
1.2.1 O comportamento autolesivo na adolescência	35
1.3 O Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo	43
2 JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS	51
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	53
3.1 Participante	53
3.2 Tipo de método	53
3.3 Procedimentos e instrumentos	56
3.3.1 Contato com a instituição escolar	56
3.3.2 Contato com a participante e responsável	57
3.3.3 Entrevista	58
3.3.4 Teste de Apercepção Temática Infantil – Figuras Humana (CAT-H)	60
3.3.4a Administração, análise e interpretação do CAT-H	63
3.3.5 Questionário Desiderativo	65
3.3.5b Administração, análise e interpretação do Questionário Desiderativo	70
3.3.6 Inventário de Depressão Infantil (CDI)	74
3.3.6c Administração, análise e interpretação do CDI	75
3.3.7 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	76
3.3.7d Administração, análise e interpretação do BAI	76
3.4 Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo	77
3.5 Forma de análise dos dados	78
3.6 Análise dos aspectos éticos	78
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – ESTUDO DE CASO	79
4.1 Primeira aplicação	79
4.1.1 Ana, 11 anos - Entrevista com responsável	79
4.1.2 Entrevista com a participante	82
4.1.3 Aplicação e análise do CAT-H	84
4.1.4 Aplicação e análise do Questionário Desiderativo	88
4.1.5 Aplicação do CDI e BAI	90
4.1.6 Compreensão clínica do caso	92

4.1.7 Entrevista devolutiva com a participante	97
4.1.8 Entrevista devolutiva com a responsável	101
4.2 Fase de <i>follow-up</i>	104
4.2.1 Entrevista com participante e responsável	104
4.2.2 Aplicação e análise do CAT-H.....	108
4.2.3 Aplicação e análise do Questionário Desiderativo.....	111
4.2.4 Aplicação do CDI e BAI	112
4.2.5 Compreensão clínica do caso	114
4.2.6 Entrevista devolutiva com a participante	120
4.2.7 Entrevista devolutiva com a participante e responsável.....	123
5 COMPARAÇÃO ENTRE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRIMEIRA APLICAÇÃO E NA FASE DE <i>FOLLOW-UP</i>	130
6 DISCUSSÃO	135
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho versa sobre a autolesão na adolescência, questão de especial destaque no contexto científico e social, e de interesse da referida pesquisadora, Gislaine Chaves, e sua orientadora, Leila Tardivo. O material ora apresentado foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹ e objetiva atender aos requisitos exigidos para a finalização do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP.USP).

O interesse pela temática diz respeito à formação e percurso profissional da pesquisadora, a qual sempre se viu cativada pelos fenômenos psicopatológicos, especialmente, aqueles eclodidos na adolescência, público que teve a oportunidade de trabalhar desde sua graduação, provocada por sua dinâmica e desafio constante aos habituais manejos clínicos, assim como intrigada pela dificuldade e rechaçamento de muitos colegas de profissão a essa etapa do desenvolvimento. Somou-se a isso, o encontro com a orientadora desse estudo, referência na área e fonte de admiração pelo trabalho realizado, a qual possibilitou o diálogo com o tema do comportamento autolesivo na adolescência, fomentando interrogações e suscitando hipóteses. As indagações pertinentes surgiram da interlocução da orientadora - com sua ampla bagagem no campo - e diretores e orientadores pedagógicos de escolas públicas do Estado de São Paulo, que somadas à curiosidade da pesquisadora e a realização dessa conduta por sujeitos sem indicações psiquiátricas, inspiraram a formulação de um problema de pesquisa. Ante aos questionamentos suscitados, ponderou-se acerca das possibilidades interventivas no âmbito do fazer psicológico junto a essa população, levando-se à busca pelo curso de Mestrado como meio possível de aprofundamento clínico-teórico. Assim, no intento de dar conta do fenômeno, optou-se por realizar uma pesquisa embasada na metodologia de estudo de caso. A proposta inicial relacionava-se à efetivação de um estudo de caso coletivo, porém, frente as mudanças ocorridas ao longo do percurso de trabalho, pesquisadora e orientadora decidiram por realizar um estudo de caso único com reavaliação de *follow-up* no intento de apreender de modo mais completo e aprofundado informações sobre os aspectos psicodinâmicos da personalidade do sujeito participante.

Nesse contexto, a pesquisa debruçou-se à compreensão do comportamento autolesivo perpetrado por uma adolescente, não portadora de diagnóstico psiquiátrico, por meio da

¹ Bolsista CNPq, Número do processo:133883/2017-5.

perspectiva do Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo embasado na abordagem psicanalítica psicodinâmica.

Dessa forma, sete capítulos comportam esse material. O primeiro diz respeito à *Introdução* e compreende a revisão bibliográfica dos tópicos fundamentais que envolvem o objeto de estudo. Dividida em três partes, a primeira é denominada de *Adolescência* e contempla dados sobre essa fase da vida a partir de variadas perspectivas: contemporânea, social, histórica, biológica, antropológica e psicológica com ênfase especial na compreensão psicanalítica em acordo com a importância do papel desempenhado pelo ambiente sobre essa etapa dada as inerentes mudanças experimentadas pelos jovens, alertando para a intensidade destas e seus possíveis desfechos. A segunda parte, intitulada de *O comportamento autolesivo*, inclui informações sobre o ato de cortar-se e sua relação com certas culturas e ritos até o surgimento do fenômeno em seu *status* patológico, os primeiros estudos científicos realizados e suas hipóteses. Além disso, lança luz sobre as precípuas tentativas de universalização da nomenclatura, sua persistência ao longo do tempo, as forças-tarefas realizadas e a dimensão atual. Tal item abarca o subtítulo denominado de *O comportamento autolesivo na adolescência* que busca destacar os principais estudos nacionais e internacionais realizados até o presente momento sobre o tema e as hipóteses levantadas, além de salientar dados sobre prevalência, características típicas e metodologia comumente utilizada. A terceira parte, *Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo*, aborda a origem do procedimento e os autores pioneiros, assim como seus principais predecessores. Comenta a conceituação dos termos, discorrendo sobre o seu incremento com a utilização de técnicas projetivas e objetivas, destacando os principais estudos realizados a partir deste com a população adolescente, suas vantagens, possibilidade de uso e resultados obtidos.

O segundo capítulo abrange as *Justificativas e Objetivos* do estudo defendendo a importância de sua abordagem e aprofundamento, assim ressaltando as consequências potencialmente graves a que estes jovens estão sujeitos e sua correspondência com os objetivos propostos. O terceiro capítulo integra os *Aspectos metodológicos* da pesquisa, descrevendo o percurso projetado para seu seguimento em detalhes, como o campo de trabalho, participante e os critérios de inclusão. Esse item também compreende os *Procedimentos e instrumentos* utilizados, sendo composto pelos subitens relativos ao contato com a instituição e dados sobre as ferramentas utilizadas, a saber: *Entrevista, CAT-H, Questionário Desiderativo, CDI e BAI*. Cada tópico fundamenta-se nas principais referências sobre o assunto e inclui o modo de aplicação e análise dos resultados específicos. Além disso, este capítulo também contempla o

modo de análise dos resultados obtidos em cada etapa e em conjunto, bem como a atenção aos aspectos éticos.

O quarto capítulo, *Apresentação dos resultados – Estudo de caso*, ilustra o caso escolhido através da exposição das entrevistas iniciais e devolutivas, aplicação dos testes e compreensão clínica das duas etapas, cada qual denominada, respectivamente, de primeira aplicação (primeira etapa) e fase de *follow-up* (segunda etapa). O quinto capítulo intitulado de *Comparação entre os resultados obtidos na primeira aplicação e a fase de follow-up* expõe a comparação dos resultados obtidos entre as duas etapas, lançando mão de gráficos e tabelas para melhor exibição dos dados.

O sexto capítulo diz respeito à *Discussão* dos achados pertinentes à primeira aplicação e fase de *follow-up* do estudo, individualmente e em conjunto. O sétimo capítulo apresenta as *Considerações finais* da pesquisa realizada, compilando os resultados alcançados e enfatizando os aspectos observados em sua interlocução com a produção científica atual, além de sugerir novas possibilidades de investigação. Ao final, constam as *Referências* consultadas e, subsequentemente, os itens *Apêndice* e *Anexos*.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa deriva do projeto apresentado e intitulado por Tardivo (2016) *Automutilação em pré-adolescentes e adolescentes – Estudo e Intervenção* e expande um de seus objetivos que visa elucidar os principais dados relacionados aos fatores de personalidade de adolescentes e adolescentes jovens que manifestam a conduta de autolesão.

Assim sendo, o capítulo a seguir contextualiza a adolescência, o comportamento autolesivo e os estudos realizados com os adolescentes nesse campo, bem como o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, visando abarcar as principais referências e estudos dedicados a esse contexto.

1.1 Adolescência

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos (WHO, 2013). Já a Organização das Nações Unidas (ONU) insere os adolescentes no escopo de 15 e 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) limita entre 12 e 17 anos e 11 meses de idade, sendo em situações específicas, as condições previstas estendidas aos jovens de 21 anos (Brasil, 1990).

O relatório intitulado pela *Fundação Abrinq de Cenário da Infância e Adolescência* no Brasil apresentado no ano de 2016, indica que o país possui mais de 61,4 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos, ou seja, aproximadamente, 30% da população, no entanto, numa relação proporcional, a adolescência ainda apresenta menor investimento quando comparado com a infância. Nesse contexto, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) indica que a pré-adolescência, referida como a faixa etária destinada às meninas de 9 a 12 anos e aos meninos de 10 a 13 anos, contempla importância ímpar para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde (Breinbauer & Maddaleno, 2005).

Embora existam pequenas diferenças quanto à delimitação da faixa etária entre as várias instâncias dedicadas ao cuidado da adolescência, é possível destacar a concordância entre estas no que diz respeito à identificação de sua consideração enquanto parte do desenvolvimento humano. No entanto, partindo da ótica social e histórica, encontra-se em Philippe Ariès (1973/1981) a referência que a adolescência, assim como a infância, nem sempre existiu. O autor destaca que a adolescência se deu ao longo do tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida populacional. Para Ariès (1973/1981), o termo “adolescência” data da Idade Média, século XIII, e faz parte do extenso compilado de trabalhos e referências culturais sobre

a infância e adolescência elaborado pelo autor, que deu origem a uma versão latina de escritos do Império Bizantino. O livro VI discorre sobre o desenvolvimento humano, apontando características da adolescência:

Segue-se a Terceira idade, que é chamada de adolescência, que termina, segundo Constantino em seu viático, no vigésimo-primeiro ano, mas segundo Isidoro, dura até 28 (...) e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada adolescência porque a criança é bastante grande para procriar, disse Isidoro. Nessa fase os membros são moles e aptos a crescer e a receber força e vigor do calor natural. E, por isso, a pessoa cresce nessa idade toda a grandeza que lhe é devida pela natureza (Ariès, 1973/1981, p.36).

Contudo, embora bastante antiga tal definição não desfez a corrente associação com a infância no decorrer dos séculos. Um exemplo refere-se às palavras em latim *puer*² e *adolescens*³ ambas utilizadas, na época, para designar indivíduos de uma ampla gama de idades, assim como o termo francês *enfant*⁴ e seus respectivos correlatos usados para indicar além da condição infantil, a de dependente financeiro (Ariès, 1973/1981). Assim, apenas na Idade Contemporânea, final do século XVIII e início do XIX, com o advento da obrigatoriedade do serviço militar e a expansão da educação formal destinada aos meninos de famílias abastadas, e, conseqüentemente, a criação e a maior atenção destinada às especificidades dessa população, o conceito da adolescência é retomado com maior enfoque, instaurando-se uma concepção moderna da adolescência. No entanto, segundo consta em *História Social da Criança e da Família* de autoria de Ariès (1973/1981), sua difusão ocorreu a partir do século XX com a aquisição de *status* legal e social, demarcando o início de uma nova era conceitual.

Para Grossman (2010), a partir disso, a adolescência passa a ser objeto de interesse e fonte profícua de estudos entre os pesquisadores, modificando de acordo com a época, cultura e valores sociais estabelecidos ao longo do tempo de uma sociedade. Outeiral (1994), por meio de estudos mais atuais sobre a adolescência, reconhece a influência da dimensão cultural e psicossocial no desenvolvimento do jovem, destacando as diferenças entre as classes sociais mais e menos favorecidas economicamente. Aguiar, Bock e Ozella (2001) relacionam a origem da adolescência com o capitalismo, compreendendo-a como fenômeno social derivado da criação humana. Para as autoras, a adolescência descende das classes ricas e foi criada com a intenção de preparar o jovem para o mercado de trabalho, bem como limitar a busca por empregos entre essa população dado o contexto de desemprego crônico imposto pela nova

² Tradução livre: Menino, criança.

³ Tradução livre: Jovem, adolescente.

⁴ Tradução livre: Criança.

estrutura de sociedade. Tal fato corroborou para a ampliação do tempo de educação formal, necessidade cada vez maior de qualificação técnica entre os jovens e o consequente afastamento da família e a aproximação dos pares por esse público.

À vista disso, Gallatin em 1975 já indicava que o desenvolvimento da Psicologia e demais ciências despontava como meio para a compreensão do adolescente inserido em determinado contexto, assim como para o aprofundamento sobre seu comportamento e relações emocionais. No mundo ocidental, muitas são as vertentes possíveis para se pensar sobre a adolescência, portanto, nesse estudo, a adolescência é considerada como uma etapa inerente ao desenvolvimento do indivíduo, marcada por importantes transformações físicas, psíquicas e sociais (Tardivo, 2007a). A puberdade sinaliza a passagem concreta da infância à adolescência a partir de mudanças biológicas irrevogáveis. Correlacionadamente, as modificações psicológicas que se produzem nesse processo decorrem em novos modos de relação com o mundo, repercutindo significativamente no plano subjetivo (Aberastury, 1986; Calligaris, 2000; Papalia e Olds, 2000). Dessa forma, importa ressaltar que ainda que a delimitação da idade seja necessária para organizar as etapas do desenvolvimento de modo didático, não se pode esquecer a singularidade dos marcadores biológicos e psicossociais de cada sujeito, numa dada época e cultura, como fatores que dificultam a demarcação do início e o fim da adolescência em parâmetros rígidos (Guerreiro e Sampaio, 2013).

Os reflexos psíquicos da adolescência suscitados pela novidade pubertária são explicitados pela psicanálise, envolvendo uma série de questões metapsicológicas. Embora Sigmund Freud, pai da psicanálise, não tenha feito uso do termo “adolescência” em suas teorizações acerca do tema propriamente, na literatura investigada há consenso no que se refere às significativas contribuições do autor ao pensar sobre a puberdade (a maturação biológica como limite à infância) e suas influências (Bertol & Souza, 2010; Alberti, 2004; Stevens, 2004; Matheus, 2007; Savietto & Cardoso, 2006).

Para a psicanálise, a puberdade vem logo após a fase da latência. Em sua obra, Freud (1905/1960) aponta que nesse período os conteúdos da complexa trama edipiana são retomados, momento em que há a reedição do interesse pela investigação sexual e sexualidade latente. No escrito, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1901-1905/1996) descreve no terceiro capítulo, *Transformações da puberdade*, que se trata de um processo destinado a dar “forma final normal” (p. 213) à sexualidade infantil, predominantemente auto erótica, a partir da resposta ao questionamento propositadamente postergado sobre a diferença sexual e o encontro do objeto desejado, favorecido pela cooperação entre os impulsos parciais e a subordinação das zonas erógenas à primazia da pulsão genital.

O encontro do objeto sexual, para Freud (1905/1960), nada mais é do que um reencontro. De acordo com o autor, tal objeto é disposto desde a infância, momento em que a satisfação sexual se localiza no mundo externo, por exemplo, na função de nutrição, como a sucção do leite materno. Compreende que o objeto foi ulteriormente perdido, possivelmente no momento em que a criança reconhece a presença do órgão, e, conseqüentemente, do outro, responsável pela sensação de prazer, assim envolvendo-se em atividades que não as propriamente sexuais a partir de um processo sublimatório, como a construção de aspirações estéticas e morais e a aquisição de conhecimento.

A relação original se reestabelece na puberdade, uma vez que a escolha objetal é possibilitada a partir da apreensão do sujeito do contexto em que se organizou a sexualidade infantil, configurada por meio de duas vertentes: a busca de figura primitiva que remonte à primeira infância e, a segunda, a partir da busca por si mesmo no outro, por via narcísica. Ainda para Freud (1905/1960), o ato de levar a termo a escolha do objeto na adolescência se dá, primeiramente, pela via da fantasia, resquício do período de latência, já que o sujeito em amadurecimento não possui alternativa se não o “das representações não destinadas a concretizar-se” (p.103) (1856/1939/ 1997).

Apesar das diferenças fundamentais nas concepções entre Anna Freud (Waldemar, 1983) e Melanie Klein (1932/1997), ambas consideradas relevantes expoentes no que se refere à psicanálise para crianças, cabe destacar o reconhecimento dado por elas à puberdade como fruto do excesso libidinal refletido no desarranjo entre as instâncias psíquicas *Id*, *Ego* e *Superego* cujo reequilíbrio envolveria intenso trabalho. As autoras também reconhecem o retorno da problemática edípica, assim como o afastamento familiar e a aproximação grupal como elementos característicos dessa etapa.

Extrapolando as considerações a respeito das defesas ou angústias vivenciadas pelo jovem na adolescência, Donald Winnicott (1961/2005), renomado pediatra e psicanalista inglês, inovou ao considerar que “os adolescentes têm sim problemas com os instintos, no entanto, mais importante do que isso é que eles querem ser alguém em algum lugar” (p. 123). Tal afirmação escancara o posicionamento do autor quanto à necessidade de não vulgarização da adolescência à administração da instintualidade, sendo preciso considerar o ambiente e suas influências.

Em acordo com a *Teoria do amadurecimento pessoal* de Winnicott (1961/2005), todos os indivíduos estão submetidos à lei da integração inata e sua consumação depende de um ambiente facilitador, capaz de promover as condições imprescindíveis ao seu surgimento. Tal ambiente diz respeito à mãe ou substituta (o) que consegue satisfazer as necessidades do bebê

e de não perder a si nesse processo, exercendo o que Winnicott denomina de “maternagem suficientemente boa”. Para Winnicott (1961/2005), a mãe suficientemente boa contempla o devotamento, ou seja, a acomodação fina e ativa às necessidades do lactente, tanto a nível concreto, relativo à corporeidade e fisiologia, quanto subjetivo, referente ao desenvolvimento psíquico do Eu, já que, na etapa inicial, o bebê é totalmente dependente do meio dada a natureza de não integração em que se encontra. A esse estado, classificado de preocupação materna primária, Winnicott (1961/2005) admite a exigência de fusão entre a díade mãe-bebê, sendo necessário a presença também de um ambiente facilitador para que a mãe possa empreender-se nas incumbências desse período - papel geralmente realizado pelo pai e família extensa - alcançando êxitos junto ao seu bebê. Assim, nos primórdios do desenvolvimento, o ambiente suficientemente bom tem extrema relevância, sendo responsável pela realização de três tarefas, que se dão de modo simultâneo: o *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e apresentação dos objetos, ao que o bebê responderá, na saúde, por meio da integração psicossomática, enraizamento do soma e a personalização, aspectos estes atrelados ao desenvolvimento da capacidade de brincar e da possibilidade de criação do espaço potencial suscitados pelo desenrolar dos processos em direção ao amadurecimento.

No que diz respeito à adolescência, Winnicott (1961/2005) prevê que o sujeito tem a chance de fortalecer as aquisições já obtidas, bem como de internalizar àquelas que não foram possíveis de serem agregadas em fases anteriores do processo de amadurecimento, situação que contribui explicitamente para a indispensabilidade do suporte da família e da sociedade, justificando que nessa etapa da vida ocorre a reedição das vivências de sucesso e fracasso experimentadas na primeira infância com vistas à sua integração (1968/1975). Recorrendo aos aportes do desenvolvimento emocional infantil, o autor (1960/1983) pontua que a experiência do lactente com o ambiente assume crucial importância, já que quando este último mostra-se falho “interrompe a continuidade do ser” e compromete a estrutura de ego, suscitando a “ameaça de aniquilamento” ou “desintegração”, pois o bebê reage, provocando marcas em seu desenvolvimento. Em 1955, no trabalho intitulado *Raízes primitivas da agressividade*, Winnicott (1964/1982) menciona três maneiras do bebê experimentar o ambiente: a) Por meio da motilidade, na saúde, o bebê descobre constantemente o ambiente e é por este descoberto; b) Numa outra maneira, o bebê sente-se submetido às intrusões ambientais e reage, buscando refúgio na quietude por meio do solapamento do gesto espontâneo; e, c) as intrusões são sentidas como extremas de modo que ao bebê não cabe alternativa a não ser o ocultamento do verdadeiro eu. Dessa forma, as experiências que afetam o bebê são registradas a nível somático e psíquico (Winnicott, 1990).

Como consequência, o sujeito pode ter sérias dificuldades de integração a nível parcial e total, com prejuízos na compreensão psicossomática e na aquisição de confiança no mundo. Convém destacar que para Winnicott os distúrbios psicossomáticos nada tem a ver com a influência das emoções sobre o corpo e/ou seu adoecimento ou a ascendência dos processos corporais sob a dimensão psíquica, estando relacionados aos entraves na unidade psique-soma. O autor (1990) interpreta tais dificuldades enquanto resultantes do período de dependência absoluta, ocorridos, mais especificamente, durante a aquisição dos processos relacionados às tarefas de personalização, sendo os mecanismos de cisão e/ou dissociação os principais elementos operantes.

Em termos de funcionalidade, menciona que sua base fundante se ancora sob a aceção “negativo de um positivo” (p.88), dado que envolve a dissociação (negativo), mas também a presença de uma defesa destinada a não perder a união psicossomática (positivo), mantendo-a ainda que precariamente (Winnicott, 1966/1990). Para o autor (idem) o adoecimento psicossomático é positivo na medida que busca a integração, impondo-se contra a iminência da fuga para a tão-só intelectualização, e, conseqüentemente, de perda irre recuperável de uma parte da integração da psique com o soma. No entanto, indica a presença de um ego frágil e limitado para defender-se das falhas ambientais que, ao serem sentidas como excessivas, lança mão do uso da mente, sobrecarregando o seu funcionamento, com vistas à manutenção da sobrevivência do bebê, que remedia as falhas ambientais através dos próprios recursos. Dessa forma, cabe notar que a presença de transtorno psicossomático somado à noção de excesso mental, são características condizentes com a estrutura *falso-self*, a qual se encontra ligada à relação do sujeito com a realidade compartilhada, sendo via de defesa e de proteção, simultaneamente, do verdadeiro *self* (Winnicott, 1960/1983).

Assim, para Winnicott (idem), os processos psicopatológicos derivam dos movimentos defensivos realizados pelo indivíduo, nos diferentes estágios de seu desenvolvimento, ante às falhas ambientais. Entretanto, o autor também reconhece que aqueles jovens que convivem em “ambiente suficientemente bom” podem apresentar sofrimento devido às condições da realidade externa, as expectativas geradas e a pressão sentida, não havendo garantias, uma vez que a unidade psicossomática não é estanque, estando atrelada à relação com o ambiente e de perdas e ganhos enquanto parte natural desse processo. Ademais, o adolescente se depara com um corpo diferente, genitalizado, cuja potencialidade para a violência e para o sexo está dada, passível para a concretização de fantasias e desejos íntimos e antigos.

Nas palavras de Winnicott,

Se na fantasia do crescimento primitivo estiver contida a morte, então, na adolescência, ver-se-á contido o assassinato. Mesmo quando o crescimento, no período de puberdade, progride sem maiores crises, é possível que nos defrontemos com agudos problemas de manejo, porque crescer significa ocupar o lugar do genitor. E realmente o é. Na fantasia inconsciente, crescer é, inerentemente, um ato agressivo. E a criança agora já não é mais pequena (1968/1975, p. 195).

Com base nessa compreensão, o autor salienta o esforço realizado pela estrutura egóica para lidar com as exigências decorrentes das mudanças puberais e do aparecimento das fantasias destrutivas, libidinais e agressivas, incrementadas pela possibilidade de sua execução, reconhecendo como fase permeada por turbulências, intenso sentimento de culpa (dado o retorno da questão edípica) e depressão, assim, impondo ao jovem à busca por alternativas de enfrentamento à violência das transformações (Winnicott, 1961/2011).

Dessa forma, Cardoso et. al. (2006), em acordo com a descrição psicanalítica freudiana, sintetiza que é na puberdade que circunstâncias, conflitos e escolhas do vivido infantil - que durante o período de latência haviam sido tranquilizados - são atualizados e significados. O sujeito se torna responsável por um árduo trabalho de ajustamento psíquico e gerenciamento da porção de princípios e traços culturais introjetados até o momento, vivenciando assim um grande desafio: “integrar o passado, o experimentado, o internalizado, com as exigências do meio e com aquelas que a vida pulsional impõe” (p.138).

A partir da perspectiva psicossocial, Levinsky (1995) compreende o adolescer como parte do progresso evolutivo, por meio do qual a criança avança paulatinamente para a vida adulta em consonância com o meio externo e biografia de vida. O autor reconhece as alterações fisiológicas e cognitivas decorrentes, ressaltando que a caracterização da adolescência está diretamente atrelada ao sentido atribuído pela comunidade pertencente, tendendo ser mais longa e desgastante nas modernas do que nas primitivas, já que nestas os ritos de passagem propendem a aligeirar a entrada no meio adulto.

Leila Tardivo (2007), expoente pesquisadora na área, em seu livro *Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje* reforça a compreensão por ela partilhada com demais autores no tema cuja tarefa fundamental da adolescência é maturação, em interrelação com os “processos psicológicos individuais e os do grupo social” (p.87). Peter Blos (1962/1998), referência renomada, divide a adolescência em subfases, cada qual definida de acordo com a posição pulsional e egóica alcançada, a maturação biológica e a influência do entorno a que o sujeito está submetido. A pré-adolescência é a primeira subfase proposta pelo autor e se caracteriza a partir do incremento quantitativo da pressão instintual e do “reaparecimento mais

ou menos amplo da pré-genitalidade” (p.79), fatores estes que levam ao início do afrouxamento dos laços familiares e ao desprendimento das investidas libidinais e agressivas em relação aos objetos infantis introjetados de amor e ódio, possibilitando assim a descoberta de objetos externos e extrafamiliares.

Aliada a essa noção está a construção da identidade pessoal como passo indispensável para a transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro. Erik Erikson (1968/1976), com base em sua *Teoria do desenvolvimento psicossocial* sobre a problemática da identidade e das crises egóicas, integra as concepções psicanalíticas aos aportes antropológicos culturais, evidenciando as inter-relações entre seus vários aspectos. O autor subdivide o desenvolvimento humano em oito fases, destacando que a evolução saudável engloba o enfrentamento de crises específicas ao longo da vida. Ressalta que o termo “crise” não possui uma acepção dramática, constituindo sua localização em tempo e espaço adequado para o seu surgimento. Em se tratando da adolescência, o conflito a ser ultrapassado é denominado de “identidade *versus* confusão de papéis” e visa, enquanto desfecho satisfatório, o desenvolvimento do senso de identidade pessoal.

Segundo Erikson (1968/1976), a identidade é fluída, suscetível a mudanças com o tempo, e relaciona-se ao sentimento de ser único, bem como pertencente à determinada sociedade, com certa segurança sobre quem é e com capacidade de reconhecimento de si e dos outros. As tarefas realizadas pelo adolescente envolvem o ensaio de diferentes papéis no campo de experimentações com o intuito de, no futuro, poder se apropriar das escolhas a serem realizadas nesse processo, favorecendo a construção do sentido de *self*. Erikson (idem) denomina essa situação de moratória psicossocial, termo que discrimina o período de descobertas necessárias ao jovem com vistas à elaboração interna.

Desse modo, para Erickson (1968/1976), à adolescência cabe a busca por referenciais, possíveis a partir do confronto entre as identificações da infância e a busca de atuais, rejeitando aquilo que não o representa e aproximando daquilo que deseja ser. Nesse sentido, a ação do ego exerce importante papel na acomodação e internalização dos elementos identificatórios e de ambientação ao núcleo social. Entretanto, caso o adolescente não consiga lidar com a crise típica, sendo a resolução negativa, instala-se a “confusão de identidade” denunciando os entraves na integração do si mesmo.

Tal desafio demarca características comumente descritas sobre o universo adolescente: turbulento, permeado por contradições, ambivalências, tensões, rebeldias, alternâncias e angústias, expressas, na maior parte das vezes, através de fricções com o meio familiar e social, envolvimento em comportamentos de risco, bem como humor instável e/ou passividade

(Aberastury & Knobel, 1981; Cicchetti & Rogosch, 2002; Shaffer & Kipp, 2007; Tardivo, 2007). Essas características retratam o mundo interno adolescente, composto por instabilidade psíquica e vulnerabilidade, bem como dizem respeito aos processos psíquicos provocados pela emergência da entrada na cena social e as perdas inevitáveis durante esse período (Aberastury e Knobel, 1981; Blos, 1962/1998, Levisky, 1998).

Na literatura especializada, Arminda Aberastury e Maurício Knobel (1981) descrevem três lutos fundamentais vivenciados pelo adolescente: a) Luto pelo corpo, não mais infantil, cujos caracteres sexuais secundários evidenciam seu novo *status*, e, concomitantemente, a perda da ideia de bissexualidade em consequência da necessidade de definição sexual e do papel escolhido; b) Luto pela condição infantil, no qual o conflito se localiza entre a perda da identidade infantil e o não estabelecimento ainda de uma identidade adulta e o c) Luto pelos pais da infância a partir da desidealização destes, como meio para a constituição de novos relacionamentos e ideais em conjunto com o luto vivido pelos pais.

Segundo Anna Freud (1946/1986), a descatexia libidinal do objeto de investimento implica num processo de elaboração que dará condições para um novo campo de interesse. Para a autora, não há equilíbrio estável nessa fase, de forma que a oscilação adolescente deve ser compreendida como fator constituinte, bem como analisada em decorrência dos conflitos sexuais emergentes, apontando assim as possíveis expressões psicopatológicas e a dificuldade na delimitação do “normal e patológico” da adolescência.

Aberastury e Knobel (1981), em muitos de seus trabalhos, dão especial atenção a essa problemática cujo imaginário social implícito em relação às condutas adolescentes é o de “semi-patológica”. Como proposta, introduzem o conceito de “síndrome da adolescência normal” agregando em tal designação um paradoxo: as palavras síndrome e normal na mesma oração. Na concepção médica, síndrome é a denominação utilizada para descrever um conjunto de sintomas que caracterizam uma doença, no entanto, os autores utilizam esse termo para caracterizar algo considerado normal. Assim, descrevem os comportamentos singulares e esperados nesse período ressaltando o necessário movimento depressivo (muitas vezes disfarçado) vivenciado pelo adolescente como meio para elaboração dos lutos característicos, normalmente acompanhados por traços psicopáticos que, a depender da proporção e do comprometimento do *self*, podem ser classificados como “normais” ou “patológicos”. Sobre isso, importa notar que essa aparente contradição conceitual, ainda que descrita várias décadas atrás, permanece compactuando com os comportamentos observados nos adolescentes da contemporaneidade, salientando a sua relevância.

Assim, é possível conceber que a adolescência “normal” pode ser considerada como aquela que inclui, por si mesma, um excesso pulsional. Esse excesso foi nomeado por Freud de *Sturm und Drang*⁵ e pressupõe relações entre os indivíduos marcadas por esses estados de arrebatamento nas quais, devido à intensidade, os transbordamentos predominam (Cardoso, 2006). Cardoso (2006) destaca que tais transbordamentos advêm da intensificação do movimento narcísico que é então convocado a realizar o ajuste entre “identidade e identificações” (p.24), propiciando o surgimento de manifestações grandiosas e depressivas nesse período. Salienta ainda que o enfraquecimento deste movimento inspira o psiquismo cujas estruturas narcísicas estejam suficientemente amparadas incitando ao desenvolvimento do recurso da simbolização como alternativa para o adolescente, nascendo assim a multiplicidade de exteriorizações artísticas, criativas, bem como do humor.

Emmanuelli (1994) corrobora a importância da elaboração do narcisismo como limiar entre o potencial criativo e as dificuldades que podem vir a aparecer. Marty (1977) em seus estudos sobre adolescência se aprofunda sobre a violência pulsional a que o indivíduo em crescimento se vê submetido. Segundo o autor (idem), o corpo púbere é experienciado como alheio ao sujeito, proporcionando intensos sentimentos de ordem consciente e inconsciente, trazendo à baila a condição humana de finitude de si mesmo e, conseqüentemente, de vulnerabilidade. Nesse sentido, a puberdade possui alta relevância operando como meio de eclosão de excessos pulsionais não elaborados, sendo o corpo depositário da condição de ameaça narcísica. Assim, dada a dificuldade de integração, o sujeito tende a adotar mecanismos de defesa, a fim de afastar de si os conteúdos negativos. Padrão, Mayerhoffer, Silva e Cardoso (2006) vinculam a essa ideia a percepção de que toda adolescência é atingida por uma “vivência traumática, violenta” (p.139) que, associada à passividade e fragilidade das fronteiras narcísicas e egóicas, produz sentimentos angustiantes, podendo ser fonte de significativo padecimento psíquico, enfatizando o “caráter traumático” (p.141) desse período. Assim, as autoras (idem) alertam para algumas manifestações adolescentes que sobrepujam os limites esperados, sinalizando para “um traumático desestruturante, desafiador das fronteiras da representação, pondo em xeque os limites entre vida e morte psíquicas” (p.141). Assim, sustentadas pela concepção de trauma freudiano, reconhecem que tal prejuízo no campo da representação

⁵ Tradução livre: Tempestade e ímpeto. Refere-se ao movimento literário alemão, também denominado de pré-romântico, que surgiu em 1770 do qual emerge uma nova forma de se relacionar com o mundo, em que a singularidade é valorizada. Duas obras de Goethe estão situadas, atualmente, entre as primeiras desse movimento. Freud utilizou muito de suas obras para pensar a psicanálise, chegando a ganhar o prêmio Goethe, aplicado aqueles que valorizaram a suas obras (Dafunchio, 2016; Nogueira, 2008).

compreende a existência de um excedente pulsional incapaz de ser dominado, levando o sujeito ao ato.

A noção de trauma, na teoria freudiana, compreende importante papel. Freud (1914/1996) elaborou duas acepções a respeito: a primeira, efetuada entre os anos de 1892 e 1897, ligada à histeria e à teoria da sedução e, a segunda, reformulada e produzida a partir de 1920, em que o trauma é inscrito como um fugitivo do controle da representação simbólica e propalador de uma energia não-ligada, fomentando a compulsão à repetição. Ou seja, trata da maneira como as fronteiras do ego vão responder ao rompante pulsional e, diante do qual, podem vir a sucumbir. Frente a esse enquadre, o ego pode lançar mão de defesas extremas como a passagem ao ato. Tal conceito, proposto por Freud (1914/1996), consiste na atuação do indivíduo com a intenção de promover uma mudança de posição (na perspectiva psíquica), de passivo a ativo, de forma a exteriorizar algo interno, isto é, uma tentativa de responder, ainda que precariamente, à passividade psíquica.

Avançando para além de tal compreensão, Winnicott (1961/2005) reconhece que o trauma “implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que as defesas primitivas se organizam contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do Eu” (1967/1975, p. 135). A ansiedade impensável está diretamente ligada à noção de “aniquilamento do eu”, produzindo a sensação de invasão e, conseqüentemente, levando à entraves no desenvolvimento da concepção de si mesmo. Dessa forma, o autor (idem) articula sobre a importância do ambiente para as dificuldades adolescentes, salientando as conseqüências da falta e privação familiar e sua correlação com a agressividade, assim como a “tendência antissocial” e a esperança. Assim, cabe citar que tal conceito está intimamente ligado à sensação de privação, tratando-se, portanto, de um movimento reivindicatório cujos atos podem ser assinalados como protestos contra algo que mudou, no entanto, com a esperança de ser recuperado. Para o autor (idem), tal conduta relaciona-se à sensação de perda/retirada de algo considerado importante em determinada fase do desenvolvimento, no entanto, a nível inconsciente, bem como o seu respectivo reclame, ao que o autor denomina de “deprivação”. Ademais, compreende que, na ânsia de se sentirem reais, alguns adolescentes podem lançar mão de comportamentos prejudiciais para si e/ou para os outros, podendo culminar em atos suicidas.

Bergeret (1988), consoante a essa percepção, alerta para a intensidade e o potencial destrutivo dos conflitos vivenciados na adolescência. Essas dificuldades diferem daquelas ligadas ao amadurecimento e podem colocar em xeque “a manutenção da linhagem estrutural

original” (P. 95), incitando o jovem ao envolvimento com sistemas de relação ou de defesa primitivos. Bergeret (idem) ressalta a relevância da intensidade nesse contexto, indicando que um único trauma ou evento pode estagnar e/ou retardar o processo de desenvolvimento trazendo graves prejuízos e/ou alterações em sua estrutura. Para o autor, o diagnóstico psicopatológico da personalidade nesse período é bastante complexo, já que o jovem está sujeito às variações pulsionais e conflitivas próprias da idade, garantindo-lhe a possibilidade de modificações significativas em seus alicerces.

Em perspectiva semelhante, Widlöcher (2001) salienta o atravessamento do humor deprimido e da ansiedade na população adolescente da contemporaneidade, defendendo que o diagnóstico psicopatológico deve levar em consideração os aspectos objetivos e subjetivos apresentados pelo sujeito. No que diz respeito ao início dos transtornos mentais, os estudos desenvolvidos por Bahls e Bahls (2002) e Kessler et al. (2007) apontam para a inegável precocidade dos transtornos mentais na população mundial, especialmente, depressão e ansiedade. Outeiral (2007) salienta que cada vez mais cedo as perturbações emocionais adolescentes estão avançando sobre o período denominado por Freud de “latência”, intervalo necessário entre as fases fálica e genital reservado ao desvio da pulsão sexual em prol de outras finalidades, como o saber e a moral. Viola e Vorcaro (2013) apontam que frente à relevante influência sociocultural, a juventude internaliza e expressa tendências concernentes a sua época, destacando a relação entre a eclosão da puberdade e a noção de ruptura, refletida na incidência da violência e comportamentos subversivos.

Blos (1962/1998) ressalta a importância da pré-adolescência para as subfases seguintes e alerta que as reflexões sobre os conflitos e as desordens adolescentes contemporâneas devem incluir uma compreensão dessa etapa do amadurecimento, já que tais dificuldades podem se configurar como um impasse evolutivo, caracterizado pela somatória de perturbações ocorridas em subfases específicas. Em adição, o autor (1996) ressalta a importância do "impacto inflexível das influências do ambiente, nutrientes sociais e sensoriais, que permanecem requisitos durante a vida para a manutenção de um organismo ótimo, ou seja, do funcionamento somático e psíquico" (p. 6). Bergeret (1988) também salienta a importância da organização do contexto social para a estruturação da personalidade.

Seguindo esta linha de raciocínio, Tardivo (2007) dá especial atenção aos componentes psicossociais da adolescência. Com base nas concepções de Pichón-Rivière expostas por Bleger, a autora compreende que todo o contexto destinado a pensar sobre o ser humano e sua forma de se relacionar no e com o mundo deve incluir também uma análise da intrincada relação entre subjetividade e sociedade. Nesse campo, ressaltam as contribuições de Ajuriaguera (1985)

ao reconhecer o declínio dos referenciais oferecidos aos adolescentes numa sociedade de referenciais incertos, e, a partir da linha teórica delineada por Erikson (1972) e em consonância com Dolto (1990), questiona sobre o lugar ocupado pelos jovens na atualidade, reconhecendo o quanto os jovens não são ajudados nesse processo de ruptura, ficando eles mesmos à mercê de suas próprias outorgas. A autora (idem) salienta a importância de um meio ambiente (família, comunidade, sociedade) com diretrizes consistentes e coerentes e alerta para o valor contido nos elementos de previsibilidade e de vislumbamento do futuro como fundamentais para a formação de uma identidade estável no jovem que se “refere a partir de um passado com tradições e valores sólidos aos quais é possível uma contestação mais segura” (p.96), ou seja, para as dificuldades observadas na adolescência convém considerar o conjunto de elementos pessoais, bem como o meio e sua intersecção com a conjuntura histórica atual.

Refletindo a partir de tais pressupostos, cada vez mais têm se observado na atualidade a ocorrência de adolescentes envolvidos em comportamentos de risco, bem como em vivências violentas. Essas situações vão desde a drogadição, experiências sexuais de risco, desenvolvimento de transtornos alimentares como a anorexia e bulimia, além de atuações auto e hetero-destrutivas, como, por exemplo, as manifestações suicidas e aquelas, foco deste estudo, os comportamentos autolesivos (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein, 2006).

1.2 O Comportamento autolesivo

O ato de ferir a si mesmo, notadamente, provoca estranhamento em grande parte da população, uma vez que se opõe ao instinto primeiro: de vida. Ryan, Heath, Lane e Young (2008) e Araújo, Chaterlad, Carvalho e Viana (2016) não permitem esquecer que dentre esses comportamentos existem aqueles socialmente aceitos em certas culturas como os rituais de passagem de nascimento e morte, da infância à adolescência, e desta à vida adulta, e também o uso de brincos, piercings e tatuagens. Entretanto, o limiar entre o comportamento normal e patológico neste contexto é sutil, e, em relação às condutas auto lesivas, torna-se importante considerar a possibilidade de fixação do jovem a um padrão de consequências negativas que podem afetar o seu desenvolvimento.

Historicamente, as primeiras discussões sobre a automutilação e tentativas de descrição científica do fenômeno datam de 1938 sob autoria de Menninger (Favazza, 1996; Guerreiro & Sampaio, 2013). Por meio de seu livro intitulado *Man against himself*⁶ compreendeu a

⁶ Tradução livre: Homem contra si mesmo.

automutilação como um suicídio parcial, tratando-se de um meio de evitar o suicídio e aliviar a tensão. Em 1960, com o surgimento da *Wrist-cutting syndrome*⁷, o assunto recebeu ainda mais destaque, tanto que Graff e Malin (1967) citado por Favazza (1996) propuseram uma caracterização dos sujeitos frequentemente envolvidos nessa conduta:

Uma mulher jovem, atraente, inteligente, solteira, que poderia ser promíscua ou mostrar ter medo de sexo, propensa a dependências e incapaz de se relacionar com os outros. Ela corta seus punhos indiscriminadamente e repetitivamente de forma provocativa, mas ela não comete suicídio. Ela diz sentir alívio com esse comportamento” (Tradução de Giusti, 2013, p. 3).

Em acordo com essa compreensão, Rosenthal e sua equipe (apud Favazza, 1996), em 1972, avaliaram tal síndrome em *habitual cutters*⁸, mulheres que se machucavam com frequência maior do que cinco vezes. Entretanto, ao longo do estudo, os autores se depararam com uma série de autoagressões para além dos pulsos, como fratura nos ossos e arranhões na pele. Os achados revelaram nas participantes a presença de intenso sentimento de vazio e inutilidade com consequente alívio após o corte, levando os autores a considerarem o comportamento autolesivo como um modo desesperado para não sucumbir à despersonalização.

No entanto, com o tempo, tal denominação foi revista e muitas outras concepções foram propostas. Pattison e Kahan (1983) com base na análise realizada em 56 artigos sobre o tema formularam o conceito de *Deliberate self-harm syndrome*⁹ que propunha um modelo cujas características versavam, principalmente, sobre a presença de ferimentos de baixa letalidade, inexistência de intencionalidade suicida, mudança de humor após o ato e persistência do comportamento por muitos anos, excluindo as tentativas de suicídio e excessos em geral. Os autores são considerados precursores na aproximação do campo de modo mais distinto, porém, diversas denominações foram apresentadas nesse interim: *syndrome of delicate self-cutting*¹⁰ (Pao, 1969), *self-wounding*¹¹ (Tantam & Whittaker, 1992), *moderate self-mutilation*¹² (Favazza & Rosenthal, 1993), *self-mutilation*¹³ (Ross & Heath, 2002), entre outras, algumas abrangendo até mesmo a intenção de morte (Favazza, 1996). Tal dificuldade perpetua o ciclo de indefinição nominal sendo a presença ou ausência de intencionalidade suicida fonte de extensos debates.

Atualmente, existem algumas descrições mais comentadas. Guerreiro e Sampaio (2013) apontam duas definições propostas pela comunidade anglo-saxônica: a) *Deliberate Self-*

⁷ Tradução livre: Síndrome do corte no punho.

⁸ Tradução livre: Cortadores habituais.

⁹ Tradução livre: Síndrome de autolesão deliberada.

¹⁰ Tradução livre: Síndrome de autocorte delicado.

¹¹ Tradução livre: Autoferimento.

¹² Tradução livre: Autolesão moderada.

¹³ Tradução livre: Automutilação.

*Harm*¹⁴: Dada a dificuldade de distinção, a questão da intencionalidade não é discutida. Todos os métodos são considerados autolesivos, inclusive, as sobre dosagens; e b) *Non Suicidal Self-Injury*¹⁵: Comportamento realizado sem intenção de morte declarada, sendo incluídos apenas os comportamentos de lesão superficial da pele e atitudes semelhantes como arranhões e queimaduras. Os autores (idem) também apresentam a definição indicada pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio de Portugal que sumariza em: a) Comportamentos autolesivos: Sem intenção de morte, envolve atitudes de autoflagelo e de excesso passíveis de causar danos significativos ao próprio indivíduo; e b) Atos suicidas: Subdividido em suicídio e tentativas de suicídio.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde versão 10 (CID-10) considera o comportamento autolesivo como sintoma e não como doença independente, integrando-o a categoria “F63 – Transtornos da Personalidade e do Comportamento adulto”, nomeadamente, “F63.8 – Outros Transtornos dos Hábitos e Impulsos”, segundo o qual “a pessoa repetidamente não consegue resistir a impulsos que a levam a adotar este comportamento. Há um período prodrômico de tensão seguido de uma sensação de alívio quando da realização do ato” (p. 357) (CID-10, 1997).

Na tentativa de unificar o diálogo sobre o tema, em termos descritivos, a versão definitiva do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)¹⁶ introduziu uma nova entidade nosológica denominada de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI)¹⁷, sob a Seção III. “Condições para estudo adicional”, demarcando as especificidades desse comportamento (APA, 2013). O NSSI substituiu o termo “parassuicídio” introduzido por Kreitman et al. nos anos 60 (APA, 2013), e implica, de modo resumido, em lesões teciduais deliberadas sem intenção de morte (declarada pelo sujeito ou subentendida por meio da repetição de comportamentos de autoflagelo que o sujeito tem conhecimento que não o levarão à morte), de nível leve a moderado, socialmente não aceitas, ocorridas em pelo menos cinco dias do último ano e realizadas com a expectativa de solução, alívio ou indução de estado de humor diferente do atual, com prejuízos no funcionamento da vida cotidiana (Aguiar, 2011; APA, 2013).

O comportamento autolesivo tem sido cada vez mais identificado na cultura atual, sendo frequente e ocorrendo cada vez mais cedo. Assim, cabe ressaltar os estudos realizados nesse campo, bem como as hipóteses aventadas para a ocorrência do fenômeno.

¹⁴ Tradução livre: Autodano ou autolesão deliberada

¹⁵ Tradução livre: Autolesão não suicida.

¹⁶ Tradução livre: Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtorno Mental.

¹⁷ Tradução livre: Autolesão não suicida.

1.2.1 O comportamento autolesivo na adolescência

Guerreiro e Sampaio (2013) compreendem a conduta auto lesiva na adolescência como uma manifestação das "adolescências patológicas" (p. 214), entendidas a partir da "falta de esperança e incapacidade para conseguir um sentido para lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença e manter um sentimento sustentado de bem-estar" (p. 214). Os autores interpretam os comportamentos autolesivos como associados à presença de um sentimento de intenso desconforto e, considerando os estudos publicados por Sampaio (1991) e Saraiva (2006), vinculados aos fracassos no campo individual, familiar e social, sendo este comportamento uma mostra deturpada da tentativa de mudar uma situação insustentável.

Dada às dificuldades de denominação universal e definição de intencionalidade, as taxas de prevalência, consequentemente, não apresentam resultados unânimes, demonstrando razoável variação. Para exemplificar, cabe destacar o estudo recente realizado por Plener et. al. (2018) em que cerca de 25 a 35% dos escolares adolescentes alemães relataram pelo menos um episódio de NSSI sendo essa taxa aumentada para 50% em amostras psiquiátricas. Já nos Estados Unidos esses valores variam entre 10% para a população não clínica e 35% para população clínica (Grandclerc et. al., 2016).

No Brasil, poucos são os estudos realizados com essa intenção, porém é possível destacar o de Simioni (2017) cujos dados versam sobre uma amostra comunitária com a probabilidade de envolvimento do comportamento autolesivo em 1% para o público investigado, sendo esse número acrescido para 1,8% ao se considerar a estimativa ao longo do tempo. Já Hawton, Saunders e O'connor (2012), apontam que os índices são de 10% de chance de um adolescente lançar mão do comportamento ao menos uma vez ao longo da vida em amostras comunitárias, sendo esse número elevado exponencialmente na população clínica, chegando a 82% de probabilidade. Nesse contexto, Cipriano, Cella e Cotrufo (2017) por meio de uma revisão sistemática com meta-análise em acordo com as diretrizes PRISMA¹⁸ analisaram os estudos encontrados entre 1998 e 2016 e constatarem a prevalência entre 7,5 a 46,5% para o comportamento ao longo da vida. No que diz respeito à pré-adolescência, os números estimados foram entre 7,5% e 8%, aumentando entre 12% e 23% para adolescentes (Washburn, 2012).

No que diz respeito às diferenças entre os dados, Hawton, Saunders e O'Connor (2012) hipotetizam que tal diversidade se relaciona à geografia, qualidade da amostra (comunitária ou

¹⁸ Sistema que garante alto nível de fidedignidade às revisões sistemáticas e meta-análises (Cipriano, Cella e Cotrufo, 2017).

clínica) e metodologia de pesquisa. Nock (2010), em sua revisão de literatura, juntamente com os resultados observados por Jorge, Queirós e Saraiva (2015), contribuem para o debate indicando a maior incidência de tal comportamento na população adolescente e de adultos jovens em contexto particular e individualizado, além dos casos menos severos não serem notificados nos serviços médicos, como fatores que fomentam a dificuldade de consensualização estatística.

No entanto, parece inegável que a prevalência do comportamento autolesivo esteja aumentando (Washburn, 2012), haja vista a grande quantidade de pesquisas recentes que o categorizam, em nível mundial, como um problema de saúde pública e, portanto, foco de atenção de políticas sociais e da prática profissional (Stewart et al., 2017; Plener, Munz, Allroggen, Kapusta, Fegert & Groschwitz, 2015a; Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012; Rodav, Levy, e Hamdan, 2014; Somer, Bildik, Kabukçu, Basay, Güngör, Basay & Farmer, 2015; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano & Prinstein, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, Plener, 2012).

Dados epidemiológicos apontam que muitos são os fatores de risco para o envolvimento do jovem em comportamentos autolesivos. Brunner et al. (2014) realizaram um excelente trabalho ao avaliar transversalmente as características psicossociais e demográficas associadas aos comportamentos autolesivos de adolescentes em 11 países europeus, com idade média de 14 anos. A amostra foi composta por 12.068 sujeitos recrutados em escolas previamente selecionadas e uma série de instrumentos foram aplicados. Entre os resultados encontrados salienta-se a associação observada entre a presença de psicopatologia e comportamentos de risco, bem como à maior propensão do sexo feminino para o ato e sua correlação com situações relacionadas à negligência familiar, rejeição e/ou vitimização pelos pares na população investigada. Os principais sintomas apresentados por estes jovens foram ansiedade e depressão, bem como desesperança.

Giannetta e sua equipe (2012) realizaram um estudo de caso-controle com a intenção de compreender os fatores de risco correlacionados às ideações suicidas e aos comportamentos autolesivos numa amostra comunitária de 387 adolescentes com idade entre 10 e 13 anos. Os resultados revelaram que 5,9% da população avaliada apresentava o envolvimento com autolesão e ideação suicida, demonstrando incremento dos traços de impulsividade, tendência ao comportamento de risco e problemático. A análise também constatou que os responsáveis e/ou pais demonstraram dificuldades de compreensão dessa conduta, fomentando o distanciamento intrafamiliar.

Guerreiro e Sampaio (2013), com base na revisão realizada e em consonância com diversos autores, observam a relação deste comportamento com sentimentos de baixa autoestima e abuso de drogas, menores níveis de escolaridade e a presença de maior psicopatologia geral expressa, geralmente, através de comportamentos impulsivos e agressivos, e transtornos psiquiátricos, em particular, os de personalidade. Os autores destacam o estudo realizado pela equipe de Reis, Matos, Ramiro e Figueira (2012) que também identificaram uma ligação com transtornos alimentares e dificuldade de regulação emocional desses jovens.

Arcoverde e Soares (2012) com a intenção de discriminar os fatores neuropsicológicos associados aos comportamentos autolesivos realizaram uma revisão integrativa da literatura que verificou déficits nas capacidades de resolução de problemas e tomada de decisões e de regulação emocional, bem como maior propensão à impulsividade e ao estresse psicológico na amostra avaliada. As autoras ressaltam que problemas pertinentes ao funcionamento do mecanismo de regulação emocional podem estar conexos à autolesão, uma vez que embora o sujeito se sinta provisoriamente aliviado logo após o ato, os sentimentos negativos voltam a aparecer em novo momento e o ciclo se repete.

A partir dessa referência (Arcoverde & Soares, 2012), a memória autobiográfica, o hipotálamo e a amígdala seriam acionados de maneira irregular, suscitados por recordações estressantes, ansiedade ou depressão, propiciando o condicionamento do comportamento autolesivo como modelo reativo. Ao final do estudo, a autora propõe aprofundar a investigação sobre o tema, no entanto, sem desconsiderar os aspectos psicossociais presentes na vida dos indivíduos que cometem autolesão. Sobre este assunto, os estudos realizados por Richardson e Zaleski (1986) já consideravam a possível influência dos fatores neurobiológicos na repetição do comportamento autolesivo, destacando a dependência do sujeito do hormônio β -endorfina e sua relação com o “esquecimento” temporário da situação geradora de angústia, como aspectos que, portanto, podem tornar tal comportamento viciante.

Em linha semelhante de raciocínio, estudos recentes também sugerem possíveis alterações na percepção de dor dos sujeitos que se autolesionam como hipótese para a dependência dessa conduta. Bunderla e Kumperščak (2015) realizaram uma revisão sistemática e seus resultados indicaram o predomínio de um limite maior de resistência e/ou tolerância à dor nos sujeitos que se autolesionam quando comparados aos controles, sendo observada também uma correlação entre tal limite e elementos emocionais como labilidade emocional, autocritica excessiva, neuroticismo e experiências de vida dolorosas. Koenig, Thayer e Kaess (2016) corroboram esses achados e concluem perguntando se estas diferenças no limiar de dor

surgem em decorrência do comportamento autolesivo repetitivo ou se os sujeitos apresentam disfunções nessa área, podendo ser mais um aspecto estimulante para o comportamento.

Skegg (2005) e Klonsky (2007) discorrem sobre a associação do comportamento com qualidades demográficas, disfunções no meio social e familiar, grande variedade de transtornos psiquiátricos, traços de personalidade, condições neurológicas e genéticas, situações de vida adversas e influência do grupo e da mídia, bem como a presença de diagnóstico clínico. Giusti (2013), em sua tese de doutorado, sintetiza em uma tabela os principais elementos de risco, acrescentando, de modo mais claro, as dificuldades ocorridas na infância, como negligência e abuso psicológico, físico e/ou sexual (Favazza, 2006; Nock & Prinstein, 2004; Hawton, Rodhan, Evans & Weatherall, 2002; Ross & Heat, 2002).

Os artigos identificados por Guerreiro e Sampaio (2013) também constataram a influência das vivências infantis no comportamento autolesivo. Especial destaque foi dado às relações familiares conflituosas e abusivas e a inadequação do sujeito na utilização de estratégias de enfrentamento em situações percebidas como de difícil resolução, além de maior inclinação para o envolvimento em circunstâncias negativas (emocionais, sociais e psicológicas) ao longo da vida e maior sensibilidade aos eventos estressantes. Os autores (idem) sublinham assim a intrínseca relação entre comportamento autolesivo e o suicídio na adolescência e a elevada incidência do primeiro em relação ao segundo, assim como de sua subvalorização enquanto fator de risco para tentativas de suicídio futuras.

Encontra-se nos estudos de Guan, Fox e Prinstein (2012), Klonsky, May e Glenn (2013) e You e Lin (2015) que o comportamento autolesivo perpetrado pela primeira vez atua como importante fator de risco para a sua repetição e adoção recorrente dessa conduta ao longo do tempo, aumentando também as chances de ideação, tentativa e suicídio. Tal correlação é explicitada por Joiner (2005) que considera o suicídio uma ação extrema e, por isso, a sua realização é muitas vezes desconsiderada pelo indivíduo num primeiro momento. No entanto, o envolvimento repetido nessa conduta, progressivamente, pode habituar o sujeito ao medo e à dor, ocasionando a perda da noção de seus limites e/ou encorajando-o às ideações e tentativas suicidas propriamente ditas. Dois estudos recentes reforçam essa noção, considerando-o como preditor mais perigoso para tentativas de suicídio quando comparados a adolescentes com depressão e histórico suicida, uma vez que as variáveis inter-intrapessoais podem mudar ao longo do tempo (Wilkinson et al., 2010; Asarnow et al., 2011).

No que diz respeito ao gênero, poucos são os estudos publicados até o momento com a intenção de constatar a prevalência entre sexos na adolescência, todavia, como mencionado muitos corroboram que o público feminino é sobressalente ao masculino. Sobre isso, Victor e

sua equipe (2018) favorecem a discussão ao salientar que tal dado está, normalmente, atrelado a amostras clínicas e isso pode ser devido a diferenças no comportamento social de busca de cuidados de saúde em todos os sexos, em particular, o estigma do masculino para com o tratamento em saúde mental. Ademais, os meninos podem ser menos propensos a admitir experiências como angústia e sentimentos negativos. Rizzo et al. (2014) relembram que os homens tendem desde muito cedo a se engajar em comportamentos observados como heteroagressivos, por exemplo, esmurrar e/ou chutar algo rígido, porém, alertam que estas podem ser formas mascaradas, e socialmente aceitas, de autolesão.

Em relação ao método, de acordo com Whitlock (2010) os mais frequentemente empregados são os cortes nos braços e pernas, os arranhões, as queimaduras e o ato de bater-se. De incidência menor, também são consideradas as lesões provocadas por autoagressão (incluindo mordidas e auto sufocação), o impedimento de cicatrização ou inserção de objetos nos ferimentos, deglutição de materiais cortantes ou inapropriados para este fim, assim como o ato de arrancar pelos, pele e/ou cabelos e envenenamento sem intenção letal. Victor et. al. (2018) indicam que ao sexo feminino, comumente, lança mão dos cortes e o masculino das autoagressões.

Sobre a frequência, uma revisão sistemática da literatura publicada por Plener, Schumacher, Munz e Groschwitz (2015b) que objetivou avaliar longitudinalmente o comportamento autolesivo sem intenção suicida, observou que o comportamento autolesivo, quando esporádico, tende a reincidir em momentos diferentes da adolescência. Além disso, os resultados, tomados em conjunto, ressaltam a perspectiva da diminuição desse comportamento na idade adulta, entretanto, na grande maioria dos estudos analisados, não pela via da elaboração do conflito, mas por meio da substituição desse comportamento por outro de risco, como a drogadição e/ou tentativa de suicídio. Wilkinson, Tianyou, Sharon e Jones (2018), em estudo recentemente publicado que teve como objetivo avaliar se o comportamento autolesivo esporádico ou recorrente na adolescência se configurava como indicador do aumento do risco de transtornos psiquiátricos nos três anos subsequentes. Para tanto, uma amostra de 945 indivíduos, sem história anterior de diagnóstico psiquiátrico, de 14 a 17 foram avaliados por meio de entrevista clínica e questionário específico. Os resultados obtidos demonstram que o comportamento autolesivo recorrente nos primeiros anos da adolescência comporta relações com diagnóstico psiquiátrico subjacente, estando a conduta esporádica associada à presença de transtornos ansiosos.

Complementarmente, a compreensão do comportamento autolesivo envolve razões possíveis de serem apreendidas em nível qualitativo, sendo necessário abordar os estudos

elaborados com essa intenção. Jorge, Queirós e Saraiva (2015) com a intenção de descodificar o comportamento autolesivo a partir do entendimento dos papéis e sentidos atribuídos por uma amostra clínica de 25 adolescentes (23 meninas e 2 meninos) de 12 a 17 anos de idade, examinou, com base na sistematização teórica realizada por Suyemoto (1998), a correspondência de tal comportamento com mais de um modelo, predominando o modelo de regulação emocional com suas funções de alívio da tensão emocional e tentativa de fuga da circunstância estressora e o modelo ambiental com suas funções interpessoais como a sinalização de um mal-estar, manifestação de sentimentos de raiva e de ataque aos limites do outro, e, em menor número, de validação social.

O artigo publicado pela Universidade de Gasglow, Reino Unido, intitulado *Why Do Adolescents Self-Harm*¹⁹ (Rasmussen et al, 2016), buscou compreender as principais motivações para o comportamento autolesivo em 987 adolescentes com idade entre 14 e 16 anos por meio de questionários auto aplicados em dois momentos, com intervalo de 6 meses entre a primeira e a segunda aplicação. Os resultados apontaram que a razão mais repetidamente verbalizada por garotos e garotas foi de alívio de um estado emocional angustiante, sendo este considerado como preditor significativo para a repetição do comportamento.

As concepções da Psicanálise também contribuem para tal entendimento. Drieu, Proia-Lelouey e Zanello (2011), com base em um caso clínico, compreendem o fenômeno na adolescência como uma dificuldade de apropriação subjetiva, apontando para a associação com o rompante pubertário e a consequente fragilização dos laços intersubjetivos. No entanto, os autores salientam a dimensão ambígua da conduta auto lesiva, sugerindo também que pode ser um meio de definir as fronteiras entre o eu e o Outro e, portanto, de fortalecimento dos laços intersubjetivos, sendo o corpo objeto de clivagem.

Cardoso (2015) realizou um estudo com 10 adolescentes que se autolesionavam com o auxílio do método *Rorschach*. A autora (idem) observou falhas de manutenção, contenção e para-excitação de ordem primitiva nos jovens investigados. Com base no conceito de Eu-pele proposto por Anzieu (1989), refere dificuldades de integração em todos os participantes, inferindo a autolesão como um modo de sobrevivência psíquica. Em linha semelhante de raciocínio, Rolim, Ferreira e Carneiro (2016) refletindo sobre um estudo de caso cuja jovem apresentava quadro bulímico, autolesão e tentativas de suicídio, reconhecem o comportamento como paradoxal: embora preocupante, no caso analisado, mostrou-se como facilitador do processo de diferenciação do Outro, promovendo a organização do mundo interno.

¹⁹ Tradução livre: Por que os adolescentes se autolesionam?.

Jatobá (2010), por meio do estudo de caso clínico, compreende a autolesão como uma resposta a interdição sexual, sendo tal dimensão erótica corroborada por Drieu et al. (2011). Adicionalmente, Jatobá (idem) relaciona o ato a noção de *acting-out*, sendo uma mensagem destinada ao Outro, mas também, em razão da ausência da atividade simbólica, associadas a passagem ao ato: a ação inconsciente. Lorena (2016) apoia tais achados, acrescentando a contribuição de Le Breton para o campo, que discorre sobre o conceito de ato de passagem e sua relação com o comportamento autolesivo, significando tal atitude como a sinalização da continuação de si mesmo. Partindo de tal compreensão, Vilhena e Prado (2015) e Venosa (2015) destacam a importância da compreensão psicanalítica do fenômeno no âmbito clínico, já que esta pode fornecer uma dimensão mais aprofundada dos sentidos, significados, gravidade e risco do ato para o adolescente.

Oliveira (2016) com base na Psicanálise, Antropologia e Psiquiatria investiga a literatura dedicada ao comportamento autolesivo na adolescência. Seus achados corroboram a compreensão da autolesão como um meio para o enfrentamento de sentimentos negativos, porém acrescentando a influência da dimensão social. Para a autora (idem) as marcas corporais revelam uma desagregação no laço social, enquanto resposta ao distanciamento do outro e ausência de significados coletivos estruturantes do mundo interno do sujeito. Sobre isso, Vilhena e Prado (2015) apontam a dor do jovem frente à falta de referências sólidas, bem como a crescente exigência precoce de desempenho e competências, como aspectos que contribuem para sentimento de frustração e raiva. Bernardes (2015) contribui ao reconhecer a necessidade de visibilidade observada nesses adolescentes, sendo a autolesão um meio de perda de contato com o ambiente considerado hostil e sem possibilidade de comunicação. Somado a isso, Fortes e Kother (2017) compreendem a importância da internet como meio de legitimação da angústia vivenciada dada a presença, ainda que virtual, de alguém disponível ao compartilhamento, denunciando assim as rachaduras na experiência de alteridade.

Frente aos muitos aspectos estudados do comportamento autolesivo, no que diz respeito ao campo da intervenção, os estudos internacionais são pioneiros, mostrando-se engajados desde muito tempo no reconhecimento dos pontos de atenção a serem observados para a prevenção ou tratamento. Em revisão recente publicada por Brown e Plener (2017), os autores apontam que existem muitas evidências científicas sobre dados epidemiológicos e estudos sobre os sentidos da conduta autolesiva, no entanto, constata-se a lacuna existente no campo sobre o tratamento psicoterápico e farmacológico de tal conduta na adolescência, ressaltando a necessidade de estudos que contribuam para informar programas de intervenção.

Lloyd-Richardson et. al. (2007), com base em seu estudo realizado com 633 escolares de regiões diversas dos Estados Unidos, apoiam que as intervenções devem se concentrar na redução de fatores de risco e de construção de habilidades alternativas para o enfrentamento, comunicação e gerenciamento do estresse em que o adolescente se encontra. Além disso, reconhecem o fortalecimento do apoio familiar e social como elemento protetivo. Giannetta et. al. (2012) sugerem como alternativa o maior envolvimento dos profissionais de saúde mental e de professores na identificação precoce de tal conduta com a intenção de interromper seu progresso, minimizando a necessidade de intervenções mais complexas.

Brunner e sua equipe (2014) e Zetterqvist, Lundh e Svedin (2014) suportam a necessidade de compreensão do contexto específico de desenvolvimento da autolesão e os fatores que a reforçam, defendendo a abordagem multidimensional do problema a fim de melhor entender o desenrolar de tal comportamento, facilitando o desenvolvimento de medidas preventivas e intervenções adaptadas culturalmente. Wilkinson et al. (2018) defendem que os tratamentos dedicados ao comportamento autolesivo devem levar em consideração a frequência da conduta, se esporádica ou recorrente, já que estes se configuram como importantes fatores de risco.

Plener et al. (2016), com base em revisão da literatura especializada e decisão por consenso formulada em reuniões com diversos profissionais da área da Psicologia, Medicina e Enfermagem, propõem algumas diretrizes clínicas. Para os autores, os procedimentos iniciais devem envolver o atendimento hospitalar em casos moderados e graves, que apresentem risco potencial para a vida do sujeito com ou sem presença de intenção suicida, incluindo a inserção de equipe multidisciplinar e, se necessário, a realização de cirurgias; o atendimento ambulatorial deve ser destinado aos casos em que o sujeito demonstra preservação de sua integridade física, psicológica e social, sendo possível a realização de tratamento psicoterapêutico e, se necessário, farmacológico.

Sobre isso, Plener et. al. (2016) apontam a carência de estudos com foco em intervenções específicas e cientificamente validadas sobre o tema, porém, evidenciam a eficácia dos tratamentos psicoterápicos nesse contexto. Os principais métodos com resultados positivos nos estudos analisados versam sobre a abordagem experimental, como terapia de comportamento dialético, terapia cognitivo-comportamental, terapia cognitiva analítica, tratamento com mentalização para adolescentes, entre outras nessa linha. Entretanto, os autores (idem) reconhecem que embora as evidências empíricas apontem para a clara eficácia da psicoterapia no tratamento da conduta autolesiva, não há, no campo, a constatação de abordagens terapêuticas superiores entre si. Assim, elencam características que devem ser

comuns a todas as psicoterapias com adolescentes que se autolesionam no intento de aumentar suas chances de efetividade: a) Enquadre claro quanto à necessidade de o jovem ser verdadeiro sobre a conduta autolesiva e/ou ideação suicida durante o processo; b) Aceitação e comprometimento do jovem com o tratamento; c) Psicoeducação; d) Identificação de fatores que fomentam e mantém a conduta; e) Ajudar o jovem a desenvolver habilidades e estratégias para os momentos de crise; e, f) Encaminhar o paciente para tratamento de transtornos psiquiátricos comórbidos.

Como é possível observar, os estudos analisados revelam que as motivações para a autolesão são variadas e podem estar a serviço de funções diversas. Dessa forma, à vista das considerações realizadas e do foco na conduta autolesiva na população adolescente, nesse estudo, será adotada a concepção de NSSI que, mais especificamente, versa sobre aquele comportamento cujas lesões corporais são deliberadamente infligidas pelo sujeito sobre si, sem intenção letal declarada e socialmente não aceito (Suyemoto, 1998; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Muehlenkamp, 2005; Nock, 2010; Stanley, Gameroff, Michaelson & Mann, 2001; Klonsky & Olin, 2008; Simeon et. al., 1992; Moreira, 2008, APA, 2013). Na maior parte das vezes, realizados sem a participação de outrem, podendo gerar ferimentos e/ou danos físicos, bem como psíquicos, de grau e intensidade variados (Almeida, 2010; Nock, 2010; Guerreiro & Sampaio, 2013). Ocorrendo de maneira crônica ou esporádica e por meio de padrões rítmicos e/ou repetitivos, passíveis de acarretar riscos graves àqueles que neles se engajam (Guerreiro & Sampaio, 2013; Houston, Hawton & Shepperd, 2001; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002).

No campo do atendimento clínico, a complexidade psíquica da pré-adolescência acarreta peculiaridades quanto ao diagnóstico das formas de padecimento que nela se manifestam, de forma que as experiências de vida do sujeito devem ser consideradas em um amplo processo de avaliação de suas condições psíquicas. Sendo assim, o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo será considerado como meio para auxiliar em tal entendimento e, por isso, será detalhado no tópico a seguir.

1.3 Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo

No campo da Psicologia Clínica, o Psicodiagnóstico é um processo sistematizado que pressupõe o exame da problemática apresentada pelo sujeito, assim como de suas faculdades psíquicas em termos de seu dinamismo, potencialidades e fraquezas, com o intuito de abalizar a intervenção mais adequada. Seu enquadre abarca a utilização de técnicas e instrumentos

projetivos e padronizados, muitos dos quais restritivos à profissão psicológica, garantindo realce a essa área do conhecimento, qualificando-a cientificamente (Ocampo, Arzeno e Picollo, 2003). Nesse contexto, o propósito clínico e psicodinâmico de tal tarefa é posto em evidência, uma vez que transpassa a concepção de mera confirmação ou refutação de hipóteses psicopatológicas, salientando a compreensão mais aprofundada do indivíduo articulada à luz de pressupostos teóricos específicos (Cunha, 2003; Grassano, 1996).

O Psicodiagnóstico Compreensivo foi introduzido por Trinca (1984) e se refere a clarificar o entendimento da conduta humana, intentando, conforme citado por Tardivo (2007), “realizar uma síntese dinâmica e estrutural da vida psíquica, considerando aspectos intrapsíquicos, interfamiliares e forças socioculturais” (p. 130). Sobre isso, o autor (1984) aponta que o processo se dá por meio de uma interação empática com o sujeito com vistas à construção do ambiente necessário para o conhecimento profundo de seu funcionamento mental, especialmente, a problemática emocional subjacente.

No intuito de diferenciá-lo de outras formas de avaliação clínica, Trinca (1984) fundamentou-o sob oito aspectos, dos quais se espera do examinador:

- a) Interesse no esclarecimento dos significados, determinantes intrínsecos e extrínsecos, e origem basilar dos conflitos suscitados e/ou implícitos à queixa;
- b) Familiaridade com a abordagem psicanalítica seja adotando-a como referencial teórico ou como escolha de análise pessoal, com vistas ao reconhecimento das manifestações inconscientes, e dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais;
- c) Esforço árduo e intenso na busca de informações relevantes a respeito da queixa, contemplando fatores múltiplos da personalidade do sujeito, de sua família e do contexto social;
- d) Compreensão do conceito de personalidade como algo total, não sendo possível uma análise parcial;
- e) Capacidade para discernir os aspectos essenciais do caso, no entanto, sem desconsiderar os demais elementos, organizando-os de modo coeso a fim de enaltecer os aspectos nodais;
- f) Confiança no pensamento clínico formulado sobre o caso, ou seja, integrando os resultados obtidos através de entrevistas, observações e instrumentos com dados contratransferencias e elementos da linguagem não verbal;
- g) Flexibilidade para estruturar o processo psicodiagnóstico de acordo com a demanda do paciente; e,

- h) Emprego de instrumentos objetivos e, especialmente, projetivos para complementar a tarefa diagnóstica. Ademais, o autor (idem) reconhece que o Psicodiagnóstico Compreensivo pode ser estudado a partir de múltiplos enfoques, complementares entre si.

O conceito de Psicodiagnóstico Interventivo foi inaugurado no Brasil por Ancona-Lopez (1995) e descende, segundo Barbieri (2010), do Psicodiagnóstico Compreensivo. Pressupõe, enquanto característica principal, a indissociação entre investigação e intervenção psicológica, de modo que a conduta do avaliador deve auxiliar o avaliado a se implicar no processo, possibilitando ao primeiro a sustentação de uma escuta voltada às possibilidades de intervenção e ao último uma experiência ativa na investigação.

O Psicodiagnóstico Interventivo instaura nova forma de trabalho, rompendo com o modelo positivista de avaliação, firmando-se como método. Nesse contexto, a singularidade do encontro pessoal é exaltada, assim como os assinalamentos, observações e interpretações realizados desde o primeiro encontro, pois estes possuem como intenção espelhar ao examinando dados de sua personalidade com a intenção de provocar rupturas e reconstruções em sua dinâmica (Ancona-Lopez, 1995). Tardivo (2008) complementa os achados ao salientar a relevância da dimensão compreensiva em interlocução com a interventiva, cuja complementariedade estimula a potencialidade mutativa na medida possível para cada sujeito.

Segundo Barbieri (2010), no Psicodiagnóstico Interventivo, a estruturação do entendimento sobre o examinando ocorre de modo paulatino, sendo as intervenções abalizadas ao longo de todo processo com a intenção de verificar seus efeitos a fim de dar destino de prosseguimento ou reformulação às hipóteses compartilhadas. Adicionalmente, Paulo (2006) e Tardivo (2007), amparadas pelos pressupostos da Psicologia Clínica, ratificam a importância do exercício do raciocínio clínico no momento da percepção do conflito. Nesse ínterim, o silêncio também é fonte de estima, sendo considerado um meio de estar junto àquele que sofre.

De acordo com essa vertente, a entrevista devolutiva final também é importante, sendo capaz de influenciar a dinâmica psíquica do sujeito (Ocampo et al., 2003; Grassano, 1996). Contudo, com base no resultado de seu estudo com crianças com diagnóstico de transtorno de conduta, Barbieri (2002) ressalta que o método não tem como objetivo principal a supressão sintomatológica, mas sim a avaliação aprofundada do sujeito em relação com os diferentes contextos, preparando-o para a psicoterapia posterior.

Em acordo com tais concepções, o Psicodiagnóstico não possui um escopo pré-determinado no que diz respeito ao número de sessões, instrumentos e testes a serem utilizados,

ficando a cargo da dinâmica estabelecida entre a dupla examinador-examinando. Da mesma forma, não apresenta instruções sobre as intervenções a serem realizadas, pois considera que estas são concebidas na fluidez do encontro, já que diagnóstico e intervenção ocorrem concomitantemente, tendo em conta a capacidade criativa, a sensibilidade e a experiência clínica do examinador (Tardivo, 2008; Salles & Tardivo, 2017).

Adiante, cabe destacar a similaridade do Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo e o método criado e intitulado por Winnicott de “consultas terapêuticas”, para o qual

Não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso. O princípio básico é o fornecimento de um setting humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar o sucesso. O piquenique é do paciente, e até mesmo o tempo que faz é o paciente (Winnicott, 1965/1994, p. 274, grifo do autor).

Winnicott (1960/1984) propôs o modelo de consulta terapêutica, contribuindo largamente para a compreensão da validade das primeiras entrevistas. Para o psicanalista britânico (1945/1993) tal momento é permeado subjetivamente por fantasias, expectativas e pela transferência de confiança, aspectos essenciais para o estabelecimento de um campo propício a mudanças. Nesse sentido, aponta que a primeira entrevista conserva singular potencialidade terapêutica, possibilitando, inclusive, a realização de um pequeno tratamento psicanalítico, já que a ausência de conhecimento sobre o outro recém-chegado pode estimular a aproximação a elementos expressivos, revertendo-se em vantagem, como meio de acesso a camadas significativas da personalidade.

Ainda sob tal perspectiva, a conduta do paciente retrata a organização defensiva por ele edificada e, conseqüentemente, o nível da falha ambiental primitiva experimentada. Portanto, nesse contexto, a postura adotada pelo examinador é de extrema relevância, a começar pela identificação do estágio do amadurecimento do examinando, o contexto social e, conseqüentemente, o manejo da transferência em consenso com suas principais necessidades, respeitando o ritmo e tendo em vista a preservação do *self* e a promoção de um espaço potencial, continente seguro para a apreensão do gesto espontâneo e de desenvolvimento pessoal (Winnicott, 1965/1994). Tal espaço estabelece-se a partir do brincar e da experiência de ilusão propiciada pela sensação de onipotência vivenciada pelo bebê.

Em seu pensamento, Winnicott (1968/1975), defende que o espaço potencial se configura por meio do processo vincular entre a mãe e o bebê, estabelecendo-se de maneira única e singular, sendo fundamentado sobre um campo de atividade criativa em meio ao qual

há a interposição da subjetividade e a realidade externa com vistas à associação das potencialidades da mãe e condições psíquicas e demais conteúdos subjetivos do bebê, sendo justamente esse jogo entre a ausência e a presença que o caracteriza. O trânsito entre o que é subjetivamente concebido para o objetivamente percebido ocorre a partir das pequenas faltas do ambiente, por meio das quais o bebê passará da experiência onipotente para a vivência da desilusão, que, na saúde, é realizada gradualmente em virtude das condições do bebê, possibilitando o curso do processo de diferenciação entre Eu e o Não-Eu, ou dito de outro modo, do mundo interno e o externo.

De acordo com Fulgêncio (2011), o espaço potencial diz respeito ao desenvolvimento da capacidade simbólica, estando a conquista da posição depressiva, que comporta a convivência com objetos totais, associada à sua maturação que se inicia nesse espaço. Tal espaço é análogo à situação analítica e relaciona-se à Teoria do vínculo proposta por Pichón-Rivière (1983) a qual reconhece a importância da interação para o paciente, salientando a necessidade de que o terapeuta esteja atento à demanda por este trazida a fim de favorecer a continuidade da comunicação e finalidade clínica criativa.

Ainda com base nos aportes winnicottianos, o espaço potencial depende da experiência que leva à confiança. Sua origem tem relação com as primeiras relações, no estágio de dependência absoluta, mais especificamente, com a principal figura de referência, por meio da qual a confiança do bebê na confiabilidade materna proporcionará intensos benefícios reverberando nas demais relações, assim suscitando a possibilidade de separação entre o Não-Eu e o Eu. Para Balint (1932-39/1985), as falhas dos objetos primários e a instabilidade vivenciada pelo bebê devido ao psiquismo primitivo e as falhas da mãe levam à “desconfiança básica”, conceito utilizado para descrever a resposta suscitada pela alteração brusca do ambiente à capacidade de confiança instalada, sendo representada muitas vezes por uma suspeita paranóica.

Consoante a este raciocínio, Aiello-Vaiberg e Machado (2000), amparadas pelas concepções de Balint (1932-39/1985), apontam que o Psicodiagnóstico estrutural psicanalítico, em Psicopatologia Psicanalítica, envolve a “discriminação da estrutura/organização de base da personalidade” (p. 42). Para as autoras (idem), a personalidade é alicerçada ao longo do desenvolvimento individual e, numa avaliação psicológica de cariz psicanalítico, é reconhecida por meio de alguns “critérios metapsicológicos: (...) a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as técnicas defensivas mais intensas e frequentemente utilizadas e o grau do desenvolvimento egóico e pulsional” (p. 42), somado ao descarte de hipóteses de cunho ambiental e de estrutura neurótica e da investigação da intensidade e do

período de vida em que o conflito ocorreu. Assim, por meio do estabelecimento de um campo transferencial entre o examinador e o examinando esses critérios são assimiláveis nos diversos contextos clínicos (diagnóstico, terapêutico ou preventivo), contribuindo diretamente para o planejamento de futuras indicações para o tratamento.

Dessa forma, no intento de atingir seu alvo, a avaliação psicodiagnóstica compreensiva e interventiva contempla a utilização de instrumentos objetivos e/ou projetivos alinhados com o que se deseja alcançar e o referencial teórico adotado pelo examinador (Trinca, 1984). Cunha (2003) denomina de “bateria de testes” o conjunto de instrumentos selecionados para o trabalho, defendendo seu préstimo por compreender que apenas uma ferramenta não é capaz de abarcar o indivíduo em sua totalidade. Adicionalmente, argumenta que o uso de instrumentos variados possibilita o entrecruzamento dos resultados individuais, garantindo maior significância clínica dos achados globais, minimizando a margem de erro e, conseqüentemente, melhor fundamentando as hipóteses diagnósticas.

No que diz respeito às técnicas projetivas, Anzieu (1986) aponta sua operação por meio do processo regressivo, estimulando o sujeito a lançar mão de mecanismos projetivos para efetivação da tarefa suscitada pela liberdade de respostas. A projeção, conforme Hammer (1980/1991) está relacionada ao depósito no mundo externo de elementos internos, porém, numa visão ampliada, acrescida de outra qualidade: o desconhecimento, parcial ou total, por parte do examinando de seus sentimentos sobre o conteúdo projetado.

Ressalta-se assim o valor do emprego das técnicas projetivas, uma vez que permitem a revelação total ou parcial do *Self* e de informações de sua (re)organização, assim como podem ser utilizados como mediadores de contato, facilitando o acesso ao mais particular do sujeito (Arenales-Loli, Abrão & Tardivo, 2016; Salles, 2014; Tardivo, 2013; Tardivo & Gil, 2008). Salles e Tardivo (2017), no intento de revisar o processo psicodiagnóstico em consonância com os pressupostos winnicottianos, discutem as tarefas projetivas a partir da noção de "campo potencial para a expressão do verdadeiro Self" (p. 290), considerando-as como meio para compreensão de aspectos latentes da personalidade. Adicionalmente, Grassano (1996) afirma que a interpretação da atividade projetiva possibilita a delimitação dos graus de patologia (área adaptativa, neurótica, psicótica e psicopática), do quadro psicopatológico (fixação dominante e quadro nosográfico) e explicação do caso individual (hipóteses inconscientes sobre a doença e fantasias de cura). Ademais, abrangem diferentes faixas etárias e se destinam aos mais variados enfoques.

A literatura especializada contempla uma série de trabalhos embasados na perspectiva do Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo sob o auxílio de instrumentos projetivos, no

entanto, frente ao recorte adotado nessa pesquisa, serão destacados apenas alguns dos estudos realizados sob a perspectiva da adolescência. Japur e Jacquemin (1986) no intuito de avaliar a afetividade na pré-adolescência por meio de um processo psicodiagnóstico em conjunto com o método de Rorschach constataram a efetividade da proposta, sendo possível verificar elementos importantes nesses jovens, como: instabilidade emocional e imaturidade, bem como dificuldades com a própria identidade.

Tardivo (2007) versa sobre o Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo de abordagem psicanalítica a partir da compreensão de que estudantes de Psicologia, amparados por supervisão e adequada fundamentação teórica, podem se beneficiar de tal prática, desenvolvendo bons trabalhos. A autora apresenta fragmentos do caso de um menino de 12 anos atendido por uma aluna da graduação em contexto de estágio, refletindo sobre a necessidade de atenção à demanda do sujeito e o estabelecimento de um ambiente de confiança e acolhimento, enquanto fatores que, sumariamente, favoreceram o desfecho de amadurecimento observado ao final do processo diagnóstico em questão.

Lazzari e Schmidt (2008) investigando a percepção dos pais após o processo diagnóstico de 13 sessões, constataram a presença de mudanças positivas nas crianças e jovens submetidos ao processo Psicodiagnóstico Interventivo. Reppold e Hutz (2008), numa versão quantitativa, constataram a frequência do uso de testes, tipos de queixas dos responsáveis e dos adolescentes, e as principais fontes e formas de encaminhamentos perpetradas no psicodiagnóstico de 211 adolescentes de 12 a 17 anos atendidos em clínicas-escola do sul do país. Os principais achados apontaram para o uso de instrumentos gráficos e projetivos em mais de 55% da amostra investigada, assim como diferenças entre a percepção do responsável e do adolescente no que diz respeito ao encaminhamento.

Marchi, Maróstica, Izaías e Rosa (2009) fazem uso do Psicodiagnóstico interventivo por meio de entrevistas devolutivas com histórias. O objetivo principal se debruçou-se na transmissão ao paciente das compreensões obtidas ao longo do processo de forma lúdica, cujos dados do processo psicodiagnóstico possibilitaram intervenções com o paciente em conjunto com a família. Jardim-Maran (2011), em sua tese de doutorado, objetivou a normatização de padrões do teste de *Rorschach* para a população de 15 a 17 anos, considerando eventuais peculiaridades entre os sujeitos, reforçando, ao final, a suscetibilidade do instrumento para acesso aos dados da personalidade e sua validade para o contexto brasileiro. Oliveira, Moraes e Milani (2011) realizaram uma revisão bibliográfica, destacando a escassez de estudos destinados ao tema do psicodiagnóstico na adolescência no contexto nacional, a variabilidade de queixas e, principalmente, a dificuldade dos terapeutas no manejo clínico com adolescentes,

bem como a defasagem teórica apresentada por estes profissionais. Além disso, os achados finais contribuíram para a melhor compreensão sobre os testes, técnicas e estratégias utilizadas pelos profissionais no processo de avaliação.

Em sua dissertação de mestrado, Passarini (2014) avaliou por meio do processo psicodiagnóstico compreensivo e interventivo adolescentes grávidas em situação de acolhimento institucional. Os achados apontaram para prejuízos no desenvolvimento e no desempenho da função materna, além de sentimentos de solidão e humor deprimido nas jovens analisadas. Além disso, tais dados possibilitaram o reconhecimento da potencialidade de tal psicodiagnóstico no alcance dos objetivos propostos pelo estudo. Em linha semelhante de raciocínio, Ferreira (2015) realizou, com o auxílio de testes projetivos, um estudo compreensivo que objetivou avaliar os aspectos psicológicos de adolescentes grávidas atendidas em um hospital público. Os resultados demonstraram a presença de conflitos e dificuldades, bem como as consequências na personalidade dessas jovens.

Em outro estudo, Oliveira, Moraes, Greinert e Milani (2015), realizaram uma análise bibliográfica sobre o processo psicodiagnóstico com adolescentes, ratificando as vantagens do método para o público adolescente dada suas características de minimização do sofrimento emocional e, por conseguinte, melhor qualidade de vida. Arenales-Loli, Abrão e Tardivo (2016) discutem o uso do *Jogo Túnel do Tempo*, especificamente construído para auxiliar no processo psicodiagnóstico com adolescentes, e a consequente indução da capacidade imaginativa suscitada por este no caso clínico apresentado. Ao final, os autores salientam a similaridade de tal proposta com o brincar infantil, ressaltando seus benefícios.

Assim, o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo tem sido pesquisado no meio científico, sendo suas vantagens destacadas e os benefícios ressaltados. Além disso, partindo do princípio de que a adolescência possui especificidades próprias – o significado e o valor do brincar e do brincar não são mais os mesmos e o diálogo exclusivo podem mobilizar angústia, fortalecendo os mecanismos defensivos – o uso do recurso projetivo é alternativa capaz de propiciar legítimas condições de expressão a esse público no momento de avaliação. A partir de tais premissas, nessa pesquisa, o trabalho será embasado em consonância com as perspectivas apresentadas.

2 JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

A proposta desse estudo surge da pesquisa sobre a literatura especializada acerca dos comportamentos autolesivos perpetrados na adolescência e do interesse pela atuação clínica nesse contexto em vista do sofrimento que tal comportamento sinaliza e provoca em todos os envolvidos. Para além disso, as evidências científicas apontam o contínuo crescimento na população adolescente, com especial realce para o envolvimento de adolescentes jovens, bem como sua persistência na vida adulta denunciando a necessidade de investigação e melhor compreensão desse fenômeno em decorrência de sua gravidade e forte ligação com o risco de suicídio futuro.

Importa notar que a autolesão é um comportamento descrito e pesquisado há muitos anos na população em geral, no entanto, na adolescência os estudos dedicados à sua compreensão têm sido realizados, mais frequentemente, a partir da última década (Plener et. al., 2018). Todavia, frente à quantidade de pesquisas internacionais e nacionais atuais encontradas, aventa-se que o aumento de sua incidência somada à complexidade de sua compreensão permanece fomentando indagações. No Brasil, estudos têm sido realizados com a intenção de mensurar sua prevalência e de melhor compreender os sentidos, significados e intenções subjacentes, assim como de identificar suas inter-relações com o contexto social, familiar e fatores biológicos, possibilitando diversos desenvolvimentos teóricos. No entanto, considerando a perspectiva investigativa atribuída à Psicologia Clínica - cuja indissociabilidade entre prática e pesquisa se faz *mister* (Safrá, 2001; Tardivo, 2007) - este trabalho busca contribuir para compreensão da personalidade do adolescente que se autolesiona com vistas à aproximação do sentido dessa manifestação.

A partir de tal questionamento, interessa ainda conhecer e avaliar os adolescentes a fim de abalizar as ocorrências que dizem respeito a um desenvolvimento emocional patológico daquelas formas de expressão sintomáticas que constituem o amadurecimento global. Destarte, depreende-se que a intervenção psicoterapêutica com a intenção de conhecer, avaliar e intervir de modo conjunto pode ser expressa através do Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo.

Em relação ao Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, considerando que o processo se mostrou efetivo em outros contextos de pesquisa, se infere que essa forma de avaliação e intervenção pode ser utilizada para complementar o conhecimento e intervir junto ao sofrimento desse público. Além disso, o emprego da reavaliação por follow-up denota ser mais um recurso para apreensão dos processos psíquicos da participante em profundidade, assim como pode contribuir para reforçar as hipóteses elaboradas ao longo da pesquisa.

Nesse contexto, a instituição escolar se apresenta como lugar privilegiado de concentração e acesso a estes jovens. O contato com diretores e orientadores pedagógicos corrobora a presença ascendente desse comportamento, denotando preocupação com a frequência observada, atualmente também nos adolescentes mais jovens. Ademais, se reconhece a associação existente entre o desempenho acadêmico e ajustamento social. Por fim e dada à necessidade de contribuir nesse campo, se observa que a realização de uma pesquisa destinada à análise da personalidade de um adolescente que se autolesiona em uma escola do Estado de São Paulo contribua para a ciência psicológica, em especial a esfera diagnóstica, por meio da reflexão e aprofundamento sobre tal comportamento e seus aspectos singulares/coletivos no intuito de que as indagações formalizadas pela via da pesquisa possibilitem sua transposição ao fazer clínico, refletido em minimização do sofrimento humano, assim suportando um de seus pilares fundamentais.

Desse modo, a partir das justificativas apontadas, a pesquisa teve como objetivo realizar, um estudo exploratório de caso único, por meio do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo com reavaliação por *follow-up*, com vistas à análise psicodinâmica psicanalítica da personalidade de uma jovem adolescente que se autolesionou, e não possuía diagnóstico psiquiátrico ou estava em tratamento psicológico. O estudo visou assim compreender a natureza dos conflitos, reações ao ambiente externo e principais mecanismos de defesa envolvidos, além de coletar informações sobre a dinâmica familiar estabelecida entre a adolescente e a responsável e auferir a sintomatologia depressiva e ansiosa

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Participante

Fez parte desse estudo uma participante, a qual atendeu aos critérios de inclusão estabelecidos previamente e apresentados a seguir:

- a) Adolescente do sexo feminino ou masculino;
- b) Na faixa etária de 10 até 12 anos e 11 meses de idade²⁰;
- c) Matriculada numa escola pública do estado de São Paulo;
- d) Apresentando quadro recente de autolesão (frequente ou esporádico);
- e) Sem diagnóstico clínico de transtorno psiquiátrico ou estando em tratamento psicológico; e,
- f) Com autorização dos pais ou responsável devidamente registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no anexo A, e da adolescente participante no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), inserido em anexo B.

3.2 Tipo de método

Para o alcance dos objetivos propostos, o método clínico-qualitativo foi adotado. Tal ferramenta é referenciada por Turato (2000) como “o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo” (p. 96) que, fomentado pelos questionamentos do pesquisador sobre a origem destes últimos, visa à compreensão das acepções existentes.

Essa metodologia apresenta especial interesse sobre os significados - conscientes e/ou inconscientes - atribuídos às experiências. Entre suas características principais, está a valorização, no momento da entrevista, das ansiedades e angústias do entrevistado com vistas à adoção de uma atitude clínica e acolhedora, assim como a perspectiva do *bricoleur* que objetiva a construção de uma colcha a partir de retalhos, com a flexibilidade necessária para se

²⁰ Se reconhece os limites cronológicos propostos pelo ECA para o conceito da adolescência, mas, nesse estudo, levou-se em consideração a proposta da OMS que define a adolescência no intervalo cronológico dos 10 aos 19 anos (WHO, 2013).

remendar quando preciso, entretanto, sem perder a força e a complexidade do material reunido (Bassora & Campos, 2010). Adicionalmente, o método clínico-qualitativo abrange a apreensão, por parte do pesquisador, dos conhecimentos teóricos e práticos exigidos para o desenvolvimento do estudo, sendo marcado por qualidades de indução e dedução, repousando suas bases sobre o prisma da validade com vistas à produção de conhecimento empírico e aceito pela comunidade científica. A análise de dados se dá durante todo o processo de coleta, sendo imprescindível a inclusão das observações sobre o comportamento não verbal emergente. Além disso, engloba a observação naturalística e não controlada dos fenômenos, com vistas à aproximação e apreensão do mais particular do objeto de interesse (Minayo & Sanches, 1993).

Dentre as metodologias de pesquisa científica que apresentam abordagem qualitativa, o estudo de caso assume notoriedade enquanto espaço privilegiado de ocorrência e observação dos fenômenos investigados. Yin (2005) descreve que os estudos de caso em geral devem ser utilizados quando as indagações que orientam a pesquisa forem “como e por que”, estando os questionamentos atrelados à investigação de eventos atuais, uma vez que tal modalidade se propõe a explicar, descrever, ilustrar e explorar circunstâncias complexas que não podem ser explicadas por um raciocínio de causa e efeito. Trata-se de um exame empírico cujo método, embora abrangente, preza pelo nexos e o rigor do planejamento das diferentes etapas que o compõe. Ventura (2007), frente as muitas possibilidades que embasam a aplicação de estudo de caso, sugere sua realização em contextos que se deseja estudar em profundidade um tema em enquadre de tempo pré-determinado e para investigações com “grande variedade de fatores e relacionamentos que podem ser diretamente observados e não existem leis básicas para determinar quais são importantes” (p. 385).

Ademais, Ventura (2007) descreve que o estudo de caso naturalístico particulariza-se por contemplar atributos relativos à ampliação das fontes de informação, descrição aprofundada do contexto em que o objeto investigado se encontra inserido, bem como da interpretação dos dados e elaboração de questionamentos e hipóteses, além da possibilidade de tecer “generalizações naturalísticas”, descortinando concepções diversas sobre o fenômeno em estudo. A generalização naturalística diz respeito à viabilidade dos leitores do estudo associarem os resultados às suas experiências pessoais no intento de formularem as próprias compreensões (Stake, 1983).

Os estudos de caso podem ser compreendidos como: estudo de caso intrínseco, instrumental e coletivo. O primeiro dedica sua atenção sobre o estudo interno do caso, não havendo desejo de ampliar suas compreensões para outros campos; já ao segundo interessa expandir seus achados para um cenário maior e/ou refinar uma teoria, ilustrando a temática

principal; e o terceiro se dedica à compreensão de vários casos conjuntamente (Stake, 2007). Assim, o estudo de caso único ou instrumental é uma vertente do estudo de caso. Para Stake (2000), o estudo de caso único admite uma especificidade maior a nível de compreensão no que diz respeito às condições que levaram a determinado desfecho devido o aprofundamento que permite, tornando-se, por isso, mais confiável que as generalizações obtidas entre dois casos ou mais. Lee et al. e Siggelkow, ambos com estudos publicados no ano de 2007, corroboram tais concepções, atrelando o surgimento de *insights* sobre um saber ao contato com o mais específico deste, uma vez que Stake (2000) indica a realização de estudo de caso único quando se deseja verificar as concepções de uma teoria sobre determinada temática em termos de certo ou errado, quando o caso é raro ou intrigante, permitindo aproximação a concepções menos acessíveis, e quando o estudo tem caráter longitudinal, em que se analisa o caso único em momentos distintos do tempo.

Voss, Tsiriktsis e Frohlich (2002) apontam que os estudos de caso único são limitados no que diz respeito à generalização de suas conclusões, sendo difícil construir a partir de um único sujeito modelo ou teorias. Costa, Barros e Eizirik (2017) reconhecem tal lacuna e, como meio de enfrentamento, compreendem que os estudos de *follow-up* têm se mostrado uma importante estratégia metodológica no intento de tornar os resultados qualitativos, ainda que não generalizáveis, mais robustos. No que diz respeito ao conceito, muitas são as aceções em torno do termo, de modo que, nesse estudo, será adotada a que considera o atendimento realizado após algum tempo da finalização do tratamento, desde que o sujeito não tenha feito outro tratamento durante tal íterim (Leuzinger et al., 2003, Wallerstein, 2001). Quanto ao tempo e o escopo para sua efetivação, autoras como Rios e Gomes (2011) apontam que não há um prazo estabelecido e nem escopo, sendo estes definidos de acordo com o recorte metodológico de cada estudo.

Nesse contexto, os conhecimentos psicanalíticos se fazem presentes tanto para a atuação em campo, quanto para a discussão dos resultados (Turato, 2000). Em relação às pesquisas clínicas, Aiello-Vaisberg (2004) amparada pelas concepções de Politzer (1928) e Bleger (1958) aponta a psicanálise como método e encontro inter-humano, meio de acesso para compreensão emocional da conduta humana, ressaltando a noção de que toda conduta possui sentido singular sendo seu entendimento possível apenas a partir da consideração do contexto social, político e cultural em que ocorre. Consoante a esta linha de raciocínio e tendo em vista o caráter exploratório de tal estudo, Tardivo (2007, 2009) considera a clínica psicanalítica marcada pela indissociabilidade entre a prática e sua articulação com a teoria, de modo que ao investigador

cabe a adoção de uma postura acolhedora que possibilite a aproximação do fenômeno humano e também intervenha, promovendo mudanças.

À vista disso, sendo os dados coletados de natureza qualitativa, nessa pesquisa, foi empregada a metodologia clínico-qualitativa devido sua característica reconstrutiva com o intuito de compor novo conhecimento à medida que intervém e transforma, fundamentada no embasamento teórico psicanalítico para compreensão psicodinâmica do caso e aspectos técnicos-clínicos. A reavaliação por *follow-up* foi realizada 6 meses após a finalização do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. Tal período foi estabelecido com base na intenção de acompanhar as eventuais alterações ocorridas na personalidade da participante (Barbieri, Jacquemin e Alves, 2004), bem como da possibilidade de repetição dos instrumentos projetivos e objetivos. Ademais, cabe salientar que a reavaliação também foi descrita e analisada. Dessa forma, o estudo, a fim de favorecer a compreensão de seus achados, contemplou duas etapas: a primeira denominada de primeira aplicação ou primeira etapa, e a segunda denominada de fase de *follow-up* ou segunda etapa. Essas fases se encontram mais bem descritas no item 3.4 - Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo.

3.3 Procedimentos e Instrumentos

3.3.1 Contato com a instituição escolar

Inicialmente, uma escola pública localizada no estado de São Paulo foi selecionada para efetivação da pesquisa. Na sequência, foi realizada reunião com a diretoria da instituição para apresentação da pesquisadora e do referido projeto, sendo expostos seus objetivos e oferecido espaço para o esclarecimento de dúvidas.

Isto feito, a instituição analisou o a proposta e, numa segunda reunião, com o aceite para realização do presente estudo, foi solicitada a formalização de sua participação por meio do devido registro no Termo de anuência (anexo D) e TCLE (anexo E). Ainda nessa reunião, firmou-se a parceria de que a escola, por promover um acompanhamento participativo da dinâmica escolar de seus alunos, indicaria aquele (a) que apresentasse sinais do comportamento autolesivo. Assim sendo, frente à aluna identificada, a equipe designada pela diretoria escolar fez o contato com seu responsável com vistas à comunicação do fato, já que este não possuía ciência de tal conduta. Nessa reunião, ao final, a equipe recomendou o Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo realizado no contexto dessa pesquisa como

alternativa, repassando o contato da pesquisadora como meio de comunicação e acesso a esse processo.

3.3.2 Contato com a participante e responsável

Após a indicação da aluna que se enquadrava nos critérios de seleção previamente definidos e cujo responsável foi contatado por intermédio da escola, esperou-se, portanto, pelo contato deste com a pesquisadora. Quando o contato foi feito, procedeu-se ao agendamento da primeira entrevista. Nesta ocasião, foram explicados os objetivos da presente investigação e coletadas informações sobre a participante com vistas a definir sua permanência na pesquisa.

A participante indicada pela escola se enquadrou nos critérios de seleção e teve interesse em participar do estudo, sendo, portanto, dado seguimento ao processo por meio do oferecimento de explicações sobre o Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo e os instrumentos utilizados. A participante e a mãe não apresentaram dúvidas, mas tal espaço foi oferecido, ficando a disposição para o momento em que surgissem questões. Convém informar que, caso a adolescente entrevistada não se enquadrasse nos critérios de seleção previamente delimitados, mas apresentasse sinais de sofrimento psíquico, e tivesse interesse, os devidos encaminhamentos seriam realizados dado o compromisso ético dessa pesquisa, fato que será melhor abordado no item 3.6 *Análise dos aspectos éticos* desse capítulo.

Somado a isso, com o intuito de firmar a livre participação na pesquisa, a participante e a responsável, assinaram o TCLE e o TALE, respectivamente. Nessa data, também foram estipulados os dias e horários para início e realização dos procedimentos. Subsequentemente, ao final da primeira etapa do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, nomeada de primeira aplicação, foi realizada entrevista devolutiva com o participante e a sua responsável, assim como se deu na fase de *follow-up*.

Todo o processo Psicodiagnóstico foi realizado nas dependências do Centro Escola do Instituto de psicologia da USP (CEIP), em salas destinadas para atendimento psicológico de uso do Projeto APOIAR, que se encontra abrigado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, sob supervisão da orientadora desse projeto, Leila Tardivo, contando com toda a infraestrutura necessária para recebimento da participante, bem como para prestação de assistência, se necessário. Ademais, o processo Psicodiagnóstico contemplou o uso de instrumentos ao longo das duas fases desse estudo, que serão detalhados a seguir.

3.3.3 Entrevista

De acordo com Bleger (1987), a entrevista psicológica é uma técnica de investigação e, portanto, de relevante importância para o método clínico, dada suas características práticas, de utilização no contexto da vida diária, e, simultaneamente, de enriquecimento do campo científico, possibilitando ao psicólogo o exercício de uma dupla função: clínico e pesquisador. Assim, uma vez que teoria e prática são conceitos integrados e sendo as entrevistas ferramentas elementares para trabalhos cujo delineamento é clínico-qualitativo (Turato, 2000), nessa pesquisa, tal instrumento foi selecionado para o contato com os participantes e seu responsável.

Para Bleger (1987) a entrevista de enquadre diagnóstico envolve o estabelecimento de uma relação entre duas pessoas ou mais pessoas, de natureza particular, na qual o profissional deve procurar apreender os acontecimentos no aqui-e-agora e agir a partir do conhecimento obtido sobre aqueles que demandam intervenção técnica. Mais especificamente, a entrevista diagnóstica possibilita ao entrevistado a expressão de seu mundo interno, de forma a não se sentir julgado, mas compreendido pelo entrevistador, fomentando um ambiente cujo aspecto principal se debruça sobre a relação humana na qual há interferência mútua entre quem pergunta e quem responde (Bleger, 1987; Ludke & André, 1986). Além disso, a entrevista pode assumir caráter terapêutico, bem como promover mudanças positivas em curto prazo (Cunha, 2003).

A entrevista pode ser classificada em aberta ou fechada, sendo a flexibilidade o ponto central que as distingue. Na primeira, há muito mais liberdade para indagar ou intervir, sendo a necessidade de cada caso priorizada. Nesse tipo, parte-se da premissa de que o campo configurado deve estar impregnado da “estrutura psicológica particular” (p. 2) do entrevistado, ou seja, deve proporcionar ao participante as condições para que possa revelar aspectos profundos de sua personalidade. Já no que se refere à entrevista fechada, frequentemente associada à modalidade de questionário, as perguntas são pré-definidas, sendo o roteiro rigidamente controlado (Bleger, 1979/1998).

Segundo Fontanella, Campos e Turato (2006) a entrevista aberta, ou não dirigida, é a mais indicada para as pesquisas de recorte clínico-qualitativo. Estas são classificadas em:

- a) **Abertas:** o procedimento contempla a introdução de um assunto por parte do entrevistador que, a partir das colocações do entrevistado, funcionará como mote para as perguntas posteriores. tal entrevista visa o aprofundamento do tema em pauta e, portanto, pode levar o entrevistador a descobertas não imaginadas anteriormente; e,

- b) **Semidirigidas:** Engloba algumas “questões-tópicos” (p. 6) responsáveis por nortear a entrevista, contudo, sem limitá-la. Dito de outro modo, algumas perguntas são elaboradas a partir do objetivo previamente estipulado pela pesquisa, com o intuito de nortear seu curso, mas sem definições prévias quanto ao restante da entrevista e dos achados potenciais.

Portanto, a entrevista não dirigida é um instrumento de finalidade científica que tem como intenção promover a descoberta de novas compreensões sobre um determinado fenômeno com vistas ao aprimoramento do conhecimento já alcançado. Nesse sentido, a relação entre entrevistador e entrevistado se dá de forma assimétrica, salientando-se o seu caráter exploratório. Importa notar que nessa modalidade o entrevistador lança mão de todo o seu conhecimento para explorar ao máximo seu objeto de estudo (Fontanella et al., 2006). Assim, em acordo com tais concepções, na primeira aplicação, foram realizadas entrevistas respeitando-se a seguinte organização:

- a) Entrevista semidirigida individual para o contato com a responsável frente o intento de investigar a história de vida do participante, assim como identificar comportamentos e posturas pregressas e atuais, e estilo do relacionamento familiar e social; e,
- b) Entrevista aberta e individual no contato com a participante a fim de favorecer sua livre expressão e visando a compreensão do significado da experiência da adolescente em profundidade.

E, na fase de *follow-up*:

- a) Entrevista semidirigida individual com a adolescente com vistas a compreender a maneira como está se sentindo, assim como os sentidos e significados do comportamento autolesivo após o término do processo Psicodiagnóstico, meios de suporte interno desenvolvidos para lidar com a experiência vivenciada e relação com o ambiente intra e extrafamiliar; e,
- b) Entrevista semidirigida com a responsável a fim de compreender suas percepções sobre a participante e coletar demais informações pertinentes ao caso.

A primeira aplicação contemplou a realização da primeira entrevista com a responsável, e, na semana seguinte, com a participante, e, na fase de *follow-up*, objetivou-se o inverso,

iniciou-se pela participante e finalizou-se com a responsável. Cada entrevista foi realizada entre uma e uma hora e meia. Ademais, as expressões não verbais e a conduta geral também foram observadas com o propósito de deslindar possíveis manifestações inconscientes que também informam sobre o sujeito e suas relações internas e externas (Fontanella et al., 2006).

Nesse íterim, cabe destacar a importância da entrevista devolutiva. Dada suas propriedades discursivas passíveis de mobilização interna, tal tipo de entrevista contempla um espaço em que o entrevistado pode falar no intuito de reconhecer aspectos da sua personalidade, potencialidades e dificuldades que contribuem para a manutenção da problemática atual. Ao se considerar o público adolescente, a entrevista devolutiva apresenta algumas especificidades como a necessidade de transmissão ao responsável que, segundo Cunha (2003), não possui uma regra, mas é importante ser feita com o adolescente e o responsável em separado e, posteriormente, em conjunto.

Portanto, nesse estudo, ao final do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, tanto na primeira aplicação quanto na fase de *follow-up*, foram realizadas entrevistas devolutivas com a participante e seu responsável seguindo as recomendações assinaladas, sendo tantas quanto necessárias. As entrevistas devolutivas de ambas etapas foram realizadas inicialmente com a participante, sendo respeitada a sua posição ante à participação na sessão devolutiva realizada com a responsável.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com anuência dos entrevistados. A escrita do relato das entrevistas foi realizada pela pesquisadora, logo após a realização destas, sendo a gravação utilizada de modo a complementar a memória do encontro. Tal recurso foi adotado devido à vantagem de registro, assegurando maior fidedignidade dos dados encontrados.

3.3.4 Teste de Apercepção Infantil - Figuras Humanas / *Children Apperception Test* – *Figures Humans* (CAT-H)

O Teste de Apercepção Infantil - Figuras Humanas, CAT-H, é uma versão antropomórfica do CAT - Figuras de Animais, CAT-A, criado inicialmente por Leopold e Bellak, no ano de 1949, para crianças. O CAT, em si, deriva do Teste de Apercepção Temática (TAT) proposto em 1943 por Henry Murray cuja adequação das figuras se aproximava à população adolescente e adulta, apontando, ao longo do tempo, para a necessidade de reformulação alinhada as especificidades do público infantil (Miguel, Tardivo, Moraes & Tosi, 2016; Schelini & Benczik, 2010). O CAT-H é um meio de expressão projetivo que objetiva avaliar os conflitos relacionados às principais fases do desenvolvimento psicosssexual, eliciando

aspectos relevantes da personalidade do examinando. Somado a isso, por considerar as particularidades de cada indivíduo, intenta avaliar a personalidade do sujeito com vistas à compreensão de seu “mundo vivencial, sua estrutura afetiva, dinâmica de suas reações diante dos problemas que enfrenta e a maneira como os enfrenta” (Miguel et al., 2016, p. 10).

Alicerçado no conceito de “hipótese projetiva”, cunhado por Lawrence K. Frank (1939), tal técnica pressupõe que ao se oferecer uma situação ampla, pouco estruturada, a um sujeito inserido em condição de avaliação, o mesmo pode se expor e, com a finalidade de atender à solicitação realizada, dar a resposta que melhor lhe couber, revelando dados constitutivos de sua personalidade, tanto no que se refere aos aspectos adaptativos quanto nos defensivos (Miguel et al., 2016; Pinto, 2014). Importa salientar que tal concepção se diferencia daquela proposta por Freud sobre o mecanismo de defesa projeção, tratando-se, portanto, do modo de funcionamento natural do sujeito quanto à apreensão da interação das percepções do meio externo em sua relação com o meio interno. A esse respeito, Leopold Bellak (citado por Miguel et al., 2016; Pinto, 2014), a fim de distinguir os termos e de salientar o caráter singular de tal funcionamento, denominou como “apercepção” a impressão subjetiva dos fenômenos (Werlang, 2000). Desse modo, o CAT-H também contempla a qualidade aperceptiva, possibilitando o fornecimento das principais representações do sujeito sobre os estímulos apresentados e, conseqüentemente, dados de sua personalidade.

Cabe considerar que a primeira versão do CAT foi elaborada com personagens do reino animal, tencionando favorecer a identificação dos infantes com tais elementos devido suas características de tamanho e fragilidade, sendo esse recurso também valorizado pela ambiguidade inerente a tais figuras. No entanto, a versão do CAT-H privilegiou a inclusão de protagonistas humanos em detrimento dos animais, uma vez que evidências apontaram a presença de melhor desempenho de crianças mais velhas e de QI mais alto com esse tipo de imagem (Miguel et al., 2016). Assim sendo, Bellak e Hurvich (2005) recomendam que o CAT-A deve ser utilizado com crianças mais novas e o CAT-H com as mais velhas, suprimindo a lacuna existente entre o CAT-A e o TAT.

O teste é composto por 10 cartões padronizados e se destina à faixa etária compreendida por crianças com idade de sete anos completos aos pré-adolescentes com 12 anos e 11 meses. Os cartões são numerados em ordem crescente e abarcam temas variados, perpassando pelos estágios psicosssexuais do desenvolvimento, bem como as necessidades e os conflitos emergentes. O CAT-H também é considerado um instrumento temático, já que opera a partir de gatilhos externos. Ademais, este teste se apresenta como ambiente protegido para a expressão do que é mais singular do examinando, sendo um meio para comunicação permeada

de sentidos e significados, portanto, podendo ser usufruído tanto no campo cuja finalidade seja diagnóstica, quanto no de interlocução, viabilizando o surgimento do espaço potencial e a capacidade criativa do sujeito de fazer uso de recursos do imaginário a fim de se revelar por meio de histórias e imagens. Nesse contexto, tal ferramenta é também mediadora da relação terapêutica, favorecendo o processo vincular da dupla psicoterapeuta-paciente, oportunizando maior contato do paciente com seus conteúdos na medida em que o mesmo consegue concebê-los, em linguagem apropriada, sem infringir os aspectos éticos da profissão (Tardivo, 2016).

Isto posto, convém salientar que embora o CAT-H apresente uma série de benefícios e importante alcance, poucos são os estudos clínicos encontrados, especialmente, no campo Psicodiagnóstico em nosso meio. Tal carência parece estar atrelada ao longo período em que foi impedido para uso clínico pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI coordenado pelo CFP e sua recente aprovação, no ano de 2015, para uso no cenário clínico brasileiro, quanto no acadêmico, em formato de pesquisa.

Nesse contexto, destaca-se a revisão proposta por Schelini e Benczick (2010) que no intento de compreender a dificuldade de validação do teste realizou um levantamento dos estudos elaborados com as três versões do CAT: figuras de animais (CAT-A), figuras humanas (CAT-H) e suplementar (CAT-S). Os achados do artigo salientam três estudos realizados com o CAT-H, o primeiro de desenvolvido por Jacquemin e Martins (1976) que comparou os resultados obtidos por meio do CAT-A e do CAT-H numa amostra homogênea de alunos de ambos os sexos por meio do qual foi possível observar a similaridade entre os testes, especialmente, no que diz respeito ao tema, motivações e identificações. De acordo com esses autores (idem), o CAT-H seria recomendado para crianças de sete a oito anos de idade devido a sua qualidade projetiva operar de modo ainda melhor com esse público em comparação com o CAT-A. Entretanto, os resultados obtidos por Kitron e Benziman (citados por Miguel, et al., 2016; Pinto, 2014) destoam do mencionado, destacando o CAT-A como importante veículo para projeção de crianças. O segundo estudo foi realizado por Cibilas em 1979 com uma amostra de 60 crianças com idade média de 11 anos, divididas entre grupo controle e experimental, este último composto por crianças com sintomas de enurese cujo objetivo foi avaliar a correlação entre enurese e agressividade. Já o terceiro foi elaborado por Colsen (2001) que investigou as reações conscientes e inconscientes de cinco pais enlutados com o auxílio do CAT-H, TAT e instrumentos objetivos, por meio dos quais se constatou os principais sentimentos, mecanismos adaptativos e desadaptativos em funcionamento nos indivíduos avaliados, sendo observada a eficácia do CAT-H na identificação de tais elementos.

No campo de avaliação psicológica, salienta-se o estudo realizado por Tardivo e Moraes (2016) que objetivou avaliar quantitativamente as histórias contadas por um grupo experimental de 30 adolescentes infratores em comparação com 70 adolescentes do grupo controle, sem qualquer indício de tal histórico e questões psicológicas e/ou psiquiátricas. O desfecho do estudo apontou para a relevância do instrumento na identificação das relações estabelecidas pela via narcísica e objetual em ambos os grupos, indicando a necessidade de ambiente seguro que possa auxiliar estes jovens.

Cunha, Brito e Silva (2003) com objetivo de averiguar a relação entre dificuldades de aprendizagem na escrita, nível intelectual e maturacional, aplicaram o CAT-H e uma escala específica para a temática em 60 crianças da segunda série do ensino fundamental matriculadas em duas escolas de Minas Gerais. Entre os resultados observados, destaca-se que o CAT-H permitiu observar precariedade das histórias elaboradas pela maior parte dos alunos. Outros estudos, devido o recorte adotado, apenas mencionam a presença do CAT-H. Um exemplo é o desenvolvido por Noronha, Primi e Alchieri (2005) que ranquearam os testes mais utilizados em alguns estados brasileiros por psicólogos e estudantes, e averiguaram que o CAT-H ocupava, na época, a 12ª posição entre os testes mais conhecidos e utilizados.

Assim sendo, sabe-se que no país há muitos pesquisadores de renome produzindo conhecimento sobre a relevância dos instrumentos projetivos tanto como mediadores de contato quanto meios de intervenção psicológica, no entanto, em relação ao CAT-H, observa-se a necessidade de estudos clínicos, atualizados, em contexto brasileiro. Desse modo, o CAT-H foi escolhido para compor a presente pesquisa, sendo seu modo de aplicação e análise descrito a seguir.

3.3.4a Administração, análise e interpretação do CAT-H

De acordo com o manual, o procedimento para uso do CAT-H deve contemplar o estabelecimento de um bom *rappor*t com o examinando, com vistas ao desenvolvimento de um meio de acolhimento e de receptividade, em que o sujeito se sinta confiante em relação ao examinador. Para tanto, recomenda-se que no processo diagnóstico o CAT-H seja utilizado após a realização de algumas sessões de observação e/ou com atividades menos estruturadas.

Ainda em consonância com tais sugestões, o início da tarefa se dá por meio do enquadre inicial que enfatiza a liberdade quanto ao tipo de história a ser criada para cada prancha, sendo exigido do examinando apenas que tal invenção seja organizada dentro de uma estrutura de “começo, meio e fim” (p. 45). Além disso, são dadas informações quanto ao número de figuras

que serão apresentadas e reforçada a ideia de que o sujeito utilize a imaginação. As instruções devem ser retomadas sempre que necessário, bem como adaptadas para a idade e recursos psicológicos de cada sujeito. Adicionalmente, ao psicólogo que observar a presença de dificuldades no desenvolvimento das histórias, cabe estimular o examinando, entretanto, tomando o cuidado de não ser invasivo e enviesar sua resposta. Os cartões devem ser apresentados na sequência numérica ascendente e as respostas anotadas, levando-se em consideração a importância da linguagem corporal e as manifestações verbais ao longo do teste.

O CAT-H repousa suas bases sobre a teoria psicanalítica, havendo diversas formas de interpretação (Miguel et al., 2016). Tal interpretação vai muito além da estrita ao manual de instruções, exigindo do examinador um olhar atento e perspicaz, aliado ao conhecimento teórico fundamentado sobre o desenvolvimento e a personalidade (Souza, 2011). No que diz respeito a análise, pressupõe-se, inicialmente, a leitura detalhada de cada produção com vistas à compreensão e apreensão do conteúdo emergente e do significado atribuído à narrativa. Em um segundo momento, o entendimento de cada produção deve ser considerado dentro do contexto geral do protocolo, levando-se em conta o modo como aparece e a sequência de seu surgimento (Miguel et al., 2016). Silva (1989 citado por Miguel et al., 2016) conceitua que a interpretação das técnicas projetivas impele ao exercício do “raciocínio helicoidal” (p.13), fato que contempla o aprofundamento sobre a singularidade do sujeito para além da sobreposição de percepções, sendo imprescindível analisar as respostas individuais, mas, sobretudo, integrá-las em um todo coerente, capaz de refletir a composição harmônica dos elementos observados.

Concordante com tais preceitos, o manual oferece um esquema para análise das produções, baseado em Bellak e proposto por Miguel et al. (2016). Assim, para alcance dos objetivos desse estudo, fez-se uso do esquema proposto, inclusive com a utilização de um quadro que engloba variáveis para o manuseio quantitativo das informações obtidas participante durante a tarefa. Foram nove as dimensões analisadas:

- a) **Autoimagem:** modo como o participante localiza o herói na trama. o personagem é possuído por qualidades, defeitos e demais características projetadas a partir de uma perspectiva real ou ideal.
- b) **Relações objetais:** percepção das relações emocionais estabelecidas entre o herói e o meio externo.
- c) **Concepção do ambiente:** maneira como o herói compreende a realidade em que se encontra inserido e o modo como reage a ela.

- d) **Necessidades e conflitos:** anseios e carências do herói, sendo os conflitos delatados por meio das exigências internas a nível egóico e sua interdição. a identificação das necessidades e conflitos permite o reconhecimento das ansiedades e defesas mobilizadas pelo sujeito para o enfrentamento de tais circunstâncias.
- e) **Natureza das ansiedades:** motivação latente para o comportamento do herói, revelada por meio daquilo que subjaz a conduta.
- f) **Principais defesas contra medo e conflitos:** mecanismos psíquicos, adaptativos ou desadaptativos, utilizados pelo herói no decorrer da narrativa.
- g) **Adequação do superego:** compatibilidade do nível de exigência interna do herói e a realidade externa.
- h) **Integração do ego:** modo como o herói concilia as pressões internas e externas, preservando os aspectos saudáveis de sua personalidade. essa dimensão é considerada de extrema relevância no momento de interpretação do teste.
- i) **Total:** somatória de pontos positivos e negativos, que, em síntese, ilustram aspectos globais da personalidade do participante.

Inicialmente, a análise da narrativa foi sintetizada a partir da identificação da temática central em três níveis: descritivo, interpretativo e diagnóstico. Na sequência, cada história foi pontuada de acordo com os tópicos mencionados pela participante no quadro mencionado. Classificaram-se como positivo (P) os elementos da narrativa que transmitiam a impressão de adequado e saudável, e negativo (N) aqueles que demonstraram dificuldades de enfrentamento ou elaboração. Complementarmente, foram considerados os dados sobre as percepções da participante ao estímulo, as reações quanto à solicitação da tarefa e o desenvolvimento da história, bem como os excessos e/ou omissões atípicos. No presente estudo, o CAT-H foi aplicado à participante durante a quarta sessão psicodiagnóstica da primeira etapa desse trabalho com o intuito de favorecer e mediar o contato, assim como reconhecer seus recursos psicológicos. Na fase de *follow-up* foi aplicado logo após a primeira entrevista.

3.3.5 Questionário Desiderativo

O Questionário Desiderativo proposto pelo professor argentino Jaime Bernstein no ano de 1956 descende do Teste Desiderativo criado pelos psiquiatras espanhóis, Pigem e Córdoba, uma década antes, em 1946. A elaboração do Questionário Desiderativo por Nijamkim e Braude (2000), tal como utilizado hoje na América Latina, envolveu alterações significativas em

relação aos seus antecessores, especialmente no que tange à fundamentação teórica, aplicação e interpretação dos dados (Nijamkin & Braude, 2000).

Trata-se de uma técnica projetiva verbal cujo objetivo é a avaliação do estágio de estruturação egóica (Tardivo, Nicoletti, Simurro, Rizzini e Skarbinik 1999). Para tanto, por meio de algumas perguntas, o indivíduo é submetido à angústia de aniquilamento suscitada pela possibilidade simbólica de morrer, aludindo, dessa forma, aos traços de personalidade do examinando e, conseqüentemente, viabilizando a análise do desempenho e recursos do ego em termos de forças e fraquezas, assim como o nível de maturidade do superego, suas defesas, fantasias, conflitos básicos, qualidade dos afetos, tipo e qualidade das relações objetais, desenvolvimento cognitivo, preferências pessoais e percepções sobre si, estimulando o processo inconsciente (Nijamkin & Braude, 2000; Grassano, 1996).

O Questionário Desiderativo é composto por seis perguntas que abrangem três escolhas e três rejeições a partir de diferentes níveis de preservação da vida. Tais indagações concernem aos reinos animal, vegetal e inanimado, tanto pela via positiva (catexes positivas) quanto negativa (catexes negativas), de modo que cada resposta gera um questionamento que deve levar o indivíduo a responder o porquê de sua decisão (Cabrera, 1999; Bunchaft & Vasconcelos, 2001). Assim sendo, as perguntas são explicitadas adiante. Ademais, cabe ressaltar que a racionalização provinda de tal explicação veicula o significado do símbolo para aquele indivíduo em especial, revelando a maneira como este “significa e simboliza a realidade” (p. 12).

Para Nijamkin e Braude (2000), muitas são as possibilidades de fundamentação e análise teórica das respostas do indivíduo, entretanto, tendo como base o arcabouço psicanalítico freudiano e as contribuições klenianas, o Questionário Desiderativo parte da premissa de que toda escolha ou rejeição do sujeito é um símbolo a ser decodificado a partir das perspectivas “universal, cultural e pessoal” (p. 12), já que comunica de modo indireto e figurado o que jaz subjacente a ele, tratando-se, portanto, de uma representação substitutiva circunscrita de significados.

Nesse contexto, o símbolo está a serviço da representação ou recordação de algo, de modo que a sua seleção pode se dar pela similaridade das características do objeto com a situação primeira, capacitando-o para sua expressão, ou devido a repetição de experiências emocionais significativas que incentivam a construção de um elo de sentidos influenciado em parte pelo desenvolvimento pessoal, mas também cultural e histórico (Nijamkin & Braude, 2000). Desse modo, as respostas às perguntas do Questionário Desiderativo resultam em

símbolos verbais intimamente ligados às concepções próprias e do grupo a que o sujeito se encontra vinculado (Tardivo et al, 1999).

Em acordo com essa linha de raciocínio, o símbolo se reveste da singularidade do sujeito e, portanto, no momento de sua interpretação, cabe ao psicólogo o exame da representação (símbolo desiderativo) conjuntamente com a racionalização posterior (expressão desiderativa), pois esta abarca ainda mais sentidos. No entanto, Nijamkin e Braude (2000) alertam que nem toda resposta é simbólica em sua essência, uma vez que pode estar a serviço de um primeiro ensaio do desenvolvimento sublimatório, sendo, portanto, caracterizada em termos de “generalização primária” (p. 16), de acordo com Ernest Jones, ou “equação simbólica” (p. 16), conforme proposto por Hanna Segal.

Sobre isso, Guimarães, Pasian e Barbieri (2006) apontam que a equação simbólica se faz presente quando o “símbolo é igualado ao objeto primordial que despertou a carga afetiva, e o símbolo se confunde com o objeto originário” (p. 367) acarretando em ansiedade, desse modo, a equação simbólica compreende uma indiferenciação entre o objeto secundário e o primário sendo empregada com a intenção de negar a realidade ou de controlá-la, pois esta é sentida como persecutória. Nesse sentido, o ego apresenta aspectos primitivos, cujas relações de objeto possuem características típicas da posição esquizo-paranóide, demonstrando fragilidade e fracasso no campo da representação simbólica, mais especificamente, na utilização instrumental da Identificação Projetiva (Segal, 1983).

A identificação projetiva é um mecanismo de defesa primitivo que se relaciona de modo particular com o processo de simbolização. O mecanismo consiste em expelir e depositar partes do *Self* e de objetos internos no ambiente que, após a projeção, torna-se possuído e controlado por tais aspectos, identificado com eles (Segal, 1975; Simon, 1986). A fantasia inconsciente do bebê é de que o ódio projetado no meio retorne na mesma intensidade contra si - dando origem a uma ansiedade persecutória - e que as partes projetadas sejam aprisionadas e controladas pelo objeto no qual foram lançadas, principalmente, quando partes boas dos *self* foram projetadas produzindo uma sensação de esvaziamento, originando o medo de ser controlado por outros objetos (Segal, 1975). Nesse contexto, decorre o início do desenvolvimento simbólico conduzido pela integração das fantasias inconscientes e o mundo mental, de modo que tal capacidade é alcançada por meio do rearranjo das expectativas internas e o contato com a realidade, e a paulatina discriminação do meio interno e o externo.

A partir dessas perspectivas, o Questionário Desiderativo opera no sentido de estimular a capacidade de simbolização do indivíduo, impelindo-o à interpretação do conteúdo figurativo da consigna por meio do fomento de um árduo trabalho defensivo com vistas à preservação da

integridade do ego. Ao mesmo tempo, possibilita a análise da maneira como se organiza a identidade do indivíduo, sua estrutura e mecanismos de defesa, entre outras informações relevantes para uma avaliação psicodiagnóstica de cariz psicodinâmico (Nijamkin & Braude, 2000). Adicionalmente, o Questionário Desiderativo apresenta vantagens quanto ao modo de aplicação, sendo considerado um procedimento rápido e eficiente, com tempo médio de conclusão entre 10 e 15 minutos cuja indicação abarca todas as faixas etárias, bem como os públicos, culturas e condições físicas adversas.

Entretanto, importa notar que a técnica se encontra com parecer desfavorável pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) desde o ano de 2003 (Resolução 09/2018, CFP 2018), por não terem sido realizados e encaminhados ao CFP estudos sobre a fidedignidade e a validade do método com a população brasileira, até então. Cabe salientar que o método tem “*o embasamento teórico e justificativa da lógica do procedimento de interpretação utilizado*”²¹. Atualmente, o uso do Questionário Desiderativo está autorizado para fins de pesquisa, pela mesma Resolução²². Frente a isso, diversos estudos têm sido realizados no intento de compreender o instrumento, a fim de investigar suas evidências científicas e potencialidade para o contexto brasileiro.

Na presente pesquisa, destacam-se alguns trabalhos realizados no campo diagnóstico com adolescentes por meio do Questionário Desiderativo como o desenvolvido por Saes (2003) em sua dissertação de mestrado sob a orientação de Tardivo, com adolescentes em conflito com a lei, o de Capitão e Zamprona (2004) que examinaram a dinâmica psíquica de adolescentes portadores de câncer, Jardim-Maran (2004) que avaliaram a construção e o desenvolvimento da identidade de adolescentes em processo de escolha profissional e o de Guimarães, Pasian e Barbieri (2006) que analisaram as respostas dos adolescentes ao Questionário Desiderativo.

Todavia, sabe-se que há muitos estudos no campo da saúde (Medeiros & Pinto Junior, 2006; Souza & Tardivo, 2002; Freitas & Tardivo, 2002; Felício, 2002; Gil, Tardivo & Fráguas Jr., 2002; Paulo, 2004; Gil, 2005; Oliveira & Santos, 2006; Gil & Tardivo, 2009; Wainstein, 2014), da infância (França, 2008; Sneiderman, Salvay, Panepucci & D’Acuntti, 2017), da violência (Tardivo & Pinto Junior, 2010; Pinto Junior et al., 2011; Pinto Junior & Tardivo,

²¹ A Resolução 09/2018 (CFP, 2018) regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI, E determina que haja evidências empíricas de validade e estimativas de precisão das interpretações para os resultados do teste, caracterizando os procedimentos e os critérios adotados na investigação; E ainda esclarece que as interpretações podem ser ou não serem referenciadas à norma. Nos métodos projetivos como o Questionário Desiderativo se estabelece que não cabe norma, mas o embasamento teórico e justificativa da lógica do procedimento de interpretação utilizado. Recuperado de site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolucao-CFP-n-09-2018-com-anexo.pdf em 29 de setembro de 2018.

²² Está em desenvolvimento amplo projeto de validação do Questionário Desiderativo em nosso meio, sob a coordenação da Professora Leila S. P. C. Tardivo e a autora da presente pesquisa faz parte da equipe.

2015), de indicadores interpretativos (Sneiderman, 2013/2014; Bunchaft & Vasconcelos, 2001); de orientação profissional (Abreu Filho & Tardivo, 2005), entre outros. Como é possível observar muitos trabalhos tem sido realizado nos mais variados contextos, com diferentes públicos e objetivos, originando dissertações, teses e artigos de natureza nacional e internacional, notadamente, no cenário latino-americano. Esse esforço se justifica na medida em que há indícios científicos de que se trata de profícua técnica projetiva, cuja importância tem sido reconhecida entre os profissionais da área. Dessa forma, nessa pesquisa, o Questionário Desiderativo foi empregado como mais uma medida avaliativa, sendo aplicado individualmente pela pesquisadora à entrevistada, após a entrevista com a responsável.

3.3.5b Administração, análise e interpretação do Questionário Desiderativo

O Questionário Desiderativo, como descrito anteriormente, contempla seis perguntas, e, se necessário, mais perguntas podem ser realizadas a fim de melhor compreender as motivações subjacentes à escolha do sujeito. Somado a isso, dada à característica projetiva desse teste, que o indivíduo possui total liberdade para responder em acordo com o reino que mais lhe for significativo, de modo que o psicólogo deve assumir uma posição ativa apenas no sentido de eliminação dos reinos outrora selecionados, estimulando o andamento da tarefa (Nijamkim e Braude, 2000).

Em acordo com o manual, o início se dá pelas consignas positivas. A primeira pergunta *“Se você não pudesse ser uma pessoa, o que mais gostaria de ser?”* deve ser realizada e sua resposta anotada, bem como suas motivações. Tais motivações são compreendidas através do questionamento posterior, *“Por quê”*, sendo a resposta final correspondente à resposta inicial e suas motivações, sendo simbolizada de 1+.

A segunda pergunta é feita na sequência, mas, desta vez, excluindo-se o reino escolhido na primeira resposta (animal, vegetal ou inanimado). O questionamento posterior e a anotação também são realizados. A essa resposta é atribuído o símbolo 2+. A terceira pergunta concebe a exclusão dos reinos selecionados nas respostas indicadas como 1+ e 2+, sendo realizado um questionamento ao final.

Adiante, são feitas perguntas referentes à consigna negativa. No princípio é realizada a seguinte pergunta: *“Se você não pudesse ser uma pessoa, o que menos gostaria de ser?”* e se percorre o mesmo caminho das consignas positivas: questionam-se as motivações e as anotações são realizadas. A essa resposta é dado o símbolo de 1-. Para a segunda pergunta negativa, o reino escolhido na resposta 1- é eliminado e a resposta é considerada a partir dessa

limitação e suas motivações. O sinal representante dessa pergunta é 2-. A terceira pergunta contempla a exclusão dos reinos escolhidos nas respostas 1- e 2-, sendo a resposta construída pelo sujeito indicada pelo signo 3-.

A finalização do teste inclui o alcance da “Sequência Desiderativa”, momento em que há a presença de pelo menos uma resposta para cada um dos três reinos tanto nas catexes positivas, quanto nas negativas. As autoras apontam que o participante pode apresentar algumas dificuldades no decorrer da tarefa, e, portanto, nesses casos pode-se lançar mão de induções a fim de estimular o sujeito à busca de suas respostas ou, quando necessário, clarificando a solicitação. Por conseguinte, o Questionário Desiderativo deve ser interrompido quando o participante mostrar intensos sinais de ansiedade, se recusar a fazer, não conseguir responder, rejeitar e/ou criticar fortemente, denotando reação emocional de difícil elaboração. Nesse estudo, o Questionário Desiderativo foi utilizado conforme as recomendações de Nijamkin e Braude (2000) e aplicado individualmente.

De acordo com Nijamkin e Braude (2000), o primeiro passo para análise e interpretação dos dados obtidos por meio do Questionário Desiderativo consiste no exame da “adequação à consigna e instrumentalização dos mecanismos de defesa necessários para poder responder ao teste” (p. 28), uma vez que a realização da tarefa implica no uso de defesas instrumentais. Com base nas propostas das autoras, Tardivo e Pinto Junior (2018) elaboraram critérios de avaliação ao Questionário Desiderativo, que são divididos em:

Aspectos gerais:

- a) **Teste completo:** o sujeito responde a todos os reinos (animal, vegetal e inanimado) com as devidas racionalizações (porquês) nas catexias positivas e negativas;
- b) **Perseveração:** o sujeito apresenta mais de um símbolo em um ou mais reinos nas catexias positivas ou nas negativas. Exemplo: 1+ cachorro, por que é o melhor amigo do homem. 2+ uma borboleta, por que pode voar. Geralmente, quando o sujeito persevera em um ou mais reinos, há necessidade de indução; e,
- c) **Resposta antropomórfica:** São as escolhas de elementos para-humanos, ou seja, elementos nos quais permanece presente a identidade humana. Como exemplo, cabe citar, Super-Homem, Fantasma, Mulher Maravilha.

E, categorias específicas para as respostas (catexias positivas e negativas):

- a) **Tempo de Reação:** refere-se ao lapso de tempo entre a consigna (perguntas feitas a fim de se obter escolhas ou rejeições) e o aparecimento da resposta do participante. O tempo esperado (normal) oscila entre 10 e 30 segundos, o tempo longo é o maior de 30 segundos e o tempo reduzido é aquele menor de 10 segundos, segundo as autoras de manual publicado no Brasil (Nijamkin & Braude, 2000);
- b) **Adequação à consigna:** refere à capacidade do sujeito de realizar o teste, ou seja, de se imaginar temporariamente como não humano e que não sentiu a consigna como um ataque concreto à integridade de seu Ego, mas que a vivenciou em um nível simbólico (Nijamkin & Braude, 2000). Nessa categoria, a resposta será classificada em adequada, inadequada ou por indução (Quando o sujeito persevera em um ou mais reinos, dado muito comum em respostas de crianças e adolescentes, segundo Grassano, 1997).
- c) **Escolha do reino:** as catexias positivas do teste representam valores que o sujeito deseja conservar. Já as catexias negativas dizem respeito a valores, atributos e características indesejáveis dos objetos, ou seja, o que se deseja perder, livrar-se, enfim, rejeitar (Medeiros e Pinto Junior, 2006). Cada resposta, nos três reinos positivos e negativos, nesse estudo deverá ser descrita para indicar as mais frequentes por reino.
- d) **Qualidade da resposta** (símbolo e da racionalização): Cada símbolo e referida racionalização (tanto nas catexias positivas quanto nas negativas) deve ser avaliada em termos de sua qualidade. A resposta do tipo Convencional (comum) é aquela que a maioria dos sujeitos responde, por exemplo: árvore, flor, ave/pássaro, rosa, cachorro e etc. A resposta do tipo Original (criativa e adequada) é a menos frequente entre os sujeitos, tendo relação com a criatividade, a intuição, a flexibilidade cognitiva e emocional, como: albatroz, bailarina de porcelana, berinjela. As respostas do tipo bizarra são aquelas muito diferentes, com associações marcadamente idiossincrásicas, inapropriadas ou esquisitas. São respostas comumente compatíveis com a existência de uma psicose, psicopatia ou um quadro orgânico mais grave. Respostas que denotam tal condição, podem ser pensadas a partir de: Deus, um Santo, uma Fada; objetos desagregados, como areia; objetos isolados, como cacto no deserto.
- e) **Dissociação:** capacidade de discriminar os aspectos valorizados dos aspectos desvalorizados e indica a possibilidade de reconhecer situações que geram ansiedade e de identificar os recursos para controlá-la (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas da participante desse estudo foram categorizadas em Dissociação adequada (Exemplo. animal positivo: “Um cachorro, por que é o melhor amigo do homem”; animal negativo:

- “Uma cobra, porque é venenosa”); ou Dissociação inadequada (Ex. inanimado positivo: “veneno, porque mata”; inanimado negativo: “um livro, porque instrui”).
- f) **Identificação Projetiva:** é o mecanismo pelo qual o Ego deposita um aspecto de si num símbolo com o qual se identifica. No Questionário Desiderativo, a identificação projetiva é reconhecida por meio da capacidade do sujeito em escolher símbolo adequadamente estruturado e com consistência (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em Símbolo estruturado (Ex. animal positivo: “um gato, porque é um animal limpo”) ou Símbolo não estruturado (Ex. “inanimado negativo: a morte, porque é sombria”).
- g) **Racionalização:** procedimento pelo qual o sujeito tenta oferecer uma explicação coerente do ponto de vista lógico ou aceito socialmente para uma atitude, ato, ideia ou sentimento. No Questionário Desiderativo, a racionalização se evidencia quando o indivíduo justifica sua escolha e pode fazê-lo dentro da lógica formal (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em Racionalização adequada (Exemplo de vegetal positivo: “uma flor, porque é cheirosa; vegetal negativo: “uma urtiga, porque causa coceira”.); ou Racionalização inadequada (Exemplo de inanimado negativo: “um relógio, porque vive parado”; animal negativo: “um cachorro, porque é traiçoeiro”).
- h) **Perspectiva vincular da resposta:** refere-se ao tipo de respostas ao Questionário Desiderativo, determinado pela capacidade ou não do sujeito em estabelecer vínculo ou relação com o outro. Respostas narcisistas incluem racionalizações com ausência de objeto e de relações objetais, e respostas que incluem o outro indicam racionalizações que aludem à presença do outro e de relações objetais (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em Resposta Narcísica (Exemplo: inanimado positivo: “dinheiro, para poder comprar tudo o que eu desejar”) ou Resposta que inclui o outro (Exemplo: inanimado positivo: “remédio, porque cura os doentes”).

Os critérios de avaliação do Questionário Desiderativo foram conceituados a partir do proposto por Nijamkin & Braude, (2000) e desenvolvidos por Tardivo e Pinto Junior (2018). Tais critérios comportam relações com a possibilidade de aprofundamento sobre a personalidade do participante, bem como sobre seu funcionamento defensivo e modo de vinculação. Para tanto, Nijamkin e Braude (2000) apontam a necessidade de observação da intensidade, qualidade e a sequência da ansiedade, indicando que o bom funcionamento do Ego inclui o domínio ativo desta última. Desse modo, a ansiedade deve existir, porém com

diminuição progressiva de sua intensidade no decorrer da tarefa, dando lugar a um processo de aprendizagem. Elementos como tolerância à frustração e à tensão também são indicativos de saúde, assim como a flexibilidade do Ego em caminhar entre as distintas formas de ansiedade.

O Tempo de Reação (TR) é outro ponto a ser considerado, pois representa o impacto experimentado pelo sujeito diante do questionamento, ou seja, o tempo de latência dispendido para a localização de uma resposta possível. Nesse contexto, a oscilação temporal identificada varia entre os estudos. Ocampo et al (1976), no contexto argentino, aponta o TR médio entre 5 e 30 segundos. Já Nijamkin e Braude (2000) e Guimarães e Pasian (2009) adotam o valor de 10 a 30 segundos, sendo as variações avaliadas com atenção. Atualmente, pesquisadores brasileiros de nosso meio têm investigado a aplicabilidade desse instrumento e, conseqüentemente, buscado afinar a compreensão sobre o TR longo, médio e curto (Tardivo e Pinto Júnior, 2018)

A sequência dos reinos escolhidos também é ponderada. De acordo com Nijamkin e Braude (2000), espera-se que o instinto de preservação prevaleça sob os impulsos de morte, de modo que nas catexes positivas a sequência seja: animal, vegetal e inanimado e, nas catexes negativas, a ordem seja diferente da positiva, mas não seria necessariamente inversa. Nota-se que a sequência positiva inicia pelos elementos vivos e decresce para aquele que não possui vida e na sequência negativa, embora a literatura aponte maior variação na escolha da sequência dos reinos, tenha como foco os aspectos indesejáveis dos objetos.

Assim sendo, a interpretação do material contido no Questionário Desiderativo obedeceu a compreensão proposta por Nijamkin e Braude (2000). O funcionamento egóico foi observado em termos de forças e fraquezas a partir da adequação das respostas no que se refere à forma e ao conteúdo em consonância com a realidade objetiva: idade, cultura, contexto social, assim como o TR, o manejo das defesas instrumentais (repressão básica e primeira dissociação instrumental, segunda dissociação instrumental, identificação projetiva e racionalização), da ansiedade e a ordem dos reinos selecionados. Ademais, no intento de atender os objetivos propostos por esse estudo e seguindo os preceitos expostos pelas autoras (idem), com base no arcabouço teórico recomendado, buscou-se a compreensão dinâmica e estrutural do funcionamento global da personalidade da participante em consonância com os dados obtidos em outros instrumentos.

Nesse estudo, para análise dos dados obtidos foi utilizada uma folha de respostas previamente preparada por Tardivo e Pinto Júnior (anexo C). Para a análise quantitativa, as respostas foram incluídas em uma planilha específica para esse fim e para a análise qualitativa

seguiu-se as indicações teóricas de Nijamkin e Braude (2000). Ademais, toda a ocorrência que se distanciou daquelas previstas também foram anotadas.

3.3.6 Inventário de Depressão Infantil / *Children's Depression Inventory (CDI)*

O Inventário de Depressão Infantil - CDI (*Children's Depression Inventory*) é uma adaptação da versão para adultos do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Guedes, Vicente & Tardivo, 2016). Foi desenvolvido e proposto por Kovács (1992), nos Estados Unidos, com o intuito de rastrear a presença de sintomas depressivos em crianças e adolescentes americanos com idade entre sete e 17 anos. Assim, em seu formato original, é uma medida unifatorial de autorrelato composta por 27 itens circunscritos às respostas afetivas, aspectos cognitivos e comportamentais, bem como os sintomas físicos observados pelo próprio sujeito. É utilizado em 44 países, contemplando 27 idiomas (Kovács, 1992). Em acordo com a autora (idem), o CDI foi projetado para avaliar cinco fatores:

- a) **Humor negativo:** composto por seis itens, traduzidos por meio de sentimentos de incômodo, melancolia e tristeza, preocupações e pensamentos negativos e catastróficos, além de percepção de incapacidade de tomada de decisões;
- b) **Problemas interpessoais:** com quatro itens relacionados às dificuldades no trato social, afastamento e solidão;
- c) **Ineficiência:** com quatro itens, indica percepção negativa das próprias capacidades e desempenho escolar;
- d) **Anedonia:** com oito itens, avalia a hipótese de depressão endógena, contemplando apatia e ausência de força vital, bem como possíveis dificuldades com a alimentação e sono; e,
- e) **Autoestima negativa:** com 5 itens, examina aspectos relacionados a não gostar de si, de não se sentir amado e tendências suicidas.

O CDI é, atualmente, o instrumento mais citado e utilizado no campo da pesquisa e da clínica. Seus parâmetros psicométricos são considerados satisfatórios a nível mundial (Rodrigues, 2013; Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008; Whathier, Dell'Aglío e Bandeira, 2008; Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008). Nesse aspecto, importa notar que o CDI não realiza o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, mas favorece a identificação de indivíduos com sinais de rebaixamento afetivo, do humor, da capacidade de sentir prazer, das

funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas pessoais (Coutinho, 2005). Além disso, não é um instrumento de uso exclusivo do psicólogo.

No cenário brasileiro, Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) traduziram, adequaram e validaram a versão original do instrumento por meio de um estudo com 305 escolares do município de João Pessoa, capital da Paraíba. Atualmente, muitos são os estudos realizados com o CDI, especialmente no campo psicodiagnóstico, sendo utilizado isoladamente ou em conjunto com outros instrumentos objetivos e/ou projetivos (Tafner, 2013). Assim sendo, na medida em que a depressão é um transtorno presente nos adolescentes jovens que se autolesionam, o uso do CDI se justifica ao passo que visa à investigação de sintomatologia bastante prejudicial para os sujeitos por ela acometida.

3.3.6c Administração, análise e interpretação do CDI

O CDI é considerado um instrumento de rápida e fácil aplicação. Por abranger as mais variadas situações, pode ser respondido pelo próprio entrevistado ou, em caso de dificuldade, com o auxílio do entrevistador, assim como aplicado individualmente ou em grupo. Nessa pesquisa, foi escolhida a versão original produzida por Kovács, traduzida para o português por Barbosa et al. (1996). O inventário possui 27 itens, sendo três alternativas de resposta disponibilizadas para cada item, em nível ascendente de gravidade. De acordo com o manual, o indivíduo deve assinalar aquela que melhor descreve o seu sentimento nas últimas duas semanas diante da questão levantada.

As respostas do Inventário obedecem a uma escala de tipo *likert* de 0 a 2 pontos: 0 (ausência de sintoma), 1 (presença de sintoma) e 2 (gravidade do sintoma) cujo resultado pode variar de 0 a 54 pontos. A mensuração se dá pela somatória de tais pontos, sendo que Kóvac (1992) e estudos brasileiros (Baptista & Golfeto, 2000; Curatolo, 2001; Hallak, 2001), apontam que a pontuação igual ou superior a 17 deve ser considerada com atenção, pois é indicativa de um provável estado depressivo, sendo esta a nota de corte definida (Barbosa & Lucena, 1995). O CDI foi aplicado individualmente, em sessão posterior as entrevistas com o responsável e o participante em ambas as etapas do estudo, na primeira aplicação e na fase de *follow-up*. A participante foi convidada a responder ao inventário e, em caso de necessidade, poderia solicitar auxílio da pesquisadora para leitura dos itens.

3.3.7 Inventário de Ansiedade de Beck / *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), de autoria de Beck, Brown e Steer, teve origem no século XX, mais precisamente no ano de 1988. Tal instrumento foi inspirado nas ferramentas da época de autorrelato para ansiedade, investigadas pelos autores no *Center for Cognitive Therapy*, localizado na Pensilvânia, Estados Unidos. De acordo com os autores, em sua proposta inicial o BAI se dirigia à população psiquiátrica, no entanto, estudos ingleses visualizaram sua potencialidade para avaliação da população em geral (Cunha 2001).

Assim, o BAI foi desenvolvido para mensurar a severidade dos sintomas de ansiedade a partir de 21 itens selecionados com a intenção de abarcar a sintomatologia mais comum, considerando os aspectos somáticos, cognitivos e afetivos. Sobre isso, Beck e Steer (1993) apontam que os itens avaliados perpassam por dois aspectos comuns à ansiedade:

- a) **Sensações corporais:** Itens – 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapacidade de relaxar; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 15) Dificuldade de respirar; 18) Indigestão; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afogueado e 21) Suor (não devido ao calor); e,
- b) **Percepções emocionais:** Itens – 5) Medo que aconteça o pior, 9) Aterrorizado, 10) Nervoso, 14) Medo de perder o controle, 16) Medo de morrer, 17) Assustado).

O BAI atende aos padrões psicométricos exigidos a nível mundial, sendo um instrumento bastante utilizado na clínica e na pesquisa. Ademais, cabe ressaltar que o BAI não intenta revelar um diagnóstico nosográfico da ansiedade, mas auxilia a medir sua intensidade. No contexto brasileiro, o BAI foi traduzido e validado por Cunha (2001) a qual tomou os devidos cuidados para manter a integridade do teste a fim de evitar conflito com o de depressão. Tal versão considerou os resultados obtidos em amostras clínicas e comunitárias, como aquelas auferidas em estudantes, adolescentes e outros grupos da sociedade.

3.3.7d Administração, análise e interpretação do BAI

Como o CDI, o BAI é considerado uma ferramenta de fácil aplicação. Além disso, obedece a princípios semelhantes ao do CDI quanto ao seu preenchimento, de modo que o indivíduo deve apontar, em uma escala do tipo *likert* de quatro pontos, o nível de gravidade do

sintoma, bem como no que concerne a análise do resultado final contemplando a soma dos escores dos itens individuais, podendo variar de 0 a 63.

A classificação descrita no manual recomenda que o nível de ansiedade seja classificado em mínimo (0 - 7), leve (8 - 15), moderado (16 - 25) ou grave (26 - 63), sendo a nota de corte 17 pontos. O BAI foi selecionado para o estudo devido sua eficiência e adequação para a população geral e foi aplicado após as entrevistas com o responsável e o adolescente, na mesma sessão em que foi aplicado o CDI, na primeira aplicação e na fase de *follow-up* desse estudo. Também, como o CDI, o BAI não é de uso exclusivo do psicólogo.

3.4 Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo

Os procedimentos do Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo foram realizados individualmente com a participante. As entrevistas tiveram duração aproximada de 1 hora e 1 hora e meia e para os testes ou técnicas projetivas se respeitou o limite de 1 hora, mas contando-se com a possibilidade de variância desse limite. Também o processo não se deu de forma idêntica entre as etapas, dada a maleabilidade desse procedimento, as próprias peculiaridades do caso apresentado e o encontro em curso. Na fase de reavaliação por *follow-up*, tais elementos também foram considerados. Assim, obedeceu à seguinte ordem na primeira aplicação:

- c) Entrevista semiaberta com a responsável;
- d) Entrevista aberta e individual com o adolescente;
- e) Aplicação do CAT-H;
- f) Aplicação do Questionário Desiderativo;
- g) Aplicação dos inquéritos CDI e BAI;
- h) Entrevista devolutiva com a adolescente; e,
- i) Entrevista devolutiva com a responsável.

E na fase de *follow-up*:

- j) Entrevista semidirigida com a adolescente, com a aplicação dos instrumentos: Questionário desiderativo, CAT-H, CDI e BAI. Na mesma sessão foi realizada uma entrevista semidirigida com a mãe; e,
- k) Duas entrevistas devolutivas: a primeira com a adolescente e a segunda com a adolescente e, na mesma sessão, com a responsável.

3.5 Forma de análise dos dados

As entrevistas realizadas foram transcritas com o apoio do áudio gravado dos atendimentos dando origem ao compilado ora apresentado. A essa descrição, acrescentou-se informações relativas à análise das técnicas projetivas, Teste Desiderativo e CAT-H, conforme as indicações do manual, e os resultados do CDI e BAI, dando origem a um relatório exclusivo e fundamentado teoricamente sob a perspectiva psicodinâmica psicanalítica. Assim, em um primeiro momento, os dados obtidos na primeira aplicação e na fase de *follow-up* foram analisados individualmente.

Em um segundo momento, foi realizada a comparação entre essas duas fases por meio da livre inspeção do material em conjunto com as observações oferecidas pelos instrumentos projetivos e objetivos. Os resultados dessa comparação foram apresentados em gráficos e tabelas no intuito de possibilitar a melhor visualização dos elementos analisados em termos de semelhanças e diferenças. Os achados finais proporcionaram compreensões e alusões teóricas sobre o fenômeno da autolesão no caso analisado a partir da perspectiva psicanalítica psicodinâmica.

3.6 Análise dos aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, CAAE:77561517-8-0000-5561 (anexo F). Os critérios éticos foram observados durante toda a realização da pesquisa. O TCLE foi lido e explicado em conjunto com a diretoria da instituição. O mesmo foi feito com a responsável legal e com a adolescente por meio do TCLE e do TALE. Também foi oferecido espaço para o esclarecimento de dúvidas a qualquer momento à todas as partes envolvidas.

A entrevista devolutiva foi realizada com a participante e a responsável nas duas fases da pesquisa, tantas vezes quanto foram necessárias, de forma oral, com linguagem clara e acessível, momento em que os encaminhamentos considerados necessários foram realizados. Embora não tenha sido preciso, cabe salientar, que se a adolescente participante não se enquadrasse nos critérios de inclusão dessa pesquisa, mas solicitasse atendimento psicológico, seria encaminhada para a rede de saúde da região ou para o Serviço APOIAR, ancorado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia clínica social do Instituto de Psicologia da USP (IP-USP), sob coordenação da Prof^a Dr^a Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – ESTUDO DE CASO

Este capítulo versa sobre as duas fases ocorridas nesse estudo, a primeira, denominada de primeira aplicação, e a segunda, de fase de *follow-up*. A primeira aplicação diz respeito ao início do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, contemplando as entrevistas iniciais e os resultados coletados nessa etapa a partir dos instrumentos projetivos e objetivos.

A fase de *follow-up* refere-se à reavaliação clínica realizada seis meses após a primeira aplicação, fazendo uso do mesmo modelo Psicodiagnóstico utilizado anteriormente, preservando suas características metodológicas. Assim, cabe notar que as entrevistas, de ambas as etapas, foram descritas com trechos das falas entre a pesquisadora e a responsável e/ou participante, sendo os testes e seus resultados apresentados na sequência.

4.1 Primeira aplicação

4.1.1 Ana²³, 11 anos - Entrevista com responsável

Em consonância com o acordo realizado junto à direção da escola no que diz respeito à indicação de alunos, a responsável de Ana, sua mãe, Conceição, entrou em contato com a pesquisadora por telefone, e, de acordo com a disponibilidade de ambas, agendaram a primeira entrevista.

Na data, Conceição e Ana compareceram no horário agendado. A psicóloga foi ao encontro na recepção do CEIP e as direcionou para a sala de atendimento previamente estabelecida. Após acomodadas, a pesquisadora se apresentou e realizou o enquadre, salientando os objetivos da pesquisa e os passos para sua realização. O TCLE e o TALE foram apresentados, lidos e explicados, bem como reforçado o caráter livre para participação e, consequentemente, de desistência da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos aos envolvidos. Conceição e Ana não apresentaram dúvidas e aceitaram participar, manifestando o seu interesse por meio da assinatura nas duas vias de igual teor do TCLE e do TALE, ficando cada uma como sua via de direito.

Isto feito, a sessão de atendimento iniciou com a solicitação de que Ana aguardasse na recepção e Conceição falasse sobre a motivação para a busca pelo atendimento. A mãe iniciou

²³ Todos os nomes destinados à participante, seus responsáveis e demais pessoas do círculo social do caso apresentado se referem a nomes fictícios criados pela pesquisadora.

dizendo que “*Ana é gemelar*” (o irmão se chama André) e que há três anos passou por um processo de separação.

Na sequência, discorreu sobre a trajetória realizada e as mudanças ocorridas nesse período, especialmente, na conduta de Ana. De acordo com Conceição, Ana, e seu irmão, estudaram em escola particular desde a primeira infância até os 10 anos de idade, sendo do primeiro ao quarto ano em período integral e o quinto ano em meio período. Entretanto, por questões financeiras, no ano de 2017 a mãe buscou vaga em uma escola pública para ambos os filhos, matriculando-os na escola participante que apoiou esse estudo.

Segundo Conceição, os irmãos estudam juntos na mesma classe, porém, se aproximaram de grupos de amigos diferentes. Ana passa a conviver com três amigos, envolvendo-se em uma série de problemas, sendo até mesmo intitulada como a “*pior da escola*” (SIC). Tal referência, segundo Conceição, foi motivada pela intensa amizade com uma amiga, Joana, que afirmava beber, sair para festas, relacionar-se sexualmente, entre outras situações, e Ana apoiava, dizendo fazer e participar de circunstâncias semelhantes. De acordo com a mãe, essa amiga era mais próxima, mas o grupo era formado por mais adolescentes, sendo dois meninos comentados com maior frequência por Ana. A mãe relata que os três, Ana e esses dois amigos, Fernando e João, participaram de uma situação em que foram enganados por Joana que se dizia grávida. Esse evento teve repercussões importantes, sendo todos os responsáveis pelos alunos envolvidos convocados para uma reunião com a diretoria escolar. Para Conceição, Ana foi ingênua e manipulada.

Ademais, devido às novas condições da família, os irmãos adquiriram autonomia, indo e voltando sozinhos da escola, mas Ana passou a fazer uso dessa liberdade, segundo a mãe, “*para aprontar*” (SIC), encontrando seu grupo de amigos em uma praça próxima da escola antes do início da aula. Conceição refere também que Ana começou a questionar sobre sexualidade e gravidez, demonstrando interesse em namorar.

Nesse contexto, a mãe destaca que devido ao controle do peso, Ana faz balé há alguns anos tempo e por muito tempo mostrou-se identificada com a figura da bailarina, adotando, inclusive, comportamentos mais recatados, demonstrando incômodo com os flertes masculinos e uma preocupação maior com sua postura. Todavia, no primeiro semestre desse estudo, Ana quebrou o tornozelo na casa de seu pai, ficando afastada por 40 dias da escola e, aproximadamente, dois meses do balé. Após sua recuperação, não demonstrou interesse em resgatar essa atividade, mostrando-se envolvida com o universo *funk*, adotando suas músicas e estilo de roupa. Sobre esse aspecto, Conceição elenca algumas hipóteses, apontando que o pai de Ana favorece tal distanciamento, pois não respeita o horário das atividades extracurriculares,

buscando a filha em momentos impróprios, afetando a sua rotina; também critica o modelo de educação transmitido pelo ex-marido e o exemplo dado pelas enteadas, considerando a estrutura oferecida aos filhos durante a visita como negligência, já que os filhos tem que “*se virar para comer, não tem hora para dormir e tem que cuidar da irmã mais nova (filha da madrasta) enquanto ela e o pai vão ao bingo*” (SIC).

Sobre o ex-marido, Roberto, Conceição relata que o término da relação se deu após a descoberta de uma traição. Aponta que o casamento apresentava dificuldades há algum tempo e que o mesmo desqualificava a sua atividade de trabalho, fato que contribuía para os atritos entre o casal. No que diz respeito a sua conduta quanto à separação, Conceição afirma que Roberto, a fim de não pagar a pensão para os filhos, demitiu-se de seu trabalho e ficou isento dessa obrigação por dois anos, retomando os pagamentos após a efetivação da audiência²⁴. Sobre isso, Conceição diz que o valor acordado para a pensão é insuficiente para auxiliá-la, sendo necessário assumir o expediente em outra escola para honrar com as despesas da casa. Assim, aproximadamente, há dois anos, o pai constituiu nova família e reside com a esposa e duas de três enteadas, consideradas por ele como filhas. Conceição menciona que este é o terceiro casamento de Roberto, tendo o mesmo mais duas filhas do primeiro casamento.

A guarda dos filhos é compartilhada, de modo que Ana e André visitam o pai com regularidade. Sobre a relação com o pai, os filhos convivem bem e Conceição relata que Ana possui maior proximidade da família do ex-marido do que seu irmão. A mãe tece críticas ao comportamento das irmãs (enteadas de Roberto), julgando-as, e se preocupa por pensar que Ana talvez guarde semelhanças com elas. Sua hipótese é de que a filha estava com a sexualidade “*abafada*” (SIC), reprimida, e, nesse momento, estivesse aflorando, porém em excesso. Como exemplo, afirmou que em sua festa de aniversário, Ana só queria a presença dos meninos de sua classe e que percebe o interesse da filha por garotos, especialmente, aqueles que a bajulam.

No que diz respeito à conduta autolesiva, a descoberta ocorreu em conversa mais incisiva com a filha, após esta passar mal na escola. De acordo com a Conceição, Ana foi convocada pela diretoria escolar para indicar alunos que estivessem envolvidos com tal comportamento e, na sequência, passou mal, tendo que ser levada para casa por sua tia materna. Assim, após o trabalho, Conceição conversou com a filha sobre esse evento e, ao perceber do que se tratava, pediu para Ana levantar as mangas da blusa, revelando as marcas do corte. Em dado momento, a mãe diz que havia percebido a presença de uma lâmina de apontador no chão de sua casa, entretanto, naquele momento, não pensou nessa possibilidade.

²⁴ A regularização do pagamento da pensão dos filhos estava em processo judicial solicitado por Conceição. Durante o período da pesquisa, ocorreu a audiência e Roberto retomou o pagamento da pensão para os filhos.

Sobre as motivações para o ato, Ana falou para a mãe que sente falta do pai. Sobre isso, Conceição reconhece que os filhos ficaram tristes com a separação no início, mas que ao longo do tempo, esse sentimento foi se modificando. Enquanto falava, recordou que, atualmente, os filhos ficaram chateados com uma viagem recente que o pai fez com a nova família a qual não puderam participar devido à ausência de espaço no carro, e também por perceberem, há algum tempo, o afastamento da família extensa paterna. No entanto, Conceição diz não compreender, pois dentro das possibilidades de Roberto, reconhece que o mesmo busca o contato com os filhos, levando-os para sua casa com frequência. Além disso, justifica dizendo que Ana possui bom relacionamento e apoio da família materna e, embora a infraestrutura material tenha seus limites, considera adequada, inclusive, com alternativas de lazer.

Portanto, para a mãe, Ana se autolesionou por influência do grupo atual. Adicionalmente, salienta a menarca como um marco importante na mudança de comportamento da filha. Esta ocorreu no início do ano do trabalho psicodiagnóstico e a mãe diz ter percebido uma modificação “*corporal e mental radical*” (SIC) em Ana, mostrando-se rebelde e imperativa. Ademais, com a mudança de escola, relata que rompeu o contato com os amigos daquela época, bem como abandonou antigos interesses, apresentando comportamento diferente do habitual, como, por exemplo, dificuldade com a própria higiene, desânimo constante, desinteresse no cuidado com seu material escolar e em dedicar-se aos estudos, bem como interesse declarado em meninos. Quanto ao contexto escolar, a mãe diz que a filha tem tido dificuldades no segundo semestre, apresentando notas baixas. No entanto, na escola particular, era considerada uma aluna com o desempenho esperado para sua idade, assim como se mostrava motivada e preocupada com a realização das tarefas escolares. Ao final, a mãe disse que percebe a mudança do comportamento de Ana quando retorna da casa do pai, mostrando-se menos inibida, e relata uma situação em que Ana conta que beijou um menino enquanto brincavam de esconde-esconde, em um fim de semana na casa de praia dos avós maternos.

4.1.2 Entrevista com a participante

Ana compareceu à sessão acompanhada de sua mãe no horário combinado. Ana é alta, com estrutura corporal desenvolvida, comportando as características do corpo feminino adulto. Ao ser convidada para o atendimento, cumprimentou a psicóloga com os olhos baixos, adentrou a sala e se acomodou em uma das cadeiras disponíveis.

A psicóloga iniciou a conversa perguntando se ela sabia o motivo do encontro e Ana, mencionou que não, mas, em seguida, recordou-se que foi indicada pela escola devido ao ato

de cortar-se, sobretudo após a situação vivenciada com Joana. Sobre isso, conta que, atualmente, se afastou de Joana devido à série de confusões em que se viu envolvida. Relata que possuía medo das consequências que a continuidade da amizade poderia acarretar, além de passar a questionar a postura de Joana diante dessas situações. Sobre a inserção na nova escola, Ana relata que fez amizades com facilidade. Inicialmente, na própria sala, com as meninas, depois com os meninos e, posteriormente, com alunos de outras salas, mencionando bom relacionamento interpessoal com todos os alunos da escola. No entanto, relatou preferência pela amizade com os meninos, já que as meninas de sua sala se mostraram interessadas em “*coisas erradas*” (SIC), como beber antes ou depois da aula, fumar cigarro ou maconha, ir aos bailes *funk* e/ou fazer sexo.

Mediante tal resposta, a psicóloga questionou como se deu a amizade com Joana e Ana revelou que logo de início fez amizade com algumas meninas, porém, se afastou dessas e passou a se aproximar de Joana e mais duas garotas. Ana considerava que fossem boas companhias, pois estas apresentavam um comportamento mais despojado, falavam sobre tudo e a convidavam para os encontros na praça antes do início da aula. Nesse ínterim, Joana, mais especificamente, com um caráter mais expansivo, inventava muitas histórias sobre Ana, referindo que ela também se relacionava sexualmente, detalhando a intimidade desses encontros de forma explícita e direta, fato do qual Ana ria, pois considerava como brincadeira. Assim, por fazer parte desse grupo, Ana passou a ser apelidada de “*puta e piranha*” (SIC). Mas, atualmente, considera que se enganou, “*que não era brincadeira*” (SIC), arrependendo-se da maneira como os eventos ocorreram. Sobre isso, reflete: “*Paguei pelo que fiz. Percebi que mudei bastante e fui para o lado certo, agora já está tudo resolvido*” (SIC), referindo-se às muitas idas à sala da diretoria e, conseqüentemente, o transtorno gerado no núcleo familiar, salientando que não possui mais interesse em manter contato com tais amizades.

No que diz respeito à autolesão, Ana refere que as situações vivenciadas na escola, a percepção da tristeza gerada pelo seu comportamento no irmão (já que este ficava enraivecido com os comentários na escola), a sensação de afastamento de seu pai e a noção da raiva de sua mãe se sobrepuseram e contribuíram para tal desfecho. Descreve que por alguns dias tentou escrever em um diário, mas quando percebeu não mais aguentar, lançou mão da autolesão. Reconhece que a atitude foi por impulso, mas que se preocupou com o lugar onde o corte seria feito e com sua profundidade, já não tinha intenção de morrer. Sobre o sentido de tal conduta, disse que não foi para aliviar a dor, mas porque, no momento, não pensou em outras alternativas. Ana afirma ter se autolesionado apenas uma vez, com vários cortes no braço esquerdo e alguns no direito (mostra os cortes em processo de cicatrização para a psicóloga). Relata que não sentiu

dor ao longo dos cortes, mas apenas na hora de tomar banho. Quando questionada sobre o que motivou a interrupção desse comportamento, Ana relata que após conversar com um amigo que também já se autolesionou e teve que ser internado em um hospital compreendeu que sua família iria ficar ainda mais chateada com ela.

Sobre a descoberta do seu comportamento, Ana repete a história contada por sua mãe, confirmando-a. Relata que sentiu grande pavor, pois sua mãe se mostrou desesperada. Após o choque inicial, Ana conversou com seu pai e com sua mãe, revelando o que estava sentindo e comprometendo-se a não repetir esse comportamento, assim como pediu para seus pais maior compreensão ao falar sobre algum assunto em que se envolveu. Reconhece que ao perceber a mágoa de seus pais, principalmente, sua mãe, em tolerar os eventos passados colaborou para a intensa tristeza que estava sentindo. Nesse contexto, os pais, de acordo com Ana compreenderam, entretanto, disseram que se tais questões perpetuarem ela seria transferida de escola. Quando questionada pela psicóloga sobre seus sentimentos diante dessas circunstâncias, Ana disse que, inicialmente, sentiu raiva e tristeza por Joana, mas que agora tem tido muito mais tristeza, sentindo-se decepcionada, pois percebe que não conseguiu compreender o que estava acontecendo com antecedência. Sobre a situação da autolesão, Ana disse que ainda se sente triste pelo que aconteceu e pela maneira como foi descoberta e, na sequência, disse que continuava triste, pois um grande amigo estava na praça num desses encontros após a aula, e ele foi pego pela polícia com bebidas e drogas que não eram dele, sendo levado ao Conselho Tutelar. Discorreu sobre esse aspecto, dizendo que álcool e maconha são elementos comuns entre os alunos de sua faixa etária, sendo consumido pré ou pós-aula.

Em relação às suas amizades atuais, Ana declara que possui grandes amigos e que estes a protegem, transmitindo confiança a ela. Confessa que gosta muito de conversar e que na sala de aula pouco estuda, dando maior atenção aos seus amigos, pois embora suas notas sejam medianas, para ela, são suficientes. Também comentou que gosta de balé e de dançar *funk* nos intervalos escolares. Ao final da sessão, Ana conclui dizendo que se preocupa com seus pais, especialmente, com seu pai, pois este pode ser preso caso não cumpra o acordo sobre a pensão selado judicialmente.

4.1.3 Aplicação e análise do CAT-H

Ana compareceu à sessão no horário marcado. Após se acomodar na sala, disse que estava bem. Comentou que havia passado o fim de semana na casa de seu pai e sua madrasta, e

que havia sido bom. Quando questionada, disse que gosta de sua madrasta e que esta cuida deles, ela e o irmão, com carinho.

Ainda sobre a separação, disse que não imaginava que seus pais fossem separar e que quando soube, se preocupou mais com sua mãe, pois não gosta de vê-la em sofrimento. Comentou que se compadeceu de sua mãe, já que seu pai estava feliz “*com outra*” (SIC). Mencionou que no início foi difícil, mas que, atualmente, não se sente mais triste com essa situação, principalmente, porque sua mãe está bem. Afirma que percebe que seu irmão se ressentiu mais com a separação, mas, para ela, essa foi a melhor decisão que sua mãe podia ter tomado, já que não eram um casal feliz. Como Ana não demonstrou conflitos relacionados a esse assunto, a psicóloga sintetizou tal percepção para a participante, dizendo: “*Ana, parece que a separação dos seus pais não era algo que você queria e sentiu-se triste quando isso aconteceu, o que é esperado, afinal, sofremos em situações em que vemos pessoas que amamos se separarem, mas, me parece também que devido à intensidade das brigas, você considerou que a separação seria uma saída melhor para tudo isso*” (SIC). Ana concordou, sinalizando em afirmativo com a cabeça e então a psicóloga deu início à introdução das instruções do CAT-H.

Assim sendo, para melhor apresentação dos resultados, o conteúdo das histórias construídas por Ana encontram-se no apêndice A. Na sequência, constam os quadros com as pontuações gerais obtidas (Tabela 1), síntese da análise de conteúdo (Tabela 2), a pontuação geral dos mecanismos de defesa (Tabela 3), a síntese das defesas (Tabela 4) e suas respectivas análises.

Tabela 1- Pontuação geral da análise de conteúdo na primeira aplicação.

Cartões	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
Classificação	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N
Autoimagem	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	4	8
Relações Objetais	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	9
Concepção do ambiente	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	8
Necessidades e conflitos	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	9
Ansiedades	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10
Mecanismos de defesa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	7	3
Superego	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	5
Integração do ego	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10
Total	3	6	2	7	2	5	1	6	3	5	1	7	0	8	2	4	0	8	1	6	15	62

Tabela 2 - Síntese da análise de conteúdo do CAT-H da primeira aplicação.

Predominantemente negativas	Cartões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Predominantemente positivas	-
Desvia-se do tema frequentemente evocado	Cartões 2, 4 e 10
Distorção aperceptiva	-
Omissão de elementos comumente percebidos	Cartões 3, 7

O CAT-H, por meio das informações compiladas no quadro *Pontuação geral da análise de conteúdo* (Tabela 1), indica que Ana reconhece a maior parte dos estímulos a que foi submetida de modo adequado, não apresentando distorções de cunho aperceptivo. Demonstra sensibilidade à temática frequentemente suscitada pelos estímulos, no entanto, com exceção em três cartões (2, 4 e 10) cujo tema refere-se a aspectos positivos e de controle pessoal. Sobre isso, nota-se que tais cartões evocaram em Ana conteúdos relacionados à mentira, percepções sobre o relacionamento conjugal e o modo de relação estabelecido com a família, principalmente, com as figuras de referência. De modo geral, omite elementos comumente percebidos em dois cartões (3 e 7), sugerindo ansiedade frente a carga afetiva suscitada pelo sentimento de desamparo explicitado em ambas histórias cujas principais necessidades e conflitos relacionam-se à proteção/apoio *versus* ambiente ameaçador/figura paterna distante.

Nota-se o evidente domínio dos aspectos negativos em detrimento aos positivos em todas as histórias avaliadas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10). No que diz respeito aos totais referentes a cada uma das dimensões, constata-se forte desequilíbrio para o lado negativo na grande maioria, com destaque especial para as variáveis “autoimagem” (4:8), “relações objetais” (1:9), “concepção do ambiente” (2:8), “necessidades e conflitos” (0:9), “ansiedades” (0:10), “superego” (1:5) e “integração do ego” (0:10), sendo positiva apenas a dimensão “mecanismos de defesa” (7:3). Ademais, em quatro cartões não há indícios da presença do superego (3, 4, 8 e 10).

Outro aspecto importante é a opção de Ana pela continuidade da história ao longo de todo o teste, sendo tal fato considerado raro. Sobre isso, cabe considerar o distanciamento de Ana à tarefa como uma maneira de evitar o contato com conteúdo angustiante, bem como a exposição de elementos significativos refletido na persistência da história ao longo de todo o teste, fato justificado racionalmente pela intenção de dar sentido à narrativa total, evidenciando-se assim histórias cujo enredo indicam a presença de ansiedades ligadas ao desamparo ao invés de narrativas ligadas à constituição do superego.

Tabela 3 - Pontuação geral dos mecanismos de defesa na primeira aplicação.

	Mecanismos adaptativos							Mecanismos fóbicos, imaturos e desorganizados			Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Cartão	Formação reativa	Anulação e ambivalência	Isolamento	Repressão e negação	Falseamento	Simbolização	Projeção e introjeção	Medo e ansiedade	Regressão	Controles frágeis ou ausentes	
1			1	1							2
2			1		1			1			3
3			1	1							2
4			1	1							2
5			1	1		1					3
6			1			1	1			1	4
7			1				1	1			3
8			1	1			1				3
9			1					1			2
10			1	1			1				3
Total	0	0	10	6	1	2	4	3	0	1	27
Nota Crítica	5		6	5	3	4	4	3	2	1	

Tabela 4 - Síntese das defesas na primeira aplicação.

Mecanismo	Nota crítica	Total
A+B	5	0
C	6	10*
D	5	6*
E	3	1
F	4	2
G	4	4*
H	3	3*
I	2	0
J	1	1*
Total*		5*

Legenda: *Mecanismos que atingem a nota crítica.

Os resultados obtidos no quadro *Pontuação geral dos mecanismos de defesa* (Tabela 3) indicam o predomínio de mecanismos de defesa adaptativos do tipo “isolamento”, “repressão e negação” e “projeção e introjeção”. Os mecanismos de defesa fóbicos, imaturos ou desorganizados mais utilizados foram “medo e ansiedades” e “controles frágeis ou ausentes” e surgem ao longo da atividade, mais especificamente, a partir de sua metade, no cartão 6, dada a expressão de conteúdos primitivos e intensos, com perda de qualidade no discurso. Além disso, nota-se que tais defesas surgem quando os estímulos provocam sensações de ameaça, medo e abandono. A nota crítica é alcançada em cinco instâncias revelando a necessidade de acolhimento e intervenção (Tabela 4).

Cabe destacar que há alguns cartões em que os elementos positivos se relacionam com os elementos negativos, fomentando a ambiguidade, mas com predomínio da passividade e submissão. A participante demonstra não se sentir notada pelas figuras parentais.

4.1.4 Aplicação e análise do Questionário Desiderativo

Ana compareceu à sessão no horário marcado. Habitualmente acompanhada por sua mãe, dessa vez, estava abraçada ao seu pescoço. Após se acomodar, Ana comentou sobre a situação que está vivenciando com dois meninos, Fernando e João, considerados até então como amigos, que passaram a falar de sua índole no contexto escolar, afirmando que Ana relacionava-se sexualmente com seu irmão, assim como já havia feito com eles. Sobre esse fato, Ana, inicialmente, não sabia dizer as motivações para esse comportamento, no entanto, ao longo da sessão, reconheceu como uma retaliação ao seu afastamento do convívio com tais garotos. Comentou que se sentiu com raiva deles e de si mesma, bem como decepcionada com essa situação, já que não imaginava que seus amigos fossem agir dessa maneira.

Durante a sessão, Ana mencionou que não é a primeira situação incômoda que vivencia com Fernando e João. Disse que no início do ano letivo do ano desse estudo, se envolveu com ambos, namorando com eles em épocas distintas, de modo que o término gerou comentários semelhantes sobre sua índole (situação parecida com a que ocorreu com uma amiga que também se relacionou com esses meninos). Quando questionada, disse que acreditava que com ela seria diferente e que, quando estavam juntos, eles a tratavam muito bem. Sobre isso, Ana menciona que o namoro envolvia brincar junto, conversar e beijar.

Ao longo da sessão, Ana foi questionada sobre o que a motivou a se aproximar de tais meninos, estimulando-a à identificação dos possíveis sinais ignorados quanto ao comportamento por eles manifestado. Além disso, a psicóloga perguntou sobre como lidou com a situação e Ana disse que os amigos a ajudaram a superar, pois não foi possível contar com sua mãe, já que ela, geralmente, julga suas atitudes e opta por entrar em contato com a escola para cobrar resoluções. Somado a isso, Ana optou por não compartilhar, pois não deseja ser transferida de escola devido à possibilidade de nova “*confusão*” (SIC).

Sobre o vínculo com o grupo, disse que está cada vez mais forte e que as pessoas não acreditaram na história contada por Fernando e João. Em relação à sua mãe, embora Ana considere que são bastante próximas, relata que tem evitado contar algumas coisas a fim de evitar que seu comportamento possa vir a magoá-la ainda mais. Dessa forma e dada à flexibilidade inerente a esse processo, nessa sessão, Ana demonstrou a necessidade de comunicar eventos significativos ocorridos ao longo de sua semana e, portanto, foi oferecido espaço para fala, sendo as intervenções realizadas de acordo com a demanda. Entretanto, tal abertura não afetou a realização da atividade prevista no cronograma, sendo o Questionário Desiderativo aplicado após a minimização da angústia inicial.

Assim sendo, o conteúdo de respostas ao Questionário Desiderativo, bem como sua análise, contempla o apêndice B. A seguir consta o compilado de informações do Questionário Desiderativo e sua respectiva análise.

Tabela 5 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na primeira aplicação (continua).

Aspectos Gerais						Categorias							
Teste Completo	Categorias/Respostas	Perseveração		Resposta Antropomórfica		Tempo de reação	Adequação à consigna			Escolhas do reino			
		Catexia Positiva	Catexia Negativa	Catexia Positiva	Catexia Negativa		Adequada	Inadequada	Por indução	Animal	Vegetal	Inanimado	Símbolo
Sim	1+	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0*
	2+	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	Caneta	0
	3+	0	0	0	0	6	1	0	0	0	Cenoura	0	0
	4-	0	0	0	0	6	1	0	0	Aranha	0	0	0
	5-	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	Faca	0
	6-	0	0	0	0	2	1	0	0	0	Tomate	0	0
Total		0	0	0	0	22	5	1	0	-			

Legenda: *A resposta 1+ unicórnio foi considerada sem indução, assim sendo pontuados apenas os elementos pertinentes.

Tabela 5 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na primeira aplicação (conclusão).

Categorias										
Qualidade da resposta (símbolo e ou da racionalização)			Dissociação		Identificação Projetiva		Racionalização		Perspectiva vincular da resposta	
Convencional	Original (criativo e adequado)	Bizarro	Adequada	Inadequada	Símbolo estruturado	Símbolo não estruturado	Adequada	Inadequada	Resposta Narcísica	Resposta que inclui o outro
0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0
1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0
1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0
5	0	1	4	2	3	2	2	4	4	2

Os resultados obtidos no Questionário Desiderativo e expostos na Tabela 5 indicam rapidez nas respostas ao teste, com tempo de reação reduzido, menor que 10 segundos em cada resposta. Observa-se maior tempo de resposta para as consignas 2+, 3+ e 1-, no entanto, ao considerar o teste completo, a média temporal ficou em 3,6 segundos.

No que diz respeito à adequação a consigna, observa-se que a maior parte das perguntas foram vivenciadas a nível simbólico, com exceção da primeira na qual se deu uma resposta de um animal que não existe – e é fantasioso. Os reinos escolhidos versam sobre a beleza e infantilidade projetadas na figura do unicórnio (1+), assim como a possibilidade de autonomia e privacidade depositadas na figura da caneta (2+). As consignas negativas revelam a necessidade de ejeção dos elementos relacionados à possibilidade de dor e sofrimento

provocados pelas figuras da aranha (1-) e da faca (2-). As consigna 3+ e 3- embora tenham sido respondidas apontam para dificuldades de escolha no reino vegetal refletida em suas justificativas. Ademais, a qualidade das respostas é, na maior parte, convencional, sendo apenas uma considerada bizarra (1+) devido à ligação desta com o mundo da fantasia.

Sobre a capacidade dissociativa, observa-se o predomínio de respostas adequadas revelando a capacidade de reconhecimento das variáveis positivas e negativas da resposta escolhida, bem como a capacidade de controlar a ansiedade. Apenas duas respostas (1+ e 2+) apresentaram falhas nesse campo dada a presença do conteúdo bizarro (1+) e ausência de racionalização realista, já que a caneta não pode escrever sem o auxílio de outrem (2+). A capacidade de escolha do símbolo por meio da identificação projetiva aponta que a maior parte das escolhas realizadas pela participante dizem respeito ao símbolo estruturado baseado em consistência.

Já as explicações racionais para os símbolos escolhidos indicam a presença de racionalizações adequadas (3+, 1- e 2-) e inadequadas (1+, 2+, 3-), demonstrando a existência de um limiar tênue na dimensão lógico-formal. No que se refere à perspectiva vincular da resposta, observa-se a prevalência de respostas narcisistas em comparação àquelas que reconhecem o outro, sugerindo tais marcas na estrutura psíquica.

4.1.5 Aplicação do CDI e BAI

Ana compareceu à sessão no horário marcado. Novamente, encontrava-se abraçada à sua mãe. Nessa sessão, Ana comentou sobre suas atividades escolares. Mencionou sobre os trabalhos feitos em sala de aula e suas percepções. Comentou sobre o período de avaliações, dizendo se sentir mais motivada para fazer as tarefas. Sobre a situação ocorrida na semana passada, disse que estava bem e que agora não possui mais contatos com os dois meninos e que estes pararam que importuná-la. Também relatou sobre sua relação com Joana e a maneira como está lidando com o afastamento dela.

Na sequência, disse que seu pai foi visitá-la na escola e a surpreendeu na praça (a participante disse que estava só de passagem por lá), no momento em que ela se dirigia para a escola. De acordo com Ana, seu pai estava bastante bravo, alertando sobre dois de seus amigos que se encontram envolvidos com drogas, proibindo-a de andar com eles. Além disso, o mesmo também conversou com a diretora sobre esse aspecto. No entanto, Ana menciona que no contato com sua mãe, seu pai mentiu, dizendo que ela estava na praça, “*cabulando aula*” (SIC). Para Ana, o pai “*criou toda essa situação*” (SIC) com a intenção de prejudicar a sua mãe, já que

poderia incriminá-la de negligência. A psicóloga questiona: “Ana, por quais motivos você acha que seu pai acusaria a sua mãe disso?” (SIC) e Ana não soube responder. A psicóloga pergunta se ela considera que seu pai está propenso a solicitar a guarda dos filhos, ao que a adolescente respondeu “Não acho, ele mora com a esposa dele e os filhos dela, aí seria muita gente” (SIC). Dessa forma, a psicóloga pergunta como ela se sente sobre essa situação com o pai e Ana afirma sentir-se triste. A psicóloga, então questiona se não haveria outros motivos para essa ida do pai à praça e Ana, ao longo da sessão, passa a considerar que essa situação poderia conter também outras justificativas, como o mesmo mostrar-se preocupado com ela.

Ademais, Ana relata sobre seu aniversário e demais assuntos da semana. Assim, após tal comunicação, o CDI e o BAI foram aplicados em sequência, um após o outro, sendo a síntese dos itens pontuados apresentados abaixo. Para melhor compreensão, uma cópia do CDI utilizado foi escaneado e consta no anexo G, assim como o BAI contempla o anexo H.

Tabela 6 - Síntese da pontuação obtida no CDI e nota de corte do teste na primeira aplicação.

Afirmção	Pontuação	Afirmção	Pontuação
1	1	14	1
2	1	15	1
3	1	16	1
4	1	17	1
6	1	18	1
7	1	19	1
8	1	21	1
9	1	24	1
10	2	25	1
11	1	26	2
12	1	27	1
13	2		
Total			26
Nota de corte*			17

Nota-se que a participante pontuou a maior parte das questões, atingindo ao menos um ponto em cada uma. As afirmações que alcançaram a nota 2, referem-se aos temas “sentir vontade de chorar” (10); “dificuldade de tomar decisões” (13) e “não faço o que mandam” (26). Ao final, a participante atingiu 26 pontos, número muito acima da nota de corte prevista para a população brasileira, indicando a presença de sintomas depressivos em nível grave.

Tabela 7 - Descrição dos itens do BAI pontuados pela participante e nota de corte do teste na primeira aplicação.

Nº	Itens	Levemente	Moderamente	Gravamente
2	Sensação de calor	1		
4	Incapaz de relaxar	1		
5	Medo que aconteça o pior	1		
8	Sem equilíbrio		2	
10	Nervoso		2	
11	Sensação de sufocação		2	
16	Medo de morrer	1		
17	Assustado		2	
18	Indigestão ou desconforto no abdômen		2	
19	Sensação de desmaio	1		
21	Suor	1		
Total de cada nível		6	10	0
Total geral		16		
Nota de corte		16 a 25 = Moderado		

A Tabela 7 aponta que a participante pontuou 11 itens do teste, alcançando 16 pontos. Nota-se que dos seis itens destinados às percepções emocionais, 4 foram assinalados (5, 10, 16 e 17). Já as percepções corporais contemplaram 7 itens (2, 4, 8, 11, 18, 19 e 21), dos 15 disponíveis. Os itens que atingiram dois pontos variaram entre ambos, não havendo prevalência significativa. Os resultados obtidos estão acima do esperado e demonstram a presença de sintomas ansiosos em nível moderado.

4.1.6 Compreensão clínica do caso

O contato inicial entre Ana e a psicóloga é permeado pela presença de traços de retraimento e introversão. Essas características levam Ana a se comportar de maneira demasiada defensiva, dificultando, num primeiro momento, a comunicação de conteúdos importantes e revelação de interesses e intimidades, sendo a transmissão limitada por meio de um comportamento evasivo. Tal dado é reforçado pela intenção de Ana de informar psicóloga, logo no início da sessão, que “*agora já está tudo resolvido*” (SIC), pois já havia “*aprendido a lição*” (SIC), como se não houvesse mais nada o que dizer e/ou fazer uma vez que foi “*para o lado certo*” (SIC). Esse aspecto revela as fantasias da adolescente frente ao atendimento psicológico, bem como suas projeções sobre o papel da psicóloga, colocada em posição hierárquica maior, e, portanto, sendo necessário agradá-la expondo o que seria, supostamente, correto e apreciado.

Arenales-Loli, Abrão, Parré e Tardivo (2013) destacam as peculiaridades do atendimento à população adolescente e pré-adolescente e justificam que a resistência inicial nessa idade está, geralmente, atrelada à motivação para o tratamento, se demanda do paciente ou de terceiros. Ana corrobora essas reflexões, já que é sua mãe quem decide procurar ajuda e, ao conversar com a psicóloga, a participante apresenta os fatos de maneira pouco implicada. Adicionalmente, observa-se a necessidade de Ana sondar o ambiente que a circunda, refletindo traços de desconfiança e insegurança. Entretanto, com o decorrer do transcurso psicodiagnóstico, a participante apresenta o paulatino estabelecimento de bom vínculo, reconhecendo o espaço terapêutico como lugar possível para expressão, apresentando conteúdos relevantes no momento em que se sente um pouco mais confiante no ambiente.

As respostas às técnicas projetivas lançam luz sobre esses aspectos. No que diz respeito ao CAT-H, durante as narrativas, Ana oscila entre momentos de aproximação e distanciamento das temáticas ansiogênicas, mantendo-se defendida nos relatos do CAT-H. Esse achado é confirmado ao se analisar o tempo de reação da participante ao Questionário Desiderativo cuja média foi de 3,6 segundos para cada resposta, tempo classificado como reduzido, indicando pressa na execução do teste. No CAT-H, o discurso utilizado é geralmente pobre e superficial tendo a psicóloga que perguntar em todas as histórias para compreender o enredo por meio do qual se dá a cena. Ana demonstra um pouco mais de envolvimento a partir do cartão 4 quando se atém a dinâmica conjugal e familiar, revelando sentimento de impotência e desamparo, de não ser notada, salientando os conflitos com essa temática.

No cartão 1 e 3, Ana aponta claramente para o lugar ocupado pelos pais ao longo de todas as histórias: detentores da lei e de provimento das necessidades básicas, revelando, portanto, as relações objetais internalizadas. No entanto, no cartão 2 anuncia o conflito experimentado: passividade/obediência *versus* o desejo de vivenciar o que lhe é próprio da idade. O herói criado por Ana reafirma tal dificuldade devido à adoção da autoimagem passiva (cartões 1, 3, 8 e 10), vulnerável (cartão 7) e abandonada (cartão 9), na maior parte das histórias, indicando a adaptação ao ambiente e atendimento ao que julga ser esperado de sua conduta. Winnicott (1968/1975) ressalta que, na saúde, cabe ao adolescente a compreensão do estatuto familiar, mas alerta que nessa fase, o crescimento é entendido como um ato agressivo, sendo esperado do mesmo o desejo de não conformidade, bem como uma preocupação genuína de estar e participar do mundo com vistas a sentir-se real. Nesse contexto, nota-se que Ana apresenta traços de imaturidade típicos da adolescência, no entanto, sinalizando para prejuízos em seu desenvolvimento e dificuldades no campo relacional.

As narrativas 4 e 5 perpetuam o tema e referem-se ao comportamento dos filhos que se sujeitam às determinações dos pais e a maneira encontrada para lidar com a dinâmica familiar por meio do comportamento obediente e submisso, evidenciando a solidão experimentada na tentativa de integrar os desejos pessoais e os impostos pelos pais. Assim, no cartão 6 a solução encontrada aponta para o uso da trapaça como meio de atendimento aos próprios impulsos com vistas a evitar o contato com o sentimento de desaprovação e, conseqüentemente, os conflitos decorrentes, escancarando as rachaduras na formação do superego e sua execução. Os mecanismos de defesa fóbicos, imaturos e desorganizados surgem nesse contexto com perda na qualidade da narrativa, reativos às sensações de desamparo. Essa saída retrata o padrão observado no cartão 2, mas que surgiu de modo impessoal no início do teste, sendo a mentira uma defesa à demanda do adulto.

Nesse sentido, a mentira surge como reação ao ambiente externo. Tal percepção é confirmada pela adoção de uma conduta pseudoindependente por parte de Ana ao sair com seus amigos e rir quando sua amiga Júlia inventa mentiras sobre sua conduta sexual ou quando demonstra dificuldades para lidar com a liberdade de ir e vir da escola. Para Winnicott (1961/2005), a influência dos pares adquire o *status* de saúde quando está se dá em contextos confiáveis e que contam com suporte familiar, portanto, é possível considerar que as interações grupais de Ana passaram a ocupar os espaços vazios frente à sensação de ausência de apoio familiar, bem como trouxeram ganhos secundários ao incluí-la em condição de destaque em seu grupo. Winnicott (1961/2005) ressalta a importância do ambiente e suas reações frente o retorno na adolescência da necessidade de suprimento dos cuidados primitivos característicos de estágios anteriores do desenvolvimento, sendo que a ausência de contorno e sustentação psíquica nesse momento pode gerar um sentimento de irrealidade, em vez da perspectiva de criação e transformação. O autor (*idem*) aponta que há formas variadas de falhas ambientais e no caso de Ana nota-se que seu comportamento ao ambiente indica um cuidado intrusivo, pela via do excesso, cuja saída é a submissão à realidade externa de forma passiva. Assim, percebe-se que, ao longo do teste, Ana passa a revelar as falhas experimentadas nesse campo e suas tentativas de superar o vazio.

A eclosão dos aspectos pessoais ocorre na narrativa 7. Essa expressa a presença de superego rígido e cruel frente a atitudes erradas, mostrando-se desproporcional pela via do exagero, proporcionando a erupção de sentimentos persecutórios. Tal cena, pode-se inferir, remete à culpa sentida pelas decisões tomadas ao longo de sua história pessoal e fantasias inconscientes, especialmente, no que diz respeito ao último ano escolar no qual se envolveu em diversas circunstâncias com desfecho negativo, sinalizando para o uso da autolesão como

alternativa, apontando para a vulnerabilidade e falta de apoio vivenciadas. Ainda de acordo com os aportes winnicottianos, principalmente, sobre a necessidade de um ambiente suficientemente bom como aquele que contempla a capacidade de acolher a agressividade, sustentar a ilusão de onipotência e permitir o gesto espontâneo, observa-se que o ambiente de Ana não pôde realizar essas funções de maneira mais flexível, operando de modo em que a participante teve de se adaptar ao tempo do mundo externo e não o inverso, atravancando o exercício da criatividade, e, conseqüentemente, impedindo o processo de integração e maturação saudável. Ao se pensar sobre a autolesão, observa-se que tal perspectiva é mostrada pela participante ao afirmar que a intenção para o ato foi por não reconhecer alternativas possíveis para lidar com a situação. Assim, a hipótese levantada diz respeito à noção de prejuízos na integração da motilidade e do erotismo à agressividade, sendo a primeira transformada em agressão contra si mesma, levando à ansiedade persecutória e ao sentimento de culpa.

Esses elementos se relacionam com a posição esquizo-paranóide, proposta por Melanie Klein (1946/1985), cuja característica principal é a divisão (*Split*) que tem como intenção eliminar a angústia a todo custo, lançando-a para fora, mas como uma parte permanece, torna-se persecutória. Os dados coletados no Questionário Desiderativo quanto às consignas negativas corroboram esse achado, demonstrando a necessidade de ejeção dos elementos relacionados à dor e ao sofrimento provocados pelas figuras da aranha (1-) e da faca (2-). No entanto, essa projeção admite a consideração da lei de Talião, “olho por olho, dente por dente”, que consiste na rigorosa reciprocidade do crime e da pena, apropriadamente chamada retaliação. Parece que, a partir disso, Ana procura reparar o ódio lançado, não pela via da reparação ao outro, mas punindo-se pelo “mal” causado. Para Winnicott (1960/1983), a culpa está ligada à dimensão da intencionalidade e, portanto, quando a agressão atinge o ego pode ocorrer a depressão do humor (melancolia), assim como a tendência antissocial. A participante parece ter oscilado entre ambos, com predomínio do humor deprimido, sendo a culpa vivenciada a nível patológico, por meio da autolesão. Tal dado se relaciona com a pontuação obtida tanto no inventário de depressão - CDI (*score*: 26) quanto no de ansiedade - BAI (*score*: 16).

Após essa expressão intensa de temores, o relato do cartão 8 aponta para uma adaptação forçada ao novo contexto apresentando prejuízos a nível de sentido e qualidade do desenlace, perpetuando a noção de ambiente hostil e conduta passiva. As narrativas 9 e 10 evidenciam além dos sentimentos de desamparo, o desejo de proteção e cuidado. As figuras parentais são pouco discriminadas e os cuidados obtidos ocorrem na linha do concreto por meio do suprimento das necessidades básicas, indicando a concepção do ambiente como frio e distante,

de modo que o cuidado adotado pela família extensa no cartão 10 ainda que invasivo seja tolerado e reconhecido, não sendo permitida qualquer expressão de negação e/ou outra reivindicação.

Infere-se que o modo de funcionamento de Ana esteja relacionado aos conflitos no campo da experiência de ilusão de onipotência, sugerindo a vivência da Desilusão nos primórdios de seu desenvolvimento (Winnicott, 1963/1983). Ana corrobora tais achados ao demonstrar dificuldades de discriminação dos personagens ao longo das histórias, tratando-os, na maior das vezes, no plural. Considera-se que tal dificuldade deve ser analisada sem esquecer a condição de gemelaridade de Ana, citada na primeira fala da mãe: “*Ana é gemelar*” (SIC), a qual aponta para um dado da realidade, mas também sugerem embaraços no processo de individuação frente à configuração triangular. Essas informações em conjunto apontam para dificuldades no investimento emocional materno dada a especificidade da condição gemelar, revelando para falhas no campo da distinção do não-eu e eu, trazendo à tona situações pertinentes ao estágio de dependência relativa, configurando-se na interferência do sentido de si mesma. Importa notar que Winnicott (1961/2005) considera que mesmo em lares cujas condições ambientais sejam suficientemente boas, a depender da situação, podem ocorrer regressões no desenvolvimento do adolescente para estágios de dependência absoluta ou relativa, no intento de retomar experiências que ficaram incompletas ou inexistentes com vistas a sua elaboração. Assim, Ana denota um comportamento regressivo diante das intensas pressões ambientais ou intrapessoais, revelando uma tendência a se comportar impulsivamente, buscando satisfação emocional imediata e direta de suas necessidades na fantasia em detrimento do primado da realidade.

Foram evidenciados também sentimento de insegurança e inferioridade, favorecendo a produção de percepções de menos valia e baixa autoestima, e, conseqüentemente, uma depressão no humor e ansiedade. Observa-se que este dado pode estar relacionado à ansiedade e a preocupação exagerada com o ambiente (como demonstra os resultados obtidos no CAT-H) e rigidez para enfrentamento de situações que não pode controlar.

Em síntese, Ana é uma pré-adolescente que experencia diversos sentimentos de desamparo e impotência, desaprovação e falta de apoio, bem como medo do abandono, decorrentes das situações vivenciadas ao longo de sua vida suscitadas pela realidade (separação dos pais somada à maior ausência da mãe, e a modificação corporal potencializada pelas pressões da vida social e escolar) e o modo emocional com que lida com elas. Muitos aspectos psicológicos apontam as conseqüências dessas experiências indicando prejuízos nos campos da autoimagem, relações objetais, concepção do ambiente, ansiedades, superego e integração do

ego. O funcionamento psíquico opera no nível mais concreto, configurando um prejuízo na capacidade simbólica que pode ser exemplificado pelo comportamento autolesivo. Dessa forma, demonstra imaturidade e dependência de ambiente que demonstre maior segurança, justificando o envolvimento com pessoas mais seguras e/ou impositivas. Sendo assim, Ana não possui recursos psicológicos para lidar com o grau de sofrimento atual, adotando uma conduta passiva diante do ambiente, entendendo-se à mercê de suas próprias outorgas para lidar com seus sentimentos e experiências.

4.1.7 Entrevista devolutiva com a participante

A entrevista devolutiva com Ana ocorreu em dia diferente do costumeiramente marcado devido a necessidade de novo agendamento apontada pela mãe ao longo da semana. Neste dia, houve um atraso de 10 minutos, justificado pela intensidade do trânsito na região. Assim, ao chegar, como combinado, a psicóloga convidou Ana para iniciar o atendimento e ambas se dirigiram para a sala de praxe.

Após se acomodarem, Ana ficou em silêncio e psicóloga perguntou como ela estava. Ana respondeu que estava bem e que “*tudo tinha ido bem na semana*” (SIC), voltando a ficar em silêncio. Assim, a psicóloga retomou a informação dada na semana anterior de que aquele atendimento seria destinado à entrevista devolutiva. Ana assentiu e a psicóloga introduziu o assunto dizendo sobre a maneira como o vínculo terapêutico foi se desenvolvendo, apontando para a desconfiança diante da situação clínica, bem como sua dificuldade em se revelar e falar de assuntos mais significativos. A psicóloga ainda lembrou que percebeu em Ana uma necessidade de agradá-la e que sentia que às vezes falava aquilo que considerava correto e não o que realmente estava pensando, pois se preocupava com a opinião alheia e, por isso, ali não seria diferente. Na sequência, a psicóloga disse que com o passar do tempo notou mudanças no comportamento e que esta passou a tomar frente nas conversas e a dizer aquilo que considerava relevante em sua semana e que a afetava.

A adolescente ouviu atentamente, olhando para a psicóloga o tempo todo, e, ao final da fala desta, comentou que concordava e que se sentia assim atualmente com adultos, afirmando que: “*Acho que sou assim, em lugares que tem pessoas que julgam demais, eu sou assim... mas sei lá, porque sinto, agora um pouco menos, mas todos os adultos pareciam que queriam me dar bronca... eu não sou muito falante com quem não conheço também, mas com os meus amigos eu falo muito... tinha medo também de que minha mãe perguntasse e ficasse sabendo,*

mas depois eu percebi que dava para falar” (SIC). A psicóloga perguntou o que havia dado a ela a impressão de que poderia falar e Ana disse *“não sei, mas sei lá, percebi”* (SIC).

A fim de dar seguimento à sessão, a psicóloga utilizou 6 histórias do CAT-H para conversar com Ana. Os cartões selecionados foram: 1, 2, 4, 6, 7 e 10. Ao mostrar o cartão 1 e retomar a história e o inquérito elaborado por Ana, a psicóloga comentou que naquela construção os pais supriam todas as necessidades dos filhos e estes obedeciam sem se queixar, mas, por dentro, ficavam tristes com isso, porém, parecia que eles não falavam por considerar que não seriam ouvidos. Perguntei a Ana o que ela achava sobre essa história e ela disse: *“Há, é um pouco assim, né. Os pais estão sempre ocupados e não tem muito tempo mesmo... daí quando chegam em casa, não querem problemas, eles já tem muitos... daí os filhos tem que obedecer e ficar quietos porque senão brigam com você, aí fica todo mundo triste”*.

Frente a essa resposta, a psicóloga iniciou a próxima história contada para o cartão 2 e, ao finalizar, disse que considerava que nessa os filhos *“davam um jeito”* (SIC) de fazer aquilo que gostariam e que essa trama sugeria que os filhos não queriam que os pais soubessem de suas reais intenções, transmitindo a impressão de que não era possível expor as opiniões e vontades, mas os irmãos se mostravam unidos. Quando questionada, Ana comentou que *“é, os irmão são unidos... eu sou unida com o meu irmão, já fui mais, mas a gente se gosta, ele está meio quetão agora, mas continua implicando comigo por qualquer coisa... a gente briga às vezes... mas sei que posso contar com ele, na época que estava acontecendo tudo aquilo comigo, ele ficou triste... eu fiquei triste também...”* (SIC), a psicóloga disse que compreendia os sentimentos relatados por Ana, pois era ruim perceber como uma situação podia influenciar em outras pessoas e que doía perceber que aquelas que queremos bem estão sofrendo por isso, e emendou dizendo que percebia que Ana estava comunicando que se sentia culpada, pois achava que estava *“provocando”* (SIC) isso no outro. Ana nada falou e a psicóloga comentou que considerava que o sofrimento de seu irmão também era sinal de preocupação e significava que ele se importava, e que isso não era possível de controlar.

Em seguida, a psicóloga comentou se poderia passar para a próxima prancha e Ana concordou. Ao terminar de ler a história do cartão número 4, a psicóloga pediu a opinião de Ana e esta comentou: *“é meio que assim, né?. As mães cuidam dos filhos e quando precisam levam para o trabalho... eu já fui muitas vezes para o da minha mãe e sei como é”* (SIC). A psicóloga comentou que considerava que esta história revelava as percepções de Ana sobre a separação e que sentia sua mãe *“superapressada”*, preocupada com uma série de coisas, e seu pai era sentido como mais ausente e com pouco envolvimento em sua vida. Ana respondeu dizendo que via sua mãe bastante atarefada mesmo depois da separação, *“ela agora tem 2*

empregos, tem que trabalhar dia e noite pra pagar as contas... meu pai tá no processo de pagar a pensão... mas amo ele” (SIC). A psicóloga reiterou que sabia que Ana amava o pai, mas que isso não a impedia de sentir-se triste com seu pouco contato e que sentia que a história falava dessas percepções: o pai ajuda (leva um filho para o trabalho) mas que Ana reconhecia que era mãe quem ficava com a maior parte do trabalho (dois filhos) e que os filhos, no caso ela e o irmão, seguiam o ritmo imposto por eles. Ana concordou e disse que achava que fazia sentido, ratificando: *“é, é assim mesmo, temos que fazer do jeito deles”* (SIC). A psicóloga perguntou por que era difícil se colocar frente aos pais e Ana disse que não sabia.

A psicóloga então comentou que passaria para o próximo cartão, pois considerava que este poderia ajuda-las a melhor compreender essa situação. Após a leitura da trama com o auxílio de elementos da prancha 5 para dar sentido ao enredo, Ana, quando questionada, mencionou que percebia na história que as crianças queriam brincar e arranjam uma maneira de fazer isso. A psicóloga disse que considerava que este comportamento dos personagens se assemelhava ao de Ana em alguns momentos e perguntou se a mesma percebia algo nesse sentido. A adolescente comentou que percebia um pouco, voltando a ficar em silêncio. Frente a isso, a psicóloga compreendeu que necessitava dizer para Ana que estava tudo bem e que a intenção daquela conversa não era envergonhá-la ou acusá-la de algo, mas conversar sobre algumas características e modos de lidar com as situações que a levaram a lançar mão de comportamentos cujas razões ela não compreendia muito bem. Além disso, a psicóloga comentou que ela poderia ficar tranquila, pois a conversa com sua mãe seria diferente daquela e que teria outro enfoque, de modo que o sigilo permanecia assegurado. Ana assentiu e disse que não sabia os motivos pelos quais mentia para sua mãe: *“sei lá, acho que percebia que não tinha espaço para conversar... se eu ia pedir alguma coisa, ela não deixava...”* (SIC). A psicóloga comentou que concordava com tal percepção e que percebia que as próximas histórias falavam um pouco sobre esse aspecto.

Enquanto a psicóloga relatava a história 7, Ana mostrou-se bastante atenta. Ao ser questionada, disse que não conseguia fazer associações, mas que achava que a história falava sobre medo e que sentia medo quando ouvia. A psicóloga comentou que percebia que o tema principal da história tinha haver com a *“culpa sentida por fazer coisas erradas”* (SIC). Ana responde: *“Haaaaa, entendi. Sim, acho que faz sentido. Sinto culpa, muita... não queria ter feito da maneira como foi... poderia ter feito melhor...”* (SIC), a psicóloga pergunta como Ana acha que seria melhor e essa elenca alguns aspectos dizendo que ela não deveria ter sido amiga da Joana, que deveria ter se afastado antes das coisas acontecerem; que não deveria ter ido para a praça com ela; namorado os meninos; pois sente que sobrecarregou sua mãe e que esta se

decepcionou, *“não só ela, a família toda, minha avó (materna) fica dizendo que eu tava acabando aos poucos com a felicidade de todo mundo... aí ela também falou que iria envolver toda a família caso eu não me comportasse, to estragando a família... meu pai também começou a inventar mentira, aquela da praça que te contei”* (SIC). A psicóloga perguntou como Ana estava com essa situação e a adolescente começou a dizer *“minha avó quer que eu seja a princesinha dela... na época, ela queria que eu ficasse usando vestido longo, que me arrumasse, fizesse o cabelo, colocasse maquiagem... antes eu me arrumava mais, mas eu sou muleca, gosto de shorts e camiseta... o buraco da minha orelha fechou e ela fica me enchendo o saco”* (SIC), a psicóloga mencionou que Ana comentava sobre essa situação com raiva e Ana negou, dizendo que era *“só um exemplo”* (SIC). A psicóloga disse que entendia que não era possível reconhecer esse sentimento por sua avó, mas que era natural sentir-se assim já que Ana parecia não querer ter contato com os sentimentos que, para ela, são ruins e que trazem a impressão de que *“vão destruir o outro”* (SIC) pelo fato de sentir a presença deles. Na sequência, a psicóloga menciona que percebe que todos esses aspectos corroboraram para que Ana não se sentisse bem internamente, com muita tristeza, e que diante disso a culpa passou a ficar *“muito grande”* (SIC), insustentável. Ana complementou dizendo: *“é acho que foi assim mesmo”* (SIC). Como Ana não mencionou sobre a autolesão, a psicóloga trouxe essa perspectiva e disse que considerava que diante da culpa, sugeria que Ana encontrasse como saída a autolesão. Ana concordou e retomou sua justificativa inicial: não reconheceu outras alternativas.

Com o auxílio de informações do cartão 9 e 10, Ana, ao ser perguntada, diz que sente que o filho ficou bem quando foi encontrado. A psicóloga refere que a mãe novamente tem um papel de destaque na história e que o cuidado da família parece ser muito importante, mas que na história o cuidado era semelhante ao suprimento das necessidades básicas e que, provavelmente, o bebê poderia sentir falta de mais afeto e tempo com a mãe. Ana concordou e disse que *“acho que é isso... sinto falta de ficar com minha mãe... mas ela está sempre trabalhando”* (SIC), a psicóloga responde dizendo que diante do novo arranjo familiar e, consequentemente, a maior ausência da mãe parecia que estava sendo difícil de lidar. Ana concordou e disse que entendia, pois a mãe tinha muitas contas para pagar. A psicóloga disse que Ana parecia tentar compreender pela via racional, mas emocionalmente sentia falta da mãe e propôs que pensassem em maneiras de aproveitar melhor o tempo de folga desta. Ana concordou e disse que se parasse de mexer tanto no celular, poderia ficar mais tempo com a mãe assistindo televisão. A psicóloga concordou e sugeriu que ela conversasse com a mãe sobre esse sentimento e tentassem encontrar alternativas em conjunto. Ana concordou.

Assim, a psicóloga sintetizou a sessão, comentando que havia sido possível perceber que Ana tem uma conduta mais submissa ao ambiente, pois há uma preocupação constante com o reconhecimento deste, porém, como também há desejos e outros interesses pessoais que diferem daqueles julgados como certo ou apropriados por sua mãe e família extensa, Ana lança mão de algumas saídas como a mentira para lidar com essa tensão e evitar o desconforto que a revelação de suas perspectivas pode trazer. Ademais, com a separação, Ana tem tido dificuldades para se adaptar a esse novo contexto, sentindo-se preterida e sem apoio, de modo que o grupo de pares passou a ocupar um espaço importante em sua vida, no entanto, não pela via da saúde, conduta esperada na adolescência, mas sim pela via do desajuste. Também a dificuldade de encontrar alternativas suscitou o comportamento autolesivo, demonstrando prejuízos em seu desenvolvimento. A psicóloga menciona os resultados obtidos nos inventários de ansiedade e depressão, acrescentando sobre a necessidade de realização de psicoterapia. Ao final, pergunta se Ana gostaria de participar da sessão devolutiva com a mãe e ela aceita.

4.1.8 Entrevista devolutiva com a responsável

No horário marcado, ambas, Ana e Conceição, compareceram à sessão. Após se acomodarem, a psicóloga iniciou dizendo que se tratava da sessão devolutiva, mas que antes, gostaria de ouvir de Conceição suas impressões ao longo do Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. A mãe comenta que sente que Ana está “*mais calma... menos ansiosa... está mais centrada*” (SIC), embora perceba que ainda tem “*muitas coisas para mudar*” (SIC). Sobre isso, a psicóloga refere compreender tais impressões e confirma perceber modificações no comportamento de Ana, afirmando que se trata de um espaço terapêutico cujas modificações obedecem ao tempo do paciente, de modo gradativo.

A psicóloga iniciou a devolutiva pelo resgate dos motivos que trouxeram Ana ao Processo Psicodiagnóstico, destacando a mudança no comportamento e a conduta autolesiva como queixas principais. A mãe denota tensão e a psicóloga dá sequência ao relato dizendo que a análise das observações, das entrevistas, somada aos resultados dos testes e técnicas projetivas, demonstravam que Ana possuía bom teste da realidade, encontrava-se com os aspectos cognitivos preservados e possuía potencial para o desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais mais confortáveis para si e para os demais. A mãe mostrou-se aliviada, respirando mais profundamente. A psicóloga apontou essa percepção e Conceição afirmou que estava apreensiva, pois ainda que achasse que a filha não tinha nenhum transtorno, pois não havia apresentado sinais antes, “*não era médica e podia ser que estava enganada*” (SIC).

A psicóloga retoma sua fala, mas percebe que Conceição está emocionada e começa a chorar, dessa forma, fazendo uma pausa. O silêncio perdura por alguns instantes e Ana também começa a se emocionar. Assim, a psicóloga oferece a caixa de lenços para ambas, mas apenas Conceição faz uso. Após certo tempo, a psicóloga no intuito de dar continuidade à devolutiva, perguntou se poderia prosseguir. Elas assentem e a psicóloga questiona sobre o que as fez se emocionar. Conceição disse que se tratava de uma alegria saber que a filha estava bem e que pensava que não tem sido fácil para Ana lidar com “*tantas coisas*” (SIC), Ana complementou dizendo que se emocionou ao ver a mãe chorar.

Na sequência, a psicóloga ponderou que Ana demonstra conflitos característicos da adolescência como as oscilações entre dependência e independência e busca de uma identidade. Contudo, demonstra dificuldades na evolução de seu desenvolvimento, situação esta exemplificada pela queixa de autolesão. A psicóloga aponta para os resultados obtidos nos inventários CDI e BAI e ressalta a necessidade de atenção a esses aspectos, indicando que Ana apresenta indícios de sintomatologia ansiosa e depressiva classificada como grave. Conceição e Ana mostram-se atentas, e a mãe balança a cabeça enquanto a psicóloga discorre sobre a análise.

A psicóloga menciona que Ana apresenta em sua estrutura de personalidade traços de insegurança que refletem em sua conduta no trato com familiares e amigos. Sugere que o surgimento da adolescência somado à separação dos pais parece ter fomentado em Ana um sentimento de vazio que passou a ser preenchido pela interação com os pares. A psicóloga salienta a importância do convívio com os iguais nessa faixa etária, mas alerta para o modo desajustado com o qual ocorreu com Ana. Relembra como exemplos o envolvimento da adolescente com Joana e a situação vivenciada com os meninos considerados como ex-namorados, assim como a influência das irmãs por parte de pai sobre o seu comportamento. Conceição nada comenta e a psicóloga continua dizendo que percebe em Ana uma preocupação com o julgamento das pessoas, com a visão da família a seu respeito, mas também se preocupa com o julgamento de seus amigos, surgindo assim muitos conflitos internos, sendo uma luta entre atender aquilo que ela deseja e o que os outros demandam de si. A psicóloga pergunta se sua fala está fazendo sentido e Conceição comenta que percebe em Ana um desejo de agradá-la, mas que sentia mais quando pequena, reconhecendo certo afastamento da filha. Além disso, salienta que percebe que a filha muda a depender do contexto: “*tipo camaleão?... às vezes acho que é um sabonete... não sei, um... não sei... (pausa) acho que Ana tem medo de dar a opinião dela*”.

Frente à pergunta realizada, a psicóloga pede esclarecimentos, dizendo: “*O que te fez pensar em camaleão e sabonete?*”. Conceição comenta: “*Áh, o camaleão muda dependendo da onde ele tá... e o sabonete escorrega, ou seja, não é firme... você falando me fez pensar que ela tem medo de dar a opinião... antes ela dava, a gente conversava, mas parece que mudou.... (pausa)... sei lá... não sei se é porque ela tá crescendo... adolescente não quer mais os pais... eu também tô mais afastada*” (SIC). Ana nada comenta e a psicóloga afirma que faz parte do desenvolvimento saudável a ocorrência de mudanças internas em ambas frente ao contexto que se apresenta, no entanto, cada adolescente é único e é necessário compreender quais as necessidades de Ana nesse momento, já que ela tem apresentado dificuldade para lidar com as pressões internas e externas.

Sobre isso, Conceição comenta que sente que precisa estar mais próxima da filha: “*tenho trabalhado muito nesses três anos, acho que está sendo demais... sinto-me cansada e sem energias para lidar com tudo isso... não falta nada para eles, tem seus limites, claro... eles tem lazer também... mas acho que estou deixando a desejar nessa coisa de estar mais próxima*” (SIC). A psicóloga comenta que compreende a necessidade de trabalho, de suprimento das necessidades básicas da família, mas que percebe também que tem sido extenuante para Conceição. Esta assente e começa a chorar. Após uma pausa, Conceição diz “*é muita coisa, sim... foi ela, meu pai com câncer no fígado também... juntando tudo... é uma mistura... meu serviço, tudo... uma sobrecarga, é muita coisa... não vejo a hora de estar de férias*”, na sequência, Ana complementa “*mas logo a gente entra de férias, mãe*” e Conceição responde: “*vocês, filha... a mãe leva ainda duas semanas*”. Na sequência, a psicóloga comenta que compreende o sentimento de Conceição dizendo que é esperado nesse momento sentir-se dessa forma. Conceição confirma e volta a chorar com mais força, mas, após um tempo, passa a enxugar as próprias lágrimas e diz que está sendo muito difícil lidar com a doença do pai, comentando sobre o câncer no estômago do mesmo. Emenda dizendo que está feliz por saber que sua filha estava melhor e que ficaria melhor ainda.

A psicóloga complementa dizendo sobre a indicação do processo psicoterápico como auxílio para que Ana desenvolva novas habilidades de enfrentamento aos problemas que surgem e irão surgir em sua vida, salientando que a autolesão ocorreu porque a adolescente não contemplou outras alternativas, demonstrando assim a necessidade de desenvolver essa capacidade. Conceição assente, dizendo que verificará no convênio médico. Ao final, a psicóloga deixa o contato com a mãe e estabelece que mantenham o contato caso ela tenha dificuldades em dar seguimento ao tratamento de Ana. Ao final, nota-se que a sessão foi

terapêutica para Conceição, pois ela também precisava ser ouvida. Assim, se despediram e o atendimento foi finalizado.

4.2 Fase de *follow-up*

4.2.1 Entrevista com participante e a responsável

A entrevista com a participante ocorreu seis meses após o último contato. Ana e sua mãe compareceram à sessão no dia e horário previamente combinado. Na recepção, a psicóloga fez um acordo com a paciente e a mãe, no qual esta última seria chamada para compor a sessão após o atendimento da filha sob o intento de observar suas considerações a respeito de Ana. Desse modo, ao adentrar na mesma sala de atendimento utilizada nas sessões anteriores, Ana se acomoda na cadeira de costume, apoiando e cruzando as pernas sob seu estofado.

Ao ser questionada sobre como está atualmente, inicia dizendo que ficou quatro meses sem ter contato com seu pai, pois *“ele estava com problema no carro e sem dinheiro pra buscar a gente... e minha mãe não queria levar a gente lá, porque ela achava justo ele vir buscar, já que ele é quem tem que se esforçar e querer... mas ele não foi, daí a gente só conseguiu se ver agora, porque minha mãe se esforçou e nos levou... ficamos na casa dele uma semana e vim ontem... e a gente (ela e o irmão) só vai amanhã para lá de volta se meu avô for internado”* (SIC). Sobre isso, Ana explica que seu avô por parte de mãe está doente, sendo a possibilidade de internação bastante elevada, e acrescenta que sua bisavó materna já está internada em estado grave. A psicóloga questiona sobre como Ana está lidando com tais eventos e ela responde *“Há, tá difícil... mas eu tenho que ficar do lado da minha mãe e da minha avó, porque é o marido da minha vó e a mãe dela que está internada, e elas estão muito tristes”* (SIC). A psicóloga questiona sobre o que Ana compreende por “ficar ao lado” e ela comenta que quer dar apoio à família nesse momento, *“sem dar trabalho”* (SIC), mencionando que sua mãe não sabe que ela e seu irmão tem conhecimento da atual situação do avô, pois quem os comunicou a respeito foi seu pai para justificar a necessidade deles retornarem para casa materna mais cedo do que o previsto. Ainda, Ana menciona que poderá retornar no final de semana para a casa de seu pai caso o avô seja internado, uma vez que sua mãe terá que revezar os cuidados hospitalares entre o pai e a avó.

A paciente mostra-se envolvida na situação e discorre sobre a debilitação de seu avô, mostrando-se preocupada com o comércio que ele possui e a incerteza sobre quem ficará responsável na ausência deste. Afirma que não imaginava que sua bisavó e avô se encontravam

numa situação tão grave, já que sua mãe dizia que era apenas uma gripe forte. A psicóloga pergunta para Ana como ela se sente com essa nova percepção – compreensão da notícia transmitida por seu pai, e a situação de manter tal dado em segredo de sua mãe - e Ana responde *“Meu irmão se mostrou chateado, mas ele não chegou ao ponto de chorar, eu chorei, porque minha bisavó... eu gostava muito do meu bisavô, e ele morreu, agora tem a minha bisavó e é a única que eu tenho...”* (SIC). Emenda relatando sobre a situação de saúde de seu avô paterno que possui Alzheimer em nível avançado, revelando ficar impressionada e desconfortável em sua presença, lamentando-se por sua doença.

A psicóloga comenta: *“Percebo que tem muita coisa acontecendo. Sua bisavó e seu avô maternos, e seu avô paterno, não estão bem de saúde e com risco de vida, e seus pais estão tendo que lidar, cada um de sua forma, com tais situações. Mas você também começou dizendo que fazia meses que você não via o seu pai, que sua mãe resistiu porque achava justo ele assumir o ato de buscar vocês. Então, como tem estado para você todas essas situações internamente?”* (SIC) ao que Ana respondeu: *“Tá difícil, mas eu sempre tento ficar bem pra ajudar minha mãe a ser forte... a minha avó, eu ainda não vi, mas tenho certeza que ela não estará bem quando for vê-la... então, tenho que estar do lado dela, eu não vou poder, tipo, abandonar ela, porque sempre que precisei, ela estava lá com minha avó e mãe... agora tenho que ajudar ela”* (SIC), a psicóloga comenta com Ana que observa em seu discurso a repetição constante de duas palavras, *“tenho que”*, e propõe para que pensem sobre o motivo de tal situação. Após alguns minutos, Ana diz não ter pensado em nada e a psicóloga comenta que sua fala pareceu comunicar que *“se via com uma tarefa e era obrigada a fazer”* (SIC). Ana deu risada e comentou que lembrou que sua mãe tinha falado algo parecido no dia anterior para sua tia e esta havia dito para Conceição que ela se cobrava demais.

Por meio de tal ensejo, a psicóloga pergunta *“Bem, Ana, você está me dizendo que minha fala a fez lembrar de uma situação ocorrida com sua mãe, muito semelhante com a que ocorreu com você. O que pensa a respeito?”* (SIC) e Ana responde dizendo *“Não sei... não sei... (pausa) ... sei lá... só quero ver minha mãe e minha avó bem”* (SIC). A psicóloga propõe que Ana relate sobre o que ela imagina que irá acontecer dada a situação atual e a paciente menciona *“Bem por parte de pai, meu avô, acho que é mais natural, porque ele tem Alzheimer há muito tempo (remetendo a caso venha a falecer) ... Já acho que minha bisavó se vai... ela está muito mal e não está mais aguentando... eu espero que meu avô (materno) fique bem e espero que ele consiga fazer o que tem que fazer, que é viajar para operar a vista e voltar a dirigir, porque ele tem catarata nos dois olhos... eu espero que ele possa fazer isso. Eu prefiro que minha bisavó vá mesmo, porque, ela sofre muito... quem me falou isso foi a minha madrasta”* (SIC).

A psicológica diz *“Ana, situações como essa causam incerteza, sendo angustiantes mesmo... você já vivenciou outras experiências semelhantes?”* (SIC) e Ana, em afirmativo, relata sobre o seu bisavô materno, sua doença e morte. A paciente descreve que em tal época não foi ao enterro por decisão própria, mas retomando o presente, afirma que deseja participar do velório da bisavó, caso ocorra. Ana também salienta a preocupação que sente com sua mãe e avó, dizendo que Conceição ocupou o *“papel de pai e sua avó a de mãe do seu marido (avô de Ana)”* (SIC).

A psicóloga menciona que compreende a tensão que as situações de doença suscitam, sendo necessário, às vezes, *“que as pessoas ocupem outros papéis durante algum tempo”* (SIC), no entanto, diz que frente ao papéis atribuídos à sua mãe e avó, seria importante pensar a respeito do lugar ocupado por ela, mencionando: *“Ana, se sua mãe é o pai e sua avó a mãe, qual é o papel que lhe cabe?”* ao que Ana respondeu *“Não sei... (pausa)... filha?”* (SIC). Diante da dúvida transmitida em sua resposta, a psicóloga pergunta *“porque a dúvida?”* (SIC) e Ana responde *“sei lá... (risos)... mas acho que estou certa...”* (SIC), a psicóloga questiona sobre os papéis de filha, de pai e de mãe, de adultos, crianças e adolescentes com vistas a auxiliar paciente a compreender o seu papel no processo de adoecimento de seus avós. Por fim, Ana conclui: *“É, acho que eu estou me envolvendo muito... mas é que gosto deles demais”* (SIC), a psicóloga responde *“Claro que você gosta dos seus avós e isso não é problema, mas tudo isso que está acontecendo pode ser melhor se a gente reconhece nosso papel e, porque não, o dos demais? Você estava usando muito o “tenho que”, quem sabe seja melhor substituir pelo “gostaria de”?”* (SIC), Ana fica pensando e diz *“é, vou tentar”* (SIC).

Tendo em vista o recorte da entrevista de *follow-up* e reconhecendo o processo de elaboração necessário para a questão anteriormente apresentada, a psicóloga pergunta: *“Ana como está se sentindo atualmente? Em algum dos meses passados, sentiu vontade ou pensou na possibilidade de se cortar novamente devido ou não às situações atuais?”* (SIC) e Ana afirma, *“Estou bem, não pensei mais em me cortar. Me senti triste com tudo o que estava acontecendo, mas não pensei nessa possibilidade”* (SIC), a psicóloga questiona sobre os motivos e Ana responde *“Ah, eu sinto que não me ajudou... tava me deixando mais distante da minha família... hoje, olhando pra trás, parece que eu tava muito diferente do que sou agora, eu era muito triste... sinto que estava tampando um buraco, mas não era a tampa certa... agora, ainda que esteja triste com essas coisas do meu pai não ir me ver e a situação do meu avô... sinto que fico triste... mas tenho esperança de que as coisas vão melhorar...”* (SIC). Sobre a esperança, a psicóloga questiona e Ana explica melhor, *“Sinto que posso confiar, sabe? Embora minha mãe não conte para a gente o que está acontecendo direito, sei que faz isso*

para nos proteger. A gente tem conversado mais agora que ela saiu de um emprego, então, sei lá... sei que ela está pensando no nosso bem” (SIC). Frente a essa colocação, a psicóloga comunica sua impressão à Ana, *“percebo que está sendo possível compreender melhor as situações, sem julgá-las, reconhecendo que existem razões por trás da atitude das pessoas, mesmo quando não conseguimos saber exatamente quais são*” (SIC).

Com a aproximação do fim da sessão, a psicóloga questiona se Ana tem mais alguma coisa que gostaria de contar e a paciente responde que sim. Inicialmente, questiona como a psicóloga irá corrigir os testes e esta responde *“nós temos um guia e eu avalio, a partir desse material, o que você produziu*” (SIC), Ana então diz *“Mas você vai mostrar o papel para minha mãe, aqueles que eu usei agora?”* (SIC) e a psicóloga, tentando compreender o sentido da pergunta empregada, responde dizendo *“Não. O que será apresentado para sua mãe, assim como será para você, será uma síntese dos dados obtidos ao longo das nossas conversas, observações e testes, mas será numa conversa, não vou mostrar os seus testes ou as respostas que assinalou*” (SIC) e Ana responde *“é que coloquei (no estado civil) que estou namorando e não queria que minha mãe soubesse... pois agora sou bissexual, tô namorando uma menina... tô namorando a Fernanda*” (SIC). Assim, Ana discorre que está namorando uma colega de classe há um mês, sem a ciência de sua mãe. A psicóloga pergunta como foi que o namoro ocorreu e Ana revela que foi em uma festa, na casa de um de seus amigos, na qual ela e Fernanda foram desafiadas a se beijarem e desde então estão namorando. Justifica não ter contado para sua mãe devido ao medo que possui da repressão que o namoro pode sofrer, pois, segundo Ana, *“minha mãe já disse que está preparada se tiver um filho gay ou lésbica, mas ela é muito certinha, e acha que tem que contar tudo para a família e aí, eles sim, são muito preconceituosos... mas estou bem, estou feliz*” (SIC). Sobre esse aspecto, a psicóloga questiona sobre o que Ana pensa a respeito e essa diz *“Acho nada... tá sendo legal, ela é legal... tô feliz mesmo*” (SIC). A psicóloga compreende que Ana não demonstra dificuldades quanto a essa questão e propõe à participante que, dado o pouco tempo restante para o fim da sessão, podem conversar sobre esse aspecto na sessão seguinte, caso seja de sua vontade, pois seria necessário um pouco mais de tempo para dar conta dos possíveis desdobramentos que tal contexto pode necessitar. A paciente concorda, os testes são realizados e dado o acordo de outrora, sua mãe é convidada para a entrevista, a qual Ana quis participar.

Depois de se acomodar, Conceição menciona *“A Ana está muito bem... em comparação a quando ela veio, ela tá 100%... mais calma... mas é obvio que toda essa situação do pai, abalou... não teve jeito... até o irmão, ficou pra baixo...”* (SIC). A psicóloga solicita que Conceição esclareça o da palavra *“abalou”* e ela relata que percebeu *“a Ana mais amuadinha...”*

por isso chegou uma hora e levei eles na casa do pai, sabe, é péssimo... acho um relaxo, pois é irresponsabilidade, não ajuda com a pensão e não faz o mínimo... “eu ter que correr, eu ter que fazer”, torna-se cômodo para ele... disse para a Ana e o André (irmão), foi a última vez que fiz, eu sei que eles gostam do pai, mas ele tem que fazer a parte dele” (SIC). Conceição mostra-se bastante incomodada e irritada com a situação com o ex-marido, verbalizando uma série de dificuldades experienciadas atualmente. A psicóloga escuta e responde *“Percebo que não está sendo fácil, Conceição. Mas você está reconhecendo os seus limites e observando que faz a sua parte e por isso é esperado se sentir irritada com tudo isso... Portanto, é interessante pensar no que está ao seu alcance, no que é possível fazer diante desse cenário, pois não dá para saber se haverá alguma mudança com o tempo”* (SIC). E Conceição diz *“Sabe, eu só posso dizer por mim, saí de um dos meus empregos, e não me arrependo... também faço o que posso por meus filhos... ele não me ajuda nem com a pensão, é muito pouco, já desisti”* (SIC), a psicóloga reitera dizendo que compreende as decisões tomadas e que era importante Conceição reconhecer e valorizar o esforço por ela realizado. Quanto ao pai, sugere reavaliar a necessidade da pensão e retomar o processo de legalização, pois mesmo sendo o valor pouco representativo, poderia ser um meio de aliviar a sensação de peso, ao que Conceição concordou. A sessão foi finalizada, sendo combinado o dia para a sessão devolutiva.

Essa sessão teve duração média de 1 hora e 30 minutos, pois além da entrevista com a Ana e Conceição, também foram repetidos os instrumentos realizados pela participante na primeira fase do Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. Importa notar que os instrumentos foram aplicados logo após a sessão realizada com a participante, com o aceite da mesma, e a partir da percepção da psicóloga de que esta apresentava condições para as tarefas, sendo ressaltada a possibilidade de interrupção a qualquer momento. Portanto, ao fim da sessão, acordou-se a data do atendimento subsequente para a realização da entrevista devolutiva.

4.2.2 Aplicação e análise do CAT-H

Visando à melhor apresentação dos dados, optou-se por expor os resultados obtidos após a transcrição da entrevista realizada com ambas, participante e responsável. No que diz respeito ao CAT-H, este foi aplicado após a entrevista com Ana. As histórias produzidas pela participante nessa fase foram transcritas e analisadas, sendo o protocolo disposto no apêndice C. Nas próximas páginas, serão expostas a Tabela 8 com a pontuação geral da análise do conteúdo, a Tabela 9 com a síntese da análise de conteúdo, a Tabela 10 com a pontuação geral dos mecanismos de defesa e a Tabela 11 com a síntese das defesas utilizadas.

Tabela 8 - Pontuação geral da análise de conteúdo na fase de *follow-up*.

Cartões	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
Classificação	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N
Autoimagem	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	8	2
Relações Objetais	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	6	4
Concepção do ambiente	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	5	5
Necessidades e conflitos	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	5
Ansiedades	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	8
Mecanismos de defesa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	9	1
Superego	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	8	0
Integração do ego	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	6	4
Total	4	4	6	2	3	5	5	3	2	5	5	1	6	1	3	5	5	3	7	0	46	29

Tabela 9 - Síntese da análise de conteúdo do CAT-H da fase de *follow-up*.

Predominantemente negativas	Cartões 3, 5 e 8.
Predominantemente positivas	Cartões 2, 4, 6, 7, 9 e 10.
Desvia-se do tema frequentemente evocado	Cartão 9.
Distorção aperceptiva	-
Omissão de elementos comumente percebidos	Cartões 1.

Os dados da Tabela 8 demonstram que Ana reconhece a maior parte dos estímulos a que foi submetida, mostrando-se sensível as temáticas frequentemente eliciadas pelo material projetivo, não apresentando distorções de nível aperceptivo, denotando bom teste de realidade. Apenas a temática suscitada pelo cartão 9 que diz respeito à situação de ameaça, temida ou real, desvia-se do tema frequentemente evocado, aspecto exemplificado por meio da evitação de Ana ao conteúdo emocional implícito na prancha, factível pela adoção do herói de postura pragmática e rígida com vistas ao cumprimento de deveres e adaptação ao ambiente. Sobre a omissão de elementos comumente percebidos, no cartão 1 a figura adulta é ignorada, indicando a eclosão de alta carga afetiva sobre a temática suscitada, sugerindo dificuldades de/no contato com as figuras de referência/parentais. No entanto, compreende-se que por se tratar da primeira prancha apresentada, esse achado deve ser avaliado em meio à estrutura global de produções realizadas ao longo do teste com vistas a dirimir generalizações.

Ademais, nota-se o predomínio evidente de aspectos positivos (2, 4, 6, 7, 9 e 10) em detrimento dos negativos (5 e 8) (Tabela 9). Sobre os totais pertinentes a cada uma das dimensões examinadas, observa-se equilíbrio entre fatores positivos e negativos. A perspectiva positiva se sobressaiu, com realce, nas variáveis “autoimagem” (8:2); “relações objetais” (6:4); “mecanismo de defesa” (9:1), “superego” (8:0) e “integração de ego” (6:4). Já a interpretação

negativa esteve presente nas variáveis “necessidades e conflitos” (4:5) e “ansiedades” (0:8). A dimensão “concepção do ambiente” ocupou uma posição neutra (5:5). Adicionalmente, há evidências de atividades superegóicas em oito cartões (1, 2, 3, 4, 6, 8, 9 e 10), sendo que nos dois restantes (5 e 7) não foram encontrados sinais suficientes para análise. Nessa aplicação, Ana deu continuidade ao movimento empregado na aplicação anterior, perseverando num único conteúdo ao longo de toda a história. Observa-se assim a necessidade de exposição de elementos significativos de modo contínuo, no entanto, com a diferença de que há tentativa de localizar o leitor ante ao seu raciocínio de modo mais declarado, assim como as narrativas apresentam maior coerência e sentido, estando os enredos a serviço da constituição do superego.

Tabela 10 - Pontuação geral dos mecanismos de defesa na fase de *follow-up*.

	Mecanismos adaptativos							Mecanismos fóbicos, imaturos e desorganizados			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Cartão	Formação reativa	Anulação e ambivalência	Isolamento	Repressão e negação	Falsoamento	Simbolização	Projeção e introjeção	Medo e ansiedade	Regressão	Controles frágeis ou ausentes	
1				1							1
2	1										1
3				1							1
4		1									1
5	1			1							2
6								1			1
7				1							1
8				1							1
9			1	1			1				3
10				1							1
Total	2	1	1	7	0	0	1	1	0	0	13
Nota Crítica	5		6	5	3	4	4	3	2	1	

Tabela 11 - Síntese das defesas na fase de *follow-up*.

Mecanismo	Nota crítica	Total
A+B	5	3
C	6	1
D	5	7*
E	3	0
F	4	0
G	4	1
H	3	1
I	2	0
J	1	0
Total*		1*

Legenda: *Mecanismos que atingem nota crítica.

A tabela 10, *Pontuação geral dos mecanismos de defesa na fase de follow-up*, indica o domínio de mecanismos de defesa maduros. Nota-se que os mecanismos de “formação reativa”, “anulação e ambivalência”, “isolamento”, “projeção e introjeção” e “repressão e negação”

foram evocados ao contato com os estímulos projetivos, sendo estes últimos utilizados maciçamente. Os mecanismos repressão e negação ultrapassaram a nota crítica postulada (5:7), apontando para uso acima do esperado de defesas adaptativas, e, consequentemente, indícios de estabelecimento de quadro neurótico (Tabela 11).

Ainda sobre a Tabela 10, no que diz respeito aos mecanismos de defesa fóbicos, imaturos ou desorganizados, observa-se a presença do mecanismo “medo e ansiedade” no cartão 6 que, embora tenha tido um desfecho positivo, aponta para o sentimento provocado pela situação de vulnerabilidade diante das forças da natureza, sendo este elemento responsável pela única nota pontuada em tal grupo. Adicionalmente, ao se analisar as narrativas produzidas, constata-se a presença de elementos ambíguos, em meio aos quais os elementos positivos e negativos comportam o mesmo espaço, contudo, os aspectos positivos se sobressaíram, sendo enfaticamente preservados.

4.2.3 Aplicação e análise do Questionário Desiderativo

Antes de iniciar a nova atividade de aplicação, a psicóloga verificou com Ana se ela gostaria de ir ao banheiro ou beber água, no entanto, esta disse que não. Desse modo, deu-se sequência à aplicação do Questionário Desiderativo. O conteúdo completo das respostas da participante está disposto no apêndice D e a síntese dos resultados obtidos por Ana na fase de *follow-up* contemplam a Tabela 12.

Tabela 12 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na fase de *follow-up* (continua).

Aspectos Gerais						Categorias							
Teste Completo	Catexias / Respostas	Perseveração		Resposta Antropomórfica		Tempo de reação	Adequação à consigna			Escolhas do reino			
		Catexia Positiva	Catexia Negativa	Catexia Positiva	Catexia Negativa	Em segundos	Adequada	Inadequada	Por indução	Animal	Vegetal	Inanimado	Símbolo
Sim	1+	0	0	0	0	6	0	0	1	Cachorro	0	0	0
	2+	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	Boneca Barbie	0
	3+	1	0	0	0	10	0	0	1	0	Flor	0	0
	1-	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	Anna	0
	2-	0	1	0	0	1	0	0	1	Aranha	0	0	0
	3-	0	0	0	0	2	1	0	0	0	Flor venenosa	0	0
Total		2	1	0	0	22	1	0	5	-			

Tabela 12 - Síntese dos resultados do Questionário Desiderativo na fase de *follow-up* (conclusão)

Categorias										
Qualidade da resposta (símbolo e ou da racionalização)			Dissociação		Identificação Projetiva		Racionalização		Perspectiva vincular da resposta	
Convencional	Original (criativo e adequado)	Bizarro	Adequada	Inadequada	Símbolo estruturado	Símbolo não estruturado	Adequada	Inadequada	Resposta Narcísica	Resposta que inclui o outro
1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
6	0	0	6	0	6	0	6	0	3	3

Os dados fornecidos por meio do Questionário Desiderativo e expostos na Tabela 12 apontam perseveração nas catexias 2+, 3+ e 2-, com consequente necessidade de indução na maior parte das catexias correspondentes a categoria adequação à consigna, com exceção da 3-. O TR contou com 22 segundos, em média, 3,6 por resposta, número idêntico ao obtido na fase anterior. Observa-se que o TR figurou número maior nas catexias 1+ e 3+, com especial relevo para este último.

No que concerne à escolha dos reinos, para as catexias positivas, Ana seguiu a sequência: animal, inanimado e vegetal; e para as negativas: inanimado, animal e vegetal. Todas as respostas foram habituais, e, portanto, se enquadram na qualidade convencional. Os mecanismos de defesa “dissociação”, “identificação projetiva” e “racionalização” não apresentaram dados significativos de nota. Em relação a perspectiva vincular da resposta, a paciente apresenta equilíbrio entre as respostas que narcisistas (1+, 3+, 2+) e que incluem o outro (1-, 2- e 3-).

4.2.4 Aplicação do CDI e BAI

O CDI e o BAI foram aplicados, na mesma sessão, após o CAT-H e o Questionário Desiderativo. O compilado de itens pontuados em cada um consta em tabelas, seguidas de sua respectiva análise.

Tabela 13 - Síntese da pontuação obtida no CDI e nota de corte na fase de *follow-up*.

Afirmção	Pontuação	Afirmção	Pontuação
1	0	14	0
2	1	15	0
3	0	16	1
4	0	17	0
6	0	18	0
7	0	19	1
8	0	21	0
9	0	24	1
10	0	25	0
11	0	26	1
12	0	27	0
13	1		
Total			6
Nota de corte*			17

Observa-se que a participante pontuou 6 afirmações, cada qual valendo 1 ponto (Tabela 13). As afirmações selecionadas referem-se aos temas “incerteza quanto ao futuro” (2); “dificuldade de tomar decisões” (13); “dificuldades para dormir à noite” (16); “medo de sentir dor” (19); “comparação de nível próprio em relação ao do outro” (24) e “faço o que me mandam” (26). Não houve afirmações equivalentes a dois pontos. O resultado final demonstra que a paciente apresenta, atualmente, baixo ou índice não significativo de sintomatologia depressiva.

Tabela 14 - Descrição dos itens do BAI pontuados pela participante e nota de corte do teste na fase de *follow-up*.

Nº	Itens	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1	Dormência ou formigamento	1		
5	Medo que aconteça o pior	1		
8	Sem equilíbrio	1		
10	Nervoso	1		
14	Medo de perder o controle	1		
16	Medo de morrer	1		
17	Assustado	1		
Total de cada nível		7	0	0
Total geral		7		
Nota de corte		0 a 7 = Mínimo		

A participante assinalou 7 itens do teste, todos equivalentes a nota 1, logrando 7 pontos. Nota-se que dentre as afirmações selecionadas, duas dizem respeito às sensações corporais (1 e 8), sendo a maior parte relacionadas às percepções emocionais (5, 10, 14, 16 e 17). Não houve

itens de dois pontos. Os dados obtidos demonstram que a paciente apresenta, atualmente, baixo ou índice não significativo da presença de sintomatologia ansiosa.

4.2.5 Compreensão clínica do caso

O primeiro contato entre Ana e a psicóloga se dá com tranquilidade. A participante reconhece o trajeto e a sala anteriormente utilizada, e acomoda-se na poltrona de jeito descontraído, denotando o vínculo estabelecido entre a dupla em outro momento. Assim, inicia a sessão, falando em tom de voz audível, expondo as questões emergentes com propriedade ao longo de toda a entrevista.

Observa-se que compreende as circunstâncias vivenciadas na atualidade, porém apresenta dificuldade para abordar aquelas consideradas como mais difíceis e/ou conflituosas. Tal circunstância salienta a resistência em curso, inerente ao processo transferencial, mas também permite considerar o que Arenales-Loli, Abrão, Parré e Tardivo (2013) apontam sobre os limites próprios da adolescência, especialmente, na maneira como esta se relaciona com o campo da linguagem e, conseqüentemente, com os afetos. As autoras (idem) descrevem o incremento das defesas nessa etapa da vida como uma maneira de manter a estabilidade interna. Considera-se que essas proposições respaldam os achados obtidos na avaliação quantitativa dos mecanismos de defesa (Tabela 9) utilizados por Ana, apontando número acima do esperado de defesas adaptativas do tipo repressão e negação, as quais operam na tentativa de excluir do campo consciente a ideia perturbadora, adaptando-se ao ambiente e mantendo sua aceitação (Chvatal, Böttcher-Luiz & Turato, 2009). Também se associam com as principais ansiedades identificadas: medo do desamparo (cartões 2 e 5), ambivalência e fragilidade (cartão 3), desaprovação/medo de perder o amor (cartões 4, 8, 9) e insegurança (cartão 7).

Em relação aos aspectos da autoimagem, vale ressaltar que o herói criado por Ana se mostra autônomo/independente (cartões 1, 3 e 5), forte e precavido (cartão 2), passivo (cartões 4, 8 e 9), empenhado nos estudos (cartão 5) e obediente/adequado/cuidado (cartões 6, 7 e 10). As narrativas 4, 5 e 6 - cujo enredo envolve a relação com a figura materna - empregam a palavra “tranquilo (a)” em pelo menos uma de suas respostas, possibilitando inferir que as ordens recebidas pela figura materna suscitam ansiedades sobre o herói, mas também atuam de modo continente. Os resultados obtidos no CDI e no BAI complementam tais achados, indicando baixo ou índice não significativo da presença sintomas depressivos ou ansiosos.

As respostas aos instrumentos projetivos salientam esse aspecto. No que concerne ao CAT-H, embora as histórias, em sua maioria, mostrem-se organizadas, indicando preocupação

de Ana com a qualidade de seu relato, bem como de interlocução, com clara intenção de situar a psicóloga ao longo de sua comunicação, também apresentam, ainda que em menor número, conteúdo superficial, sendo necessário complementar a compreensão por meio de questionamentos. Como na primeira aplicação, Ana persevera no intento de fazer uma história única para os cartões apresentados, com a diferença de que nesse caso há melhor distinção entre os personagens, sendo projetada na figura maior (o irmão) e uma menor (o irmão mais novo). Além disso, em sua grande maioria, há expressão espontânea de sentimentos nas narrativas com enfoque substancial sobre os aspectos positivos, dado que reforça a noção já explicitada sobre a relação com o campo afetivo e seu distanciamento de sentimentos dolorosos. O Questionário Desiderativo complementa essa compreensão ao apresentar nas catexias negativas respostas cujo símbolo almeja a evitação de experiências de dor (1-, 2- e 3-).

Partindo para uma análise mais detalhada sobre as narrativas do CAT-H, observa-se que o cartão 1 apresenta conteúdo pobre e raso, sendo os personagens indiscriminados e a figura adulta omitida, fato que denuncia a presença de conflitos nesse campo, no entanto, sendo a expressão destes negada. O conteúdo pessoal e afetivo se faz presente a partir do cartão 2, no qual a preocupação do herói com sua integridade física adquire notoriedade por meio do uso de dispositivos de autopreservação e proteção, bem como o sentimento de pertencimento em meio ao grupo de amigos. O desfecho suscita a hipótese sobre a necessidade de proteção *versus* medo de se machucar dada a ênfase nos aspectos positivos da trama, bem como o mecanismo de defesa utilizado, ratificando o esforço para evitar a dor.

Infer-se que esse posicionamento se relaciona com as situações de adoecimento familiar vivenciadas por Ana na atualidade, uma vez que, de acordo com Domingos e Maluf (2003), citando Kastenbaum e Ainsenberg (1983), a perda ou iminência da perda de entes queridos na adolescência pode reforçar a presença de sentimentos de solidão, reativando a noção de insegurança e consequente aproximação da consciência de morte de si e de outros significativos, sendo este um aspecto, geralmente, rejeitado mediante repressão afetiva. Ademais, ao mesmo tempo, a presença da figura menor, identificada como irmão, parece representar nessa narrativa, seu lado mais frágil e que necessita de atenção e cuidado. A hipótese levantada remete à necessidade de proteção, transmitindo a impressão de rejeição de condutas hetero e autoagressivas, sendo possível inferir a recusa inconsciente desse comportamento enquanto alternativa viável para lidar com o conflito que se impõe.

O cartão 3 valida esse dado correlacionando-o com a figura paterna. O herói expõe as concepções de si frente as relações estabelecidas com o representante paterno, o qual é visto como expectador de suas confabulações. Nessa cena, a participante Ana conteúdo pessoal,

escancarando a relação com seu pai, assim como o conflito resultante: desejo de participar *versus* condições da realidade/sentimento de solidão. Tal elemento é corroborado pela postura adotada por Roberto que, segundo Conceição, convida os filhos para participar de eventos e festas da família atual, assim como verbaliza a saudade sentida, mas não realiza nenhum esforço para que essa circunstância se efetive, sendo a mãe responsável, na maior parte das vezes, por sua consumação. Voltando-se novamente à narrativa, o papel atribuído ao herói é ambíguo, ora colocado na posição de adulto, ora na de bebê, situação que parece apontar para o sentimento experienciado por Ana sobre essa fase do desenvolvimento em se encontra, bem como o movimento de projeções e identificações em jogo (Winnicott, 1984/1987).

Tendo em vista essas premissas, faz sentido salientar que esse elemento aponta para a presença da ambivalência, condição que, de acordo com Winnicott (1984/1987), faz parte da adolescência, principalmente, nos seus estágios iniciais, sendo esperado que os jovens transitem entre os campos da infância e do mundo adulto na tentativa de estabelecer a sua identidade. Adicionalmente, ainda no que se refere à história, o herói insiste em dizer que não deseja se machucar, reconhecendo seus limites frente às condições consideradas inadequadas para as suas necessidades, primando pelo princípio da realidade por meio da evitação. Entretanto, essa insistência possibilita inferir que Ana ratifica suas preocupações com a dor - real e psíquica - suscitada pelos conflitos manifestos e suas reverberações latentes, lançando luz sobre o sentimento de medo e, por conseguinte, a necessidade de ejetar a excitação interna para fora de si, aspecto evidenciado pelas respostas negativas ao Questionário Desiderativo, e o esforço realizado para permanecer no controle dada a necessidade de repetição verbal das consequências negativas caso o personagem se comporte de jeito diferente. Tal movimento, realizado no âmbito da situação de teste, quando analisado em termos qualitativos, de intensidade e força, corresponde a uma diminuição do ideal de ego e moderado aumento do narcisismo em conjunto com a preocupação com o outro, apoiando-se, como tentativa de resolução, no mecanismo de formação reativa para adaptar-se à realidade (Bergeret, 2006), fato observado também através das respostas ao Questionário Desiderativo (1-, 2- e 3-).

Assim, pode-se pensar que Ana evita a todo custo a repetição da conduta autolesiva. Ao se analisar a entrevista realizada e suas respostas, observa-se que a psicóloga traz o assunto à tona e que, racionalmente, Ana é capaz de reconhecer as dificuldades decorrentes. Menciona as reverberações tanto a nível interno quanto externo, aludindo ao desfecho negativo propiciado, demonstrando compreensão quanto aos efeitos do ato para si e os demais. Diante do contexto atual, refere sentimento de insatisfação e de tristeza experienciados perante os acontecimentos

familiares, no entanto, sem intenção de repetir o comportamento autolesivo, destituindo-o de seu suposto potencial resolutivo.

Tal observação repousa suas bases no que se lê “*sinto que estava tampando um buraco, mas não era a tampa certa*” (SIC), comunicação que transmite a noção de vazio e os ensaios para saída perpetrados por Ana. Nesse sentido, cabe considerar que ao relatar a necessidade da “tampa certa”, a participante não parece emitir um julgamento de valor do tipo “certo ou errado”, mas, pelo contrário, um anúncio do processo de elaboração. Além disso, refere a diferença entre as emoções passadas e presentes, salientando a disparidade de suas percepções numa atitude comparativa, surgindo em seu discurso a noção de confiança, legitimada pela compreensão “*Sinto que posso confiar, sabe?*” (SIC). Tal dado se relaciona com a compreensão de Winnicott (1970/1994) sobre o papel constitutivo da confiança sobre o desenvolvimento e restituição do amadurecimento, ao que Ana corrobora, demonstrando o resgate da esperança no ambiente, admitindo a realidade em que se encontra inserida. Durante a entrevista, se constata que em relação à mãe, as falhas do ambiente são contabilizadas, porém, mostram-se amparadas por justificativas que denotam o cuidado dispensado, bem como a assimilação de Ana do seu papel na condição de filha. Sobre a figura paterna, este pouco aparece em seu relato, e quando de sua inclusão, pouco interage, mostrando-se passivo. As próximas histórias circundam tal compreensão, incluindo percepções sobre as relações de amizade.

O cartão 4 inicia a apresentação das relações objetais internalizadas pela participante em seu contato com a figura materna, interpretada como resoluta e perseverante. O herói mostra-se passivo e a mãe domina a cena, sendo responsável por eleger prioridades, definir ações e direcionar cada um dos filhos ao seu papel. Embora tal figura apresente certa desorganização quanto ao tempo, demonstra compreender as especificidades de cada filho, correspondendo às suas necessidades. Já o cartão 5 aborda a relação do casal parental frente aos filhos e a condição gemelar destes. Observa-se que a reação parental se mostra presente, no entanto, pouco atuantes entre si, desvitalizada, revelando as fissuras mencionadas ao longo da entrevista, principalmente, no que diz respeito ao contato entre os pais e a posição destinada aos filhos, de bebês, ao serem protegidos e, ao mesmo tempo, interditados de saberem a verdade sobre os fatos atuais, retomando a questão já colocada no cartão 3 sobre o lugar infantil reservado a eles e a ambivalência gerada. Como saída, os personagens fazem uso do envolvimento em tarefas escolares, sendo isto o que ocupa a maior parte do enredo que compõe a história geral. A condição gemelar é marcada pela ocupação no mesmo berço, contudo, a participante não demonstra conflitos quanto a essa situação, distinguindo os personagens a partir da menção “mais novo” e “mais velho”, repetindo o movimento adotado a partir do cartão 2.

Os cartões 6 e 7 apresentam mais detidamente as relações objetais frente ao grupo de iguais. No 6, as relações de amizade são conciliáveis com a figura materna, e ainda que a narrativa contemple ruídos advindos do exterior, estes não solapam a qualidade do encontro em curso. Importa notar que nessa narrativa se anuncia um movimento de reconhecimento e integração quanto aos papéis e lugares de cada membro familiar, bem como das relações extrafamiliares, denotando maior harmonia entre a noção de direitos e deveres. O cartão 7, embora contemple a emergência de conteúdo persecutório, apresenta o uso de recursos internos e apoio externo para dar conta do sentimento persecutório experienciado ao qual os amigos dão suporte, ocupando lugar de importância em que é possível compartilhar dificuldades íntimas através do diálogo e exercício da empatia intragrupo como uma maneira de lidar com o conflito subjacente. Também ao se analisar o enredo da narrativa, nota-se o uso constante da palavra amigo ou amigos, apontando para a presença destes na vivência de Ana. Winnicott (1968/1975) compreende que a entrada dos amigos na vida do adolescente de modo mais saudável só é possível a partir do sentimento de confiança no ambiente, o qual é preditor essencial para que este possa se aventurar e desafiar nesse campo, transpondo as barreiras do contato com o mundo exterior.

As informações obtidas por meio do cartão 8 reforçam o movimento ora empregado por Ana e acrescentam novas compreensões. Neste, o domínio da figura materna se faz novamente presente, porém, mostrando-se indiferente aos sentimentos do herói que se apresenta passivo/obediente, não havendo espaço para reflexão ou discussão sobre seus desejos ou vontades. Infere-se que esse conflito está relacionado com a preocupação de Conceição em agradar o ambiente externo, fato evidenciado pela participante ao verbalizar o receio em falar com sua mãe sobre o namoro com Fernanda e posição bissexual. Somado a isso, convém abordar que Ana adota postura submissa em relação à figura materna, porém, infere-se que em medida capaz de ser suportada pelo ego dada a modalidade de resposta empregada pelo herói: se mostra envergonhado, mas procura se adaptar.

Dessa forma, compreende-se que Ana experencia o sentimento de ambivalência na relação materna, uma vez que a paciente não identifica espaço para o diálogo, projetando no ambiente o medo de retaliação, mas, ao mesmo tempo, denota identificação com a figura materna, fato demonstrado através da similaridade de seu discurso com o de sua mãe sobre a ausência do pai durante os quatro meses, bem como a obrigatoriedade de ter que estar ao lado da família, auxiliando tanto a mãe quanto a avó. Tal identificação pode ser interpretada pela quase unicidade da presença real da mãe na vida de Ana e, portanto, parte do processo de

indivíduo, característico da adolescência, em que o jovem se vê sem referências e, portanto, busca fora de si aquelas que julga compatíveis com o que lhe é passível.

O cartão 9 retrata novamente a relação com a figura materna, porém, dessa vez o herói mostra-se mais ativo, ajustando o ambiente a seu favor, por meio da superação de algumas inibições. Há também a inclusão de outros personagens, fato que aponta para a relação com os outros irmãos, os quais Ana diz gostar e ter bastante contato quando está na casa do pai. Nota-se que o sentimento experienciado de novo é de passividade e obediência, sem questionamentos. Todavia, a relação materna comporta suas nuances. No cartão 10, o teste é finalizado com história que enfatiza o cuidado materno tanto na dimensão concreta (cuidados básicos) quanto subjetiva (afeto), evidenciando a união entre esses dois aspectos. Ainda, a narrativa resgata a diferença entre os irmãos, discriminando-os a partir de suas qualidades, assim lançando luz sobre a singularidade dos personagens e a integração entre os impulsos amorosos e agressivos, com funcionamento adequado do ego.

Em resumo, Ana apresenta bom vínculo com a psicóloga, fazendo uso do espaço para compartilhar aquilo que considera importante. No entanto, demonstra resistência para entrar em contato com questões consideradas por ela como conflituosas, adotando mecanismos de defesa do tipo adaptativo na tentativa de evitar a incidência de conteúdos ansiógenos, excedendo no uso da repressão e negação. Sobre isso, observa-se que as circunstâncias de saúde dos avôs e bisavó, a preocupação com a figura materna e sua avó, a relação estabelecida com o pai e a luta para não se machucar, são os principais elementos que permeiam o maior uso de tais mecanismos por meio de forte repressão afetiva. Ademais, as ansiedades subjacentes fomentam a instalação de comportamento passivo no intuito de evitar a dor e o embate, mantendo a autopreservação. Ana demonstra esforçar-se para se adaptar, evitando a expressão de descontentamento e agressividade decorrente das frustrações que experimenta na tentativa de manter a autoestima, o amor e aprovação daqueles de quem depende.

As funções egóicas mostram-se íntegras e preservadas, alcançando níveis aceitáveis. Todavia uma análise cuidadosa demonstra que, frente às circunstâncias familiares, Ana mostra-se impotente, buscando na adaptação ao meio uma maneira de atenuar o sofrimento, bloqueando expressões afetivas mais significativas. Nota-se que há possibilidade de a paciente expressar suas emoções em momento propício sem prejuízos em sua autoimagem, desde que as figuras parentais se mostrem receptivos a isso, o que, em caso negativo, pode suscitar comportamentos regressivos que demandem atenção imediata.

4.2.6 Entrevista devolutiva com a participante

Nessa fase, foram realizadas duas sessões devolutivas com a participante, sendo que somente a última contou com a presença da mãe. Ana e sua mãe compareceram à sessão no horário previsto. Após acomodada, a psicóloga questiona *“Como está?”* (SIC) e Ana responde *“Têm sido difícil. Minha bisavó piorou, ela está entubada... mas meu avô talvez saia do hospital”* (SIC). A psicóloga responde que compreende tal sentimento e questiona como Ana tem lidado com isso, ao que ela relata: *“Tá bem difícil, essa semana apareceu um sentimento... que eu não consigo confiar em mais ninguém para contar as coisas... na minha mãe... só consigo confiar um pouquinho numa amiga minha... mas no resto não consigo mais contar nada”* (SIC).

A psicóloga questiona o que pode ter levado a esse sentimento e Ana responde que não sabe dizer, pois *“veio do nada”* (SIC). A psicóloga compreende que cabe aprofundar um pouco mais nessa questão e pergunta *“Talvez isso que você está sentindo não tenha vindo do nada. Desde quando você identifica que mudou?”* (SIC) e Ana responde *“Desde o meio da semana passada”* (SIC). A paciente fica em silêncio e a psicóloga questiona se houve algo diferente ao longo da semana, ao que Ana responde negativamente.

Dessa forma, a psicóloga indaga *“Você recorda o momento que se deu conta desse sentimento?”* (SIC) e Ana responde *“Eu ia contar uma coisa para a minha mãe e eu acabei não conseguindo... era uns negócios que tava acontecendo com meu vô, com minha bisavó, como eu tava... ela tava chorando... eu queria falar com ela, mas também não conseguia falar”* (SIC). A psicóloga questiona o que Ana gostaria de falar para sua mãe e esta diz *“eu queria falar que eu queria muito ver o meu vô, que ele ia sair bem, e que eu tinha sonhado um sonho ruim, mas que depois acabou bem”* (SIC). A psicóloga percebe que Ana queria amparar a sua mãe, mas que se sentiu impedida, e questiona *“Ana você iniciou dizendo que perdeu a confiança para contar, falar com a sua mãe, mas ouvindo o que está me dizendo, o que você iria fazer era acalmá-la... o que será que você queria?”* (SIC) ao que Ana responde *“Há, essa semana eu me lembrei do que aconteceu no ano passado... e isso me fez ficar meio mal, acho que foi isso...”*. A psicóloga pergunta sobre o que pode ter levado a esse tipo de lembrança e Ana diz *“Aquele menino, o Fernando, apareceu quase todos os dias na porta da escola na semana passada... ele ficava cochichando com uns amigos dele e olhando para mim... fiquei com medo dele fazer tudo aquilo que fez no ano passado... a gente foi na lojinha (de doces), eu e a Camila, mas fiquei com medo dele fazer também alguma coisa com meu irmão, deles brigarem... e ele e minha mãe já estão brigando muito, porque meu irmão tá mudando... agora*

ele tá respondendo, tá se soltando mais. O Fernando pode 'zuar' o meu irmão porque ele tem o dente para frente, ficar provocando... encarando, e eles brigarem... e o André também pode apanhar, pois o Fernando tá sempre com o irmão mais velho dele” (SIC).

Na sequência, a psicóloga diz para Ana que suas preocupações fazem sentido e que percebe que contribuem para que sinta medo, e questiona *“Quando você vai dizendo que a presença do Fernando te perturba, de que maneira você percebe que isso quebra a confiança que você tem na relação com sua mãe?” (SIC)* ao que Ana responde *“Não sei, não acho que é só por isso... me lembro do ano passado e penso em não preocupar minha mãe mais do que ela já está preocupada... sei que ela está sofrendo” (SIC).*

A psicóloga questiona *“Ana, o que você pode falar para preocupar a sua mãe?” (SIC)*, e Ana diz *“essa semana passada, a gente foi para escola, eu e meu irmão, a gente ia pra uma excursão, a gente tinha um monte de coisa para fazer... só que aí meu irmão acabou aprontando e vários professores agora estão olhando ele... só que nisso os professores começam a jogar a responsabilidade dele em mim, tipo ‘você deveria ficar de olho no seu irmão na sala de aula’ e tipo... eram os professores e instrutores que deveriam ficar” (SIC).* A psicóloga menciona *“Entendo. O que você acha que sua mãe faria caso você contasse isso para ela?” (SIC)* e Ana responde *“Eles (a mãe e o irmão) iam brigar, porque minha mãe fala pra gente contar para ela se algum dos dois aprontar, mas não quero que eles briguem...” (SIC).*

A psicóloga diz *“Ana, quando você me conta isso, entendo que você está tentando evitar os conflitos na sua família. Você deseja não preocupar sua mãe, mais do que ela já está com toda essa situação de saúde familiar. Está tentando protege-la e também proteger a sua família, evitando as brigas, no entanto, há um desgaste se formando. Você está ficando triste e não apenas pelo que está acontecendo agora, mas recordando de situações que vivenciou no passado devido a presença do Fernando”.* Ana observa a fala da psicóloga e quando esta termina, emenda: *“Ah, minha mãe toda sexta, sábado e domingo, vai buscar a minha avó no hospital... e acaba sendo uma coisa triste... acaba sendo muito triste ver minha vó triste... você percebe que ela não tem mais a alegria que ela tinha” (SIC),* a psicóloga complementa dizendo *“ela está sofrendo e me parece que você também por perceber tudo isso” (SIC).* Na sequência, Ana começa a chorar e após algum tempo a psicóloga oferece a caixa de lenços e entre soluços a paciente diz *“Não tá bem as coisas... meu avô por parte de pai não está bem, meu avô por parte de mãe também não tá bem, tá um pouco melhor, mas não tá bem... minha bisavó... é muita coisa” (SIC).*

A psicóloga dá tempo à Ana e após algum tempo, diz *“São muitas coisas ao mesmo tempo, Ana” (SIC).* A paciente chora intensamente e quando as lágrimas cessam um pouco,

Ana refere que precisa ir ao banheiro. No seu retorno, mostra-se sensibilizada, dizendo: *“Nossa, eu nem sabia que iria chorar assim... (risos)”* (SIC). A psicóloga ratifica a percepção de que Ana estava se sentindo sobrecarregada e triste por tudo isso, ao que a paciente balança a cabeça em afirmativo e nada fala. A psicóloga questiona mais detidamente sobre as situações, buscando auxiliar Ana a compreender o seu papel em cada uma delas. Sobre a relação com as questões de saúde de seu avô e bisavó, no que diz respeito ao seu papel de *“filha e neta”* (SIC), Ana diz *“eu já faço algumas coisas... acho que continuar vendo minha avó... tentar deixar ela alegrinha, dando bastante carinho... ficando bastante com ela quando ela tá em casa... também tô ficando ao lado da minha mãe, fico deitada do lado dela na cama quando chego da escola”* (SIC).

Sobre a relação com seu irmão, a escola e seu papel de *“irmã”* (SIC), Ana menciona que *“eu tento não ligar tanto, mas, às vezes, eles cobram demais... não acho que tenha que cuidar do meu irmão... eu tenho minhas obrigações e ele tem as dele, eles (os professores) tem as deles também... não consigo cuidar do meu irmão”* (SIC), ao final de sua fala, a psicóloga ratifica a compreensão de Ana e alerta que os professores podem continuar agindo dessa maneira e Ana diz que *“também acho... mas não importa, eu sei que não posso fazer por ele... vou tentar não dar tanta bola... também fico tentando evitar que ele e minha mãe briguem, mas acho que deveria deixar... sei lá, tô achando que tô pegando muita coisa pra mim”* (SIC).

A psicóloga pergunta para Ana sobre o que faz ter medo dos conflitos entre a mãe e o irmão e a paciente diz *“não sei muito bem o porquê... mas tenho medo mesmo... eu, sei lá, acho que não gosto de briga... meu irmão é muito grosso... parece que eles vão se odiar para sempre... minha mãe é brava também”*. A psicóloga menciona *“nem sempre os conflitos são ruins... sua mãe e seu irmão brigam porque estão tentando ajustar o que precisa ser ajustado... eles se amam mesmo quando um faz coisas que o outro não gosta... a briga é uma tentativa de ajudar o seu irmão a perceber que precisa mudar em alguns aspectos... você está dizendo que ele tem aprontado na escola, que ele tem se afastado... daí você acha que sua mãe briga porque ele está mais perto ou mais longe de vocês?”* (SIC), Ana ficou pensativa, mas depois de algum tempo disse *“para ficar mais perto”* (SIC). A psicóloga discorre sobre a briga como uma maneira de também tentar aproximar o outro e Ana balança a cabeça em afirmativo.

Assim, a psicóloga menciona o quanto Ana se mostra envolvida com as situações, afetando-se com intensidade. Diz: *“Há uma tensão que gera angústia... de modo que até te faz recordar do passado. Compreendo que toda essa situação tem te gerado insegurança, de modo que tudo parece ter se impregnado pelo mesmo sentimento, de incerteza, e o medo de se autolesionar parece ter surgido novamente”*, Ana concorda e diz que, embora não tenha

pensado nessa opção, reconhece saber que se trata de uma possibilidade, mas que não quer, dizendo *“não quero me cortar, não quero mais problemas para mim..”* (SIC). Sobre isso, recorre ao que mencionou anteriormente *“não quero dar preocupações para minha mãe... e eu também prometi para mim mesma que não faria mais isso”* (SIC). A psicóloga pergunta *“Como você acha que pode se ajudar nisso?”* (SIC) e Ana responde *“Ah, deixar o passado para trás e conversar com a minha mãe”* (SIC).

A psicóloga diz à Ana *“Olha, o passado faz parte de você, da sua história, então, talvez uma saída seja tentar se reconciliar com ele... você se cortou por algum motivo, lembra? você estava se sentindo desamparada, pois não queria dar trabalho para a sua mãe... algo parecido com o que vem ocorrendo agora... é importante perceber que você também está sofrendo com tudo isso e também precisa de atenção”* (SIC). Ana chora e após algum tempo a psicóloga questiona o que faz se emocionar e paciente diz *“Ah... é tudo junto... não dô conta”* (SIC). A psicóloga ratifica tal percepção e comenta *“Ana, tá tudo bem a gente não dar conta... a gente não dá mesmo... o primeiro passo é esse: assumir que você não dá conta, para, a partir disso, pensarmos no que você dá.”* (SIC).

Frente ao tempo da sessão, a psicóloga questiona como Ana está se sentindo, ao que ela responde *“Estou bem, me sentindo mais aliviada... vou tentar falar com a minha mãe”* (SIC). O atendimento é finalizado com o combinado de que na semana seguinte será realizada uma outra entrevista devolutiva com Ana, no intento de observar como ela se encontra, bem como de transmitir os resultados de sua última avaliação para ela e sua mãe.

4.2.7 Entrevista devolutiva com a participante e responsável

Na data marcada, Ana e Conceição compareceram à sessão no horário marcado. A paciente encontrava-se abraçada à mãe na recepção. Conforme acordado, Ana foi convidada a adentrar à sala enquanto Conceição esperava na recepção. Ao sentar na cadeira, a psicóloga questiona como Ana está e ela responde que está bem. A psicóloga fica em silêncio e, após alguns segundos, Ana passa a rir, mencionando que a situação de silêncio é *“meio estranha”* (SIC). A psicóloga sorri e diz *“Como foram seus dias?”* ao que Ana responde *“foram bons... Ah, sabe aquele negócio que te falei de não confiar? Melhorou, falei com minha mãe, tô mais próxima dela... ela disse que quando isso acontecer, eu posso continuar falando para a minha amiga e quando me sentir bem, falar para ela o que tô sentindo”* (SIC). Frente a isso, a psicóloga conclui *“me parece que conversar é um bom jeito de você se sentir mais próxima da sua mãe”* e Ana concorda, dizendo, *“é, é bom conversar... nossos pensamentos saem da*

cabeça" (SIC). A psicóloga questiona sobre o sentido da sua resposta e Ana diz *"sei lá, sinto que é bom, só isso"* (SIC). Assim, a psicóloga sintetiza para Ana *"me parece que você está dizendo, e sentindo, que falar é bom porque o nosso pensamento não tem limite e, quando nos damos conta, podemos estar imaginando coisas que podem ser verdade ou não. Daí, quando falamos tem uma outra pessoa lá fora que pode dizer se aquilo que pensamos faz sentido, e em que medida"* (SIC). Ana sinaliza positivamente com a cabeça enquanto a psicóloga fala, mostrando -se atenta, e expressa: *"Sim! Parece que não tem limite mesmo... (risos)"* (SIC).

A psicóloga pergunta à Ana sobre o que haviam acordado e Ana lembra que fariam a entrevista devolutiva. A psicóloga pergunta se podem começar e Ana confirma. Dessa forma, com o auxílio das pranchas do CAT-H, iniciam a devolutiva. A psicóloga, a fim de dar sentido a narrativa, lê em sequência as histórias produzidas para os cartões 1, 2 e 3, e, ao final destas, pergunta para Ana se elas a fazem pensar em algo sobre si.

Retomando a narrativa 3, Ana lembra de episódio ocorrido nas férias em que ela e o primo de 6 anos ficaram de fora das brincadeiras do irmão e de seu amigo porque eram violentas demais para ela. Discorre sobre suas preferências de jogos, mencionando que não gosta de se machucar e, nesse momento, associando com o personagem da história 2. A psicóloga diz *"Compreendo. O personagem da história não gosta mesmo de se machucar. Em ambas as histórias ele se posiciona contra esse tipo de dor, concreta. O personagem quer evitar a dor física, real, mas também a..."* (SIC), *"dor emocional"* (SIC), Ana completa.

Sobre isso, a psicóloga questiona o que Ana quer dizer e ela relata *"me representa um pouco, não quero sentir... a dor emocional... dor, igual o nome diz, vai doer muito, vai machucar"* (SIC), a psicóloga questiona sobre quais dores a paciente quer evitar e Ana pensa por alguns minutos e, em seguida responde, *"não sei... acho que quando eu fiz esta história tava querendo dizer que não quero me machucar de novo... e é verdade, tem muita coisa acontecendo e não quero passar por isso de novo"* (SIC). A psicóloga pergunta sobre o que pode levar à autolesão na atualidade e Ana diz *"Não sei... mas se eu me sentir sozinha de novo, acho que pode me trazer toda aquele sentimento ruim de novo... tenho pra mim que não vou fazer... mas, sei lá... tenho medo de sentir aquilo de novo e agora ouvindo a história acho que é disso que eu tô falando"*.

A psicóloga menciona *"Compreendo o medo que está sentindo Ana e de fato seria estranho se você não se sentisse assim... quando vivemos alguma experiência marcante, ela faz isso, nos marca, de maneira que se o sentimento atrelado a ela foi ruim, fica um registro interno que nos dá medo quando pensamos na possibilidade de viver tudo aquilo de novo... porém, pensar não é fazer... você pode pensar, mas não quer fazer, e esse 'não querer' também tem*

força... ao longo da história que você contou você vai mostrando sinais dessa força, o personagem vai encontrando saídas interessantes para os problemas da realidade que vão se mostrando. Você quer ver como?”.

Ana concorda e as próximas pranchas são apresentadas. A história do cartão 4 é apresentada e, ao ser indagada sobre suas compreensões, Ana responde sem hesitar *“tô falando da minha mãe. Ela é assim certinha em tudo, fica preocupada se alguma coisa sai do esperado”* (SIC), a psicóloga questiona sobre como ela se coloca diante das situações e a paciente relata que *“faço o que minha mãe me pede”* (SIC). Sobre isso, Ana acrescenta *“minha mãe manda a gente fazer algumas coisas, mas às vezes ela negocia. As vezes a gente também fala, mas agora to obedecendo mais”* (SIC). A psicóloga questiona como Ana se sente seguindo as ordens maternas e Ana diz *“não é sempre fácil e nem sempre eu faço, mas é melhor fazer porque senão vira briga”* (SIC). A psicóloga diz para Ana que percebe o quanto ela deseja evitar os conflitos, relembrando o assunto que foi mencionado na semana anterior, e acrescenta dizendo que esse é um dos elementos que surge em outras histórias.

Ao ler a história 5, Ana, quando questionada, descreve a cena anteriormente verbalizada e menciona que *“me lembra quando eu e meu irmão éramos pequenos e meus pais eram casados... minha mãe conta que a gente dormia no mesmo berço”* (SIC). A psicóloga questiona os motivos que podem tê-la feito formular tal história nesse momento da sua vida, questionando sobre a relação entre os personagens. Ana fica pensativa por alguns minutos e, após, observa que os personagens se mostram normais, *“é um dia comum... meu pai e minha mãe quando estavam juntos eram assim, faziam as coisas de casa e iam dormir”* (SIC). A psicóloga diz que percebe que a cena fala da relação familiar, mas que considera que *“talvez fale também um pouco de como é agora, seu pai e sua mãe não interagem tanto e o quanto você e o seu irmão ficam como expectadores, observando essa interação”* (SIC). Ana concorda, referindo *“Sim, é verdade. Acho que tem haver mesmo... meus pais decidem e a gente obedece, não tem muito o que fazer... eles não se dão muito bem... minha mãe está brava com ele por causa da pensão”* (SIC). A psicóloga menciona que considera que esse movimento do pai também afete a ela e pergunta *“no cartão 3, não falamos, mas o personagem se relaciona com o pai... porém, o pai aparece mais como expectador, fica observando, acompanhando, o que o personagem decide fazer”* (SIC) ao que Ana responde *“É, acho que tem haver. Meu pai está distante da gente (Ana e o irmão) ... agora ele pegou a gente, a gente ficou na casa dele, mas me incomoda saber que precisou chegar nisso para que ele pegasse a gente... também me incomoda perceber que quando a gente tá lá, a gente fica meio que sozinhos com as minhas irmãs, pois ele tem pouco*

tempo, ele tem que trabalhar e fazer umas coisas... não tá 100%, ele ainda passa dias sem ligar, isso magoa muito... da última vez ele mandou um Uber nos buscar pra ir pra casa dele” (SIC).

A psicóloga pergunta como Ana tem lidado com esse reconhecimento e ela responde: *“Eu fico triste, é bem difícil conviver... mas prefiro acreditar que ele vai se tocar e que vai perceber a falta que faz... que ele deveria estar presente, ainda que um pouco pra gente...” (SIC).* A psicóloga diz *“É Ana, o seu pai lhe oferece aquilo que está no alcance dele, e tudo isso, as partes boas e as ruins, fazem parte de quem ele é” (SIC)* e Ana complementa: *“Sim, eu gosto dele, é o meu pai...”*. A psicóloga diz que compreende a situação e questiona como Ana *“lida com esse reconhecimento, daquilo que você gostaria e daquilo que é apresentado pela realidade?”* e Ana responde *“tento aproveitar o máximo quando estou com ele... claro, as vezes que ele tá em casa e não tá com a mulher dele... eu queria mesmo um tempo para mim e meu irmão... a gente já tentou falar com ele sobre isso, mas ele sempre diz que vai parar e não para, diz ‘é só dessa vez’... aí vai dando raiva e tristeza, por uma coisa que ele promete e não cumpre... ele gasta dinheiro com outras coisas e não busca a gente”*.

Assim, a psicóloga diz *“Ana compreendo a raiva que essa constatação gera, afinal, é difícil mesmo quando as pessoas que amamos não correspondem as nossas expectativas.” (SIC)* e Ana responde *“Sim, é triste. Hoje, quando vou para casa dele, vou porque sinto saudade dele, mas a gente chega lá e ele fica pouco em casa... daí, acho que o que me faz mais ir lá é as minhas irmãs e minha sobrinha, só isso... a gente se diverte muito juntas” (SIC)*, a psicóloga refere *“Vejo que você está dizendo que não se sente acolhida por ele da maneira como gostaria, no entanto, você tem carinho por seu pai, você sente falta” (SIC)* ao que Ana diz *“Sim... (silêncio)... às vezes quando ele se esforça pelo menos um pouco pra buscar a gente, sinto que ele gosta da gente” (SIC).* A psicóloga responde a Ana que compreende os sentimentos em jogo por seu pai e o quanto, nesse contexto, a oscilação é esperada, pois trata-se de uma situação que também varia. Ademais, acrescenta que é possível observar nas histórias, ainda por vir, que Ana parece encontrar no grupo de amigos refúgio e segurança, parecendo sentir-se amparada por afeto e carinho em outras relações.

Assim, as histórias 6 e 7 são relatadas, sendo a relação do herói com a figura materna apontada. Ana corrobora a história dizendo que é comum levar pessoas na sua casa e, retomando a história 7, descreve que teve um pesadelo recentemente e que quando chegou na escola, pode contar para sua melhor amiga, Camila, a qual a ajudou, acalmando-a. A psicóloga assente e diz que é possível perceber nessa história a presença da figura de autoridade, no caso a materna, e pergunta o que isso a faz pensar e, em resposta, a paciente diz *“só posso levar alguém na minha casa se minha mãe autorizar... senão, não”*. A psicóloga pergunta sobre o que Ana pensa a

respeito e ela diz concordar, pois “*é a minha mãe, né... ela que decide*” (SIC). A psicóloga diz “*Sim, sua mãe decide, pois é a figura de autoridade, e você, como se comporta?*”, Ana fica em silêncio por alguns minutos e diz “*Há, eu obedeço*” (SIC), a psicóloga concorda e menciona “*sim, percebo que você obedece e me parece que isso também é possível de ver nas outras histórias*” (SIC).

Assim, a psicóloga traz em sequência as histórias 8, 9 e 10. Ana houve atentamente e ao final, sorri, dizendo que gostou do desenlace. A psicóloga questiona sobre o que chamou atenção e Ana refere que percebeu que mãe da história é legal, que gostou da parte das cócegas, dizendo “*eu adoro quando minha mãe faz cócegas em mim... às vezes, quando a gente tá deitada e ela quer sair da cama, ela faz cócegas no meu pé... é legal*” (SIC). A psicóloga reconhece que o valor desse contato com a mãe e questiona à Ana, “*Como nessa história, a mãe é percebida pelo personagem?*”, Ana pede para que a psicóloga repita as histórias e ao final destas diz: “*legal... ela faz cócegas, ela cuida... educa... mas também manda (os filhos) fazer coisas que eles não gostam, mas tem que aprender, né.*”.

A partir disso, a psicóloga refere que a imagem que o personagem tem da mãe dele, assemelha-se à que Ana tem de sua mãe, contemplando o papel da lei, mas também do afeto. Ana complementa dizendo, “*É... Minha mãe é uma guerreira, ela é muito forte, e quando a gente mais precisa ela está lá, apoiando, mesmo quando erro... quando ela erra, ela também pede desculpa*”. A psicóloga finaliza dizendo “*Ana, por meio dessas histórias foi possível perceber que você consegue compreender as situações de modo diferente de como antes, quando iniciamos aqui, e isso só é possível, ao meu ver, porque você também mudou. O que você acha?*” (SIC), Ana responde “*Eu concordo. Hoje tô mais calma e confiando mais que as coisas vão dar certo... Tenho amigos e minha mãe, minha avó, meu vô e minha família do meu lado*” (SIC). A psicóloga concorda e diz que percebe que o suporte da família é algo bastante importante para Ana, considerando que as mudanças em si, também tiveram haver com as mudanças externas, as quais contribuíram para que Ana se sentisse amparada.

Além disso, observa que a sobrecarga emocional colabora para que Ana se sinta perdida e, por isso, o auxílio do outro é de extrema valia, reforçando a importância da fala e do pedir ajuda em momentos delicados como esse. Por fim, retoma a potência dos recursos egóicos de Ana, dizendo que “*a nossa avaliação demonstra que você possui recursos, ou seja, uma bagagem para lidar com as situações de conflito... porém, o sentimento de medo, às vezes, fica grande e isso dificulta observar as situações como elas são, portanto, embora você não apresente sintomatologia depressiva ou ansiosa, no momento, entendo que se beneficiaria de uma psicoterapia por algum tempo*” (SIC). Ana concorda dizendo “*É, acho que sim. É bom ter*

um lugar para falar sem se preocupar” (SIC). A psicóloga diz que conversará com sua mãe sobre o assunto e questiona se esta gostaria de participar da próxima entrevista, Ana nega, preferindo aguardar na recepção. Antes de sair, agradece e diz que terminou com sua namorada, mas que são amigas. A psicóloga compreende a fala, mas dada a circunstância já posta, de término da sessão, esse tema não foi possível de ser abordado.

Assim, a psicóloga convoca Conceição para a conversa e esta toma lugar na sala. Após se acomodarem, a psicóloga inicia questionando as percepções sobre o Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo da fase de *follow-up* e comenta que Ana *“Ela está bem, mas tem estado meio chorosa esses dias... porém, acho que essas coisas do pai, meu pai também e minha avó, estão mexendo com ela, na verdade com os dois”* (SIC). A psicóloga corrobora tal fala e menciona que a reação, bem como o sentimento de tristeza envolvido é esperado frente situações de saúde e/ou afastamento de entes queridos. Ademais, menciona que, de modo geral, após o exame aprofundado das entrevistas, dos testes projetivos e objetivos, Ana apresenta teste de realidade preservado, bem como os aspectos cognitivos, denotando recursos para enfrentar os conflitos internos e encontrar soluções mais positivas para si e dos demais.

Apona que Ana apresenta mudanças nos que se refere à primeira e a segunda aplicação dos inventários CDI e BAI, indicando, no momento, baixo ou nível não significativo de sintomatologia ansiosa ou depressiva. Conceição se mostrou aliviada, corroborando *“Ah, que bom... eu imaginei... ela tá tranquila mesmo... muito carinhosa até”* (SIC). A psicóloga emenda dizendo que a paciente também denota melhoras a nível qualitativo, expressas por meio da maneira como tem observado as situações, mostrando-se mais próxima da realidade, assim como discriminando melhor seus papéis e o dos outros, conseguindo expressar seu incômodo. No entanto, lança luz para a presença de intensidade interna que contribui para que as situações conflitantes adquiram um peso considerável, chegando a sentir-se sobrecarregada. A psicóloga menciona que Ana demonstra a presença de recursos para lidar com as dificuldades do cotidiano, no entanto, salientando a importância do ambiente nesse processo, de possibilitar o sentimento de proteção a fim de ajudá-la a reconhecer o seu papel e o que lhe é viável de realizar.

Sobre isso, Conceição relata *“olha, eu falo com ela, com frequência, inclusive, ela me disse que não estava conseguindo me falar... eu não entendi muito bem, mas como percebi que ela tava sensível... daí eu não perguntei nada, mas me preocupou um pouco... porém, ela tava vindo aqui e daí pensei que seria melhor terminar aqui para ver o que você iria dizer”* (SIC). A psicóloga compreende e reforça que Ana apresenta recursos, mas que era indicada a psicoterapia como uma via de comunicação em que pudesse dar continuidade ao processo de

reflexão realizado ao longo da avaliação. Conceição disse que iria pensar a respeito, devido as atuais questões financeiras, já que com a saída de um dos trabalhos, ela teve que abrir mão do convênio médico. Por fim, a psicóloga colocou-se à disposição para contato e se despediu de Ana e Conceição. O processo foi finalizado.

5 COMPARAÇÃO ENTRE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRIMEIRA APLICAÇÃO E NA FASE DE *FOLLOW-UP*

Como já referido esta avaliação ocorreu seis meses após o final do Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. Nesse tópico, são apresentados os resultados obtidos na primeira etapa, denominado de primeira aplicação, em comparação com a segunda, referenciada de *follow-up*. Assim, a fim de favorecer a compreensão, os dados constatados são apresentados por meio de figuras e tabelas devidamente numeradas.

A Figura 1 apresenta os aspectos negativos (N) obtidos em ambas as aplicações do CAT-H. Os achados iniciais apontam para diferença entre as categorias pontuadas na primeira aplicação e na fase de follow-up, com especial destaque sobre esta última, a qual demonstra sensível queda quantitativa entre as etapas. Nota-se diferença em todas as categorias, sendo que os conceitos de autoimagem (8:2), superego (5:0) e integração do ego (10:4) apontaram maior discrepância. A somatória total também chamou a atenção, decrescendo de 62 para 29.

Figura 1 - Aspectos negativos (N) totais pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

A Figura 2 apresenta os aspectos positivos (P) obtidos em ambas as aplicações do CAT-H. Os resultados demonstram a predominância dos positivos em detrimento dos negativos com relevo para os conceitos de autoimagem (4:8), relações objetais (1:6) e atuação do superego (1:8). A categoria ansiedades (0:0) não apresentou nenhuma diferença significativa, mantendo-se estável na primeira aplicação e na de *follow-up*. O total obtido também demonstra diferença significativa passando de 14 para 46 pontos.

Figura 2 - Aspectos positivos (P) totais pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

A Figura 3 apresenta a síntese dos mecanismos de defesa utilizados no CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*. Considerando a primeira aplicação, os resultados demonstram o uso de cinco defesas maduras do tipo isolamento (10), repressão (6), falseamento (1), simbolização (2) e projeção e introjeção (4) e duas do tipo imatura, a saber, medo e ansiedade (3) e controles frágeis ou ausentes (1). Observa-se que três mecanismos adaptativos, isolamento e repressão e negação, ultrapassaram a nota crítica na primeira aplicação, bem como a categoria projeção e introjeção. Os mecanismos fóbicos, medo e ansiedade e controles frágeis e ausentes, também alcançaram tal relevo. Esses dados quando comparados com a aplicação realizada no *follow-up* demonstram, quantitativamente, uso similar de defesas adaptativas entre as aplicações, mas diferença em sua qualidade e emprego, prevalecendo, nessa segunda etapa, os mecanismos de formação reativa (2), anulação e ambivalência (1), isolamento (1), repressão (7), projeção e introjeção (1), considerados maduros, e enquanto defesa imatura apenas foi pontuada a categoria medo e ansiedades (1). O total também apresenta dado significativo, apontando para queda no uso de defesas adaptativas ou imaturas em mais de 50% (27:13) entre a primeira aplicação e a de *follow-up*.

Figura 3 - Síntese dos mecanismos de defesa utilizados pontuados na análise geral de conteúdo do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

Legenda: C: Controles; *ponto crítico atingido somente na primeira aplicação; **ponto crítico atingido na primeira e segunda aplicação.

Ainda sobre o CAT-H, convém considerar a maneira como a participante responde à tarefa. A análise dos aspectos qualitativos (Figura 4) reúne as diferenças observadas entre a primeira aplicação do instrumento em comparação com a de *follow-up*. Observa-se a maior incidência de aspectos negativos nas narrativas ao longo da primeira aplicação em comparação com a segunda (10:3) e, conseqüentemente, a presença de elementos positivos (7) nas narrativas na fase de *follow-up* em contraponto com a primeira aplicação. Adiante, constata-se desvio maior do tema frequentemente evocado na primeira aplicação (3), assim como a omissão de elementos comumente percebidos.

Figura 4 - Síntese dos aspectos qualitativos observados nas respostas do CAT-H na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

Tabela 15 - Síntese dos aspectos gerais e específicos identificados pelo Questionário Desiderativo na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

Legenda	Tempo de reação	Perseveração	Resposta Antropomórfica	Adequação à consigna	Escolhas do reino	Qualidade da resposta (símbolo e ou da racionalização)
Primeira aplicação	Em segundos	0	0	5 Ad. e 1n.	CP: I e V; CN: A, I e V	1B e 5C
Follow-up	22	3	0	1 Ad. e 5 Ind.	CP: A, I e V; CN: I, A e V	Todas C

Legenda: Ad - Adequada; In - Inadequada; Ind - Induzida; CP - Catexes positivas; S - Símbolo; I - Inanimado; V - Vegetal; CN - Catexes negativas; A: Animal; B - Bizarro; C - Convencional.

Tabela 16 - Síntese das defesas instrumentais identificadas pelo Questionário Desiderativo na primeira aplicação em comparação com a de *follow-up*.

Legenda	Tempo de reação	Dissociação		Indentificação Projetiva		Racionalização		Perspectiva vincular da resposta	
	Em segundos	Adequada	Inadequada	S. estruturado	S. não estruturado	Adequada	Inadequada	Narcísica	Inclui o outro
Primeira aplicação	22	4	2	4	2	3	3	4	2
Follow-up		6	0	6	0	6	0	3	3

Legenda: S. Símbolo.

Os elementos do Questionário Desiderativo também foram analisados, sendo as categorias compatíveis selecionadas e comparadas entre si. Ambos os testes foram completos, apresentando diferenças entre os dados obtidos. No que diz respeito aos aspectos gerais (Tabela 15), há maior uso do elemento de perseveração, e, conseqüentemente, emprego na aplicação de *follow-up*, estando presente nas catexes positivas (2+ e 3+) e negativa (2-). Já a primeira aplicação não apresenta evidências desse tipo de ação. Sobre as respostas antropomórficas, não houve presença dessa escolha em nenhuma das aplicações.

Os aspectos específicos também foram avaliados e a categoria TR identificou a mesma quantidade de tempo total para a primeira aplicação e a de *follow-up*, 22 segundos. O quesito adequação à consigna, que refere à capacidade do sujeito em realizar a tarefa, demonstra uso de indução em cinco catexias (1+, 2+, 3+, 1- e 2-) com o intento de dar conta da realização da atividade, sendo somente a resposta da 3- considerada adequada na aplicação de *follow-up*. Em contrapartida, a primeira aplicação apresenta maior quantidade de respostas adequadas (2+, 3+, 1-, 2- e 3-), sendo apenas a 1- considerada inadequada. Sobre a escolha dos reinos, na primeira aplicação, a participante formulou a sequência desiderativa para as catexias positivas: símbolo, inanimado, vegetal e para as negativas: animal, inanimado e vegetal; e na segunda aplicação estabeleceu a sequência: animal, inanimado e vegetal para as positivas e inanimado, animal e

vegetal para as negativas. Em relação à qualidade da resposta, observa-se a predominância daquelas de tipo convencional em ambas as aplicações, com exceção da realizada na primeira aplicação (1+), enquadrada na categoria bizarra.

A Tabela 16 comporta os últimos elementos comparados do Questionário Desiderativo. A capacidade de discriminar os aspectos valorizados dos desvalorizados, denominado de dissociação, aponta que na primeira aplicação as catexias consideradas adequadas (4) sobressaíram-se sobre as inadequadas (2) e na aplicação de *follow-up* o desfecho positivo predominou em todas catexias (6). No que diz respeito ao mecanismo de identificação projetiva, análogo resultado foi encontrado. Já sobre o dispositivo de racionalização, apresenta, na primeira aplicação, respostas adequadas (3) e inadequadas (3), dado diferente do obtido na de *follow-up* em que todas as respostas são consideradas adequadas. Por fim, a perspectiva vincular da resposta, apresenta número maior de respostas narcísicas na primeira aplicação (4) em comparação àquelas que incluem o outro na fase de *follow-up* (3).

A Figura 5 compara os resultados alcançados no CDI na primeira aplicação e na de *follow-up*, assim como os do BAI. Observa-se que alteração significativa entre as aplicações realizadas. Mais especificamente, o CDI apresenta queda significativa, passando de 26 pontos, nível considerado grave, para 6, nível que indica nenhuma ou baixa presença de sintomas depressivos. O BAI também denota mudança importante, passando de 16 para 7 na aplicação de *follow-up*, apontando para a saída do limiar de moderado para o de ausência ou baixa presença de sintomas ansiosos.

Figura 5 - Comparação entre os resultados alcançados do CDI e no BAI na primeira aplicação em relação aos da fase de *follow-up*.

6 DISCUSSÃO

Após a análise clínica do caso nas diferentes etapas, primeira aplicação e *follow-up*, este item se dedica ao entrelaçamento teórico dos resultados obtidos. No que diz respeito ao comportamento autolesivo, mote propulsor deste trabalho, observa-se o desvelamento de reflexões teóricas em acordo com os preceitos do estudo de caso único (Peres & Santos, 2005; Yin, 2005) e o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo que permitiu a compreensão e a proposição de medidas interventivas ao longo do processo (Salles & Tardivo, 2017; Ferreira, 2015; Passarini, 2014; Pinto Junior & Tardivo, 2012; Marchi et al., 2009; Tardivo, 2007) em conjunto com reavaliação de *follow-up* (Salles e Tardivo, 2017; Gil, 2010; Paulo, 2006).

Ressalta-se que esta pesquisa logrou dados consistentes com a investigação atual sobre a temática, apontando para o uso da autolesão, no caso investigado, pela via da impulsividade em resposta a estado emocional de proeminente intensidade (Klonsky & Olino, 2008; Klonsky, 2011), configurando-se como saída desesperada ao não assujeitamento à despersonalização (Rosenthal et al. apud Favazza, 1996), refletindo dificuldades nos vínculos subjetivos e intersubjetivos (Fortes & Kother, 2017; Emmerich, 2017; Rolim, Ferreira & Carneiro, 2016; Lorena, 2016; Vilhena e Prado, 2015; Cardoso, 2015; Venosa, 2015; Bernardes, 2015; Drieu et al., 2011).

Tendo em vista a literatura especializada, a assimilação do caso formulada nos dois momentos da avaliação, a visão de winnicottiana sobre o estudo da personalidade e com base nas contribuições já referendadas relativas à interpretação da psicopatologia no processo de desenvolvimento emocional, associa-se que a conduta autolesiva perpetrada por Ana reflita a presença de dificuldades na constituição do si-mesmo (Winnicott, 1945/1993). Ao se recuperar os conceitos de integração, personalização e realização propostos por Winnicott enquanto tarefas fundamentais que deveriam ser sustentadas por um ambiente suficientemente bom, observa-se que Ana apresenta prejuízos vivenciados em processos de fases primitivas, possíveis de serem identificados desde a dependência absoluta, cujas rupturas incidem sob a coesão psicossomática.

Levando-se em consideração a noção de confiabilidade no ambiente e sua interrelação com o exercício das funções de *holding*, *handling* e apresentação dos objetos, observa-se que Ana reedita na adolescência os conflitos vivenciados nos primórdios de seu nascimento (Winnicott, 1971/1975), o que somado ao rompante fisiológico e a vulnerabilidade dos vínculos intersubjetivos (Drieu et al., 2011), colabora para a eclosão de perturbações psíquicas

primitivas, compatíveis com o conceito de desintegração (Winnicott, 1971/1975). Um dos elementos que sustenta essa concepção, se refere a desconfiança depositada inicialmente no espaço terapêutico.

Sobre isso, é possível observar que Ana sonda o ambiente antecipadamente, evitando o reconhecimento dos motivos que a levaram à busca de auxílio psicológico, por exemplo, quando diz, na entrevista da primeira etapa “*não sei*” (SIC), ou, na tentativa de não abordar o assunto da autolesão, respondendo de modo evasivo, “(...) *está tudo resolvido (...) fui para o lado certo*” (SIC). Evidentemente, tal posicionamento pode ser pensado em termos de resistência, mecanismo de defesa que compõe parte natural de todo e qualquer processo analítico ou diagnóstico cuja finalidade é a de proteger o psiquismo de forças inquietantes que podem ameaçar a homeostase interna (Freud, 1893-1895/1996), assim como também pode ser entendido a partir das compreensões de Arenales-Loli, Abrão, Parré e Tardivo (2013) que citando Mondrzak reconhecem que características típicas da adolescência, como o sentimento de onipotência e a evitação a todo custo da condição de dependência, somadas ao desinteresse do atendimento psicológico, mostram-se potencializadores desse mecanismo, bloqueando a expressão de angústias, dado compatível com o que fora observado no início do Psicodiagnóstico cuja demanda para o atendimento partia de sua mãe, sendo tal concentração diluída ao longo de todo o processo, bem como no de *follow-up*.

Entretanto, numa leitura mais atenta da experiência vivenciada entre Ana e a psicóloga, compete considerar que também na primeira entrevista devolutiva da fase de *follow-up* há o ressurgimento do sentimento de desconfiança provocado pela instabilidade do ambiente vivenciado atualmente por Ana, situação explicitamente expressada na primeira devolutiva da fase de *follow-up*, “*não consigo confiar em mais ninguém*” (SIC), fazendo-a, inclusive, recobrar da angústia derivada dos conflitos concomitantes à época em que se autolesionou. Assim, resgatando as concepções de Balint (1932-39/1985) em consonância com as de Winnicott (1971/1975), a volatilidade do binômio confiança-desconfiança descrita pela participante em sua relação com o ambiente pode ser considerada como indicativa da somatória de entraves no processo de identificação entre a díade mãe-bebê, num momento em que se demandou fusão com o meio.

Dessa forma, pode-se pensar que Ana e sua mãe reatualizam os desencontros experienciados nessa etapa, dado ressaltado pela fala de Conceição ao não reconhecer mais a filha, pois esta mudou “*radicalmente*” (SIC). Como exemplo, aponta a erupção das modificações fisiológicas, presença do interesse declarado por meninos e mudança de referências (do balé para o funk). Nota-se que a dramaticidade implícita nessa fala revela a

compreensão de Conceição sobre uma mudança em Ana impossível de ser apreendida, o que, ao seguir o pensamento winnicottiano sob a visão de Davis e Wallbridge (1982), sugere a presença de conflitos quanto à assimilação do ambiente sobre o advento adolescente e, portanto, de suprimimento e suporte a essa nova dinâmica.

Ao mesmo tempo, considerando a perspectiva de Aberastury e Knobel (1981) sobre os lutos típicos dessa etapa, observa-se que a percepção de Conceição sugere a necessidade de rearranjo interno para lidar com o surgimento da genitalidade e suas reverberações, ou seja, com esta nova Ana que se anuncia. Sobre isso, convém considerar que a participante também está vivenciando um processo de reconhecimento de si e do lugar ocupado, fato que pode contribuir para atuações entre os extremos. Um exemplo disso pode ser explicitado quando Ana diz para a mãe que quer em sua festa de aniversário apenas os amigos do sexo masculino ou quando questiona sobre namoro e gravidez, ao que Conceição responde e orienta, mas mostra-se assustada, apontando a fantasia implícita de que Ana revele uma identidade que estava “*abafada*” (SIC), mais especificamente, sexualizada em excesso, aproximando-se da conduta de suas irmãs, enteadas de Roberto.

Tal fala também é emblemática para se refletir sobre as corroborações de Frota (2006) ao reconhecer que o adolecer comporta as mesmas tarefas do estágio primitivo de dependência absoluta, no entanto, com o passar do tempo, não mais pela via de instalação de si-mesmo, mas de sua reinstalação. Nas palavras da autora,

“Aos onze anos, as crianças defrontam-se com a puberdade e com as novas ideias que pertencem a este período. Ao mesmo tempo em que se veem habitadas por fortes desejos instintivos, estão descobrindo-se capazes de assumir responsabilidade pessoal e começar a lidar com maior potencial de destruição, de reparação e de construção. Para Winnicott (1997), mesmo as crianças saudáveis, capazes de enfrentar as difíceis mudanças associadas à adolescência e ao próprio amadurecimento pessoal, podem ver eclodir na adolescência algumas dificuldades. Não há como escapar das ansiedades decorrentes desta passagem, que será tão mais suave quanto o indivíduo tiver tido sucesso na instalação do si-mesmo, na primeira infância” (p. 60).

Assim, por meio da compreensão de Conceição sobre a radicalidade da mudança em Ana e recapitulando que a instalação do si-mesmo está ligada a dois aspectos essenciais: o potencial herdado e os cuidados ambientais suficientes para sua promoção, infere-se que a autolesão perpetrada por Ana anuncia prejuízos relativos ao *holding* internalizado e àquele experimentado na atualidade, uma vez que para Winnicott (1964/1982) os entraves nessa tarefa, se prolongados, são experienciados enquanto intrusões, interrompendo a continuidade de ser do sujeito dada sua imaturidade psicofisiológica, implicando em reações e, conseqüentemente, na instalação de conflitos no campo de distinção do Eu e Não Eu. Sobre isso, Dias (2003)

acrescenta que face a tendência inata à integração, as falhas significativas no início do desenvolvimento são registradas na memória e transportadas pelo indivíduo ao longo da vida, sendo que aquelas relacionadas à ameaça de colapso têm maiores chances de serem reavivadas na adolescência devido a intensidade de suas transformações. Todavia, com base em Winnicott, Frota (2006) alerta que justamente pela ação da tendência inata à integração, o sujeito utilizará todas as suas forças para não sucumbir à desintegração psicossomática, fazendo uso, se necessário, de seu aparato defensivo.

Partindo de tal pressuposto, cabe tecer considerações sobre as justificativas de Ana para o ato autolesivo. Vale lembrar que na primeira entrevista, da primeira aplicação, quando questionada pela mãe, a participante reconhece o afastamento paterno como o principal motivador, porém, por meio do processo Psicodiagnóstico é possível observar que também outros elementos contribuíram para tal desenlace, principalmente, a dificuldade de lidar com as emoções negativas decorrentes das situações vivenciadas, como a separação dos pais e, conseqüentemente, maior ausência e afastamento da mãe, dificuldades com seu irmão, além da modificação corporal potencializada pelas pressões da vida social e escolar.

Nota-se que essa vivência culminou na tentativa não bem-sucedida de escrita no seu diário, gerando a constatação de falta de alternativas. Frente a isso, pode-se considerar que Ana experencia o excesso que desencadeia o encontro com o vazio cuja angústia é arrebatadora, fazendo-a a lançar mão da reação enquanto saída à invasão (sentimentos persecutórios), e, embora, num primeiro momento, busque por escapatória mais saudável, esta não é suficiente para suportar o excedente imposto, sendo o corte a alternativa ao nada. Analisando-se tal eleição, é possível reconhecer que Ana se movimenta no sentido de encontrar escoamento criativo para o conflito emergente, porém, dada a imaturidade do psiquismo e a falta de sustentação ambiental nesse período do desenvolvimento, o sistema defensivo é ativado no intento de proteger o si mesmo da ameaça de desintegração. Nesse sentido, observa-se que a participante aponta para a presença de um sentimento de irreabilidade, possível diante da iminência de colapso, suscitado pelos prejuízos no campo criativo (Winnicott, 1961/2005), de modo que os cortes inscritos em si mesma sugerem atualização da angústia original com a finalidade de engendrar um trabalho de ligação em que o excesso pode ser elaborado e, enfim, representado.

A ligação ora mencionada pode ser pensada a partir do conceito de alojamento da psique no corpo, ou personalização, em que o *handling* é a principal tarefa. Retomando a noção proposta por Winnicott (1990) sobre a mente como resultado da integração psicossomática paralelamente ao excesso experienciado por Ana ante as demandas ambientais que culminaram

na autolesão, observa-se a eclosão de uma sobrecarga mental que pode ter levado a um curto-circuito interno, resultando do curto o corte.

Com base em tal pressuposto, compreende-se que Ana evita a todo custo a vivência de aniquilamento de si, recorrendo à cisão como uma maneira de lidar com o conflito. Ao se pensar no caso clínico, faz sentido observar a leitura winnicottiana realizada por Emmerich (2017), citando Galván (2007), sobre a conduta autolesiva e o conceito “positivo de um negativo”, pois ao mesmo tempo que a participante, frente as dissociações em jogo, adota o corte enquanto saída para a integração, embora distanciando-se desta, a insistência da psique na interação com o soma impera, resultando numa tentativa desesperada de “ligar ou religar corpo à psique” (p. 51), de dar conta do curto, ainda que pelos cortes. Com base em tais hipóteses, a autolesão perpetrada por Ana expressa entraves no processo de integração psicossomática, sinalizando o declínio na comunicação com o ambiente, levando ao incremento da ansiedade persecutória e à culpa cuja agressividade primitiva retorna para si.

Tais dados são exemplificados nas primeiras entrevistas por Ana ao responder o CAT-H, mais especificamente, por meio da história contada para o cartão 7, a qual descreve o medo da retaliação, dado que pode ser transposto para a relação de desamparo apontada na vivência com as figuras parentais, como o sentimento de ameaça de transferência escolar feita por sua mãe, caso tenha mais alguma queixa da diretoria; as dúvidas quanto a real intenção da visita do pai à escola ou a raiva sentida diante das colocações da avó sobre as expectativas sobre si. Portanto, a maneira como Ana retrata o seu arrependimento em consonância com a importância dada à deliberação alheia (pai, mãe, irmão e amigos) também pode ser pensada em termos da posição esquizo-paranóide (Klein, 1946/1985), recorrida por meio de dispositivos dissociativos para se defender do estresse avalassador e a iminência de fragmentação.

Assim sendo, os conceitos advindos das teorias de Klein e Winnicott podem ser úteis na compreensão desse fenômeno. A conduta autolesiva realizada por Ana reflete a organização defensiva frente às angústias impensáveis, operando a cisão como um disjuntor em função do atravessamento de altos níveis de intensidade interna. Sobre isso, pode-se refletir que na época inicial do estudo, Ana lançou mão de mecanismos de defesas cujo intento debruçava-se sobre a evitação da angústia, por meio do isolamento dos sentimentos perturbadores em áreas relativamente inacessíveis à consciência, compartimentalizando-os, fato possível de reconhecer em muitos momentos do processo Psicodiagnóstico, especialmente, na maneira desvitalizada como Ana descreve as situações na entrevista inicial ou por meio das narrativas empobrecidas. Esses mecanismos operaram no sentido de projetarem para fora o impensável, culminando em sentimentos persecutórios. Os mecanismos denominados isolamento, projeção e introjeção,

medo e ansiedade, e controles frágeis e ausentes (relativo à expressão de conteúdos primitivos e intensos, desorganizando o discurso), foram identificados, nessa primeira etapa, e se destacaram por atingirem a nota crítica esperada quanto à sua utilização.

O Questionário Desiderativo complementa tais compreensões ao apontar para a presença de mecanismos de dissociação e *splitting* ao longo da primeira etapa como uma maneira de manter distante da consciência os sentimentos desagradáveis relativos à dor projetados nas figuras da aranha e da faca. Além disso, com base nas concepções de Nijamkin e Braude (2000), é possível associar a esse dado as escolhas dos reinos realizadas. Observa-se que Ana aponta, na primeira etapa, para sequência positiva desvitalizada e negativa permeada por conflitos, em que os principais medos são expressos e rejeitados, demonstrando a presença de angústia predominantemente paranóide, exemplificado pela racionalização à consigna 2+, indicando falhas nas defesas instrumentais e traços da ocorrência de equação simbólica. Esse dado remete às defesas instrumentais dissociação, identificação projetiva e racionalização, sobre as quais se observa que na primeira aplicação houve maior emprego do tipo inadequado desses mecanismos quando comparado com a fase de *follow-up*, podendo as falhas serem interpretadas enquanto entraves no processo de distinção entre fantasia e realidade e de sustentação lógico-formal, denotando sinais da presença de ego frágil.

Importa notar que houve dificuldade de resposta para a consigna positiva 1+, de modo que esta não foi considerada para exame. Ademais, as questões assinaladas para os instrumentos objetivos complementam esses achados, tanto a nível quantitativo, devido ao *score* alcançado, mas também qualitativo, em que se é possível observar a seleção de afirmações que dizem respeito à sentimentos persecutórios no CDI (03 - Faço errado; 05 - Coisas ruins podem acontecer comigo; 07 - Não gosto de mim; 08 - Sou culpado; 09 - Pensamento sobre a própria morte; 16 - Medo de dormir à noite e 19 - Medo de sentir dor) e no BAI (05 - Medo que aconteça o pior; 10 - Nervosismo; 16 - Medo de morrer e 17 - Assustado).

A posição esquizo-paranóide contempla, enquanto característica principal, a cisão, sendo esta também parte do distúrbio psicossomático, conforme descrito por Winnicott (1966/1990), o qual comporta reflexões sobre o conceito de falso *self*. No que diz respeito à Ana, observa-se que a mesma faz uso da mentira como uma saída para lidar com o ambiente, se utilizando de comportamentos valorizados por este a fim de alcançar julgamentos positivos sobre si. Além disso, nas primeiras entrevistas, intenta agradar a psicóloga, por meio de falas idealizadas, desqualificando o significado da dor vivenciada.

Contudo, antes de se prosseguir sobre a questão do falso *self*, importa notar que tais conjecturas anunciam a presença de conflitos que se dão na relação com o outro, o que, de

acordo com Winnicott (1990), só é possível com o advento da integração psicossomática e, conseqüentemente, do desenvolvimento da noção de interior e exterior, sendo a pele a fronteira limite, objetivada por meio dos cuidados maternos concretos. Essa aquisição colabora para o surgimento da capacidade de distinção do mundo ao redor, a qual envolve a maneira como a mãe apresenta ao seu bebê os objetos, permitindo a realização dos impulsos criativos da criança e oportunizando o estabelecimento das relações objetais. Desse modo, as primeiras entrevistas sinalizam no discurso de Ana para questões relativas à passagem da dependência absoluta para a relativa, sendo o relacionamento com as figuras de referência nesse momento de seu crescimento fonte de destaque.

Com base no trabalho elaborado por Outeiral, Hisata e Gabriedades (2001) em que se lê: “o desenvolvimento do adolescente está estreitamente ligado à existência, nas etapas iniciais do desenvolvimento, de uma ‘experiência suficientemente boa’ com o casal parental” (p. 353), observa-se que os progenitores são interpretados por Ana em termos de semelhanças e diferenças, sendo algumas destas últimas discrepantes entre si. No que diz respeito às similaridades, resgatando os dados da primeira entrevista, ambos os pais se mostram nervosos e preocupados com Ana no momento em que esta apresenta dificuldades. Tal observação se apoia na própria busca de ajuda psicológica por Conceição para a filha, bem como do reconhecimento que ela faz sobre a estrutura oferecida aos filhos, e que Roberto, segundo a mãe, dentro de suas possibilidades, busca contato com os filhos, pessoalmente ou por telefone, embora seja apenas a mãe que se apresenta para dar continuidade ao Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo nas diferentes etapas do processo. No entanto, nos achados da primeira aplicação do CAT-H, a ausência do casal parental torna-se declarada, lançando luz sobre os conflitos intrafamiliares e os sentimentos de solidão e desamparo intensamente reprimidos por Ana, vertendo-se a temática da narrativa em torno do núcleo familiar mais próximo e extenso.

Nesse contexto, as figuras de referência ocupam o lugar de provimento e da lei, sendo frios diante das necessidades do herói e os sentimentos deste, ao que a participante responde pela via da passividade e conformação, evidenciando prejuízos no campo do gesto espontâneo. Essa discrepância entre o objetivamente percebido e subjetivamente internalizado pode ser compreendida por meio das palavras de Winnicott (1960/1983), “no caso da mãe não se adaptar suficientemente bem ao bebê, o lactente é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las” (p. 134), afirmação que aponta para aspecto claramente marcado na autoimagem do herói durante a maior parte das histórias dessa etapa: a submissão. Assim, pode-se pensar que Ana, frente a esse contexto, forja uma identidade a partir

de um posicionamento do tipo falso *self* no intento de evitar o confronto com suas necessidades de amor e aprovação parentais, garantindo sua sobrevivência por meio da subserviência ao núcleo familiar e adotando condutas diametralmente opostas junto ao círculo de amigos, por exemplo, rindo das mentiras relatadas por Joana sobre a sua conduta sexual ou quando Conceição aponta que Ana faz uso da liberdade para “*aprontar*” (SIC). Nesse sentido, conjectura-se que sendo a formação do falso *self* associada à conduta antissocial (Winnicott, 2000), este aspecto também pode ser observado nesse caso.

A tendência antissocial guarda suas raízes na privação, conceito que retoma a perspectiva de que o sujeito vivenciou algo suficientemente bom, mas que, por algum motivo, lhe foi tirado e busca recuperá-lo. Sobre isso, Hack e Ramires (2014) apontam que a ruptura familiar e a guerra conjugal são preditores significativos para o desenvolvimento do sentido de privação nos filhos, de modo que os pais envolvidos em suas próprias preocupações nem sempre percebem a maneira como estes estão lidando com a situação, sendo muitas vezes o contexto escolar meio de manifestação de comportamentos desajustados. Os achados desse estudo validam tais compreensões, já que a autolesão foi identificada pela escola, sendo os pais convocados. Na adolescência, a tendência antissocial diz respeito às experiências infantis introjetadas de privação parental que se tornam passíveis de serem revividas, portanto, cabe inferir que a tendência antissocial (mentira e autoagressão) no caso apresentado foi potencializada pela preocupação trazida por Ana na primeira entrevista sobre as divergências entre os pais frente aos aspectos formais da pensão e a possibilidade do pai ir para a cadeia por falta de pagamento.

Ainda no que diz respeito à noção de privação, importa dizer que os dados coletados tanto na primeira etapa, primeira aplicação, quanto na segunda, fase de *follow-up*, quando analisados em conjunto apontam sobre o casal parental, sendo a figura paterna vista como passiva e pouco presente e a materna na qualidade de controladora e determinada, definindo as ações a serem tomadas. As figuras de referência denotam pouca interação entre si, sendo que a materna impera, estando presente na maior parte das histórias, dado que sugere dificuldades no cumprimento da figura paterna do papel de “ambiente indestrutível” (Winnicott, 1960/1983), que é aquele que sustenta a mãe e, conseqüentemente, o bebê. Esse achado pode ser pensado com base nas dificuldades conjugais antigas e atuais relatadas por Conceição, e também por Roberto não apresentar interesse de implicação na parte que lhe cabe do processo Psicodiagnóstico de Ana, remetendo à entressela no exercício da tarefa de sustentação e de estabelecimento de limites oferecido à mãe e ao bebê nas fases mais primitivas. Desse modo, nota-se que a passividade apresentada por Roberto pode ser pensada em termos de fragilidade,

tendo a mãe que “tomar a frente” num momento em que o repouso seria necessário, sobrecarregando-a, tal qual se apresenta na atualidade, quando Conceição relata a raiva pela ausência material e afetiva de Roberto ou como descrito por Ana, mais especificamente, nas histórias 3 e 4 da primeira aplicação do CAT-H ou na prancha 3 da fase de *follow-up*, em que o personagem identificado como paterno pouco se movimenta em relação ao herói.

Ademais, a sobrecarga sentida pela mãe nessa fase, ao mesmo tempo, pode ter contribuído para o estabelecimento do sentimento de privação em Ana, sendo esta experienciada tanto a nível materno, simbolizada pelo desleixo com os cuidados básicos de higiene e com seu material escolar, por exemplo, assim como paterno, através da agressividade, no entanto, contra si mesma. Assim, nota-se que os sintomas vivenciados na área da conduta, escancaram o sentimento de desamparo e solidão, e a raiva sentida pelas figuras parentais, no entanto, não podendo ser encarada como tal, sendo, a cisão, via de escape. Dessa forma, considera-se que a privação nos dois âmbitos, materno e paterno, pode ter favorecido o surgimento de sentimentos de menos valia e inferioridade, dando vazão ao alto índice de sintomas depressivos e ansiosos rastreados pelos instrumentos objetivos na primeira etapa da pesquisa, incrementando a dificuldade quanto ao controle dos impulsos e eclodindo em atuações que refletem a esperança de recuperar uma experiência de maternagem positiva e que foi perdida.

Outro dado que aponta para prejuízos nas bases seguras do psicossoma se refere à ausência nas narrativas do CAT-H de personagens, na primeira etapa, para além do contexto familiar, sendo tanto os personagens principais quanto os coadjuvantes em geral apresentados de modo indiferenciado e dispostos no plural. Tais aspectos contribuem para se considerar a reatualização de possíveis falhas ocorridas no campo da ilusão de onipotência cujas desilusões súbitas, difíceis de serem apreendidas pelo psiquismo primitivo, podem ter contribuído para embaraços no processo de distinção. Esses resultados são compatíveis com os obtidos no CAT-H, também realizado na primeira etapa, em que a presença do superego e integração egóica obteve mais pontos negativos do que positivos, lançando luz sobre a ausência de distinção ocorrida entre os personagens durante as histórias. Mais um elemento que exemplifica esse dado diz respeito à categoria avaliada perspectiva vincular da resposta do Questionário Desiderativo, em que foi possível contabilizar maior quantidade de respostas narcísicas em relação àquelas que incluem o outro. Todavia, compreende-se que esse dado deve ser analisado com atenção, pois ao se pensar sobre o funcionamento de integração psicossomática de Ana, não se pode desconsiderar elemento intrínseco à sua história: o ser duplo.

McDougall (2000) e Rank (1932) discutem que a gemelaridade fomenta fantasias de força e de completude onipotente no indivíduo em desenvolvimento, de nunca estar só, de modo que frente a situações de separação, eclodem, enquanto consequências, o medo de perder o controle sobre o outro, considerado enquanto parte de si mesmo. Esse fato é evidenciado quando Ana menciona, por exemplo, na primeira entrevista, sentir-se afetada pela tristeza de André, seu irmão, frente aos seus comportamentos ou quando na primeira sessão devolutiva da fase de *follow-up* aponta para o medo que sente de seu irmão fazer algo com Fernando em sua ausência, tendo a necessidade de ficar mais próxima dele na tentativa de impedir sua reação.

No que diz respeito ao ambiente, Winnicott (1945/2012) salienta as especificidades dessa situação, reconhecendo o duplo, e constante, trabalho inerente à mãe de filhos gêmeos. Para o autor (*idem*), a demanda suscitada pela gemelaridade e a percepção/constatação de não alcançar o atendimento desta, favorece a ocorrência de sentimento de desamparo na mãe cuja ferida se dá no campo do narcisismo. À vista disso, sugere-se que Conceição, na tentativa de negar os limites impostos pela realidade e numa resposta à angústia suscitada, tenha lançado mão de um cuidado excessivo aos filhos, atendendo a suas necessidades de maneira considerada por Winnicott (1961/2005) como intrusiva, impondo-se à possibilidade de criação do objeto subjetivo, mais especificamente, de Ana. Nesse sentido, a saída proposta pelo autor (1964/1982) fixa suas bases sob a conformação da mãe ante a impossibilidade de se colocar no lugar desses dois bebês ao mesmo tempo, suprimindo a suas necessidades de forma continente, devendo assumir e se conscientizar que o trato destinado a cada um não se encontra no âmbito da igualdade, mas da unicidade, possível por meio da concessão a cada gêmeo os cuidados que dizem respeito a suas necessidades exclusivas.

Machado em seu estudo elaborado em 1980 alertava que as mães de gêmeos deveriam se atentar para não os tratar como um bloco, dado os conflitos decorrentes. Sobre isso, observa-se que embora Conceição cite na primeira entrevista a condição da gemelaridade enquanto aspecto primeiro sobre Ana, em seu discurso não ocorrem, a nível racional, confusões entre os filhos, conseguindo distingui-los em suas especificidades, inclusive relatando não compreender as motivações que levaram a direção escolar a encaminhá-los para a mesma sala de aula. Também se compreende que a condição dizigótica de Ana e André pode ter favorecido nesse sentido, já que a diferença sexual suscita, objetivamente, cuidados distintos do ambiente, fato que pode ser observado nas diferentes atividades extracurriculares realizadas por Ana, balé, e André, futebol. Cabe notar que essa diferenciação só é possível de ser realizada pelo ambiente caso tenha sido conquistada minimamente por este ao longo do seu desenvolvimento.

Além da necessidade de individuação posta pela gemelaridade, convém recordar que tal condição diz respeito a aspecto também esperado na relação entre irmãos não gêmeos (McGoldrick & Carter, 2001). Goldsmid e Féres-Carneiro (2007) reconhecem que a relação entre irmãos durante a infância objetiva a competição pelo amor dos pais e a edificação de uma identidade própria. Nesse contexto, apontam a diferença sexual anatômica como uma das marcas que contribuem para o processo de individuação, o qual na adolescência é possível observar com a escolha por grupos diferentes de convivência, a alternância entre movimentos de discórdia e aproximação mais calorosa. Ana corrobora os achados referindo o estabelecimento de relação fraterna com seu irmão, sentindo-se bem em sua presença ainda que com as desavenças, também ao compartilharem a mesma sala de aula, nota-se que ambos optam por grupos diferentes de amigos, bem como assumem posicionamentos distintos às situações que envolvem a família extensa, dado apontado pela participante na primeira entrevista de *follow-up*.

Sobre isso, interessa realçar o movimento de Ana que, ao ser questionada sobre algo pertinente a si, sua percepção sobre o desenrolar das situações de saúde de seus familiares, na fase de *follow-up*, Ana responde a partir da diferença da conduta do irmão “*Meu irmão ficou chateado, mas ele não chegou ao ponto de chorar, eu chorei (...)*” (SIC), fato que denota o processo de diferenciação em trabalho. Goldsmid e Féres-Carneiro (2011) apontam que a relação entre irmãos contribui de modo relevante para o processo de separação-individuação, funcionando como meio de transição para os ensaios de dependência e busca de relações no exterior, assim como de apoio frente às intempéries do cotidiano. Com base em Winnicott (1964/1982), compreende-se que tal movimento está ligado à saúde, operando a partir da necessidade constitutiva de individuação do ser humano, e, como destacado, ainda mais presente na condição gemelar. Dessa forma, pode-se considerar que para Ana seu irmão é uma referência importante, especialmente, nos momentos conflituosos, mas, além disso, opera como campo de exercício de sua força de individuação.

Ademais, o reclame da participante frente à insistência dos professores para que ela cuide de seu irmão pode ser analisado nesses termos, cuja legitimidade se encontra no movimento de recusa à ordem verbalizada, dado que aponta para avanços na tentativa de distinção e de estabelecimento de identidade. Nesse sentido, a intervenção realizada pela psicóloga no momento da entrevista de *follow-up* tem como intenção fortalecer o processo identificatório em jogo ao ratificar o desconforto e validar a resposta ao ambiente, sustentando o saber por ela formulado. A obrigatoriedade incitada pelos professores de conter o irmão, mostra-se inadequada, corroborando os achados de Scalco e Donelli (2014) que indicam as

problemáticas advindas dessa conduta para a constituição psíquica do jovem em desenvolvimento. O convite da psicóloga à Ana para contar tal dificuldade à sua mãe e de recomendação do estudo em salas de aula diferentes, se dá no sentido de prevenir futuros conflitos, bem como comunica e fortalece a necessidade de individuação para sua mãe, aproximando-as pela via da escuta afetiva de suas necessidades.

Nesse contexto, importa notar que a atuação da psicóloga se dá sobre a queixa de Ana quanto aos professores e seu irmão, fato que aponta para a disponibilidade psíquica da paciente de colocar em processo reflexivo aspectos relacionados a seu papel e lugar. Tal dado traz indícios do amadurecimento da participante e, portanto, considera-se importante abordar mais detidamente os aspectos observados na fase de *follow-up*. Partindo do objeto de investigação, nota-se que o comportamento autolesivo é mencionado por Ana apenas quando questionada pela psicóloga, para a qual responde desqualificando seu potencial e reconhecendo as desvantagens para si e o ambiente. No entanto, com o auxílio das técnicas projetivas é possível observar que esse movimento não é sem esforço.

A paciente imprime alta força para não sucumbir à ameaça de desintegração e seus reveses. A temática da conduta autolesiva se encontra presente nas pranchas 2 e 3 do CAT-H, e, em ambas, a urgência de proteção é valorizada, havendo a reafirmação sobre o desejo de não se machucar, especialmente, na 3, em que o personagem repete insistentemente. Essa produção se dá em meio a contexto familiar, como já sinalizado, enredado por questões delicadas de saúde de seus entes mais próximos, observação das dificuldades do pai para conceber a visita e indignação da mãe diante de toda essa situação. Assim, infere-se que a evitação da dor, seja concreta ou subjetiva, aciona o uso incrementado de mecanismos de defesa, mas nesse momento, adaptativos, do tipo repressão e negação. Convém destacar que esses mecanismos atingiram a nota crítica e analisando sua funcionalidade, compreende-se que ambos almejam retirar do campo da consciência os aspectos indesejados, ejetando-os para fora, dados também corroborados pelas respostas às consignas negativas do Questionário Desiderativo dessa fase.

Nesse contexto, pode-se pensar sobre o desejo de Ana de evitar o contato com questões difíceis, dado compatível com a recusa para abordar mais profundamente a relação paterna e o medo da dor emocional decorrente. Ademais, cabe dizer que a defesa imatura utilizada, medo e ansiedade, pode ser compreendida como ajustada, não prejudicando o encontro de soluções criativas. Sobre isso, Emmanuelli (1994) entende que frente ao psiquismo incipiente e o trabalho de integração em voga, o uso de mecanismos de defesa destinados a afastar os conteúdos negativos de si na adolescência fazem parte do funcionamento natural do indivíduo. Arenales-Loli, Abrão, Parré e Tardivo (2013) destacam o trabalho desenvolvido por Garcia

(2007) que admite a dificuldade do jovem em lidar com suas emoções, enquanto característica esperada e não somente resultante de patologia, tendendo a assumir uma postura mais superficial a fim de conservar a estabilidade dos mecanismos de defesas.

Adiante, considerando a sequência esperada de respostas para as catexes positivas e negativas sinalizado por Nijamkin e Braude (2000), observa-se que, na fase de *follow-up*, Ana se mostra capaz para fazer escolhas que preservam a integridade do ego, buscando respostas que contemplam elementos vivos e finalizam com os não-vivos. Assim, pode-se considerar que mesmo frente às situações conflituosas que estão sendo vivenciadas, a participante esforça para salvaguardar-se. Ainda sobre a escolha dos reinos, os resultados encontrados corroboram o estudo de Guimarães e Pasian (2009), inclusive, no que diz respeito ao reino vegetal como a última escolha realizada pelos adolescentes de desenvolvimento típico, levantando-se a hipótese que tal rejeição pode estar atrelada a noção de imobilização e enraizamento suscitada pelo reino. Adicionalmente, vale citar que todas as respostas de Ana às consignas foram adequadas, bem como as defesas empregadas. Os resultados do CDI e do BAI ratificam os achados, apresentando *scores* significativamente menores.

Dessa forma, Winnicott (1983b) em seu artigo *Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos* destaca que o adolescente frente às vicissitudes puberais e o sentimento de não estar preparado para a entrada no mundo adulto devido a busca por sentir-se real recorre à intensificação de defesas como uma maneira de proteger a si mesmo de invasões, ou seja, de “ser encontrado antes de estar lá para ser encontrado” (p. 173). Observa-se que embora Ana consiga reconhecer a maneira como estava se sentindo anteriormente, por meio de um discurso racional e coerente, validando os sentimentos vividos e adotando a não emissão de sentenças acusatórias contra si ou de desmerecimento do que fora experienciado, concomitantemente, esforça-se para rechaçar a angústia suscitada pelo registro da experiência da conduta autolesiva, apontando para as marcas deixadas em seu psiquismo. No entanto, nota-se que os mecanismos de defesa não são suficientes para aplacar a força de tal registro, sendo este suscitado pelo contato com o ambiente percebido como ameaçador, – a presença de Fernando – assustando Ana e dificultando, em um primeiro momento, o reconhecimento deste sentimento e dos elementos por trás de tal percepção, impregnando a maior parte dos ambientes com o sentimento de desconfiança.

A análise qualitativa das respostas elegidas para os instrumentos objetivos parecem reforçar esses dados, como observado no CDI por meio das afirmações que retratam sentimentos de medo (16 - dificuldades para dormir à noite; 19 - medo de sentir dor), bem como no BAI (05 – Medo de que aconteça o pior; 10 – Nervoso; 16 – Perder o controle e 17 –

Assustado). Porém, nota-se que alguns campos são preservados, como a única amiga e o espaço terapêutico, sendo utilizado para apontar as angústias presentes, de modo que, mais especificamente, com auxílio da psicóloga a paciente consegue superar a desconfiança, trazendo em sua fala, na segunda sessão devolutiva de *follow-up*, a conversa com sua mãe e melhor relação com o ambiente.

Dias e Loparic (2008) retomam a compreensão proposta por Winnicott sobre a confiança, enfatizando sua importância para a continuidade ou retomada do processo de amadurecimento saudável. Em seu artigo, *Sobre as bases do self no corpo*, Winnicott (1994) expõe suas concepções sobre o tema cuja base fundante se dá sob a relação estabelecida com a mãe. Para o autor, é o conjunto de êxitos e reveses perpetrados pelo ambiente que constituirão o sentimento de segurança na confiabilidade do objeto, de acreditar, sendo passo imprescindível para o alojamento da psique no corpo, do brincar e da criação do espaço potencial (Winnicott, 1971/1975).

A confiança implica os cuidados fornecidos pelo ambiente, sendo os entraves ocorridos no processo de amadurecimento recuperáveis também por meio da alteração ambiental em direção às necessidades do sujeito, na qualidade de reflexo da identificação entre a díade mãe-bebê (1971/1975). Assim, ao se pensar nas falhas experienciadas por Ana, nota-se que as alterações ambientais, concretas e subjetivas, especialmente, a maior proximidade com sua mãe, contribuíram de modo ímpar para o restabelecimento da confiança e, conseqüentemente, a retomada de seu desenvolvimento, inclusive, possibilitando o ato de Ana expor para a mãe os seus sentimentos no momento em que se sente insegura, contribuindo para o retorno da confiabilidade e da esperança na possibilidade de vivenciar algo diferente daquilo que estava sendo projetado, dado que corrobora a noção de privação exposta anteriormente nesse capítulo, podendo ser analisada em termos de recuperação de algo “suficientemente bom”. Nota-se que as figuras parentais passam a ser vistas de modo mais completo, sendo a mãe considerada e tolerada mesmo com as omissões e, no que diz respeito ao seu pai, Ana consegue verbalizar os sentimentos de raiva e incômodo, mas também traz em seu relato a consideração de características possíveis de serem preservadas, numa tentativa de compreender as limitações que rodeiam a efetivação dos encontros familiares, adotando uma perspectiva menos idealizada de tal relação, dado que pode ser compreendido como sinalizador da retomada do seu processo de amadurecimento pessoal

Outro aspecto que também retrata o desenvolvimento da noção de confiança se refere à inclusão, nas histórias do CAT-H da fase de *follow-up*, de personagens na qualidade de amigos. Observa-se que a relação com os pares é conciliável com as figuras de referência, mais

precisamente, a materna, adquirindo estes o lugar de suporte afetivo diante de situações persecutórias. Para Winnicott (1961/2005), a experiência de solidão da vida infantil é reeditada até o jovem conquistar a capacidade de se relacionar com os demais do mundo externo, dado o alto grau de narcisismo desse período, sendo que o grupo nessa etapa da vida compõe-se por indivíduos isolados que se agregam por meio de similaridades com a intenção de formar um todo com identidade definida, tendo o núcleo familiar como ponto de partida. Para o autor (idem), a confiança no grupo familiar é preditor essencial para que o adolescente possa desbravar e atravessar os muros com o mundo exterior, já que permite ao jovem a garantia de haver um ambiente sólido disponível para retorno, caso seja necessário recuar.

Numa visão semelhante, Rocha (2008) ressalta que a construção da identidade e de autonomia frente ao núcleo familiar deve contemplar o distanciamento parcial dos pais e não total, afirmando que a manutenção da qualidade da relação parental é a maneira mais saudável do sujeito se constituir como si mesmo, uma vez que os laços parentais são referências, ainda que em questionamento, que resguardam alguma familiaridade na adolescência, e orientam muitos ângulos das diferentes etapas da vida. Nesse sentido, observa-se que a atuação da psicóloga, na primeira entrevista de *follow-up*, se debruça à auxiliar Ana na melhor observação dos aspectos de si mesma em interlocução com os do ambiente externo, buscando elaborar as experiências com vistas a integrá-las de maneira menos defensiva.

Partindo da premissa winnicottiana de que o desenvolvimento saudável contempla o sentimento de confiança no ambiente, pois somente com a permanência do ambiente confiável e seguro é que o indivíduo desenvolverá a capacidade de preocupação quanto aos seus atos, redirecionando seus impulsos agressivos para construtivos, mais um ponto que merece ser pensado diz respeito a possibilidade do jovem em busca de sua identidade realizar ensaios e interpretar diferentes papéis (Erikson, 1968/1976). Nesse sentido, a noção de bissexualidade afirmada por Ana na primeira entrevista da fase de *follow-up*, permite citar o estudo desenvolvido por Lima et al. (2016), que amparado em Freud e seu conceito de disposição sexual perverso-polimorfa, caracteriza tal período da adolescência a partir das experimentações contínuas com os parceiros do próprio sexo, sendo comum “entre as meninas, que podem desfrutar do contato físico com as amigas com maior liberdade (...)” (p. 459). Assim, o sexo do outro, *per se*, nessa etapa não interfere na excitação provocada pela proximidade corporal, já que a pulsão não possui objeto fixo.

Também Blos (1996), Aberastury e Knobel (1981) e Levisky (1998) acrescentam ao ratificar que a bissexualidade nessa idade pode despontar como consequência de uma percepção vaga do corpo. Já Winnicott (1984/1987) contribui para o debate ao considerar que para os

adolescentes mais jovens “as experiências sexuais (...) são coloridas por esse fenômeno de isolamento e pela necessidade que existe de associação na base do interesse mútuo” (p. 165), salientando assim sua concepção sobre a natureza bissexual de todos os seres humanos enquanto faculdade ligada à identificação. Tendo como sentença “todo mundo é bissexual, no sentido da capacidade de se identificar com o homem e a mulher” (p. 135), Winnicott aponta para a capacidade de reconhecimento do outro, de seu semelhante e de empatia com o do sexo oposto, enquanto importante tarefa do desenvolvimento para o alcance da separação da simbiose inicial e a admissão de si mesmo como ser integrado em uma unidade. Dessa forma, considera-se que Ana realiza experimentações na tentativa desenvolver e descobrir a si mesma e, conseqüentemente, a sua sexualidade, dado possível de ser identificado quando menciona, na primeira etapa da pesquisa, os namoros que já teve com meninos, bem como quando afirma o término com tal garota na última sessão da fase de *follow-up*, de maneira pouco implicada, não demonstrando sofrimento. Sobre isso, Winnicott (1965/1994) ainda menciona que é esperado que os jovens amem a si mesmo, mas que evitem esse saber, relacionando-se.

Nesse sentido, convém pontuar que tal identidade se relaciona com o suporte do ambiente em consonância com os contornos sociais da atualidade, de modo que o reconhecimento de Ana quanto a dificuldade de falar com Conceição a respeito desse assunto, sugere embaraços na comunicação que podem se potencializar com o passar do tempo. Para além disso, é possível perceber de que se trata de temática delicada para o ambiente familiar de Ana, havendo a necessidade de condições externas favoráveis para abordá-la, contribuindo para a adoção de uma conduta de autoconservação por parte da participante. Ademais, o pedido de segredo solicitado à psicóloga pode ser interpretado como desejo de compartilhar o que está sendo vivenciado, convocando outros ambientes para o estabelecimento de uma zona de confiança com vistas à delimitação de um espaço para além do materno (Correa, 2003).

Adicionalmente, no que diz respeito ao Questionário Desiderativo e à categoria, perspectiva vincular da resposta, importa ressaltar que a predominância de respostas que incluem o outro corroboram os sinais de mudança na postura de Ana, a qual parece reconhecer o meio externo, preocupando-se. Sobre isso, Savietto e Cardoso (2006) apontam a fragilização narcísica como imprescindível à adolescência, como meio de investimento no mundo extrafamiliar.

Tal posicionamento pode ser compreendido como um registro da conquista do estágio de dependência relativa proposto por Winnicott, por meio do qual Ana demonstra tênue diferenciação do ambiente, expressa, também nas histórias do CAT-H da fase de *follow-up*, buscando localizar a psicóloga por meio de informações, ao longo de seu relato. Nota-se, que

dessa forma, que a participante parece reviver a integração da motilidade e do erotismo à agressividade como parte de si mesma, trazendo à baila indícios da conquista do concernimento e da preocupação com o outro (Winnicott, 1986/2001). Retomando o Questionário Desiderativo dessa fase, pode-se dizer, que Ana traz em suas respostas elementos que sinalizam, embora não representativo, a presença de movimento em direção ao estabelecimento de relações objetais. Com base na entrevista devolutiva, é possível observar que Ana consegue expressar aquilo que tem pensado sobre o pai, sugerindo indícios de melhor noção de integração do Eu, da posição Eu Sou.

Nesse sentido, vale citar as proposições expostas por Segal (1975) que, com base nos aportes kleinianos, expõe o mecanismo de identificação projetiva cujo início se dá na posição esquizo-paranóide, sendo estabelecida, primariamente com o seio, mas que se mantém e, normalmente, se intensifica na posição depressiva, oportunizando o estabelecimento da relação com o objeto total. Para Klein (1932/1997), na saúde, a identificação projetiva apresenta funções fundamentais, tratando-se da forma mais primitiva de empatia quanto também de formação simbólica. Segal (1975) destaca que a partir da identificação projetiva e introjetiva, se baseia a capacidade de se identificar com o outro, colocando-se em seu lugar, como também de formar símbolos muito rudimentares. Ogden (1996) compreende que tais mecanismos, na sua forma benigna, resultam no refinamento da comunicação empática entre paciente e terapeuta, dado que é observado por meio do bom vínculo estabelecido entre a psicóloga e a participante.

Ressalta-se que a análise geral das diferentes etapas do processo, antes e depois, fortalecem os achados expostos individualmente e salientam a presença de modificações no discurso da participante durante as entrevistas, ratificados pelas diferenças significativas entre os resultados quantitativos e qualitativos observados para as categorias de análise dos instrumentos projetivos, CAT-H e Questionário Desiderativo, e para os instrumentos objetivos, BAI e o CDI. Em síntese, a análise do caso demonstra que Ana mostra-se mais integrada na fase de *follow-up* (Winnicott, 1961/2005), demonstrando, de modo geral, equilíbrio entre as instâncias *Id*, *Ego* e *Superego* (Klein, 1932/1997). Na primeira etapa, frente à dificuldade de integração de si mesma, incrementa o uso de mecanismos na tentativa de não sucumbir a desintegração (Klein, 1946/1985; Winnicott, 1960/1983), e, na segunda, intensifica as defesas na diligência de afastar de si os conteúdos nocivos (Marty, 1977). O sentido da conduta autolesiva investigada nesse estudo guarda relações com a teoria winnicottiana, no que diz respeito ao distúrbio psicossomático, o qual prevê que "concedendo-se tempo e circunstâncias favoráveis, o paciente tenderá a recobrar-se dessa dissociação. As forças integradoras nele

tendem a fazer o paciente abandonar a defesa" (Winnicott, 1966/1989, p. 84), mas também com os aportes kleinianos, referente às posições esquizo-paranóide e depressiva.

Assim, é possível inferir que Ana alcançou, ao longo de seu desenvolvimento, elementos relativos aos estágios winnicottianos, no entanto, com falhas primitivas que foram reatualizadas na adolescência devido ao psiquismo primitivo e às condições ambientais desfavoráveis, com vistas a serem integradas no processo de amadurecimento (1961/2005). Os resultados também podem ser refletidos em termos da conquista da posição depressiva, que frente às especificidades da adolescência somadas às condições ambientais, transita para a esquizo-paranóide enquanto meio de sobrevivência psíquica, e, dada a maleabilidade desses estados, Ana sinaliza aproximações para a retomada da posição depressiva quando o ambiente se mostra novamente favorável.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva e ansiosa, nota-se a presença de resultados significativos entre as etapas. Ana evolui de um rastreio depressivo grave e ansioso moderado, para baixo ou índice não representativo de ambos os sintomas clínicos, dado reforçado pela adequabilidade das respostas ao que reforça CAT-H e ao Questionário Desiderativo. Outro dado que fundamenta tal concepção, diz respeito ao final do processo Psicodiagnóstico, na fase de *follow-up*, no qual Ana consegue verbalizar algumas emoções reprimidas sobre o pai, assim como menciona as omissões de sua mãe, no entanto, respaldando-as na realidade, no mundo externo, e buscando meios de compreendê-las, corroborando a hipótese de retomada do seu processo de amadurecimento pessoal.

Com base no caso apresentado, interpreta-se que a perseveração de uma única história ao longo de todo o teste CAT-H, dado raro, tanto na fase da primeira aplicação quanto na de *follow-up*, parecem indicar a concentração de questões pertinentes às relações interpessoais e os sentimentos internalizados. Ademais, essa tendência de manter uma única história parece indicar defesa na mesma linha dos mecanismos de repressão, e tentativa de uma adaptação mais intensa e forte. Na primeira etapa, a temática abrange mais especificamente as relações familiares, com ênfase especial sobre as parentais, e, na segunda, observa-se que embora esta preserve similaridades com a primeira, desta vez ampliam-se os campos de interesse, tendo forte realce a escola e os amigos.

Também, vale ponderar que o choro apresentado na primeira entrevista devolutiva da fase de *follow-up* se diferencia do ocorrido na devolutiva da primeira aplicação, apresentando-se na qualidade de comunicador das emoções com vistas a diminuir o sofrimento psíquico com vistas à expressão da insegurança em um espaço seguro, possível por meio de menor nível defensivo, suscitando reflexões. Já o choro ocorrido na primeira etapa suscitado pelo sofrimento

relatado pela mãe, denota empatia e sofrimento, mas também, em certa medida, ação reflexa à atitude de Conceição.

Assim, pode-se pensar que a participante dá sinais de marcha em direção ao estágio denominado por Winnicott (1960/1983) de rumo à independência, o qual contempla maior autonomia, possível por meio da internalização dos cuidados recebidos e desenvolvimento da confiança no ambiente. Além disso, dada a maleabilidade das posições kleinianas e seu aparecimento atrelado à necessidade do sujeito, e em consonância aos dados observados nas duas etapas, primeira aplicação e de *follow-up*, observa-se que Ana apresenta elementos compatíveis com a noção da posição depressiva, a qual é tida como a evolução favorável da integração de aspectos internos e externos e sua síntese, e, na adolescência, pode ser concebida como o contato do jovem com a realidade e o processo de desenvolvimento da autonomia para a escolha e responsabilização por seu caminho.

Em termos gerais, o Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo realizado com Ana ilustra de forma acentuada as potencialidades desse tipo de diagnóstico nas diferentes formas de padecimento, em especial, naquelas de risco, tal qual nesse estudo. Tendo em vista a perspectiva atribuída à Psicologia Clínica, à Psicanálise e a tal processo psicodiagnóstico, cuja indissociabilidade entre investigação e intervenção, está dada (Safrá, 2001; Tardivo, 2007). Cita-se ainda Barbieri (2010) que, ao assinalar o dever do psicanalista em buscar muitas explicações para as múltiplas, e singulares, manifestações do objeto de análise e integrá-las de maneira ordenada, preparando-as para o encontro com o paciente, reconhece a importância de estabelecer um contexto relacional que favoreça a introdução a um campo reflexivo sobre os aspectos latentes e manifestos de sua personalidade no intuito de ampliar, e estimular, o autoconhecimento. Para tanto, o papel do profissional e seu manejo assumem notoriedade e o uso de testes e técnicas projetivas passam a ser considerados meios viáveis de acesso à uma comunicação mais profunda entre o par analítico (Arenales-Loli, Abrão & Tardivo, 2016; Salles, 2014; Tardivo, 2013; Tardivo & Gil, 2008; Salles e Tardivo, 2017; Passarini, 2014; Ferreira, 2015).

Desse modo, os dados ora apresentados corroboram as preposições mencionadas. Tal dado é evidenciado no decorrer do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo com a evolução quantitativa e qualitativa do discurso da participante, sendo retomado durante a reavaliação de *follow-up*, na qual menciona os fatos com propriedade, revelando segredos, fragilidades e sentimentos variados. Um conceito winnicottiano pertinente para análise dos aspectos apontados se refere ao brincar. Para o autor (1971/1975), o fazer clínico deve se voltar ao estabelecimento do brincar criativo enquanto metodologia de trabalho, possibilitando o

aprofundamento nas questões do sujeito ao oferecer uma experiência de expressão em que se sinta acolhido e legitimado. Dessa maneira, observa-se que Ana pôde vincular-se com a psicóloga, comunicando suas angústias – brincar – e, mais que isso, exercitar a elaboração das próprias interpretações para seus anseios – criar –, especialmente, nas sessões devolutivas tanto da primeira etapa quanto da de *follow-up*, possibilitado pelo manejo disposto a acompanhar e sustentar o tempo de suas produções e intervir a partir delas. Essa conduta pode ser considerada à situação do Jogo do Rabisco, em que o material emerge do trabalho conjunto entre paciente e terapeuta, oportunizando a construção de hipóteses clínicas.

Desse modo, sugere-se que houve a construção de um espaço potencial entre a dupla, que parece ter propiciado contorno seguro para o surgimento paulatino do sentimento de confiança, possível por meio do estímulo ao ser ou, dito de outra maneira, da expressão do *self* verdadeiro de Ana, de seu gesto espontâneo. Para tanto, cabe pontuar que durante as entrevistas a psicóloga se limitou à abordagem do que Ana mostrava disponibilidade para acessar, adotando uma atitude de acolhimento ao invés de embate às defesas presentes, buscando, com base em Winnicott, adaptar-se, em certa medida, aos “gestos” da paciente.

Nesse contexto, interessa lançar luz sobre a importância das entrevistas devolutivas, uma vez que no presente estudo, estas assumiram papel imprescindível para a comunicação de conteúdos significativos entre a psicóloga e a participante. No caso investigado, a análise formulada levou em consideração os resultados e compreensões advindos de todos os instrumentos: entrevistas, instrumentos objetivos e projetivos, mas, tendo em conta o caso em questão e as dificuldades psicossomáticas identificadas, elegeu-se o CAT-H como porta-voz das informações a serem aprofundadas, dado o seu aporte lúdico e, sendo as produções fruto da própria participante, aparentemente não persecutório. As intervenções realizadas tiveram como intenção a integração dos aspectos cindidos da personalidade de Ana, no entanto, não somente pela via da palavra, do intelecto, mas por meio do estabelecimento de uma conexão emocional com suas produções com a finalidade de facilitar a internalização dos aspectos observados, expondo dados relativos às forças e fragilidades egóicas, do humor deprimido e ansioso, com vistas ao resgate do processo de amadurecimento, possível por meio do fortalecimento da potência para superação de conflitos, além de salientar os cuidados ofertados pelo ambiente, de modo a reestabelecer a confiança e esperança de Ana em si e no mundo externo. Assim, as intervenções também tiveram como objetivo o fortalecimento do ambiente disponível, sua mãe.

A reavaliação de *follow-up* após a finalização do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, enriqueceu o estudo, permitindo a obtenção de uma visão mais completa da dinâmica psíquica de Ana em relação a conduta autolesiva, assim como a nível

relacional e sintomatológico. Nesse contexto, o *follow-up*, no caso apresentado, permitiu o acompanhamento de Ana e da família em seu processo de retomada do amadurecimento e a atuação interventiva em pontos nodais intrínsecos ao funcionamento da paciente e do ambiente, bem como possibilitou à Ana a percepção do que fora introjetado sobre a experiência que levou à busca pelo atendimento psicológico e à sua mãe sobre suas compreensões a respeito. Ademais, esse procedimento também contribuiu para o trabalho clínico em jogo, reforçando as hipóteses previamente elaboradas, aumentando as chances de sucesso quando do encaminhamento. A comparação entre as etapas, primeira aplicação e fase de *follow-up*, também propiciou o melhor vislumbamento dos resultados, acessíveis por meio de uma perspectiva “antes e depois”, destacando o potencial de melhora da participante.

Tal potencial tem relação com o caráter mutativo de tal procedimento, sendo esta característica amplamente abordada em pesquisas anteriores (Salles e Tardivo, 2017; Tardivo, 2004, 2008; Passarini, 2014; Barbieri, 2010; Paulo, 2006; Gil, 2005; Barbieri, Jacquemin e Alves, 2004). Winnicott (1960/1984) aponta que a efetividade das Consultas Terapêuticas está atrelada à esperança do paciente e sua família serem ajudados, assim, pode-se pensar que Ana e Conceição se dispuseram e perseveraram nesse sentido, em especial, Conceição que cumpria com os horários e atendimentos marcados com precisão, não havendo dificuldades com os combinados, mostrando-se implicada nesse processo.

Importa notar que além da relação estabelecida entre a psicóloga e participante, que pôde respeitar a singularidade e o ritmo desta última, os instrumentos projetivos utilizados contribuíram de modo ímpar para diminuição da intensidade da resistência presente ao longo do processo. Somado a isso, retomando as concepções de Anzieu (1989) em que as técnicas projetivas possibilitam a revelação de aspectos desconhecidos, inconscientes ao próprio sujeito, pode-se compreender que o teste CAT-H e o Questionário Desiderativo utilizados nessa pesquisa cumpriram com sua qualidade de estimuladores projetivos, enriquecendo e clarificando os dados obtidos durante o processo, possibilitando o contato com aspectos internos e traços da personalidade de Ana que apenas com a entrevista psicológica tradicional não seriam possíveis de serem acessados.

Winnicott (1970/1994), amparado em sua experiência com o Jogo de Rabiscos, e Trinca (1984), pelo Procedimento de Desenhos-Estórias, salientam a competência das técnicas projetivas para a viabilização da manifestação de questões emocionais significativas devido a minimização das defesas latentes, dado possível de ser observado nesse estudo, tanto na primeira aplicação quanto na de *follow-up*, especialmente, na discrepância entre o discurso durante a entrevista, geralmente, sem sinais de sofrimento psíquico, e o expresso nos

instrumentos utilizados. Ainda sobre os instrumentos, cabe apontar que a união do CAT-H e do Teste Desiderativo foi importante em virtude de suas características individuais, que, analisadas em conjunto, propiciaram o desvelamento da estrutura egóica em jogo, assim como puderam ratificar as concepções produzidas entre si.

Adicionalmente, os instrumentos projetivos atuaram na condição de mediadores de contato entre a dupla, psicóloga-paciente, especialmente nos diferentes momentos das entrevistas devolutivas, ratificando o seu caráter dialógico (Salles & Tardivo, 2017; Marchi et al., 2009). A união entre os resultados obtidos por meio do CAT-H e do Questionário Desiderativo se mostraram significativos em termos de complementariedade, sendo notável a potencialidade para correlações internas. Os instrumentos objetivos, CDI e BAI, colaboraram para o fortalecimento dos achados, quantitativamente, com dados relativos à sintomatologia depressiva e ansiosa, mas também qualitativamente, subsidiando as temáticas evocadas.

Dessa forma, o modelo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo empregado nesse estudo com reavaliação de *follow-up* mostra-se como ferramenta relevante para compreender e intervir frente ao comportamento autolesivo perpetrado por adolescentes. Em virtude de suas propriedades, observa-se que foi possível sensibilizar Ana e Conceição para a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico, justificado pela importância de que a participante vivencie o retorno a fases primitivas de seu desenvolvimento, num contexto protegido, no intento de elaborar o desenvolvimento de forma mais integrada. Nesse sentido, Winnicott (1971/1984) aponta para a importância de as primeiras entrevistas psicológicas serem bem-sucedidas para o sujeito que busca auxílio, já que é experiência que sustentará a esperança frente a um processo psicoterapêutico mais longo.

Por fim, vislumbra-se que o modelo do Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo empregado nesse estudo, contribui para se pensar sobre o campo da intervenção psicológica com os adolescentes que se autolesionam. Realçando os estudos investigados relativos ao tema, observa-se que esse trabalho pôde colaborar para que Ana expressasse o estresse vivenciado e buscasse alternativas quanto ao seu gerenciamento, dado que está de acordo com o proposto por Lloyd-Richardson et. al. (2007), bem como pôde promover o fortalecimento do apoio familiar e social, especialmente, entre Ana e a mãe, (Giannetta et. al., 2012) e o aprofundamento sobre o contexto específico de seu desdobramento (Brunner et al., 2014; Zetterqvist, Lundh & Svedin, 2014). Compôs-se por elementos identificados por Plener et al. (2016), como o reconhecimento dos fatores que levaram ao ato e instrumentalização de Ana quanto a estratégias para os momentos de crise. Assim, esse modelo de avaliação demonstra que a brevidade do processo é capaz de contemplar a profundidade necessária para

apreensão e compreensão de um caso clínico tanto na primeira etapa quanto na de *follow-up*, sendo possível, até mesmo, em alguns cenários, impulsionar um processo de mudanças que se encontrava latente. Portanto, o Processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, configura-se como processo de grande valia para se pensar no âmbito preventivo e de tratamento do comportamento autolesivo na adolescência e adolescência jovem na atualidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como reflexões finais, observa-se que o estudo de caso único exploratório atingiu os objetivos propostos, acrescentando ao atual estado da arte no que diz respeito à compreensão do comportamento autolesivo perpetrado na adolescência por uma adolescente, sem diagnóstico psiquiátrico e experiência de atendimento psicológico, matriculada numa escola de São Paulo. A partir do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo com reavaliação de *follow-up* realizado na jovem participante desse estudo, e dos aportes winnicottianos, pôde-se conceber que Ana alcançou, ao longo de seu desenvolvimento, elementos relativos aos estágios do amadurecimento, no entanto, com a possível vivência de falhas ocorridas em fases primitivas do seu processo de amadurecimento pessoal que foram reatualizadas na adolescência devido aos entraves na comunicação com o ambiente.

Ademais, foi possível também identificar interpretações compatíveis com o arcabouço teórico kleiniano sobre as posições esquizo-paranóide e depressiva, bem como do alcance de tarefas, propostas por Winnicott, necessárias para compor a dependência relativa, como a capacidade de concernimento. Notou-se que tal trânsito foi facilitado pela capacidade do ambiente em se adaptar as necessidades da participante, fato que contribuiu ativamente para a restauração do sentimento de confiança e de esperança no caso investigado. Com base nessas conjecturas, o comportamento autolesivo nesse caso revelou uma dupla função: impedir o aniquilamento total do Eu, e, concomitantemente, comunicar ao ambiente sobre as falhas nos cuidados parentais, na tentativa de resgatar algo ofertado, mas percebido como perdido.

Nesse contexto, com o auxílio do CAT-H e do Questionário Desiderativo foi possível reconhecer que a natureza dos conflitos da participante aludiam a temática “necessidade de compreensão *versus* ambiente indiferente”, sendo a reação ao ambiente externo localizada no âmbito da passividade e por meio de condutas antissociais, e os mecanismos de defesa: projeção e introjeção, isolamento, repressão e negação, medo e ansiedade, utilizados maciçamente, denotando a presença de mecanismos de controle frágeis e ausentes. A cisão operou como mecanismo principal, assim fornecendo subsídios para elucubrações a partir do conceito de distúrbio psicossomático e a noção de um falso *self* submisso, sinalizador de prejuízos nas relações objetais internas e externas, e de deprivações a nível materno e paterno. O sentimento ante as figuras parentais é de profundo desamparo, sendo os sintomas depressivos e ansiosos rastreados significativamente elevados.

Na fase de *follow-up*, observa-se que embora o conteúdo referente à conduta autolesiva não estivesse palpável à Ana, assim como os índices encontrados nos BAI e CDI não indicassem

sintomas depressivos e ansiosos, tais angústias permeavam o âmbito pré-consciente da jovem devido à instabilidade ambiental, sendo reativados pelos estímulos externos considerados ameaçadores. Nesse cenário, a natureza dos conflitos variou, mas, em termos gerais, pode-se conceber que a temática girou em torno da distinção entre realidade e fantasia e da percepção de inseguranças e o desejo de proteção, sendo o modo de reação ao mundo externo mais próximo da criatividade. Os principais mecanismos de defesa identificados foram: formação reativa, anulação e ambivalência, isolamento, projeção e introjeção, medo e ansiedade, e repressão e negação, sendo este último empregado acentuadamente, situação que pode ser entendida como o esforço realizado pelo aparato psíquico para não sucumbir a desintegração – de não entrar em curto para não fazer o corte.

No que tange ao processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo com esta participante, a realização de entrevistas em consonância com os instrumentos projetivos, oportunizaram um espaço terapêutico favorecido pelo emprego das tarefas de *holding* e *handling*, em meio aos quais foi possível o compartilhamento, bem como a elaboração de conteúdos psíquicos por parte de Ana e, embora não tenha sido objetivo cativo desse estudo, também em Conceição. Nota-se que os instrumentos projetivos e objetivos operaram como objetos transicionais à medida que permitiram inter-relacionar a ocorrência do fenômeno autolesivo aos elementos da constituição psíquica da participante, os contornos do ambiente e os eventos que o suscitaram, integrando-os e devolvendo-os à Ana. Sobre isso, pode-se refletir que a apresentação dos objetos nesse processo se deu de maneira paulatina, visando o diálogo estabelecido entre a dupla ao fortalecimento do processo de constituição do *self*. O material clínico descrito aponta que as entrevistas e, principalmente, a devolutiva amparada pelos instrumentos projetivos foram capazes de transcender a via de compreensão racionalizada do saber, estabelecendo o contato com o algo mais primitivo, com o campo da experiência.

O emprego da reavaliação de *follow-up* também demonstrou relevante importância, enriquecendo os achados iniciais e possibilitando uma perspectiva mais integrada dos fatos e condições intrapsíquicas da participante investigada. E, embora também não tenha sido objetivo desse estudo, as modificações observadas entre as etapas sugerem a efetividade do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo no campo de avaliação psicológica, aumentando a validade dos resultados encontrados nesse estudo para o campo da atividade clínica ao público adolescente jovem que se autolesiona. Além disso, no presente estudo, o uso de mais de uma técnica projetiva em consonância com os instrumentos objetivos contribuíram para melhor compreensão do caso, bem como para o aumento da fidedignidade, valor e conteúdo dos achados clínicos, possibilitando uma discussão mais abrangente acerca do caso.

Todavia, dado o recorte adotado, convém articular sobre as limitações apresentadas por esse estudo. De início, pode-se apontar a mudança no percurso de investigação que contribuiu para a alteração do escopo da pesquisa, e, conseqüentemente, limitou o número de participantes. Também frente aos limites próprios da metodologia utilizada, as possíveis contribuições e reflexões propostas nesse capítulo circunscrevem-se ao estudo em questão, não podendo ser generalizadas para outros campos devido suas especificidades. Ademais, tendo em vista que todas as entrevistas objetivaram a exploração integral dos elementos-chave ao redor da demanda emergente com vistas ao estabelecimento de uma comunicação significativa entre os membros do encontro, a fim de auxiliar na elaboração do sofrimento em questão, tal qual postulado em Consultas Terapêuticas, observa-se que as entrevistas culminaram em um compilado de informações conexo, predominantemente, com a queixa, pouco recuperando dados da tenra infância da participante. Tais limites evidenciam a necessidade de novas pesquisas sobre o tema em interação com o processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo em geral.

Assim, no que diz respeito a estudos futuros, destaca-se a importância de pesquisas longitudinais e com um número maior de participantes com vistas à discussão dos alcances e limitações da modalidade psicodiagnóstica empregada para compreensão do fenômeno autolesivo na adolescência. Outra sugestão refere-se à necessidade de empreender estudos em pacientes com maior nível de recorrência autolesiva, discutindo as peculiaridades da técnica para o fenômeno. A ampliação da faixa etária e a comparação dos sentidos e significados do comportamento autolesivo nos diferentes momentos da adolescência mostra-se como uma maneira interessante de compreensão mais aprofundada sobre o tema. Cabe citar que estudos internacionais apontam para o surgimento de indícios da potencialidade do comportamento na infância, portanto, um outro âmbito da pesquisa poderia se debruçar sobre as variadas formas do comportamento autolesivo na infância e suas diferenças entre gênero. Tais sugestões objetivam destacar a relevância da temática e de seu aprofundamento no intento de contribuir para a construção de estratégias interventivas aplicáveis à realidade brasileira, passíveis de benefícios para os adolescentes de hoje e de amanhã, e suas famílias.

Por fim, conclui-se que esse trabalho se configura como ponto de partida para estudos interessados em associar um importante procedimento avaliativo e interventivo, o Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo e sua modalidade de reavaliação de *follow-up*, ao âmbito da clínica psicológica e às manifestações de sofrimento adolescente relativas ao comportamento autolesivo, uma vez que possibilitou compreender a dinâmica intrapsíquica, apreender dados da relação familiar e também intervir no sofrimento em cena.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. 10ed. Porto Alegre: Artmed.
- Aberastury, A. (1986). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu Filho, A. G. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2005). O questionário desiderativo aplicado em psicólogos da área de saúde - motivações da escolha profissional. II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica - Desafios para a Formação, Prática e Pesquisa. Congresso.
- Aguiar, C. M. S. (2011). *Assistir doentes parassuicidas: subsídios para a reconstrução cognitiva*. (Dissertação de mestrado). Escola superior de enfermagem do Porto. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9063/1/Dissertação%20de%20Mestrado%20Carla%20Aguiar%20ep%203402.pdf>.
- Aguiar, W. M. J., Bock A. M. B., & Ozella S. (2001). A Orientação Profissional com Adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In. Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G. M. & Furtado, O. (Orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, pp. 163-178.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. American Psychiatric Publishing: Arlington.
- Aiello-Vaisberg, T., & Machado, M. (2000). Diagnóstico Estrutural de Personalidade em Psicopatologia Psicanalítica Psicologia. USP, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/psicousp.v11i1.108077>.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras, 286.
- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Almeida, S. S. L. (2010). Automutilação e corpo na psicose. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2: 3.
- Ancona-Lopez, M. (Org.). (1995). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.
- Araújo, J. F. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>.
- Loli, M. S. A., Abrão, J. L. F. & Tardivo, L. S. P. C. (2016). O uso da imaginação no psicodiagnóstico e na psicoterapia de adolescentes. *Boletim de Psicologia*, 66(ja 2016), 79-97.

- Arenales-Loli, M. S., Abrão, J. L. F., Parré, R. R., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). O jogo como mediador na entrevista: um novo lugar no processo psicoterápico com adolescentes. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 33(2), 405-426.
- Arcoverde, R. L. & Soares, L. S. L. C. (2012). Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 293-300.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... Brent, D. A. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>.
- Anzieu, D. (1986). *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro, Campos.
- Bahls, Saint-Clair & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em psicologia*, 6(1), p. 49-57. Retirado de: <file:///C:/Users/JORGE1/Downloads/3193-6318-1-PB.pdf>.
- Balint, M. (1985/1932/1939). Character analysis and new beginning. In M. Balint, *Primary love and psycho-analytic technique*. London: Karnac.
- Barbosa, G. A; Dias, M. R., Gaião, A. A. & Lorenzo, W. C. G. Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto. Rev Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. 1996;14(3):36-40.
- Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Infanto*, 2, 23-30.
- Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barbieri, V., Jacquemin, A. & Alves, Z. M. M. B. (2004). Alcances e limites do Psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 153-167. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200005>
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory. Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bergeret, J. (1988). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. (2006). *Psicopatologia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 9 ed.

- Bernardes, S. M. (2015). Tornar-se (in) visível: Um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam. Dissertação de mestrado profissional, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Santa Catarina. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Bertol, C. E. & Souza, M. (2010). Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.30, n.4, p.824-839, Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000400012.
- Bleger, J. (1987a). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In J. Bleger, *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (pp. 7-41). São Paulo: Martins Fontes.
- Blos, P. (1962/1998). *Adolescência: Uma interpretação psicanalítica*. (W. Dutra, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Blos, P. (1996). O segundo processo de individuação. In P. Blos, *Transição adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 27, n. 5, p. 253-255, set/out.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal 8.069/1990*. Brasília.
- Bassora J. B. & Campos, C. J. G. (2010). Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. out/dez;12(4):753-60*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*. Scientific and Technical Publication 594. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W. & Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337–348.
- Brown, R. C. & Plener, P. L. (2017). Auto-Lesão Não-suicida na Adolescência. *Current Psychiatry Reports*, 19 (3), 20. <http://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Bunchaft, G. & Vasconcellos, V. L. P. (2001). Padronização do Teste Desiderativo no contexto da Análise Transacional: resultados preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 19-25. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722001000100005>.
- Bunderla, T. & Kumperščak, H. G. (2015). A description of properties and functions of nonsuicidal self-injury and its correlation with craving, impulsivity and anxiety in Slovene

adolescents. *Slovenian Medical Journal*, 84(11).
doi:<https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.1374>

- Cabrera, A. M. (1999). *Questionário Desiderativo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calligaris, C. (2000). *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Capitão, C. G., & Zampranha, M. A. G. (2004). Câncer na adolescência: um estudo com instrumento projetivo. *Revista da SBPH*, 7(1), 3-16. Recuperado em 14 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Cardoso, B. C. C. (2015). *A escarificação na adolescência: A problemática do Eu-pele a partir do método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20593>.
- Cardoso, M. R. (2006). *Adolescentes*. São Paulo: Editora Escuta, 206 p.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>.
- Chvatal V. L. S., Böttcher-Luiz, F., Turato E. R. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. *Rev. psiquiatr. clín.* 36(2): 43-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000200001>.
- Cipriano, A., Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. v. 8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10 ed. rev. - CID-10. (1997). São Paulo: Universidade de São Paulo. vol.2. Retirado de http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f60_f69.htm.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2003). Resolução 002/2003. Brasília, DF.
- Correa, O. B. R. (2003). Transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 35-45.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão Infantil e Representação Social*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G. & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300. Recuperado de ["http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004&lng=pt&tlng=pt"](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004&lng=pt&tlng=pt)tlng=pt.

- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200013>.
- Cunha, C. A., Brito, M. R. S., & Silva, S. M. F. (2003). Alfabetização, operatoriedade e nível de maturidade em crianças do ensino fundamental. *PsicoUSF*, 8(2), 155-162.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre: Artmed.
- Curatolo, E. (2001). Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. *Arquivos de neuropsiquiatria*. São Paulo, v. 59, n. 1, p. 215.
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1982). *Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. & Loparic, Z. (2008). O modelo Winnicott de atendimento ao adolescente em conflito com a lei. *Winnicott E-prints*. Serie 2, Vol 3, n 1/2.
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N. & Zanello, F. (2011). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Àgora*, v.XIV, n. 1, p. 9-20. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000100001>.
- Emmanuelli, M. (1996). L'inhibition intellectuelle à la pré- adolescence: mise en défaut de la latence et prélude à la séparation. *Psychologie clinique et projective*, 2(2), 261-278.
- Emmerich, A. C. (2017). Automutilação na adolescência: uma leitura psicanalítica de orientação winnicottiana. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em psicologia. Universidade Federal Fluminense, Departamento de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, Rio de Janeiro. Recuperado de: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6464/2/Tcc%20AMANDA%20CARNEIRO%20EMMERICH%20..pdf>.
- Erikson, E. H. (1968/1976) *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Favazza, A.R. (1996) *Bodies under Siege: Self Mutilation and Body modification in culture and psychiatry* (2nd Edition). John Hopkins University Press, Baltimore.
- Favazza, A. R. (2006). Commentary: Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 117(6). 2283–2284.
- Felício, J. L. (2002). Sobre a personalidade de homens com disfunção erétil ou ejaculação precoce: estudo comparativo com o Inventário Fatorial de Personalidade, o Questionário Desiderativo e o Teste Estilocrômico. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

- Ferreira, L. S. (2015). Técnicas Projetivas gráficas em adolescentes gestantes: estudo compreensivo. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Recuperado de: [file:///C:/Users/gisla/Downloads/ferreira_me%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gisla/Downloads/ferreira_me%20(1).pdf).
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf
- Fortes, I. & Kother, M. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353-367. doi10.17081/psico.20.38.2556.
- França, R. S. F. (2008). Fantasias, angústias e defesas em torno da morte: Estudo de caso – (Tese Doutorado), ISPA, Portugal.
- Freitas, D. C. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). O questionário Desiderativo e cegas congênitas: um estudo de personalidade. *Boletim de Psicologia*, 52 (117).
- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade. In: FREUD, S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, vol. VII.
- Freud, S. (1901-1905/1996). Um caso de histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. Volume VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914/1996). In: S. Freud. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. p. 163-171. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.
- Freud, A. (1946/1986). O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Frota A. M. (2006). A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. Dez [citado 2018 Set 19] ; 58(2) : 51-66. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672006000200006&lng=pt.
- Gallatin, J. E. (1975). Adolescence and Individuality: A Conceptual Approach to adolescent Psychology. New York: Harper and Row. doi [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(197604\)13:2<233::AID-PITS2310130222>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1520-6807(197604)13:2<233::AID-PITS2310130222>3.0.CO;2-P).
- Gil, C. A. (2005). Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Gil, C. A. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2009). O questionário desiderativo e a escala de depressão em idosos: compreensão das vivências emocionais. Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, Campinas, SP.

- Gil, C. A., Tardivo, L. S. L. P. C. & Fráguas Jr, R. (2002). Depressão e idosos: Estudo Clínico. Resumo apresentado no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, I Congresso Sul-Sudeste de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria clínica, 2002, Campinas.
- Gil, C. A. (2010). A. Recordação e Transicionalidade: A oficina de cartas, fotografia e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica, São Paulo. Recuperado de: [file:///C:/Users/gisla/Downloads/gil_do2%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/gisla/Downloads/gil_do2%20(2).pdf).
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res.* 197(1-2):66-72.
- Giusti, J. S. (2013). Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de doutorado apresentada à faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (USP).
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. D., & Gaião, A. D. A. (1995). Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J. bras. psiquiatr.* 44(7), 345-349.
- Goldsmid, R. & Féres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. *Psicologia em Revista*, 13(2), 293-308.
- Goldsmid, R. & Féres-Carneiro, T. (2011). Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social. *Psicologia da USP*, São Paulo, 22 (4), 771-787.
- Grandclerc, S., Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. & Moro, M-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PlosONE*. 11(4): e0153760. doi:10.1371/ journal.pone.0153760.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grossman, E. (2010). A construção do conceito de adolescência no ocidente. *Adolescência & Saúde*, 7(3), 47- 51.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 842–849. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029429>.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev. Port. De Saúde Pública*. 31(2): 204-213. Lisboa: Portugal.
- Guimarães, N. M., Pasian, S. R. & Barbieri, V. (2006). A equação simbólica como recurso terapêutico: contribuições para análise do questionário desiderativo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 365-376. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300007>.

- Guimarães, N. M., Pasian, S. R. (2009). Adequação ao real de adolescentes: Possibilidades Informativas do Questionário Desiderativo. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, Jul-Set, vol. 25, n.3, p. 347-355.
- Hack, S. M. P. K. & Ramires, V. R. R. (2014). Deprivação e a tendência antissocial no adolescente face ao divórcio parental. *Contextos Clínicos*, 7(2), 133-144. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.72.02>.
- Hallak, L. R. L. (2001). Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hammer, E.F. (1991). Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self report in schools in England. *BMJ*, Nov. 23; 325(7374): 1207-1211.
- Hawton, K., Saunders, K. E. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and Suicide in adolescents. *Lancet*, Jun. 23; 379(9834):2373-82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5. doi 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Houston, K., Hawton, K. & Sheppard, R. (2001) 'Suicide in Young People Aged 15-24: A Psychological Autopsy Study'. *Journal of Affective Disorders* 63(1-3): 159-170 .
- Japur, M. & Jacquemin, A. (1989). Escala de Atitudes (B-1) do Inventário de Maturidade Profissional (CMI): Análise psicométrica. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 5(3), 297-314.
- Jardim-Maran, M. L. C. (2004). A escolha profissional de adolescentes através do BBT-Br do Questionário Desiderativo. Dissertação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Jardim-Maran, M. L. C. (2011). O psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes: normas e evidências de validade. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Jatobá, M. M. V. (2010). O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. Recuperado de: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/maria_manoella_jatoba.pdf.
- Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Jorge, J. C., Queirós, O., Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1997). Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359–364.
- Klein, M. (1932/1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1946/1985). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides, In. *Inveja e gratidão*, vol. III. Rio de Janeiro, Imago.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>.
- Klonsky, E. D. & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injuries among Young adults: A latente class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 231–237. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030278>.
- Koenig, J., Thayer, J.F., Kaess, M., 2016. A meta-analysis on pain sensitivity in selfinjury. *Psychol. Med.* 46 (8), 1597–1612. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716000301>.
- Kovács, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI: manual*. New York, Multi-Health Systems, 150 p.
- Lazzari, J. M. W. & Schmidt, E. B. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica*, Itatiba, v. 7, n. 2, p. 211-221.
- Levinsky, D. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, N. L., Santos, A. P., Rezende, A. O., Marra Melo, C., Cerqueira, F. & Araújo, R. S. (2016). A eliminação das diferenças entre os sexos: uma leitura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 22(2), 447-468. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P447>.
- Lispector, C. (1994). *Água viva*. Francisco Alves, 260 p.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 8, 1183-1192. <http://doi.org/10.1017/S003329170700027X>.
- Lorena, R. G. S. (2016). *Um corpo para (de) marcar-se: Um estudo acerca das escarificações na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Universidade católica do Pernambuco, Recife. Recuperado de http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2016-12-21T130027Z-901/Publico/renata_guarana_sousa_lorena.pdf.

- Ludke, M. & André, M. E. D. A. (1986). Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU.
- Matheus, T. C. (2007). Adolescência: história e política do conceito na psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Machado, D. V. M. (1980). Meus filhos gêmeos. São Paulo, SP: Almed.
- Marty, F. (1997). Violences à l'adolescence. In F. Marty (Org.), L'illégitime violence: L violence et son dépassement à l'adolescence (pp. 7-17). Ramonville Saint-Agne, France: Editions Erès.
- Marchi, J. V., Marostica, M. S., Isaias, V. G. & Rosa, H. R. (2009). O psicodiagnóstico interventivo e a devolutiva com histórias infantis. In: VIII Encontro Científico de Pós-Graduação em Psicologia: Modos de Subjetivação no Contemporâneo, Assis, SP. *Revista da UNESP*, 2009. v. 8.
- Medeiros, D. & Pinto Junior, A. A. (2006). Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do questionário desiderativo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9 (1), 91-99.
- Menninger, K. (1938). Man against himself. 1a ed. New York: Hacourt, Brace.
- McDougall, J. (2000). Teatros do corpo: psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2001). Constituindo uma família recasada. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), As mudanças no ciclo de vida da família: uma estrutura para a terapia familiar (pp. 344-369). Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, N. A. (2008). Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão. Coimbra: Quarteto.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75:324–333.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health*.30;6:10.
- Minayo, M. C. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública* 9(3):239-262.
- Nijamkim, G., & Braude, M. (2000). *Questionário desiderativo*. São Paulo: Vetor.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72:885–890. DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.885.

- Nock, M. K., Joiner, T. E. J., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15:1 - 15:25.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G. & Piccolo, E. G. (2003). *O Processo diagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ogden, T. H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. Tradução C. Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, 39(3), 353-360.
- Oliveira, F. S., Morais, I. C., Greinert, B. R. M. & Milani, R. G. (2015). Psicodiagnóstico do adolescente: Considerações teóricas. *Saúde e Pesquisa*, 8, Ed. Especial, 173-182. Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/3824/2523>.
- Oliveira, F. S., Morais, I. C. & Milani, R. G. (2011). Psicodiagnóstico clínico com adolescentes: algumas contribuições. In: Encontro internacional de produção científica cesumar, 7., 2011, Maringá. Anais... Maringá: Cesumar.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Outeiral, J. O. (1994). *Adolescer: Estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Outeiral, J. O. (2007). Família e contemporaneidade. *Jornal de psicanálise*. São Paulo, V. 40, n. 72, p. 63-73.
- Outeiral, J., Hisata, S. & Gabriedades, R. (2001). Winnicott: seminários Paulistas, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Padrão, C. B., Mayerhoffer, E. L., Silva, P. M. & Cardoso, M. R. (2006). Trauma e violência pulsional: a adolescência como situação limite. In: Cardoso, M. R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo: Escuta, p. 135-146.
- Papalia, E. D. & Olds, W. S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Passarini, G. M.R. (2014). Mãe adolescente em instituição de acolhimento: Psicodiagnóstico compreensivo e interventivo. Dissertação de mestrado. Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo.
- Pattison, E.M. & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. Jul;140(7):867-72. DOI:10.1176/ajp.140.7.867.

- Paulo, M. S. L. L. (2004). O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo.
- Paulo, M. S. L. L. (2006). Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão. *Boletim de Psicologia*, 56(125), 153-170.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, v. X, n. 20, p. 109-126, jul./dez.
- Pichón-Riviere, E. (1983). O processo grupal. São Paulo, Martins Fontes.
- Pinto Junior, A. A., Silva, P. R. M., Santos, M. R., Frois, N. M. R., Vieira, F. C., Gouvêa, F.A., Verônica, L. F. R. & Tardivo, L.S. P. C. (2011). Agressores sexuais: educadores? In: Azevedo, M. A.; Guerra, V. N. A.. (Org.). *Violência doméstica na infância e na adolescência: uma nova cultura de prevenção*. 1ed. São Paulo: Plêiade, 2011, v. 1, p. 173-213.
- Pinto Junior, A. A., & Tardivo, L. S. L. C. (2015). Estudio del funcionamiento psicodinamico de agresores sexuales con el cuestionario desiderativo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 187-207.
- Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1), 135-153. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009>
- Plener, P. P., Munz, L. M., Allroggen, M., Kapusta, D. N., Fegert, M. J. & Groschwitz, R. C. (2015a). Immigration as risk for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 9:34.
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., Groschwitz, R. C. (2015b). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2: 2.
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, 16, 353. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>.
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M. & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch. Arztebl. Int.* 115(3): 23-30; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023.
- Rasmussen, S., Hawton, K., Philpott-Morgan, S., O'Connor, R. C. (2016). Why Do Adolescents Self-Harm?. *Crisis*. 37(3):176-83.
- Rank, O. (1932). *Don Juan et le double*. Paris: Petite Biblioteque.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. *Avaliação Psicológica*, 7, 85-91.

- Richardson, J. S., & Zaleski, W. A. (1986). Endogenous opiates and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 143(7), 938-939.
- Rizzo, C. J., Esposito-Smythers, C., Swenson, L., Hower, H. M., Wolff, J. & Spirito, A. (2014). Dating violence victimization, dispositional aggression, and nonsuicidal self-injury among psychiatrically hospitalized male and female adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3):338-51. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12081>.
- Rocha, M. (2008). O desenvolvimento das relações de vinculação na adolescência: Associações entre contextos relacionais com pais, pares e par amoroso. Tese de Doutorado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rodav, O., Levi, S., Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur. Psychiatry*. 29(8), 503-8.
- Rolim, R. A. B., Ferreira, A. A. I. & Carneiro, H. F. (2016). “A flor da pele”: O adolescente e suas possibilidades de defesa diante do outro. *Polêmica*, v. 16, n. 3, p. 01-08. doi 10.12957/polemica.2016.25243.
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002; 31:67-77.
- Ryan, K., Heath, M. A., Lane, F., Young, E. L. (2008). Superficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 237-254.
- Saes, D. S. (2003). Adolescentes infratores: um estudo compreensivo. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Safra, C. (2001) Investigação em psicanálise na universidade. *Revista Psicologia USP*, vol.12, São Paulo.
- Savietto, B. B., & Cardoso, M. R. (2006). Adolescência: ato e atualidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(1), 15-43. Recuperado em 29 de setembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Scalco, M. O., Donelli, T. M. S. (2014). Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. *Temas psicol.* 22 (1): 55-66. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-05>
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2007). *Developmental Psychology Childhood and Adolescence*. Belmont: Wadworth. Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos. Dos conceitos à prática*. Lidel-edições técnicas. Lisboa.
- Salles, R. J. (2014). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Salles, R. J. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 282-310. Recuperado em 19 de março de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000200007&lng=pt&tlng=.
- Savietto, B. B. (2007). Passagem ao ato e adolescência contemporânea: Pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10, 438-453. Recuperado de: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/fedida/3.men.htm>.
- Schelini, P. W. & Benczik, E. P. (2010). Teste de apercepção infantil: o que foi e o que precisa ser feito. *Boletim de Psicologia*, 60(132), 85-96.
- Segal, H. (1983). Notas a respeito da formação dos símbolos. Em H. Segal, (Org.), *A Obra de Hanna Segal: uma abordagem Kleiniana à prática clínica* (p.77-98). (E. Nick, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Segal, H. (1975). A posição esquizo-paranoide. In: Segal, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago. p. 36-50.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., Joiner Jr., T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Vol 3(2), 167-175.
- Simeon, D. & Favazza, A. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviours, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 1-28.
- Simioni, A. R. (2017). Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, BR-RS. doi <http://hdl.handle.net/10183/158643>.
- Simon, R. (1986). *Introdução à Psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU. 135 p.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471-1483.
- Sneiderman, S. (2013). ¿ Es el " Cuestionario Desiderativo" una técnica propicia para detectar pulsiones y defensas en patologías del desvalimiento?. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(1), 274-290.
- Sneiderman, S. (2014). *El Cuestionario Desiderativo. Aportes para una actualización de la interpretación*. Desvalimiento Psicosocial,
- Sneiderman, S., Salvay, L., Panepucci, L., & D'Acuntti, M. A. (2017). Exploración de la subjetividad y mecanismos de defensa en niños latentes mediante la interpretación del Cuestionario Desiderativo. *Anuario de Investigación USAL*, (3).

- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Basay, B., Güngör, D., Basay, O., Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Jul;50(7):1163-71.
- Souza, E. L. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). O uso do Questionário Desiderativo na esquizofrenia: estudos de casos. Pôster apresentado no VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, Campinas – SP.
- Souza, A. S. L. (2011). O desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. *Boletim de Psicologia*, 61(135), 207-215.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Stevens, A. (2004). Adolescência, sintoma da puberdade. *Adolescência, sintoma da puberdade.* Curinga, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais, n.20, pp.27-39.
- Stewart, J. G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 105–112. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>.
- Tardivo, L. S. P. C., Nicoletti, E., Simurro, S., Rizzini, M., & Skarbinik, R. (1999). A estruturação do ego: o estudo de estruturação do ego de profissionais de saúde através do questionário desiderativo. *Psic*, 1(1): 28-34.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2004). Adolescência e sofrimento emocional: reflexões psicológicas – encontros e viagens. 213f. Tese de Livre Docência – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tardivo, L. C. (2006). O atendimento em Psicodiagnóstico Interventivo na clínica-escola: o encontro entre os pacientes, os terapeutas e os estudantes de psicologia. Em N. A. Silva Neto & D. M. Amparo (Orgs.), *Métodos projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura.* Anais do IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (pp. 334-341). Brasília: Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2007a). O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje. São Paulo: Vetor, 171p.
- Tardivo, L. S. P. C. (2007b). Psicodiagnóstico interventivo: Uma proposta de ensino em Atendimento Clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), 128-134.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Gil, C. A. (2008). *APOIAR: novas propostas em psicologia clínica.* São Paulo: Sarvier.
- Tardivo, L. S. L. C. (2009). O apoiar e os enquadres grupais. In. (Org.). *Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica.* São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. P. 39-49.

- Tardivo, L. S. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2010). IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). O procedimento de desenhos-estórias na expressão e na compreensão de vivências emocionais. In: W. Trinca (org.). Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias (p. 145-168), São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1984) Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: Trinca, W. et al. Diagnóstico psicológico. A prática clínica. São Paulo: EPU. p. 14-24.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1):93-108.
- Turato, E. R. (2003). Tratado de metodologia clínico-qualitativa (2º Ed.). Petrópolis.
- Venosa, V. S. (2015). O “ato de cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina. Dissertação Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19022016-153519/en.php>.
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53-60. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.01.009.
- Vilhena, M. & Prado, Y. Z. C. (2015). Dor, angústia e automutilação em jovens – considerações psicanalíticas. *Adolesc.Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 94-98. Recuperado de: file:///C:/Users/Baia_07/Administrador07/Downloads/v12n2a12.pdf.
- Viola, D. T. D., & Vorcaro, A. M. R. (2013). Latência, adolescência e saber. *Estilos da Clínica*, 18(3), 461-476. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300002&lng=pt&tlng=pt.
- You, J., & Lin, M. P. (2015). Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 524–533. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039055>.
- Yin. R. K. (2005). Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ed., Porto Alegre: Bookman.
- Wainstein, V. L. (2014). Anorexia na perspectiva psicanalítica da Teoria das Relações Objetivas. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Waldemar, J. O. C. (1983). Quão perturbado é o adolescente "normal"? Uma revisão de conceitos e de estudos epidemiológicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 5:31-36.

- Washburn, J. J., Gebhardt, M., Styer, D. M., Juzwin, K. R., Gottlieb, L. (2012). Co-occurring disorders in the treatment of nonsuicidal self-injury: An evidence-informed approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 348–364. doi:10.1891/0889-8391.26.4.348
- Whitlock, J. (2010). Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLoS Med.*7(5): e1000240. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B. & Goodyer, I. (2010). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT) *Am J Psychiatry*. 2011;168:495–501. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718.
- Winnicott, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. (1945/1993) In: Winnicott, Textos selecionados: da Psicanálise à Pediatria. 4. e. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 269-285.
- Winnicott, D. W. (1960/1983). O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1960/1984). Agressão, culpa e reparação, In D. Winnicott, Privação e delinquência. 3 ed. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1961/2005). A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1963/1983). Os doentes mentais na prática clínica. In: D. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1964/1982). Raízes da agressividade. In D. Winnicott, A criança e o seu mundo (p. 262-270). Rio de Janeiro: LTM.
- Winnicott, D. W. (1941/1982). Observação de bebês em uma situação estabelecida. In D. W. Winnicott. Textos selecionados da pediatria à psicanálise (pp. 139-164). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. W. (1983a). Psicanálise do sentimento de culpa. In: Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed.
- Winnicott, D. W. (1983b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1984/1987). A luta para superar depressões. In D. Winnicott, Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1971/1984). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1990). Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1965/1994). O valor da consulta terapêutica. In Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. Artes Médicas, Porto Alegre, p.244-248.
- Winnicott, D. W. (1994). Sobre as bases do self no corpo. In: C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas* D. W. Winnicott. (J. O. A. Abreu, trad. pp. 203 - 218). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1966/1990). Carta a um confidente: de 15 de abril de 1966. In: Winnicott, D. W. *O Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1987). A psicoterapia de distúrbios de caráter. In D. Winnicott (1987/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação de Højmand, temos 1965ve[1963]).
- Winnicott, D. W. (1970/1994). A dependência nos cuidados infantis. In: Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães*. 2. e. São Paulo: Martins Fontes, p. 73-78.
- Winnicott, D. W. (1966/1989). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In Winnicott. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2005). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1986/2001). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2012). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, RJ: LTC. (Original publicado em 1945).
- World Health Organization, WHO. (1986) - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO.
- Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 23. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>.

ANEXOS

A.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pais ou Responsável (is)

1. DADOS SOBRE A PESQUISA

- A) Eu, Gislaine Chaves, aluna de pós-graduação (mestrado) do departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pesquisadora responsável pelo presente, sob orientação da Professora Livre Docente Leila S. L. P. C. Tardivo (Avenida Professor Mello de Moraes, 1721, Butantã, São Paulo, telefone: 3091-4173, e-mail: tardivo@usp.br), convido você e o adolescente (participante) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é investigar aspectos da personalidade de adolescentes que não estejam em tratamento psiquiátrico e que, por motivações diversas, causam lesões sobre o próprio corpo.
- B) Essa pesquisa tem como intenção trabalhar terapeuticamente junto ao participante em 6 encontros de, aproximadamente, 1 hora cada um, 1 vez por semana, que serão realizados no Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 – Bloco D. Esses encontros serão melhor detalhados a seguir:
- 1) No primeiro encontro, será realizada uma entrevista individual com o responsável para coleta de dados pessoais do participante.
 - 2) No segundo encontro, será iniciado o contato com participante que incluirá uma entrevista individual. Ao final dessa entrevista, também serão aplicados os questionários de depressão infantil e de ansiedade, que serão lidos e marcadas as opções que correspondem à sua impressão pessoal.
 - 3) No terceiro encontro, será realizada uma entrevista individual com o participante para realização de uma outra atividade que incluirá a visualização de alguns desenhos, um por vez, e após será solicitado ao participante que conte histórias a partir do que vê nos cartões.
 - 4) No quarto encontro, será realizada uma atividade que incluirá perguntas em torno de um tema.
 - 5) Após a realização de todos esses procedimentos, no quinto encontro, será realizada uma entrevista individual com o participante com o objetivo de falarmos sobre os encontros realizados. Nessa ocasião, caso o participante queira, e achar necessário, poderá ser feita orientações e encaminhamentos visando seu tratamento psicológico.
 - 6) Por fim, no sexto encontro, será realizada uma entrevista com o (s) responsável (is) a fim de, se necessário, orientar e fazer os encaminhamentos necessários.
- C) A participação apresenta riscos que estão sendo considerados. Caso o adolescente apresente aumento de sinais de angústia ou sofrimento, poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para ele ou para o estudo. Caso isso ocorra, todo o acolhimento e suporte necessário também serão oferecidos individualmente. Salienta-se que participante será convidado a realizar entrevistas, atividades de contar histórias, responder algumas perguntas e preencher questionários que se referem aos seus pensamentos e sentimentos.
- D) A participação na pesquisa promove uma ampliação do autoconhecimento e expressão de sentimentos, pensamentos e vivências, o que aumenta a consciência de si e possibilita à pessoa a aceitar encaminhamentos que sejam necessários.
- E) A participação na pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela.
- F) As entrevistas serão gravadas com o auxílio de um gravador de áudio e todos os dados fornecidos serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento, seu nome ou qualquer outro dado que possa identifica-lo (a) (seus dados pessoais e/ou dos responsáveis ou instituição escolar) serão divulgados.
- G) Os dados da pesquisa serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer cunho pessoal ou econômico para a pesquisadora, podendo ser apresentados em eventos científicos e publicado em revista científica.
- H) Se o adolescente necessitar de orientação ou atendimento ele será encaminhado a serviço que possa fazê-lo.
- I) Todos os procedimentos éticos serão tomados pela pesquisadora.
- J) Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas e os danos indenizados.

- K) O (A) Senhor (a) tem direito de conhecer todas as fases do estudo.
- L) O (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Gislaine Chaves, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 3091-4178 ou pelo e-mail: gislaine.ch@usp.br.
- M) Para esclarecimentos com relação às dúvidas éticas do projeto, segue dados do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP: 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo/SP. E-mail: comite.etica.ipusp@gmail.br – Telefone (11) 3091-4182.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com o senhor (a) e outra com a pesquisadora responsável.

2. AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação do participante sob minha responsabilidade, _____, manifesto meu consentimento e apoio à participação nessa pesquisa.

Nome e assinatura do responsável

RG:

Gislaine Chaves –RG: 45.427.348-4 / CRP: 06/117051
Psicóloga/Pesquisadora

B.**Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE****1. DADOS SOBRE A PESQUISA**

- N) Eu, Gislaine Chaves, aluna de pós-graduação (mestrado) do departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pesquisadora responsável pelo presente, sob orientação da Professora Livre Docente Leila S. L. P. C. Tardivo (Avenida Professor Mello de Moraes, 1721, Butantã, São Paulo, telefone: 3091-4173, e-mail: tardivo@usp.br), convido você (participante) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é investigar aspectos da personalidade de adolescentes que não estejam em tratamento psiquiátrico e que, por motivações diversas, causam lesões sobre o próprio corpo.
- O) Essa pesquisa tem como intenção trabalhar terapeuticamente junto ao participante em 6 encontros de, aproximadamente, 1 hora cada um, 1 vez por semana, que serão realizados no Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 – Bloco D. Esses encontros serão melhor detalhados a seguir:
- 7) No primeiro encontro, será realizada uma entrevista individual com o responsável para coleta de dados pessoais do participante.
 - 8) No segundo encontro, será realizada uma entrevista individual com você. Ao final dessa entrevista, também serão aplicados os questionários de depressão e outro de ansiedade, que você irá ler e assinalar as opções que mais se encaixam diante da maneira como está se sentindo.
 - 9) No terceiro encontro, será realizada uma outra entrevista individual com você para aplicação de uma atividade que inclui a visualização de alguns desenhos, um por vez, e, após será pedido que você conte histórias a partir do que vê nos cartões.
 - 10) No quarto encontro, será realizada uma atividade que incluirá perguntas em torno de alguns temas.
 - 11) Após a realização de todos esses procedimentos, no quinto encontro, será realizada uma entrevista individual contigo para falarmos sobre os encontros realizados. Nessa ocasião, caso você queira, e achar necessário, poderá ser feita orientações e encaminhamentos visando seu bem-estar.
 - 12) Por fim, no sexto encontro, será realizada uma entrevista com o (s) responsável (is) a fim de, se necessário, orientar e fazer os encaminhamentos necessários.
- P) É importante saber que a participação apresenta riscos que estão sendo considerados. Caso você apresente aumento de sinais de angústia ou sofrimento, poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para você ou para o estudo. Caso isso ocorra, todo o acolhimento e suporte necessário também serão oferecidos.
- Q) Também é importante saber que a participação na pesquisa permite que você aumente o conhecimento sobre si, pois poderá falar daquilo que está sentindo e pensando, fato que possibilita a aceitação de ajuda por meio de encaminhamentos para profissionais especializados.
- R) A participação na pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela.
- S) As entrevistas serão gravadas com o auxílio de um gravador de áudio e todos os dados fornecidos serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento, seu nome ou qualquer outro dado que possa identifica-lo (a) (seus dados pessoais e/ou dos responsáveis ou instituição escolar) serão divulgados.
- T) Os dados da pesquisa serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer ganho de cunho pessoal ou econômico para a pesquisadora, podendo ser apresentados em eventos científicos e publicados em revista científica.
- U) Se você necessitar de orientação ou atendimento, será encaminhado a serviço que possa fazê-lo.
- V) Todos os procedimentos éticos serão tomados pela pesquisadora.
- W) Eventuais despesas e/ou danos decorrentes da participação na pesquisa serão pagos.
- X) Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Gislaine Chaves, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 3091-4178 ou pelo e-mail: gislaine.ch@usp.br.
- Y) Para esclarecimentos com relação às dúvidas éticas do projeto, segue dados do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: Avenida Professor Mello de

Morais, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP: 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo/SP. E-mail: comite.etica.ipusp@gmail.br – Telefone (11) 3091-4182.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora responsável.

2. AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantido o sigilo de meus dados, eu, _____, manifesto meu consentimento e apoio à participação nessa pesquisa.

Nome completo

RG:

Gislaine Chaves –RG: 45.427.348-4 / CRP: 06/117051

Psicóloga/Pesquisadora

C. Folha de aplicação Questionário Desiderativo

I – Identificação:

Sexo () Masculino () Feminino Idade: _____ Escolaridade: _____

Consigna: Se você não pudesse ser uma pessoa, o que mais gostaria de ser? Por quê?

1 + TR: _____ Induzido? () _____

2 + TR: _____ Induzido? () _____

3 + TR: _____ Induzido? () _____

4 + TR: _____ Induzido? () _____

5 + TR: _____ Induzido? () _____

Consigna: Agora vou lhe fazer outra pergunta: Se você não pudesse ser pessoa, o que menos gostaria de ser? Por quê?

1 - TR: _____ Induzido? () _____

2 - TR: _____ Induzido? () _____

3 - TR: _____ Induzido? () _____

4 - TR: _____ Induzido? () _____

5 - TR: _____ Induzido? () _____

D.
Carta de anuência da Instituição.

São Paulo, 28 de agosto de 2017,

CARTA DE ANUÊNCIA

Accito a pesquisadora, Gislaine Chaves, CPF: 357.398.638-21, aluna do curso de pós-graduação em nível de mestrado pelo departamento de Psicologia Clínica situado no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP), com sua pesquisa intitulada: "O comportamento autolesivo na pré-adolescência: Uma perspectiva psicodiagnóstica compreensiva e interventiva", sob orientação da Professora Livre Docente Leila S. L. P. C. Tardivo.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- A. O cumprimento das determinações da Resolução do CNS/CONEP nº 466/2012;
- B. Não haverá nenhuma despesa para essa instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- C. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

S. Paulo 29/08/2017

Local e data.

Nome e assinatura do (a) responsável da instituição, e CPF:

Mariene Oliveira Garcia Benhos
 CPF: 608.626.802 - RG: 7.145.233
 ENEP General Liberto Bittencourt
 Diretor da Escola

E.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Diretor / Coordenador de Instituição.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DIRETOR/COORDENADOR DE INSTITUIÇÃO

1. DADOS SOBRE A PESQUISA

Título: O comportamento autolesivo na pré-adolescência: uma perspectiva psicodiagnóstica compreensiva e interventiva.

Eu, Gislaine Chaves, aluna de pós-graduação (mestrado) do departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pesquisadora responsável pelo presente, sob orientação da Professora Livre Docente Leila S. L. P. C. Tardivo, pretendo realizar a pesquisa cujo objetivo é investigar aspectos da personalidade de pré-adolescentes que não estejam em tratamento psiquiátrico e que, por motivações diversas, infligem lesões sobre o próprio corpo e trabalhar terapêuticamente junto às jovens por meio de um Psicodiagnóstico Interventivo. Esclareço que:

- A. A participação dos adolescentes apresenta risco mínimo. Caso o adolescente apresente aumento de sinais de angústia ou sofrimento, poderá sair da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para o estudo. Caso isso ocorra, todo o acolhimento e suporte necessário também serão oferecidos individualmente.
- B. A participação no Psicodiagnóstico promove uma ampliação do autoconhecimento e expressão de sentimentos, pensamentos e vivências, o que aumenta a consciência mesma e predispõe a pessoa a aceitar encaminhamentos que sejam necessários.
- C. Os procedimentos consistem em uma entrevista inicial e individual com o (s) responsável (is) e com cada pré-adolescente será realizada uma entrevista individual, aplicação de 10 pranchas do teste projetivo de apercepção temática infantil (CAT-H), aplicação do questionário desiderativo e das escalas de ansiedade (BAI) e depressão (CDI). Também serão realizadas entrevistas devolutivas com o pré-adolescente e com o (s) responsável (is). Ao final de todo o processo, será realizada uma reunião devolutiva com a diretoria da instituição, a fim de que sugestões ao trabalho possam ser fornecidas.
- D. A participação dos adolescentes é voluntária e eles poderão se recusar a participar, sem qualquer prejuízo.
- E. Será garantido o anonimato nessa participação (dados pessoais dos participantes, do (s) responsável (is) e da instituição).
- F. Os dados da pesquisa serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer cunho pessoal ou econômico para a pesquisadora.
- G. O (a) Senhor (a) tem direito de conhecer o estudo.
- H. O (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Gislaine Chaves, sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 972739865 ou e-mail: gislaine.ch@usp.br.
- I. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com o (a) Senhor (a) e outra comigo (pesquisadora responsável).

2. AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação do (a) pré-adolescente, bem como do responsável e da instituição, eu, _____, manifesto o meu consentimento e apoio à participação dos pré-adolescentes matriculados nessa instituição.

Nome e assinatura do Diretor (a) _____

Mariene Oliveira Garcia Benites
RG: 658.626.802 - RG: 7.145.233
BNEF General Roberto Bittencourt
Diretor da Escola

Gislaine Chaves - CPF: 357.398.638-21 / CRP: 117051

F.
Parecer consubstanciado do CEP.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO </div> <div> </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: O comportamento autolesivo: Uma perspectiva Psicodiagnóstica Compreensiva e Interventiva.</p> <p>Pesquisador: GISLAINE CHAVES</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 77561517.8.0000.5561</p> <p>Instituição Proponente: USP Instituto de Psicologia</p> <p>Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 2.341.836</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo sobre comportamento autolesivo na população pré-adolescente. Será utilizado o método clínico-qualitativo embasado na abordagem psicanalítica e o delineamento de Estudo de Casos Múltiplos serão empregados em acordo com os pressupostos do Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo. O estudo será realizado com pré-adolescentes que apresentarem sinais do comportamento autolesivo. O processo psicodiagnóstico incluirá entrevistas individuais com o responsável e o pré-adolescente e aplicação de instrumentos projetivos (Teste Desiderativo e Teste de Apercepção Temática Infantil - Figuras Humanas [CAT-H]) e objetivos (Inventário de Depressão Infantil [CDI] e Inventário de Ansiedade de Beck [BAI]). Ao final do processo, em acordo com os aspectos éticos, serão realizadas entrevistas devolutivas com o pré-adolescente, o responsável e a instituição escolar. Os casos serão analisados individualmente a partir da livre inspeção do material e discutidos sobre a técnica denominada de síntese de casos cruzados, visando o entrelaçamento dos aspectos clínicos e teóricos sob a perspectiva psicodinâmica psicanalítica a fim de possibilitar algumas compreensões e alusões teóricas sobre o tema pesquisado.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Geral:</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária</td> <td>CEP: 05.508-030</td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)3091-4182</td> <td>E-mail: cep@usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27		Bairro: Cidade Universitária	CEP: 05.508-030	UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)3091-4182	E-mail: cep@usp.br
Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27								
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 05.508-030							
UF: SP	Município: SAO PAULO							
Telefone: (11)3091-4182	E-mail: cep@usp.br							

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 9.341.836

"Realizar, por meio do processo Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo, uma análise psicodinâmica psicanalítica da personalidade de pré-adolescentes que se autolesionam, e não estejam em tratamento psiquiátrico, matriculados em uma escola localizada no estado de São Paulo, de modo a compreender a natureza dos conflitos, reações ao ambiente externo e principais mecanismos de defesa envolvidos".

Específicos:

"Analisar a correspondência do comportamento autolesivo e a sintomatologia depressiva e ansiosa na população investigada."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - Menciona-se como riscos o aumento de sinais de angústia ou sofrimento e que nesses casos, o participante poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento, o processo poderá ser suspenso, bem como todo o acolhimento e suporte necessários serão oferecidos.

Benefícios - A participação na pesquisa pode promover ampliação do autoconhecimento e expressão de sentimentos, pensamentos e vivências, o que aumenta a consciência de si e possibilita o reconhecimento do participante de sua dinâmica e problemática, possibilitando a aceitação dos encaminhamentos que se sejam necessários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda tema de relevância social e científica para a área do conhecimento sobre comportamento de pré-adolescentes. Apresenta fundamentação teórica, justificativa e objetivos definidos. Pesquisa qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos com seis pré-adolescentes do sexo feminino e masculino, na faixa etária entre 10 e 13 anos completos, matriculados em uma escola do estado de São Paulo, que apresentarem sinais do comportamento autolesivo (frequente ou esporádico), sem diagnóstico clínico de transtorno psiquiátrico de personalidade. No projeto não há menção como será feita a seleção do adolescente conforme os critérios de inclusão da pesquisa.

Serão realizados seis encontros para a coleta de dados com a utilização de diferentes procedimentos. O processo psicodiagnóstico será realizado nas dependências do Centro Escola do Instituto de psicologia da USP (CEIP), em salas destinadas para atendimento psicológico de uso do projeto APOIAR, que se encontra abrigado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, que conta com toda a infraestrutura necessária para recebimento dos participantes, bem como para prestação de assistência, se necessário. Em virtude da rotina escolar, será acordado com os responsáveis e os participantes o estabelecimento de dia e horário semanal para a realização das etapas propostas pela pesquisa, bem como de sala

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

**USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO**

Continuação do Parecer: 2.341.836

previamente reservada para realização dos procedimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados adequadamente. As pendências apontadas foram todas resolvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_999485.pdf	21/10/2017 01:03:43		Aceito
Outros	RespostaaCEPH.docx	21/10/2017 01:03:06	GISLAINE CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOpbmodificado.docx	21/10/2017 00:58:37	GISLAINE CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeassentimentoadolescente_modi ficado.docx	21/10/2017 00:58:12	GISLAINE CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLeresponsavel_Modificado.docx	21/10/2017 00:57:51	GISLAINE CHAVES	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.341.836

Justificativa de Ausência	TCLeresponsavel_Modificado.docx	21/10/2017 00:57:51	GISLAINE CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoinstituicao.docx	26/09/2017 13:03:13	GISLAINE CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoassinada.pdf	26/09/2017 12:53:35	GISLAINE CHAVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeInfraestruturaCEIP.pdf	26/09/2017 12:52:36	GISLAINE CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoplatformabrasil.pdf	26/09/2017 12:50:15	GISLAINE CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Outubro de 2017

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

G.
Inventário de Depressão Infantil – CDI

Protocolo:

Nome: _____
 Data de nascimento: _____ Idade (anos e meses) _____ Sexo: ____
 Série (escolaridade): _____
 Responsável pela aplicação: _____ Data da aplicação _____

1. () Eu fico triste de vez em quando () Eu fico triste muitas vezes () Eu estou sempre triste	9. () Eu não penso em me matar () Eu penso em me matar, mas não o faria () Eu quero me matar
2. () Para mim tudo se resolverá bem () Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim () Nada vai dar certo para mim	10. () Eu sinto vontade de chorar esporadicamente () Eu sinto vontade de chorar frequentemente () Eu sinto vontade de chorar diariamente
3. () Eu faço bem a maioria das coisas () Eu faço errado a maioria das coisas () Eu faço tudo errado	11. () Eu me sinto entediado esporadicamente () Eu me sinto entediado frequentemente () Eu me sinto sempre entediado
4. () Eu me divirto com muitas coisas () Eu me divirto com algumas coisas () Nada é divertido para mim	12. () Eu gosto de estar com as pessoas () Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas () Eu não gosto de estar com as pessoas
5. () Eu sou mau de vez em quando () Eu sou mau com frequência () Eu sou sempre mau	13. () Eu tomo decisões facilmente () É difícil para mim tomar decisões () Eu não consigo tomar decisões
6. () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer () Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam () Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão	14. () Eu tenho boa aparência () Minha aparência tem alguns aspectos negativos () Eu sou feio
7. () Eu gosto de mim mesmo () Eu não gosto de mim mesmo () Eu me odeio	15. () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim () Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa () Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
8. () Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem () Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa () Tudo de mau que acontece é por minha culpa	16. () Eu durmo bem à noite () Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente () Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17. () Eu me canso de vez em quando () Eu me canso frequentemente () Eu estou sempre cansado	
18. () Alguns dias eu não tenho vontade de comer () Quase sempre eu não tenho vontade de comer	23. () Meus trabalhos na escola são bons

() Eu nunca tenho vontade de comer	() Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes () Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom
19. () Eu não temo sentir dor () Eu temo sentir dor com frequência () Eu estou sempre temeroso de sentir dor	24. () Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças () Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser () Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças
20. () Eu não me sinto sozinho () Eu me sinto sozinho com frequência () Eu sempre me sinto sozinho	25. () Eu tenho certeza que sou amado por alguém () Eu não tenho certeza se sou amado por alguém () Ninguém gosta de mim realmente
21. () Eu me divirto na escola frequentemente () Eu me divirto na escola de vez em quando () Eu nunca me divirto na escola	26. () Eu sempre faço o que me mandam () Eu faço o que me mandam com frequência () Eu nunca faço o que me mandam
22. () Eu tenho muitos amigos () Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais () Eu não tenho muitos amigos	27. () Eu não me comunico bem com as pessoas () Eu me envolvo em brigas com frequência () Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

TOTAL: _____

H.

Inventário de Ansiedade de Beck – BAI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.