



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**A eficácia de um modelo de intervenção de base
counseling de inspiração humanista na mudança
da saúde mental e dos recursos internos em
jovens estudantes**

Tiago Nuno Gonçalves Pita

Tese para obtenção do Grau de Doutor em
Psicologia
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Outubro de 2014

Dedicatória

Dedico esta viagem aos íntegros, autênticos e sedentos por serem melhores Pessoas...

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Henrique Pereira pela sua orientação cuidada, confiança e fé quer na minha pessoa, quer no trabalho que, por vezes, trago à luz do dia. Quando muitos desaparecem, fogem de responsabilidades ou lhes falta coragem, sempre o encontrei disponível para me ouvir, ler, auxiliar, desafiar e sugerir alterações, caminhos e perspetivas. Isso denota não só um orientador de excelência, mas sobretudo um Homem com e de valores. Por tudo isso, muito obrigado e este trabalho teria morrido sem a sua fé inabalável!

À direção do Agrupamento de escolas N. 2 de Beja pelo apoio e liberdade para trabalhar pela escola para os alunos.

Aos meus poucos mas bons amigos pela confiança e teimosia em não me permitirem desistir.

À pessoa da/na minha vida, por todas as horas, noites, dias e férias pouco ou nada passadas, pela paciência em me aturar nos maus e menos maus momentos...obrigado!

Finalmente, à minha filha, por ser a verdadeira luz da minha vida!

A todos, muito obrigado!

Resumo

A complexidade relacional, massificação e a exigência de rapidez de resultados experienciados na comunidade educativa requerem cada vez mais intervenções que sejam eficazes e potenciadoras de mudança nos alunos e pessoas que a constitui. Aqui se apresentam os resultados obtidos de uma investigação que tinha como principais objetivos: 1. Medir a Saúde Mental dos estudantes de uma escola secundária com 3º Ciclo Portuguesa; 2. Medir os Recursos Internos dos estudantes de uma escola secundária com 3º Ciclo Portuguesa; 3. Validar o Inventário de Recursos Internos (Marting & Hammer) para uma amostra estudantil Portuguesa; 4. Avaliar a eficácia de um modelo de intervenção em counseling inspirada na abordagem Centrada na Pessoa em estudantes de uma escola secundária com 3º Ciclo em Portugal. A intervenção realizada foi inspirada pela abordagem Centrada na Pessoa desenvolvida por Carl Rogers, sublinhando as condições para uma relação de ajuda e reflexão de emoções. Método: Participantes: amostra A (927 estudantes de uma escola secundária com 3º ciclo do município de Beja, média de idade=15.69, 492 rapazes e 420 raparigas), amostra B - grupo experimental (n=30, média de idades= 14.27, 12 rapazes e 18 raparigas), que voluntariamente procuraram aconselhamento nos Serviços Especializados de Apoio Educativo da escola e a amostra C - grupo de controlo (n=30, média de idades=15 anos, 12 rapazes e 18 raparigas), recrutados para participar numa investigação. Instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Saúde Mental (Pais-Ribeiro, 2011) e Inventário de Recursos Internos (Marting & Hammer, 2004). Procedimento: Os participantes da amostra A responderam aos instrumentos num único momento (1º, 2º e 3ºs objetivos principais deste trabalho), enquanto que os participantes pertencentes à amostra B e C responderam aos instrumentos em 2 momentos pré-determinados (para o 4º objetivo principal). Somente os participantes da amostra B sofreram a intervenção de counseling inspirado pela abordagem Centrada na Pessoa. No final foram comparados os níveis de saúde mental e recursos internos entre os dois grupos (B e C), sendo esta diferença a medida da eficácia do programa de intervenção. Resultados: A amostra utilizada para medir a saúde mental (amostra A) conseguiu resultados semelhantes aos da validação portuguesa de Pais-Ribeiro (2011), a validação do Inventário de Recursos Internos organizou-se em 5 grandes dimensões (interpessoal, autovalorização pessoal, espiritual, preocupação com a integridade e atividade física) e da comparação das médias para as várias dimensões do inventário de saúde mental assim como para o Inventário de Recursos Internos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental entre o momento pré e pós intervenção no sentido da melhoria da saúde mental. Conclusão: a intervenção inspirada na abordagem Centrada na Pessoa em contexto Escolar que aqui se trabalhou promoveu melhorias significativas na saúde mental dos estudantes revelando-se, portanto, eficaz.

Palavras-chave

Eficácia de intervenção em contexto escolar; aconselhamento; abordagem centrada na pessoa.

Abstract

The relational complexity, mass production and the quickness on the results experienced and demanded by the educational community ask for more efficient interventions to promote change in the students and people that make part of it. Here we present the results of the research done under 4 main objectives: 1. To measure the Mental Health of a Portuguese high and middle school students; 2. To measure the copy resources of a Portuguese high and middle school students; 3. To validate the Copy Resources Inventory (Marting & Hammer, 2004) to a Portuguese student sample; 4. To evaluate the efficacy of a counseling intervention model based on Person Centered approach to high and middle school students. The intervention that was held was inspired by the Person Centered approach that was introduced by Carl Rogers, underlying the conditions to obtain an help relationship and feelings reflection. Method: Participants: sample A (927 students of a secondary and middle school of Beja municipality, mean=15.69 years old, 492 male and 420 female), sample B - experimental group (n=30, mean=14.27 years old, 12 male and 18 female), witch voluntary searched counseling in Serviços Especializados de Apoio Educativo (SEAE) at school and sample C - control group (n=30, mean=15 years old, 12 male and 18 female), recruited to participate in a research. Instruments: social-demographic questionnaire, Mental Health Inventory (Pais-Ribeiro, 2011) and Copy Resources Inventory (Marting e Hammer, 2004). Procedure: The participants of sample A responded to the instruments on one moment only (1st, 2nd and 3rd main objectives), while the ones belonging to sample B and C responded to the instruments on 2 different predetermined moments (for the 4th main objective). Only the participants of sample B were under the counseling intervention inspired by the Person Centered Approach. At the end, the levels of Mental Health and the Copy Resources levels were compared between the 2 samples (B and C), and by that measurement we will arrive to the efficacy of the intervention procedure. Results: The sample used to measure the Mental Health in this research (sample A) got similar results than the Portuguese validation done by Pais-Ribeiro (2011), the Copy Resources Inventory's validation arrived to 5 major dimensions (interpersonal, personal self-valorization, spiritual, concern with integrity and physical activity) and from the mean's comparison for the several dimensions of the Mental Health Inventory and Copy Resources Inventory there were found significant statistic differences on the experimental group between the measurement done before and after the counseling intervention, showing an important improvement regarding Mental Health. Conclusion: The intervention that was developed in this study promoted significant improvement on the mental health of the students, proved, therefore, efficient.

Keywords

Efficiency on the school setting intervention; counseling; person centered approach.

Índice

1. Introdução.....	17
2. Corpo teórico	20
Capítulo 1 - Fundamentos da intervenção psicológica por <i>Counseling</i>	20
Capítulo 2 - O <i>Counseling</i> como intervenção metodológica	27
2.1. Aproximação psicanalítica/psicodinâmica:	29
2.2. Aproximação Cognitivo-Comportamental:	47
2.3. Aproximação existencial e humanista:	62
Capítulo 3 - A questão do como... ..	72
Capítulo 4 - A especificidade da Adolescência (desenvolvimento e adolescência - perspetiva humanista)	81
3. Corpo Empírico.....	102
3.1. Apresentação do estudo	102
3.2 Método.....	103
3.2.1. Participantes:.....	103
3.2.2. Instrumentos.....	114
3.2.3. Procedimentos	119
3.3. Resultados	124
4. Discussão de resultados.....	144
5. Conclusão	151
Referências.....	154
Anexos	167

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Caracterização da amostra A por idade (n=918)</i>	104
Tabela 2 - <i>Caracterização da amostra A por género (n=912)</i>	104
Tabela 3 - <i>Caracterização da amostra A por ano de escolaridade (n=915)</i>	104
Tabela 4 - <i>Caracterização da amostra A por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=879)</i>	105
Tabela 5 - <i>Caracterização da amostra A por residência (ou não) na cidade de Beja (n=924)</i>	105
Tabela 6 - <i>Caracterização da amostra A por alunos retidos (n=924)</i>	105
Tabela 7 - <i>Caracterização da amostra A por novos alunos na escola (n=924)</i>	106
Tabela 8 - <i>Caracterização da amostra A pela prática de atividade desportiva fora da escola (n=924)</i>	106
Tabela 9 - <i>Caracterização da amostra A por intenção de ingresso no ensino superior (n=912)</i>	106
Tabela 10 - <i>Caracterização da amostra A por objetivos pós período escolar obrigatório (n=918)</i>	107
Tabela 11 - <i>Caracterização da amostra B por idade (n=30)</i>	107
Tabela 12 - <i>Caracterização da amostra B por género (n=30)</i>	107
Tabela 13 - <i>Caracterização da amostra B por ano de escolaridade (n=30)</i>	108
Tabela 14 - <i>Caracterização da amostra B por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=11)</i>	108
Tabela 15 - <i>Caracterização da amostra B por residência (ou não) na cidade de Beja (n=30)</i>	108
Tabela 16 - <i>Caracterização da amostra B por alunos retidos (n=30)</i>	109
Tabela 17 - <i>Caracterização da amostra B por alunos novos na escola (n=30)</i>	109
Tabela 18 - <i>Caracterização da amostra B pela prática de atividade física fora da escola (n=30)</i>	109
Tabela 19 - <i>Caracterização da amostra B por intenção de ingresso no ensino superior (n=30)</i>	109
Tabela 20 - <i>Caracterização da amostra B por objetivos pós período escolar obrigatório (n=30)</i>	110
Tabela 21 - <i>Caracterização da amostra C por idade (n=30)</i>	110
Tabela 22 - <i>Caracterização da amostra C por género (n=30)</i>	110
Tabela 23 - <i>Caracterização da amostra C por ano de escolaridade (n=30)</i>	111
Tabela 24 - <i>Caracterização da amostra C por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=30)</i>	111
Tabela 25 - <i>Caracterização da amostra C por residência (ou não) na cidade de Beja (n=30)</i>	112
Tabela 26 - <i>Caracterização da amostra C por alunos retidos (n=30)</i>	112
Tabela 27 - <i>Caracterização da amostra C por alunos novos na escola (n=30)</i>	112
Tabela 28 - <i>Caracterização da amostra C por prática de atividade física fora da escola (n=30)</i>	112

Tabela 29 - <i>Caracterização da amostra C por intenção de ingresso no ensino superior (n=30)</i>	113
Tabela 30 - <i>Caracterização da amostra C por objetivos pós período escolar obrigatório (n=30)</i>	113
Tabela 31 - <i>Comparação entre médias do grupo experimental (G.E.) e do grupo de controlo (G.C.) por idade (n=30)</i>	114
Tabela 32 - <i>Teste de homogeneidade de Levene entre amostra B e amostra C (n=30)</i>	114
Tabela 33 - <i>Consistência interna (alfa de Cronbach) de cada dimensão na aplicação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011) e aplicação original (Veit & Ware, 1983)</i>	117
Tabela 34 - <i>Resultados obtidos pelo ISM na amostra A na escala (e subescalas) de Distress Psicológico (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)</i>	124
Tabela 35 - <i>Resultados obtidos pelo ISM na amostra A na escala (e subescalas) de Bem Estar Psicológico (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)</i>	125
Tabela 36 - <i>Resultados obtidos na amostra A no ISM (total do inventário) (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)</i>	125
Tabela 37 - <i>Mediana, mínimo, máximo e medidas de assimetria (Sk) e Curtose (Ku) com respetivos rácios críticos (Sk/SE_{sk};Ku/SE_{Ku}) para os 60 itens do CRI versão Portuguesa (n=927)</i>	126
Tabela 38 - <i>Extração de componentes do CRI através da análise de componentes principais com o método de rotação Varimax com normalização Kaiser</i>	127
Tabela 39 - <i>Distribuição de itens por componentes principais do CRI e correspondente a de Cronbach</i>	127
Tabela 40 - <i>Valores teóricos esperados para o CRI na sua aplicação portuguesa, por dimensões (fatores)</i>	128
Tabela 41 - <i>Resultados obtidos pelo CRI na amostra A por componente principal (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados)</i>	129
Tabela 42 - <i>Resultados obtidos através da aplicação do ISM (subescalas e escalas) na amostra B, no momento prévio à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011)</i>	130
Tabela 43 - <i>Resultados obtidos através do aplicação do CRI na amostra B, no momento prévio à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)</i>	131
Tabela 44 - <i>Resultados obtidos pelo ISM na amostra B no momento posterior à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30)</i>	132
Tabela 45 - <i>Resultados obtidos através da aplicação da versão portuguesa do CRI na amostra B posteriormente à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)</i>	133
Tabela 46 - <i>Resultados obtidos através da aplicação do ISM na amostra C, no primeiro momento de preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30)</i>	134

Tabela 47 - Resultados obtidos através da aplicação do CRI na amostra C, no primeiro momento de preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)	135
Tabela 48 - Resultados obtidos através da aplicação do ISM na amostra C, 7 meses posteriormente ao primeiro preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30).....	136
Tabela 49 - Resultados obtidos através do aplicação do CRI na amostra C, 7 meses posteriormente ao primeiro preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)	137
Tabela 50 - Comparação de médias e diferenças estatisticamente significativas entre a amostra B e a amostra C através do ISM (Pais-Ribeiro, 2011)	140
Tabela 51 - Comparação de médias e diferenças estatisticamente significativas entre a amostra B e a amostra C através do CRI (Martin & Hammer, 2004).....	143

1. Introdução

O terapeuta poderá não ver um paciente que está doente nem um cliente que é um freguês. O terapeuta pode centrar a sua atenção, não na teoria, ou em si própria mas no outro, na pessoa inteira (Wood, 1983, p.47). Por isso, a prática do conselheiro pode não assentar em técnicas, mas sim em atitudes que, mais do que o resultado de uma aprendizagem e memorização de protocolos, são reflexo de um trabalho de desenvolvimento pessoal e experiencial que lhe permite ser desprovido de preconceitos, aceitando o ser do outro, criando um clima de confiança e segurança que serve para incrementar o crescimento e encetar a mudança (Larga, 2001, p. 74.).

Se o conselheiro e/ou terapeuta pode ser isso, porque não o deve ser? Porque não é?

Estas palavras foram o início do desafio que me conduziu à realização do trabalho que aqui e agora se apresenta e se submete à discussão.

O desafio deste trabalho é o de encarar o outro como pessoa, inteira, com a sua caracterização idiossincrática e não como um particular restício exemplificativo de uma teoria generalizante, absoluta e incomensuravelmente vetada à comunicação entre diferentes paradigmas.

Se tal tarefa não surge como simples, aumentou-se-lhe ainda o nível selecionando como inspiração que guia este trabalho, a abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers. Essa abordagem foi selecionada pois para além de desafiante e radicalmente exigente na entrega do terapeuta, consideramos que ela é uma abordagem suficientemente descomprometida com a tradição psicológica proposta pelas grandes teorias universalizantes e explicativas de todo o mundo antropológico e, sobretudo, por ser verdadeiramente comprometida com a pessoa humana, real, experiencial, particular, no seu aqui e agora, com o seu desenvolvimento e condições para que ele possa fazer o processo de potência para o ato.

Fonseca (1983) afirma que a abordagem centrada na pessoa busca comprometer-se explicitamente com uma busca da verdade, abrindo-se para uma postura ampla de livre construção e reconstrução da prática e do conhecimento, sempre à luz da experiência presente, enquanto que Escoval (1999) caracteriza o pensamento de Rogers como uma partilha da relação autêntica terapeuta/cliente e das atitudes de respeito e atenção ao cliente com Rollo May, a tendência ao crescimento e autorregulação, a consideração positiva e aceitação de Abraham Maslow, o conceito de organismo como a totalidade e o aqui e agora da relação terapêutica de Fritz Perls, a frustração existencial do cliente, entendido como

incongruente, de Victor Frankl, a importância da comunicação não-verbal e da expressão das emoções de Alexander Lowen, a espontaneidade e a criatividade da psicoterapia de Jacob Moreno (p. 49).

Foi deste conjunto de ideias que originou a crença de que seria possível, através de um programa de aconselhamento inspirado na abordagem centrada na pessoa, conseguir melhorar o quotidiano das crianças e adolescentes que, fruto de razões várias, experienciam problemas, questões ou desajustes que necessitam de apoio para os ajudar a resolver e/ou lidar com eles. A faixa etária foi a das crianças e adolescentes porque acreditamos que genericamente apresentam estádios desenvolvimentais, cognitivos e de construção personalística potenciadoras dos inevitáveis conflitos e desafios, possuindo ainda um potencial desenvolvimental adequado à abordagem selecionada.

Uma vez que para perceber se um programa de intervenção funciona ou não temos que respeitar alguns procedimentos formais, como o de constituir um grupo de referência global (amostra A, constituída por 927 estudantes de uma escola secundária com 3º ciclo do município de Beja), o qual nos permite conhecer os valores e níveis a estudar, para uma determinada população. Posteriormente, constituíram-se 2 grupos para perceber se a intervenção preconizada é ou não eficaz. Assim, constitui-se a amostra B, o grupo experimental (o que sofre a intervenção), com 30 participantes e a amostra C, o grupo de controlo (o que não sofre qualquer intervenção). Os instrumentos selecionados para o presente estudo foram preenchidos por todos os participantes destas amostras (B e C) em 2 momentos pré-determinados, ou seja, pré e pós intervenção no caso da amostra B e num momento e 7 meses depois no caso da amostra C. Posteriormente, compararemos as médias das diferentes dimensões constituintes dos instrumentos utilizados, e as diferenças verificadas entre os 2 grupos mostrarão (ou não), se existem diferenças estatisticamente significativas, e o sentido das mesmas (melhoria ou não dos valores conseguidos).

Observou-se o cuidado de não selecionar variáveis e instrumentos tradicionalmente retirados e construídos pela abordagem centrada na pessoa, como sejam por exemplo, a autonomia e autoestima, mas sim medidas sobre a saúde mental das pessoas, através de uma prova validada para a população portuguesa (medindo o distress psicológico e o bem estar psicológico), a saber, o Inventário de saúde Mental de Pais-Ribeiro (2011).

Optou-se também pela tradução, aplicação e validação para uma amostra estudiantil portuguesa de um inventário de recursos internos (CRI de Marting & Hammer), já que se pensou ser importante e interessante perceber que tipos de recursos internos são utilizados pelos sujeitos normativamente, como também pré e pós intervenção.

Todas as crianças e adolescentes que foram sujeitos à intervenção aqui apresentada (a supra referida amostra B) foram livremente recrutados, buscando eles próprios a ajuda que só eles

entenderam levar, voltando quando precisaram e terminando quando se sentiram preparados para tal.

Assim, o presente trabalho organiza-se em duas grandes partes onde é apresentado primeiramente o racional teórico ou corpo teórico e, seguidamente, o corpo empírico ou de investigação-ação. Foram organizadas subdivisões nestes dois grandes separadores, em capítulos, no sentido de sistematizar a informação, organizando-a para permitir uma leitura mais simples e estruturada.

Dessa forma, o denominado corpo teórico apresenta 4 capítulos, onde são tratados e apresentados os fundamentos da intervenção psicológica por counseling do ponto de vista histórico e contextual num primeiro capítulo, o counseling como intervenção metodológica, isto é, os modelos de counseling, como sejam a aproximação ou contributo da psicanálise, da abordagem cognitivo-comportamental e da existencial e humanista num segundo capítulo, a importante questão do como, ou seja, do método ou abordagem preconizada e eleita na realização deste trabalho num terceiro capítulo e, a especificidade da adolescência, quer numa perspectiva desenvolvimentista, quer de uma perspectiva humanista no último dos subcapítulos do corpo teórico.

Por sua vez, no denominado corpo empírico, serão apresentados os objetivos e relevância do presente estudo do ponto de vista científico e social, a metodologia utilizada, os instrumentos aplicados e a sua razão, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

Esperamos que os resultados sejam esclarecedores no que concerne à eficácia e utilidade essencial que uma intervenção de counseling inspirada pela abordagem centrada na pessoa para crianças e adolescentes, e que fique clarificado o seu impacto na vida de quem o procurou.

2. Corpo teórico

Capítulo 1 - Fundamentos da intervenção psicológica por *Counseling*

O termo «aconselhamento» (*Counseling*¹) apresenta na atual literatura especializada uma pluralidade de significados e definições. Importa, por isso mesmo, esclarecê-lo, já que o aconselhamento foi e continua a ser um movimento dinâmico, um processo vivo, com vários contributos e perspectivas de intervenção (Shertzer & Stone, 1974).

Pela análise etimológica, verificamos que o termo deriva da palavra latina *consilium* significando «com» ou «juntos», enquanto a raiz Anglo-Saxónica da palavra é *sellan*, que significa «vender» ou «entregar a».

Encontramos várias definições (tantas quantos autores e épocas históricas) do termo, como sejam as de:

- a) Processo no qual o conselheiro assiste um consultante a fazer interpretações de factos relacionados com uma escolha, plano ou ajustamentos que ele necessite de realizar (Smith, 1955);
- b) Processo no qual a estrutura do *self* encontra uma relação segura com o terapeuta, onde as experiências anteriormente negadas são percebidas e integradas no *self* (Rogers, 1952);
- c) Uma interação na qual 1) ocorre entre dois indivíduos chamados conselheiro e cliente; 2) ocorre num *setting* profissional e 3) é iniciado e mantido como meio de facilitar alterações no comportamento do cliente (Pepinsky & Pepinsky, 1954);
- d) Processo que envolve relações interpessoais entre um terapeuta e um ou mais clientes, no qual o terapeuta utiliza métodos psicológicos baseados em conhecimentos sobre a personalidade humana na tentativa de melhorar a saúde mental do cliente (Patterson, 1959);
- e) Processo no qual uma pessoa com alguma espécie de problema (o cliente) é auxiliada a sentir-se e a comportar-se de uma forma mais satisfatória para si, através de uma relação com uma pessoa que não está com ela envolvida (o conselheiro), que providencia informação e reações que estimulam o cliente a desenvolver comportamentos que o irão capacitar a relacionar-se melhor consigo e com o seu ambiente (Lewis, 1970).

¹ O termo surge na nomenclatura anglo-saxónica como “counselling” (Reino Unido) ou “counseling” (Estados Unidos da América). Optar-se-à pela forma dos Estados Unidos da América.

A *British Association for Counseling* (BAC), em 1984, afirma que a tarefa do aconselhamento é proporcionar ao cliente uma oportunidade para explorar, descobrir e clarificar formas de viver mais satisfatórias. Este parece ser o ponto de concórdia entre autores e profissionais do aconselhamento, pois a referência recorrente ao auxílio na compreensão e clarificação de problemas e soluções, autodeterminação no estabelecimento de objetivos e concretização dos mesmos, escolhas bem informadas e desenvolvimento de técnicas conducentes à resolução de problemas de índole emocional e interpessoal, bem como o desenvolvimento do seu potencial único, surgem de forma unânime a quem procura saber mais sobre a temática (Burks & Steffler, 1979; Ivey, Ivey & Zalaquett, 2010; McLeod, 2003a, 2003b; Patterson & Eisenberg, 1988).

Obviamente que até aqui estamo-nos a referir ao aconselhamento, mas na ótica de quem o oferece, como se de uma relação de ajuda ou um conjunto de atividades se tratasse (Nelson-Jones, 1982). Para McLeod (2007), recolocar a importância em quem *sofre* ou beneficia do aconselhamento é fundamental, pois é ele (o cliente, ou seja, a pessoa que busca ajuda e não necessariamente um ser portador de uma doença - paciente -) o elemento essencial na relação de aconselhamento, que só existe quando uma determinada pessoa que busca ajuda, assim o deseja. Conclui por isso, que aconselhamento não é algo que se faz a uma pessoa por outra, é antes uma interação entre duas pessoas. Parafraseando a sua proposta de aconselhamento, diríamos que este acontece quando alguém com problemas convida e permite (*“invites and allows”* como citado em McLeod, 2007, p. 12) que outra pessoa entre numa relação especial com ela.

Se a pessoa com problemas não estiver pronta e/ou este convite não for endereçado, por muito treino, técnicas, tempo despendido e esforço dedicado pelo conselheiro, o que ali acontecerá nunca poderá ser denominado por aconselhamento (Ivey, Ivey & Zalaquett, 2010; McLeod, 2003b, 2007).

Segundo Shertzer & Stone (1974), é de impossível certeza determinar “o primeiro” ou o “pai” na história do aconselhamento. Tal epíteto variará na proporção direta da definição de aconselhamento. Assim, se assumirmos a definição genérica que aconselhar é dar um conselho, teremos que marcar o início do aconselhamento no dia em que o primeiro ser humano recebeu linguisticamente (verbal ou não verbal) ajuda ou conselho de outrem.

É possível que outros (Hergenhahn, 2009; Shertzer & Stone 1974), refiram a antiguidade e filosofia grega, o Antigo Testamento e outras fontes anteriores à modernidade.

A primeira tentativa de sistematização histórica do aconselhamento terá sido apresentada por Borow (1964), em três tipos de períodos distintos:

- a) O *período de formação*, onde identifica Jesse B. Davis como potencialmente o primeiro a trabalhar como conselheiro no ano de 1898 na *Central High School* em Detroit. Durante dez anos terá alegadamente ajudado estudantes com os seus

problemas educacionais e vocacionais. Também William R. Harper, primeiro Presidente da Universidade de Chicago, alerta para a importância da instrução individualizada no seu ensaio *Scientific Study of the Student* em 1899. Em 1908, abre em Boston o *Vocational Bureau*, dirigido por Frank Parsons, que no seu relatório de 1909, relata ter auxiliado cerca de 80 jovens estudantes. Simultaneamente, William Healy iniciava contactos e reuniões para fundar *Juvenile Psychopathic Institute* em Chicago (o que viria a acontecer no ano seguinte). Este projeto fica registado como o primeiro esforço sistemático que disponibilizava avaliação psiquiátrica a jovens, tornando-se a primeira clínica juvenil (Borow, 1964; Shertzer & Stone, 1974). Em 1919, a Universidade de Harvard oferece a primeira graduação de nível universitário de orientação vocacional (*vocational guidance*), com a responsabilidade de Meyer Bloomfield. Finalmente, em 1912 em Grand Rapids, no Michigan, todas as escolas da cidade contaram com um departamento de orientação, sendo fundada no ano seguinte, a *National Vocational Guidance Association* em Grand Rapids.

- b) O *período de desenvolvimentos tardios*, onde, posteriormente aos pioneiros, se organizaram as primeiras instituições responsáveis pela orientação, como por exemplo, *The Occupational Information and Guidance Service*, organizado, em 1938, pelo Secretariado de Educação Federal Americano. Em 1957, respondendo ao poderio soviético na corrida ao espaço, cria uma lei para aumentar os fundos na formação de conselheiros escolares. Mais tarde, em 1964, esses conselheiros começaram o seu trabalho nas escolas básicas (equivalentes ao 1º ciclo em Portugal) e no ensino superior.
- c) O *período de desenvolvimentos atuais* ², que entre os anos 60 e 70 do século XX, onde se pretendeu avaliar e analisar as dimensões do aconselhamento (limites e preocupações), o uso do aconselhamento em grupo, da análise e modificação comportamental.

Se esta aproximação parece ser de uma intervenção por aconselhamento vocacional, ou aconselhamento em contexto educacional, existe também um outro tipo de função da intervenção psicológica, esta mais marcada pela evolução do aconselhamento, mas numa dimensão relacionada com a sua dimensão psicoterapêutica ou da saúde mental entendida como remediação de um mal (Hergenhahn, 2009; Leahey, 1987; McLeod, 2003b).

Muito embora a intervenção psicológica por aconselhamento clínico atualmente esteja relativamente disponível ao público em geral, teremos que recuar ao início do século XVIII para identificarmos a alteração de perspetiva social face à forma de responder aos problemas e necessidades que as pessoas encontravam na sua vida. Anteriormente, e dada a vida comunitária dispersa em várias aldeias, pessoas com problemas eram vistas como fazendo parte natural dessa comunidade ou, a via religiosa apresentava-se como a resolução das

² Lembra-se que estamos a fazer referência a uma obra de 1964.

questões, através da denominada, cura das almas (McLeod, 2003a). A expiação de pecados (portanto, problemas) era realizada pelo pároco local, podendo ser individual ou comunitário, assumindo este o papel de conselheiro de todos os seus paroquianos (McLeod, 2003a).

É então que, no século XVIII, impulsionada pela força da revolução industrial e pelo início do capitalismo, surge uma alteração na forma de definir e lidar com as necessidades emocionais e psicológicas (Hergenhahn, 2009; Scull, 1979). Esta alteração política e económica encontrou ainda o desenvolvimento epistemológico da ciência moderna e do positivismo lógico, conduz à adesão aos valores da ciência (objetividade, controlo, experimentação, medição, repetibilidade) em detrimento dos da religião (fé, subjetividade, tradição).

Do ponto de vista social, observou-se a migração das populações das áreas rurais (propícias ao conhecimento mútuo de todas as pessoas da comunidade) para as áreas urbanas (onde existe um anonimato entre as pessoas). Passou-se de um controlo social próximo, mantido através da introdução de sentimentos de vergonha, onde os comportamentos desviantes do ponto de vista social eram combatidos com desprezo ou exclusão da comunidade, para um controlo social distante, mantido pela internalização de normas e regras, que quando desafiadas ou quebradas conduz à culpa (Hergenhahn, 2009; Scull, 1979).

Segundo McLeod (2003a) e Baker e Subich, (2008), é esta a fonte ou origem criadora da necessidade, desenvolvendo posteriormente, condições para o aparecimento de alternativas para ajudar, aconselhar ou suportar as pessoas que lidavam com questões, dilemas ou problemas experienciados na esfera pessoal, individual e íntima de cada um.

Com a desestruturação familiar e comunitária, os cuidados providenciados aos mais pobres doentes e idosos deixam de acontecer, surgindo os primeiros asilos, que em 1845, através do *Asylums Act*, se tornam pela primeira vez, responsabilidade estatal (McNeill, 1951; Scull, 1979).

As pessoas que apresentavam comportamentos destrutivos, pensamentos e perceções irrealistas, emoções desapropriadas e comportamentos imprevisíveis, conseqüentemente considerados como loucos, lunáticos, maníacos e insanos (Hergenhahn 2009; Leahey, 1987) eram então institucionalizados em asilos. Estes asilos eram utilizados para conter os loucos, e pouca ou nenhuma intervenção psicoterapêutica era tentada (McLeod, 2003; McNeill, 1951; Scull, 1979).

Scull (1979) descreve as bárbaras condições em que estes doentes eram mantidos em clausura, sendo de tal forma tratados como se de animais se tratassem, podendo ser observados pela quantia de 1 *penny* no *The Bethlem Hospital* em Londres.

Uma vez mais, as questões económicas foram essenciais para que a classe médica tomasse conta dos asilos, dos financiamentos públicos que os mantinham e do cuidar dos pacientes das

classes mais altas e financeiramente mais rentáveis. Com a entrada e tomada de posse dos asilos pelos clínicos, substituiu-se o denominado «tratamento moral», única abordagem “terapêutica”, para a utilização de técnicas ditas médicas e científicas, que iam desde fármacos, utilização de eletricidade, hidrato de cloreto, *caanabis indicta* e banhos turcos (Scull, 1979). Foi assim, definitivamente, abandonada a Demoniologia e a perseguição de bruxas pelos religiosos, ficando a classe médica do século XIX responsável pelo tratamento dos loucos.

O debate na comunidade académica e científica da altura debruçava-se sobre a oportunidade e relevância da institucionalização ou não dos pacientes, a crueldade e eficácia ou não das intervenções nos pacientes.

No final do século XIX, surgem dentro do ramo da medicina e da psiquiatria especialistas que se autodenominam “psicoterapeutas”. Abandona-se o termo louco, utilizando-se doente mental. Van Eeden abre em Amesterdão no ano de 1887 a Clínica de Psicoterapia Sugestiva, definindo-a como “a cura do corpo pela mente, através do auxílio de outra mente” (McLeod, 2003, p. 24; Baker & Subich, 2008).

A hipnose, descoberta por Johann Joseph Gassner (1727-79) e Franz Anton Mesmer (1734-1815), surge como técnica utilizada pela classe médica europeia com função anestésica para os procedimentos cirúrgicos (antes da invenção da anestesia química), sendo depois experimentada no tratamento de pacientes com histeria por Charcot e Janet (McLeod, 2003b).

McLeod (2003b) estabelece uma linha de continuidade/persistência entre a hipnose preconizada pelos supracitados autores e alguns modelos do aconselhamento contemporâneo em dois aspetos-chave: primeiro, na relação entre o terapeuta e o paciente, e em segundo lugar, a crença de que a eficácia da técnica residia na possibilidade de analisar áreas do paciente que não estariam acessíveis aquando em estado de consciência. É deste pressuposto que surge o conceito de uma parte inconsciente da mente humana, conceito esse que desde o seu postulado até aos dias de hoje, continua atual e vivo na psicoterapia e aconselhamento contemporâneo de inspiração psicodinâmica.

A tentativa de manipular e analisar estados de consciência alterados advinha já de culturas primitivas e dos seus rituais de cura, sendo que a aplicação e desenvolvimento da técnica da hipnose terá sido uma apropriação por parte da classe médica de reminiscências tradicionais e culturais (Hergenhahn, 2009; Leahey, 1987; McLeod, 2003b).

Estudando cerca de quatro meses com Charcot, Sigmund Freud regressa a Viena decidido a desenvolver e aplicar o que aprendeu em Paris. Assume o pressuposto do inconsciente (reforçado pelas teorias biológicas sobre a *libido*), mas empiricamente intui as limitações da

técnica hipnótica, utilizando como possibilidade de acesso interpretativo ao inconsciente (psicanálise), a associação livre e a interpretação de sonhos (Orgel, 1995).

Muito embora Freud tenha admitido a importância da psicanálise não só para as pessoas institucionalizadas, mas sim, para toda a gente, na Europa, só elites políticas, económicas e artistas conseguiam aceder a esta técnica. Foi com o desembarque da psicanálise nos Estados Unidos da América (por volta dos anos trinta do século XX) que esta se tornou mais disponível para o grande público (Dryden, 1996; Orgel, 1995).

No entanto, o pensamento, a escrita e experiência de Freud estavam intimamente ligados à sua matriz cultural e social europeia e judaica, que pouco ou nada se relacionavam com a forma de ser, ver e sentir norte-americano. Para se tornar mais aceite pela clientela norte-americana, teve também ela (a psicanálise), de se americanizar, contando com nomes como Carl Rogers, Eric Berne, Albert Ellis, Aaron Beck e Abraham Maslow, mas também europeus como Erik Erikson e Erich Fromm para o fazer (Baker, & Subich, 2008; Leahey, 1987; McLeod, 2003a, 2003b; Whiteley, 1980).

As ideias da psicanálise encontraram uma forte resistência na academia norte-americana, já que a classe científica e médica estavam no comando da intervenção, também ela, científica, dos doentes mentais. As técnicas eram fortemente marcadas pela utilização de fármacos, mas, sobretudo, pela utilização de metodologias observáveis (comportamentais, portanto) mensuráveis, repetíveis e controláveis laboratorialmente (critério de cientificidade), critérios que não eram requeridos pelas ideias de Freud.

Muito embora alguns departamentos psiquiátricos tenham mostrado um limitado interesse pela psicanálise, e já que a academia ligada à corrente behaviorista recusava e não a aceitava como merecedora de um estudo sério, não restava à corrente psicanalítica e aos seus praticantes, outra hipótese do que o crescimento em consultórios privados e em alguns hospitais, em vez de conseguir uma fundamentação e reconhecimento baseado na academia (McLeod, 2003b).

Nos anos 50 e 60 do século XX, surgem as respostas psicoterapêuticas às teorias behavioristas e psicanalíticas, apresentadas por Rogers, Berne e Ellis. É interessante que o autor da terapia centrada no Cliente (Carl Rogers), tenha ficado inicialmente conhecido e reconhecido não pela introdução desta possibilidade terapêutica, mas pela sua extensa investigação sobre o próprio processo terapêutico (McLeod 2003a, 2003b; Rogers & Rosenberg, 1977).

Rogers foi o primeiro terapeuta a ser eleito Presidente da *American Psychological Association*, em 1947, e, com o aparecimento nos anos 60 das aproximações cognitivo-comportamentais, regressa a terminologia e pressupostos behavioristas, regressando assim a expressão do conselheiro como um «*scientist-practitioner*» (Hergenhahn, 2009; Leahey, 1987, McLeod, 2003b; Rogers & Rosenberg, 1977; Whiteley, 1984). No entanto, e não obstante, Shertzer e

Stone (1974), Ivey e Simek-Downing (1980), Nelson-Jones (1982), Feltham e Horton (2000) e Walsh (2008), defendem e reforçam que o todo o aconselhamento é sempre e estruturalmente, uma relação de ajuda. Esta baseia-se na necessidade humana dessa mesma relação de ajuda. Por mais que a tecnologia avance, continuaremos a carecer de resposta às perenes questões, como sejam, Quem sou eu? Qual o sentido da vida? Como é que eu me tornei no que sou? (Hergenhahn, 2009; Leahey, 1987).

Sobre uma perspetiva desenvolvimentista, o ser humano é visto como um ser que nasce, desenvolve-se, reproduz-se e morre, mas usa o seu organismo para viver diferentes estádios de desenvolvimento, começando na infância, depois é uma criança, um adolescente, um adulto e, finalmente, um geronte. Cada uma destas fases da vida assume desafios, tarefas de desenvolvimento, objetivos, tarefas a realizar e tarefas que dele se espera. Por exemplo, o ser humano aprende a andar, falar, comer, distinguir o bem do mal, estabelecer relações afetivas significativas, entre muitas outras. Todas estas tarefas vão para lá do simples desafio fisiológico, acontecendo num meio e num contexto particular para cada um, onde, caso a caso, se ajusta com maior ou menor dificuldade.

A relação de ajuda, aqui como sinónimo de aconselhamento, ganhará assim possibilidade e necessidade imperativa, pois nem todos se ajustam e/ou possuem os recursos (internos e externos) suficientemente desenvolvidos para lidar com as consequências desse desajuste, quer sejam internas, quer sejam externas ao sujeito (Shertzer & Stone, 1974).

Esta relação de ajuda é definida por Shertzer e Stone (1974) como a interação com outra pessoa, para contribuir e facilitar um desenvolvimento positivo do ser humano. Assim, os profissionais da relação de ajuda, criam atividades no sentido de habilitar o outro a perceber, modificar ou enriquecer o seu repertório comportamental para que o desenvolvimento aconteça. A esse profissional interessa não só o comportamento do sujeito, mas também como a pessoa se sente, o que a motiva, as suas ideias e necessidades (Rogers, 1942; 1961; Rogers & Rosenberg, 1977).

Sintetizando o pensamento de Rogers (1961) e de Shertzer e Stone (1974), uma relação de ajuda:

- a) Tem significado, valorizado pelos participantes, pessoal, íntima, relevante e envolvendo a ideia de compromisso mútuo;
- b) Tem o afeto como presença evidente, pois nessa experiência acontece o *self disclosure*;
- c) Tem a presença da integridade da pessoa;
- d) Acontece por mútuo acordo e total disponibilidade dos participantes;
- e) Acontece quando quem precisa de ajuda precisa de uma informação, instrução, conselho, assistência, compreensão e/ou tratamento de outro;
- f) É conduzida através da comunicação e interação;

- g) Os papéis estão definidos: um pretende ajuda, outro pretende ajudar;
- h) Carece de um esforço colaborativo.

Pela dificuldade que temos em conseguir uma definição que possa unanimemente ser aceite por todas as correntes, utilizações, técnicos e formações, aceitamos a tentativa de aproximação cautelosa ao termo sugerida *ad contrarium* por Patterson (1959) e Shertzer & Stone (1974), ou seja, aquilo que o aconselhamento nunca poderá ser. Assim, aconselhamento não é só dar informação (embora informação possa ser dada), não é dar soluções e conselhos (estes deverão ser reconhecidos enquanto tal e não camuflados pelo termo aconselhamento), não é influenciar atitudes, crenças ou comportamentos pela manipulação ou pela utilização de falácias e ameaças e, finalmente, não é uma entrevista.

No entanto, e como foi afirmado anteriormente, a definição, forma de denominar e lidar com os intervenientes, as abordagens ao processo, os objetivos e resultados do mesmo, estão intimamente ligados ao paradigma em que determinado conselheiro adota como seu.

Iremos no capítulo seguinte abordar as principais correntes de pensamento sistematizado de intervenção em aconselhamento.

Capítulo 2 - O *Counseling* como intervenção metodológica

Como se demonstrou no capítulo anterior, a forma de conceber, analisar, interpretar, diagnosticar e intervir na área do *counseling* (no que concerne à definição, agentes, processos e resultados) é determinante para tematizar, pensar, intervir e atuar com o ser humano.

De facto, McLeod (2003a; 2003b), defende que a teoria sobre a qual qualquer conselheiro³ se apoiará será sempre de utilidade imprescindível, já que esta irá:

- a) Auxiliar na categorização e ordenação do “caos” em que a informação proveniente do cliente é veiculada e interpretada;
- b) Oferecer ao cliente uma “chave de interpretação” para as suas preocupações, problemas, metodologias de resolução de situações várias;
- c) Apresentar diferentes perspetivas sobre o que é o Homem, as crenças que se estabelecem sobre a natureza do Homem;
- d) Estabelecer profissionalmente o técnico dentro de uma escola ou corrente de pensamento, sendo este conhecido e reconhecido pelo tipo de serviço providenciado;

³ Embora o termo “counselor” não seja de utilização comum neste contexto e em Portugal (predominância do termo “consultor”), utilizaremos a tradução anglo-saxónica, ou seja, “conselheiro”, por ser a que mais se aproxima do que se pretende designar.

- e) Criar comunidades de investigação e intervenção dentro da sua escola ou corrente de pensamento, auxiliando essa mesma corrente a ser cada vez mais eficaz e útil.

Segundo Feltham & Horton, (2000), uma teoria ou paradigma a utilizar no aconselhamento deverá apresentar, mais especificamente, uma visão de base ou filosófica (como é que cada um constrói a realidade e atribui sentido e significado às suas experiências); informação sobre a personalidade e o desenvolvimento humano; informações sobre o(s) objetivo(s), princípio(s) e processos de mudança, fornecendo um mapa cognitivo que orienta, dirige e justifica todo o processo; e técnicas, competências e operações consistentes com as anteriores.

É através de uma estrutura coerente, consistente, lógica, baseada na teoria, mas informada pela prática, que o conselheiro acredita, adere, seleciona ou utiliza uma determinada abordagem em detrimento de outra.

No que concerne à tipologia paradigmática na intervenção psicológica por aconselhamento ou psicoterapia, foram identificados mais de 400 modelos por Karasu (1986) e Norcross e Grencavage (1990).

Este capítulo pretende tematizar, analisar e sintetizar as principais abordagens paradigmáticas que são utilizadas com maior frequência, constituindo uma “história dos paradigmas utilizados pelo *counseling*”. A escolha na apresentação respeitará, por isso mesmo, a ordenação cronológica do denominado ato fundador de cada teoria apresentada (Hergenbahn, 2009; Leahey, 1987).

Para ultrapassar o problema sobre o critério a utilizar na escolha das abordagens teóricas sobre aconselhamento, observou-se o critério da popularidade e frequência de utilização dessas mesmas abordagens. Assim, seguiu-se a informação recolhida por Garfield e Kurtz (1974; 1976), cujos questionários sobre a orientação paradigmática e consequentes práticas interventivas resultaram na identificação da abordagem psicanalítica (26.02%), da abordagem cognitivo-comportamental (10.69%) e da abordagem humanista (7.13%).

Smith (1982), no seguimento desse estudo, chega a resultados semelhantes, sendo que as teorias consideradas psicodinâmicas conseguem 13.73%, as comportamentalistas e cognitivas, 20.49% e as de inspiração humanista, 10.84%. Nos referidos estudos, nenhuma outra abordagem se aproxima dos 5%, sozinha ou em constructo aceitável, à exceção da resposta “eclectico”, que consegue atingir 54.97% no estudo de Garfield e Kurtz (1976) e 41.20% no de Smith (1982), mas que, por definição, se torna impossível de saber quais as teorias utilizadas.

No entanto, segundo os referidos autores, tal resultado demonstra uma forte tendência para que os conselheiros e terapeutas conheçam e apliquem mais do que uma abordagem teórica na sua intervenção.

Passaremos seguidamente à apresentação sintética de três abordagens (a saber, psicanalítica/psicodinâmica, cognitivo-comportamental e existencial/humanista), admitindo em cada uma delas subdivisões em constructos de possível associação, referida por Garfield e Kurtz (1976) e Smith (1982), salvaguardando-se ainda que em todos os manuais e referências bibliográficas, são apresentadas (pelo menos) as três grandes abordagens referidas.

2.1. Aproximação psicanalítica/psicodinâmica:

Jacobs (2010) afirma e explica a necessidade de uma definição e delimitação de conceitos na hora de falar das contribuições psicanalíticas. Para ele, o conceito de psicanálise tem um teor e valor histórico que remete para a teoria de Freud e para uma forma de terapia e/ou aconselhamento de duas a três sessões por semana (contrariamente à sessão semanal em média proposta pelos não freudianos). Muito embora alguns autores sejam seguidores e estudiosos de psicanálise, não a subscrevem na íntegra. Esses preferem o termo «psicodinâmica», ou seja, o acreditar no carácter ativo (dinâmico) da mente e dos seus processos, no que respeita ao aspeto pessoal das atividades de pensar e sentir e a noção de que residem na mente as forças que movem o sujeito para a expressão e/ou satisfação.

A abordagem psicodinâmica atribui ainda, segundo Jacobs (2010), maior importância à relação entre as pessoas, à dinâmica ou ao movimento entre as energias (instintos/motivações) elas próprias, às relações de e com objetos humanos e não humanos (parciais ou totais).

Para que possamos saber mais, convém então sintetizar:

2.1.1. Sigmund Freud (1856-1939) e a psicanálise:

A psicanálise é definida por Freud no seu artigo da *Enciclopédia* (1922), seu criador, como:

A procedure for the investigation of mental processes, especially unconscious phenomenon, a method of treatment based upon this procedure, and a set of observations and facts gathered together in this way which gives rise to a cohesive body of theory regarding human behavior.

Enquanto teoria explicativa do real e do Homem, a psicanálise baseia-se em dois princípios fundamentais: determinismo psíquico, já que existe a crença que todos os acontecimentos (mentais) são causados, nada acontecendo “sem querer”; existência de um inconsciente dinâmico, já que muitas das necessidades básicas, desejos e impulsos têm origem fora da esfera da consciência humana (Corey, 2009; Prout & Brown, 2007).

Greenson (1967) defende que o objetivo da intervenção da psicanálise é assistir os indivíduos no seu desenvolvimento. Para tal, deverá o psicanalista tornar o inconsciente consciente e, dessa forma, fortalecer a organização das estruturas psíquicas (nomeadamente, o Ego), que

percebe e interage com a realidade, especialmente no que nas relações interpessoais diz respeito.

A leitura das obras de Sigmund Freud *Interpretação de Sonhos* (1900) e *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905) permite sintetizar os dois postulados originários e originais da psicanálise:

a) o sonho é a manifestação disfarçada de um desejo reprimido, cujo conteúdo deriva da infância ou de experiências infantis;

b) as crianças são capazes de sensações sexuais que se desenvolvem progressivamente através de zonas erógenas, que com o atingir da puberdade, deslocam-se para os órgãos genitais, com o propósito reprodutivo (Prout & Brown 2007). “A criança é o pai psicológico do homem” é o mote psicanalítico que identifica e mostra que os impulsos da criança e o conflito existente no desenvolvimento da sua sexualidade é o local onde reside a origem dos comportamentos dos adultos, da sua psicopatologia ou neuroses (Jones, 1955).

Ao tentar o método catártico e hipnótico para o tratamento de neuroses e histerias, cedo reparou que nem todos os pacientes eram suscetíveis de hipnose, notando melhorias nos seus pacientes quando eles falavam sobre a sua doença. Parecia que ao falar da sua doença, os sintomas desapareciam (“*symptoms seemed to melt away*” como citado em Prout & Brown, 2007, p. 96). Optou então pela utilização da «associação livre» como método, pedindo aos seus pacientes que se deitassem, focassem num sintoma e que se tentassem lembrar da primeira vez em que ele tivesse ocorrido. Eram dadas instruções claras e precisas para que fossem expressos todos os pensamentos, não censurando parte ou algum, mesmo que pudesse parecer deveras trivial.

Freud reparou que a variável paciente-clínico era fundamental para que as memórias mais longínquas e dolorosas fossem manifestadas livremente através de um sentimento de confiança, já que essas memórias eram de infância, íntimas, de natureza sexual e motivadoras de um forte sentido de culpa e vergonha (Ellenberger, 1970; Jones, 1955; Prout & Brown, 2007).

Apresentou as suas conclusões do estudo sobre a histeria, remetendo-as para uma associação entre o sintoma histérico a um pensamento na infância sobre uma experiência sexual dolorosa. Assim, a causa da histeria seria a repressão ou recalçamento que a nossa consciência realiza a ideias ou pensamentos de origem sexual, que ela tem como inaceitáveis e intoleráveis na sua estrutura personalística, podendo ocorrer em ambos, homem e mulher (Ellenberger, 1970; Ivey & Simek-Downing, 1980; Prout & Brown, 2007; Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

Dado que as suas teorias foram pouco credíveis para a Sociedade de Psiquiatria e Neurologia de Viena (tendo a sua explicação sobre a histeria ter sido considerada como “*a scientific fairy tail*” pelo especialista em psiquiatria e psicopatologia sexual, Krafft-Ebing, cujo contributo descritivo de centenas de perturbações obteve um impacto relevante na patologização, Freud continuou a desenvolver a abordagem psicanalítica e as suas técnicas.

Em 1897 inicia a autoanálise, utilizando os seus sonhos como ativadores das memórias, ou seja, iniciou o processo de interpretação de sonhos. Nesse processo autobiográfico, descobre que as memórias mais persistentes são as de origem infantil, proibidas pela sociedade e estão de tal forma escondidas, que qualquer pessoa não as consegue identificar no seu processo cognitivo quotidiano (Gay, 1998).

Freud postula que pensamentos de infância, como sejam, rivalidades entre irmãos, hostilidade entre pai e filho ou mãe e filha, derivado a desejos incestuosos com o parente de género oposto e a desejos de matar ou destruir o parente do mesmo género (denominado complexo edipiano), são difíceis de aceitar pelo nosso consciente, sendo assim identificáveis nos nossos sonhos.

A resolução do famoso complexo de Édipo (que retracta essa dinâmica entre pais e criança) é a identificação com o progenitor do mesmo género, experimentando a culpa que resulta da tomada de consciência e a conseqüente retirada do *impensável* pensamento na nossa consciência. Os sonhos funcionam assim como uma forma de concretizar desejos e experiências infantis. No entanto, quanto maior for a atividade mental necessária para bloquear ou reprimir esses desejos de se tornarem conscientes, maior é a probabilidade de a pessoa desenvolver sintomatologia neurótica.

O trabalho do psicanalista não poderia descurar a cuidada observação e atenção às palavras, à linguagem não verbal e aos comportamentos do paciente, pois esta informação é útil na interpretação dos desejos proibidos por detrás do sonho, trazendo-o à consciência do paciente, contribuindo dessa forma para a dissipação da associação da repressão com o sintoma (Gay, 1998; Prout & Brown, 2007).

Segundo Greenson (1967), a psicanálise sugere que todo o acontecimento psíquico poderá ser analisado de três perspetivas distintas:

- a) A topográfica: descreve o relacionamento entre material consciente e o inconsciente. A denominada mente inconsciente é dirigida por processos primários, enquanto os processos secundários dirigem a mente consciente;
- b) A dinâmica: sugere que o comportamento dos sujeitos é o resultado da interação de três estruturas (Id, Ego e Superego). A interligação entre estas três forças e estruturas deverá ser tida em consideração no estabelecimento de hipótese de funcionamento

psíquico no que concerne à motivação, mecanismos de defesa do Ego, conflitos e a formação de sintomas;

- c) A económica: explica o comportamento em termos de distribuição, transformações e expressão de energia psíquica. As formulações psicanalíticas sugerem que a personalidade desenvolve-se através de estádios psicosexuais pelo crescimento e experiência do indivíduo (Greenson, 1967, Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

Para conseguir desvelar os problemas da personalidade e de comportamento, Freud utiliza os conceitos de inconsciente e de consciente (nos seus diferentes níveis de consciência). Já que o inconsciente não pode ser estudado diretamente, teremos que o inferir a partir do comportamento, ou aquilo que é mostrado pelo sujeito. A existência e estudo do inconsciente são, segundo Gay (1998) e Corey (2009), retirados de:

- a) Sonhos, representação simbólica de desejos, necessidades e conflitos inconscientes;
- b) Lapsos de linguagem ou esquecimentos;
- c) Sugestão pós-hipnótica;
- d) Material proveniente de técnicas de associação livre;
- e) Material proveniente de técnicas projetivas;
- f) Conteúdo simbólico de sintomatologia psicótica.

O consciente é comparado à parte visível de um iceberg, enquanto o inconsciente (a maior parte) está por baixo da linha de água (à qual só atendemos conscientemente acima dessa linha). É, então, debaixo de água que o inconsciente armazena todas as experiências, memórias, material recalcado, necessidades e motivações (Gay, 1998).

A estrutura da personalidade proposta por Freud é constituída de forma tríade, pelo Id (biológico), Ego (psicológico) e Superego (social). Assim:

- a) O Id é o sistema primordial e original da personalidade. O sujeito quando nasce é exclusivamente Id, sendo este o princípio ou fonte da energia pulsional, instintiva, desorganizada, cega, autoritária e insistente. É associado a um caldeirão de excitação, intolerante à tensão e tendo como função descarregar essa tensão imediatamente para regressar a um equilíbrio homeostático. É gerido pelo princípio do prazer, que pretende a redução da tensão, evitando a dor, para atingir o prazer. Ele é ilógico, amoral tendo como propósito final, a satisfação das necessidades instintivas. Ele não amadurece ou cresce, não pensa, apenas deseja ou age, sendo maioritariamente inconsciente ou fora da nossa atenção (*unconscious or out of awareness*) (Corey, 2009).
- b) O Ego é a instância executiva, que governa, controla e regula a personalidade, tendo para isso, contacto com a realidade e mundo exterior. Tem como função a mediação entre os instintos e pulsões e meio envolvente. Ele controla a consciência e o exercício da censura, sendo regulado pelo princípio da realidade. É ele que realiza

pensamentos racionais e lógicos, formulando planos de ação para satisfazer as necessidades do organismo. O Ego pretende racionalizar e controlar as cegas pulsões do Id (que apenas conhece a realidade subjetiva), sendo capaz de distinguir entre as imagens mentais e a realidade objetiva do mundo.

- c) O Superego é o «ramo judicial» da personalidade. Inclui o código moral do sujeito, julgando a ação em termos de boa ou má, certa ou errada. É a representação do ideal, ambicionando atingir não o real, mas a perfeição. Representa ainda os valores tradicionais e ideais sociais que são transmitidos de geração em geração. Tem como função a inibição dos impulsos do Id, a moralização do Ego e a orientação face à perfeição no agir. O Superego, intimamente ligado à internalização e introjeção de normas e condutas, está ligado às recompensas psicológicas, como sejam o orgulho e amor próprio, e às suas punições, por exemplo, sentimentos de culpa e inferioridade (Corey, 2009; Gay, 1998; McLeod, 2003b).

A ansiedade é, também ela, determinante para a psicanálise. É ela que nos move ou motiva para o ato, desenvolvendo-se do conflito entre as estruturas da personalidade supramencionadas e o controlo da energia psíquica disponível. A sua função é avisar e impedir o perigo para o sujeito. Existem, de acordo com Corey (2009), três tipos:

- a) A ansiedade real, que é o medo que o perigo do mundo externo representa para o sujeito, sendo este nível de ansiedade proporcional ao nível da ameaça externa;
- b) A ansiedade neurótica, que é o medo que o perigo de perda do controlo dos instintos, levando o sujeito a cometer alguma ação pela qual será punido;
- c) A ansiedade moral, que é o medo da sua própria consciência, em termos de desenvolvimento de sentimentos de culpa ou vergonha pela realização de ações contrárias ao seu código moral.

Sempre que o Ego não é capaz de controlar a ansiedade sentida por processos racionais ou métodos diretos, utiliza os denominados mecanismos de defesa do Ego, cuja primordial função é auxiliar o sujeito a lidar com a ansiedade. Eles não são patológicos, mas normativos e esperados, tendo um valor adaptativo ao real. No entanto, se eles passarem a ser utilizados frequentemente para uma constante fuga à realidade perdem esse valor adaptativo e tornam-se, eles próprios, problemáticos (Corey, 2009).

As defesas que cada sujeito utiliza variam e/ou dependem do nível de desenvolvimento desse sujeito e do grau de ansiedade (maior, mais primitivo, menor secundário), assumindo todos dois denominadores comuns: eles negam ou distorcem a realidade e funcionam a um nível inconsciente. São exemplos, a repressão, a negação, a formação reativa, a projeção, o deslocamento, a racionalização, a sublimação, a regressão, a introjeção, a identificação e a compensação (Corey, 2009; Gay, 1998).

A teoria psicanalítica postulada por Freud é considerada biológica, baseando-se na *libido*, ou seja, energia sexual em potência e ato, sempre presente e imanente ao ser humano. Esta apresenta-se sob a forma de instintos ou pulsões de vida (*Eros* - deus grego do amor), que servem o propósito de sobrevivência do indivíduo e da raça humana, orientando-se para o crescimento, desenvolvimento e criatividade. Aqui, a *libido* deverá ser entendida como a fonte ou origem da motivação e mobilização de toda a atividade que busque os comportamentos prazerosos; e de instintos ou pulsões de morte (*Thánatos* - personificação da morte), conotada com a motivação ou intenção agressiva (*agressive drive*), que, segundo Freud, é sentida por todos, manifestando-se no pensamento, desejo ou pulsão inconsciente de morrer, intentar comportamentos que possam magoar-se e/ou aos outros. São, portanto, as pulsões sexuais e de agressão, fortes determinantes do comportamento, ou seja, porque é que cada um faz o que faz e é como é (Corey, 2009). Segundo Ivey e Simek-Downing (1980), McLeod (2003b), Prout e Brown (2007) e Corey (2009), o estudo do desenvolvimento dos sujeitos é determinante para o trabalho profundo e eficaz com um cliente em contexto de *counseling*.

Para estes autores, são três os principais problemas/situações que o cliente traz para a sessão de aconselhamento:

- a) A incapacidade de confiarem em si e nos outros, o medo de amar e estabelecer relações próximas e significativas e baixa autoestima;
- b) A incapacidade de reconhecer e exprimir sentimentos de hostilidade, raiva e ódio e a falta de sentimentos de autonomia;
- c) A incapacidade de plenamente aceitar a sua sexualidade e os sentimentos sexuais, dificuldades em se aceitar como homem ou mulher e o medo da sexualidade.

Para Freud, estas três tipologias de “queixas” (amor e confiança, lidar com sentimentos negativos e desenvolver uma aceitação positiva da sua sexualidade), representam três áreas de desenvolvimento pessoal e social, que se constituem nos primeiros anos de vida (Corey, 2009). Daqui se retira o valor e importância do desenvolvimento, nomeadamente, o fulcral período da infância, que Freud propõe:

- a) 1º ano de vida (do nascimento ao fim do primeiro ano de idade): estágio oral - a sucção nos seios da mãe, traz satisfação à criança, pois supre a necessidade de alimentação e prazer. Nesta idade, os lábios da criança são zonas erógenas muito sensíveis, logo, pela sucção existe a produção de prazer erótico. Na adultez poderão verificar-se problemas devido à privação de gratificação oral, sendo que os adultos que exibem necessidades orais (excesso de comida, mastigar, falar, fumar e beber) poderão ter uma fixação oral.
- b) 1 - 3 anos de vida: o estágio anal - as atividades desta fase de desenvolvimento são a aprendizagem da independência, do reconhecimento e lidar com sentimentos

negativos e a autonomização. Nesta fase, a criança lida com frustrações que derivam das exigências dos pais, da manipulação de objetos e exploração do seu ambiente e das expectativas de controlo sobre o seu corpo, nomeadamente, do controlo de esfíncteres (zona erógena). A grande experiência de disciplina enfrentada pela criança é o treino de controlo de esfíncter, onde lidará com o conjunto de atitudes, expectativas e reações por parte dos seus pais, determinantes para o seu desenvolvimento da personalidade, demonstrável na sua adultez, por exemplo, na manifestação de problemas ligados à obsessão e compulsão. Variáveis ligadas à forma mais ou menos estrita com que o treino esfíncteriano é gerido pelos pais e atenção e expectativas dos mesmos, a criança tenderá a expressar níveis de raiva e frustração, expelindo as suas fezes em locais ou em alturas inapropriados, ou retendo as fezes (situação classificável num eixo entre um nível de agressão ou retenção). Sentimentos de hostilidade, agressividade, fúria e ódio são sentidos nesta fase, e deverão ser integrados como sentimentos negativos, mas aceites como normais.

- c) 3- 6 anos de idade: o estágio fálico: neste período a atividade sexual torna-se mais intensa, e a zona erógena situa-se nos genitais, ou seja, no pênis em relação ao rapaz e no clítoris em relação à menina. É neste estágio que surge o já mencionado complexo de Édipo. A tensão psíquica do rapaz divide-se entre a vivência de um desejo e luta pela atenção e amor pela sua mãe, e o medo vivido pela possível retaliação por parte do seu pai, que por ser um rival imbatível, o poderá castrar. Esta ansiedade de castração é reforçada pela observação da falta de pênis nas meninas. Então, como tal sentimento é demasiado forte, ele é reprimido e retirado da esfera consciente do rapaz, que, dessa forma, ao substituir os seus afetos em relação à sua mãe, estará em condições para desenvolver (se o complexo edípiano for bem resolvido), a identificação com o seu pai (por exemplo, nos seus maneirismos), ganhando o rapaz uma gratificação vicariante (Corey, 2009). No caso das raparigas, muito embora não tenha sido aprofundado por Freud, acredita a ortodoxia psicanalítica, que o complexo de Electra será a versão feminina do complexo de Édipo. A inveja do pênis conduz a menina a deslocar o objeto do seu amor da mãe, para o pai, desenvolvendo por esta, sentimentos negativos pela ausência do referido genital.
- d) 6 - 12 anos de idade: o estágio de latência: período de relativo “descanso” ou adormecimento. As estruturas personalísticas estão desenvolvidas, assim como as suas relações. Com a experiência de socialização e desenvolvimento, a criança sublima os seus impulsos em atividades escolares, passatempos, atividades desportivas e amizades com elementos do mesmo género. É um período fundamentalmente narcísico (ou pelo menos, autocentrado) em que a criança está atenta não só ao seu mundo interior, mas a sua relação com o mundo exterior.
- e) 12 - 18 anos de idade: o estágio genital: É neste estágio que são revividos os sentimentos dos estádios anteriores, com especial incidência no estágio fálico. Os

jovens desenvolvem interesse nos membros do sexo oposto, iniciam experimentação sexual e começam a assumir responsabilidades da adultez. Encontram-se preparados para se envolverem em relações íntimas, deixando a influência dos pais, desenvolvendo a capacidade de se interessar no outro. Segundo Freud, com a passagem de um sentimento narcísico para um altruísta, o jovem está preparado para “amar e trabalhar” (Corey, 2009; Gay, 1998).

A sociedade, segundo Freud, não terá reconhecido a existência da sexualidade infantil derivado a tabus culturais e repressão individual das primeiras experiências nessa área (Corey, 2009).

A psicanálise aportou um vasto conjunto de conceitos e metodologias que ganham utilidade e eficácia em muitos contextos, não só ao nível do processo de aconselhamento, mas também na terapia individual, de grupos, familiar e análise organizacional. As ideias de Freud demonstram uma robustez e resiliência fantástica para sobreviver às críticas e reformulações de variadas origens.

Segundo McLeod (2003b), a ideia que provavelmente mais polémica terá gerado é a densa teoria sobre o desenvolvimento da criança através de estádios psicosssexuais. Apesar de polémica, ofereceu ao campo da terapia e aconselhamento o que as teorias comportamentais e cognitivas e centradas na pessoa não tinham, ou seja, uma forte teoria de base sobre o desenvolvimento infantil.

Na prática, a psicanálise envolve uma espécie de ajuda terapêutica a partir da teoria psicanalítica que pretende poder ser utilizada para o aprofundamento e enriquecimento da relação entre conselheiro e cliente.

McLeod (2003b) sumariza a utilização e importância da psicanálise para o aconselhamento nos seguintes princípios:

- a) As pessoas têm relações problemáticas, pois repetem padrões de relacionamento destrutivo do passado. Quando alguém de novo é conhecido, tendemos a tratá-lo não de forma individual, mas como alguém que já conhecemos do nosso passado (processo de transferência). As figuras de autoridade, como sejam o terapeuta ou o conselheiro, são muitas vezes utilizados como projeção ou transferência pelos seus clientes.
- b) As pessoas podem procurar controlo ou esconder as suas dificuldades para aceitar os seus desejos, memórias e sentimentos internos, e, por isso, utilizam mecanismos ou estratégias de defesa para desviar a atenção deles, como sejam, a projeção, sublimação, transferência, negação, entre outras.
- c) É importante que o conselheiro esteja atento aos seus sentimentos, fantasias e impulsos em relação à pessoa que está a ajudar. O processo de contratransferência e

os sentimentos a que ele conduz poderão ser evidência da espécie de sentimentos que evoca nos outros e/ou ao tipo de mundo emocional onde a pessoa vive.

- d) Os problemas das pessoas podem ser compreendidos como sendo uma representação de um estágio desenvolvimental não ou mal resolvido, ou seja, por ter tido uma experiência insatisfatória num determinado estágio de desenvolvimento, o sujeito continuará a ter que lidar com essa experiência ou para o resto da sua vida, ou até ganhar *insight* sobre ele.
- e) As pessoas têm necessidade de uma consistência emocional e securizante. Assim, se essa consistência é quebrada nos estágios iniciais do desenvolvimento, o sujeito poderá demonstrar insegurança e exibir um padrão de dificuldade no compromisso e sentimentos de ambivalência dentro da relação.

Os referidos princípios providenciam um enorme potencial de estratégias para servir de ajuda para compreender e alterar formas de auto-derrotismo e conflituosas de relacionamento com os outros.

A influência do contributo freudiano para o counseling é essencial para o desenvolvimento do mesmo, já que para além dos referidos conceitos e forma de entender o ser humano e o seu comportamento, lançou técnicas e métodos que viriam a ser criticados e/ou contestados por outros pensadores, como veremos de seguida.

2.1.2. A teoria desenvolvimental do Ego de Edward Bordin:

Autor de influência psicanalítica apresenta a sua teoria de aconselhamento recolhendo os contributos de Sigmund Freud, Otto Rank e Erik Erikson. De Freud incorpora os conceitos de gestão do impulso, força do Ego, resistência e os mecanismos de defesa do Ego. De Rank, o conceito de conflito, frustração e gratificação do Ego. De Erikson, o valor dos estágios de desenvolvimento do ciclo de vida, bem como a importância de fatores sociais que influenciam o comportamento do ser humano.

Bordin é considerado Neo-Freudiano, pois acredita que o comportamento do ser humano é fortemente influenciado por motivações e necessidades inconscientes. Acredita ainda que as pessoas têm o potencial para compreender os processos inconscientes, que são capazes de dirigir o seu comportamento e atingir objetivos de vida (Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

Nas suas obras, ficam claras as suas opções por utilizar a razão e o *insight* no controlo comportamental, evidenciando que o uso eficaz da razão e do pensamento lógico sugerem um Ego forte, capaz de adiar a gratificação imediata, tolerar a tensão e orientar-se para o mundo real. Apesar disso, reconhece que em alguns casos, conflitos inconscientes, desejos e impulsos, podem “toldar” a razão humana. Por isso mesmo, os processos inconscientes e as

formas do seu funcionamento devem ser analisados e interpretados (Bordin, Nachmann & Segal, 1963).

Distingue Psicoterapia de Aconselhamento, já que este último é limitado no tempo, dirigindo-se para um problema desenvolvimental, enquanto a primeira visa a reconstrução da personalidade (Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987). Assim, o aconselhamento tem uma função educativa e informativa, auxiliando e/ou remediando o necessário para que as pessoas entendam o seu comportamento e o que os motiva.

O conselheiro tem como principal objetivo ajudar o cliente a aumentar a sua compreensão dos obstáculos interpessoais e intrapessoais que poderão inibir o desenvolvimento do Ego e, dessa forma, possibilitar uma eficaz adaptação ao seu meio. Se essa adaptação não for eficaz, as deficiências do Ego poderão emergir, conduzindo a formas disfuncionais de relação do sujeito com o meio e consigo mesmo.

Numa relação de aconselhamento, o cliente é encorajado a confrontar-se com situações associadas à frustração, ansiedade e conflito pessoal num clima caracterizado por acolhedor, compreensivo e de suporte para esse cliente (Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

Segundo o próprio autor (Bordin, 1955; 1965), o Aconselhamento usado na perspectiva desenvolvimental do Ego baseia-se em cinco pressupostos:

- a) O comportamento está relacionado com atitudes, emoções e impulsos, pelo que alterações nesses componentes poderão resultar numa alteração do comportamento;
- b) Os impulsos básicos de cada indivíduo, as suas motivações e os seus desejos são expressos e geridos por um Ego racional;
- c) O desenvolvimento do Ego ocorre segundo estádios associados a tarefas psicossociais (perspetiva proposta por Erikson), sendo que a extrema frustração em cada uma das oito etapas propostas, resultaria em problemas de ajustamento, conflitos intrapsíquicos e regressões;
- d) A personalidade envolve tendências de integração potenciadoras de conflito, como sejam as noções de dependência e independência, onde o sujeito pode desejar agir de forma independente, mas sentir necessidade de depender de outro (ambivalência);
- e) Os conceitos de resistência e transferência são inatos ao ser humano. A resistência surge sempre que o Ego percebe uma ameaça e a transferência ocorre sempre que o sujeito dirige os seus sentimentos positivos ou negativos para outro (que não o alvo desses sentimentos), evidenciando um relacionamento significativo passado.

Segundo Tosi, Leclair, Peters e Murphy (1987), Bordin utiliza como principais técnicas no aconselhamento, a clarificação, que pretende simplificar a dinâmica complexa de cada personalidade, tentando que o cliente associe os seus sentimentos com comportamentos, visando uma perspetiva mais racional (dispensando ou reduzindo as defesas do Ego); a

interpretação, que pretende descobrir o significado e o sentido do comportamento de cada cliente, presente nos seus pensamentos, sentimentos e motivações; *Wish-Defense* que pretende lidar com os desejos de resolução do conflito psicológico, como sejam, por exemplo, o cliente poderá evitar uma decisão (defesa) e projetar para o conselheiro a resolução desse conflito (desejo). Acrescenta ainda o suporte e a segurança como pré-requisitos para diminuir a ansiedade dos clientes.

Do ponto de vista do conselheiro e da relação entre este e o cliente, deverá atender a quatro dimensões:

- a) Dimensão de *ambiguidade*, que permita um distanciamento suficiente para permitir o processo de transferência, essencial para o entendimento das motivações, desejos e comportamentos do cliente;
- b) Dimensão *pessoal*, estilo pessoal, aproximação idiossincrática e personalística ao processo de aconselhamento;
- c) Dimensão *calorosa*, que se caracteriza pela existência da aceitação, da genuidade e da responsabilidade. As qualidades de espontaneidade, comprometimento e esforço sugerem ao cliente que o seu conselheiro está fortemente envolvido no processo;
- d) Dimensão *de equilíbrio entre a conação e a cognição*, onde a conação representa o Id, e o Ego e o Superego são a parte cognitiva do ser humano. Bordin (1955; 1965) acredita que o trabalho cognitivo de equilíbrio entre as estruturas da personalidade trará uma maior compreensão sobre os seus desejos, motivações e comportamento, reduzindo dessa forma a ansiedade e fortalecendo o Ego.

No cliente, Bordin (1955; 1965) encontrou cinco eixos problemáticos a que todo o conselheiro deveria atender:

- a) Ansiedade na escolha, pois sempre que alguém está perante uma decisão ou escolha, no plano pessoal ou social, surge ansiedade, o que diminui o funcionamento do Ego racional. Esta ansiedade aumenta quando os sujeitos estão perante tarefas de desenvolvimento e diminui quando uma decisão é tomada;
- b) Conflito com o próprio, já que muitas pessoas experienciam eventos na sua vida que contrariam e não são consistentes com as suas auto-perceções, como sejam, mentir, roubar, trair. Estas experiências são ameaçadoras para o Ego, aumentam a ansiedade e ativam as defesas do Ego;
- c) Dependência, já que a experienciada em excesso revela ansiedade e um Ego fraco face às várias tarefas desenvolvimentais do sujeito. Muitos clientes não querem assumir a responsabilidade pela sua mudança, projetando-a para o conselheiro, apresentando por isso emoções de medo, ansiedade e desesperança;
- d) Falta de informação, já que em algumas vezes apesar de o cliente se responsabilizar sobre as suas decisões, não tem conhecimentos sobre si nem sobre situações sociais

para poder decidir melhor. Esse desconhecimento conduz a sentimentos de insegurança e ineficácia de desempenho social;

- e) Falta de confiança, já que alguns clientes parecem precisar de constante segurança e reforço externo nas suas escolhas e decisões. Convém por isso ter em conta essa realidade na relação de aconselhamento, já que o conselheiro deverá ajudar a desenvolver a confiança do cliente, minimizando a sua ansiedade e não reforçar a sua dependência do processo.

A prática da teoria de Bordin mostrou resultados bastante positivos em contexto clínico e em contexto educacional, o que parece conduzir à conclusão de que não só se apresenta como uma teoria eficaz, como de possível aplicação em diversos contextos de intervenção. (Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

2.1.3. Terapia Adleriana - Psicologia Individual

Alfred Adler deixa em 1911 a Sociedade Psicanalítica de Viena em discordância com Sigmund Freud, já que segundo a sua teoria, o ser humano é regido por valores e objetivos dos quais poderão estar conscientes e não por instintos inconscientes. Segundo Feltham & Horton (2000), foi após a 1ª Guerra Mundial que Adler terá centrado a sua intervenção nos campos da prevenção de Saúde Mental e na Educação. Terá trabalhado com professores, educadores e alunos em sessões abertas ao público visando a dispersão das suas ideias, que se baseavam no conhecimento de si e dos outros visando uma sociedade democrática, harmoniosa em que cada um possa atingir e realizar o seu potencial e contribuir para realizar o potencial social.

Feltham e Horton (2000) e Fall, Holden e Marquis (2010) sublinham dos trabalhos de Adler, as seguintes e principais ideias:

- a) Visão holística do Ser Humano, apesar de ser denominada como individual, pretende assumir que tudo no ser humano deverá ser visto como um todo, contribuindo todas as partes para a definição desse todo, e inter-influenciando-se;
- b) Importância da dimensão social do Ser Humano, já que o desenvolvimento da personalidade acontece em grupos sociais, sendo o seu comportamento em grupo determinante. É em grupo social que o ser humano tem sobrevivido como espécie, e como indivíduo, sendo o objetivo do aconselhamento e/ou terapia, o entendimento desse indivíduo sobre a natureza dessa pertença social;
- c) Dimensão teleológica (*telos* = fim), pois todo o comportamento tem uma finalidade e um objetivo. Alguns clientes desconhecem os seus objetivos, ideias e/ou crenças.
- d) Pertença, pois Adler acredita que todo o ser humano nasce com o potencial de pertença como igual aos seus pares na sociedade (*gemeinschaftsgefühl* - *community feeling*);

- e) Criatividade e responsabilidade, já que o comportamento é o resultado das percepções subjetivas dos indivíduos e cada indivíduo é responsável (responde por) pelos seus objetivos, metas e comportamento, estando, por isso mesmo, no seu poder alterá-los;
- f) Unicidade, pois se quisermos compreender as pessoas deveremos atender à sua especificidade e unicidade subjetiva com que cada um percebe a vida, a si próprio e as suas decisões.

O potencial presente nos conceitos supra referidos, nasce com cada ser humano, embora possa não ser devidamente desenvolvido e reforçado pelas experiências precoces da criança (Fall, Holden & Marquis, 2010).

Feltham e Horton (2000) referem que Adler acredita e postula que vivemos num mundo centrado no erro, nos comportamentos disruptivos, onde a competição e a autoestima são sobrevalorizadas em detrimento da contribuição de cada um para as tarefas sociais.

Adler apresenta-nos a importância da estrutura e forças familiares (elementos), da constelação familiar (valores e atitudes familiares) e estilo de vida (resumo das anteriores, influência genética e experiências do próprio) (Corey, 2009; Feltham & Horton, 2000; Tosi, Leclair, Peters & Murphy, 1987).

Para promoção de mudança no consultante, os conselheiros necessitam de trabalhar em conjunto para desvelar as suas ideias enganosas ou lógica privada, bem como os seus objetivos irrealistas. A partir daí, terá que ser o consultante a decidir alterar seja o que for em si, ou seja, responsabilizando-o pela sua forma de sentir, agir e viver.

Se a decisão for pela continuidade, existem técnicas, competências ou estratégias a que o conselheiro pode empregar (Feltham & Horton, 2000):

- a) Igualdade na relação, baseada no respeito, confiança e compromisso nos acordos;
- b) Estabelecimento de uma relação democrática com o cliente, pois apesar da terapia e aconselhamento Adleriano ser diretivo e o conselheiro pensar saber qual o melhor caminho e decisões para o seu cliente, deverá respeitar e dar liberdade para as decisões do seu cliente;
- c) Avaliação do estilo de vida, onde pela descrição de três etapas de vida, se poderão identificar padrões e estilos de pensar, sentir e reagir às várias situações vivenciadas;
- d) Análise de memórias de infância e sonhos, onde residem conteúdos simbólicos a interpretar pelo cliente;
- e) Exercícios acordados com o cliente, com o intuito de verificar e desafiar a lógica privada do cliente;
- f) Técnica do espelho, onde o conselheiro adota respostas recorrentes do cliente, evidenciando os padrões seguidos por este;

- g) Intenção paradoxal, onde os clientes são convidados a manter e aumentar os seus comportamentos problemáticos com a intenção de tornar visíveis e conscientes esses mesmos comportamentos e correspondentes consequências;
- h) “Agir como se...”, *role-play* onde o cliente é convidado a dar largas às suas fantasias, para posteriormente analisar as formas e padrões de comportamentos, sentimentos e pensamentos;
- i) “Cuspir na sopa do cliente”, ou seja, reduzir o papel dos reforços de comportamentos inúteis através de clarificação de comportamentos e expectativas;
- j) “Pressione o botão”, onde através da imaginação de experiências agradáveis e desagradáveis, o cliente percebe as diferentes emoções a eles associadas. Assim, o cliente aprende a escolher as suas emoções pela decisão dos seus pensamentos.

Tosi, Leclair, Peters e Murphy (1987) e Corey (2009), apresentam vários casos de problemas comportamentais, clínicos e educacionais com os clientes a terminarem o processo de aconselhamento com um maior *insight* sobre a sua forma de ver, sentir, agir e lidar consigo e em contexto, denotando uma evidente eficácia desta abordagem para o sujeito.

Corey (2009) afirma que podemos identificar quatro objetivos centrais que deverão ser seguidos em aconselhamento utilizando a teoria Adleriana:

- a) Estabelecer uma relação terapêutica, que como foi dito anteriormente, é condição fundamental, sublinhando a afirmação de que os conselheiros Adlerianos preocupam-se mais com as experiências subjetivas dos clientes, do que o uso de técnicas, adaptando-as aos seus clientes (Corey, 2009). No entanto, nesta fase são aplicadas técnicas como sejam a escuta ativa, identificação e clarificação de objetivos e empatia;
- b) Exploração da dinâmica individual, onde pela análise do estilo de vida, tenta-se identificar e trabalhar a relação que o cliente realiza entre os seus comportamentos presentes, passados e futuros. É nesta fase que o estudo da constelação familiar, das recordações precoces, os sonhos, as suas prioridades (segundo Kefir, 1981 e Fall, Holden & Marquis, 2010, são prioridades personalísticas - o que as pessoas desejam -, a superioridade, o controlo, o conforto e agradar os outros), e a integração de todas estas informações;
- c) Encorajamento do *insight* do cliente, já que a perspetiva Adleriana, apesar de apoiar o cliente, também o confronta no sentido de auxiliar ao conhecimento dos seus verdadeiros objetivos, para lá dos seus pensamentos e comportamentos auto-derrotistas presentes em objetivos pouco saudáveis para o cliente. Para tal desidrato, utilizam-se técnicas de confrontação e interpretação;
- d) Auxiliar com a reorientação, através de técnicas já referidas, mas às quais poderemos acrescentar o conselho, o trabalho de casa, o humor e o silêncio.

Fall, Holden e Marquis (2010) afirmam que a teoria Adleriana teve um impacto forte e durador no campo da Psicologia. Acrescentam ainda que as ideias e trabalho de Adler foram sendo misturas, adaptadas e incorporadas em muitas escolas posteriores.

Adler terá afirmado mesmo que poderá vir um tempo em que as pessoas poderão não se lembrar do meu nome; as pessoas poderão até esquecer que a nossa escola existiu. Mas isso não interessa, pois toda a gente agirá como se tivesse estudado conosco (citado em Fall, Holden & Marquis, 2010, p. 105).

No mesmo sentido, Watts (2000) revela uma grande influência e compatibilidade entre a teoria Adleriana e algumas teorias e terapias contemporâneas, como sejam a construtivista, a cognitiva, a sistêmica, as abordagens breves, as terapias focadas na solução e as terapias narrativas.

Mosak e Maniaci (1999) acrescentam ainda as terapias familiares, existenciais, de relação de objeto e teorias integrativas, acrescentando que a perspectiva Adleriana não ganha os louros e a glória do reconhecimento, mas ganha sim importância pelo seu contributo subsequente.

Com Carl Rogers partilha as condições necessárias ao estabelecimento da relação terapêutica (empatia, olhar positivo e genuidade de auxílio ao cliente), embora, para Adler, estas não sejam suficientes ao processo (Fall, Holden & Marquis, 2010).

Watts (2000) e Fall, Holden e Marquis (2010) acreditam que as razões fundamentais para esta influência supra mencionada são a sua aplicabilidade a vários campos, a sua flexibilidade teórica, a liberdade de ação em aconselhamento, já que podem ser em simultâneo teoricamente consistentes e tecnicamente ecléticas, sendo encarada como uma teoria integrativa de aproximações ao campo da saúde mental.

Esse ecleticismo técnico da teoria Adleriana permite e exige aos seus seguidores que sejam integrativos na sua posição, tendo por isso vantagem em adaptar-se a uma maior abrangência na diversidade de aplicação nas populações, no que concerne às características específicas de um sujeito, bem como às suas idiosincrasias sociais e culturais. Assim, género, etnicidade, orientação sexual e espiritualidade, são temáticas que Adler, apesar da sua circunstância histórica, defendeu e mostrou interesse.

Muito embora não existam dados de investigação quantitativa sobre a eficácia da terapia Adleriana, Mosak e Maniaci (2008) afirmam que nos campos da Psicologia, do Aconselhamento, do Serviço Social e da Psiquiatria têm aumentando as referências e os estudos, denotando um maior conhecimento e aplicação da teoria.

Prout e Brown (2007) apresentam vários casos da aplicação da teoria Adleriana a crianças e a adolescentes com problemas de comportamentos disruptivos, que após a intervenção por aconselhamento (e o respetivo *follow-up* após dois meses) revelavam que os pacientes

umentavam a sua assiduidade, comportamento adequado, resultados acadêmicos e motivação, o que é um indicador de eficácia na intervenção e melhoria na vida do sujeito.

2.1.4. A Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung

Apesar de algumas semelhanças com o seu mentor Sigmund Freud, a história da Psicologia identifica como principais diferenças (segundo Stewart, 2013):

- a) Jung atribui menor relevância ao papel da sexualidade nas neuroses;
- b) Jung acreditava que a análise dos conflitos imediatos do paciente é mais importante do que tentar desvelar os conflitos de infância;
- c) A concepção de Jung sobre o inconsciente inclui não só uma dimensão pessoal, mas ainda uma dimensão coletiva (comum a toda a Humanidade);
- d) Jung era menos comprometido e mais flexível com a análise de sonhos;
- e) Jung demonstrava um maior ênfase em relação ao processo de transferência;

Feltham e Horton (2000) apontam a individuação como ideia central de Jung. Essa ideia traduz a crença de que a personalidade poderá atingir o seu potencial através do desenvolvimento de uma atitude simbólica. É de Carl Jung o conceito de inconsciente coletivo, que, para além do inconsciente pessoal, existe em todas as pessoas, gerando e regendo a forma de pensar, sentir, agir, viver e relacionar-se.

Para Jung, o inconsciente coletivo é a fonte da consciência humana, sendo uma espécie de camada que subjaz ao inconsciente pessoal. Esta é a camada mais profunda e menos acessível de todas as que compõem o ser humano, sendo por isso considerada de impossível conhecimento, podendo apenas esperar conseguir uma atitude consciente em relação a ela.

Stevens (1990) afirma que Jung acredita que todos os seres humanos estão, a um nível fundamental, ligados e/ou relacionados entre si. Este inconsciente coletivo é expresso através de arquétipos.⁴ Samuels, Shorter e Plaut (1986) definem-nos como sendo recorrentes padrões instintivos, sem forma, intangíveis ou não visíveis.

Eles são os padrões que darão forma aos sonhos, aos mitos e à arte. Aos arquétipos são frequentemente atribuídas formas humanas e caracterizados por figuras como sejam «o herói» e a «grande mãe». Eles poderão manifestar-se em aspetos geracionais da personalidade, como sejam «*senex*» (pessoa nova com um olhar envelhecido/maduro) ou «*puer aeternus*» (juventude eterna, como o eterno Peter Pan, que não cresce, portador de uma visão cristalizada na adolescência).

⁴ Os técnicos desta escola são conhecidos nos Estados Unidos da América como “*archetypal psychologists*” (Feltham & Horton 2000; Samuels, 1985).

São ainda originários de Jung os conceitos de introvertido e extrovertido, que muitas escolas e pessoas utilizam, desconhecendo a sua origem. Assim, uma pessoa é introvertida quando o seu modo de ser dominante é um reflexo do seu mundo interior, enquanto que uma pessoa extrovertida apresenta o seu modo de ser sintonizado com o mundo exterior (Feltham & Horton, 2000; Samuels, Shorter & Plaut, 1986; Stevens, 1990).

A mente humana é constituída por opostos, ou seja, todas as atitudes conscientes apresentam um correspondente inconsciente. É esta a força dinâmica da psique que Jung compara à primeira lei da termodinâmica, vendo nela o princípio energético que se constitui como pré-condição para toda a vida psíquica (Samuels, 1985).

Segundo Feltham e Horton (2000), Jung chama ao aspeto inconsciente da mente, sombra. É a parte da personalidade que é negativa, indesejável e/ou rejeitada. Desta forma, cada elemento consciente transporta consigo uma sombra inconsciente, o que poderá resultar em atos inconscientes ou a atribuição e culpabilização de “um outro” para determinados pensamentos e comportamentos.

A «*persona*» é a “face pública” do sujeito, ou, a forma de ser (face) com que cada pessoa se apresenta ao mundo exterior, sendo muitas vezes vivenciada e experienciada como que se de uma máscara se tratasse.

O «*self*» será o centro do ser. Jung apresenta-o como um princípio unificador da mente humana. Este self é compreendido como um aspeto integral do ser, sendo a sua realização considerada como um dos principais objetivos da terapia ou do aconselhamento (Stevens, 1990).

O processo de individuação surge através da emergência da consciência dos diversos elementos da mente. A transformação e modificação comportamental poderão acontecer através do reconhecimento e integração do material que anteriormente era inconsciente (Feltham & Horton, 2000).

Para tal, utiliza preferencialmente as seguintes técnicas:

- a) Imaginação ativa, atingida através de sonhos, arte e associações que conduzem o sujeito a um contacto com as profundezas do seu inconsciente. O objetivo é familiarizar o sujeito com a dinâmica e energia do seu inconsciente, no sentido de o observar e integrar na sua consciência;
- b) A função transcendente, forma de mediação entre o inconsciente e o consciente e todos os opostos, que utiliza habitualmente o recontar de sonhos ou analisar figuras e/ou pinturas;
- c) Pintar, processo que o próprio Jung utilizava no seu processo de individuação, fortemente influenciado pela cultura e religião Hindu, uma das mais antigas e

primitivas religiões/organização dos elementos caóticos do real. Por isso, os sujeitos eram encorajados a pintar e a expressarem-se artisticamente permitindo-se dessa forma a “escapar ao censor presente na mente consciente” (Feltham & Horton, 2000).

Mas Carl Jung não foi exclusivamente influenciado pelo Hinduísmo. Também o seu estudo sobre as várias formas de mitologia, do conhecimento de contos de fadas e sonhos dos seus pacientes, chamaram-lhe a atenção para elementos femininos presentes nos homens e elementos masculinos presentes nas descrições das mulheres. Denominou de «*anima*» às características femininas no homem e «*animus*» à situação inversa. Para o sujeito se compreender como uno, deverá aceitar e compreender esses “opostos”, elementos estruturantes e presentes no já supra referido inconsciente coletivo (Samuels, 1985).

A mitologia e o estudo de civilizações antigas estão (também) presentes na conceptualização Junguiana de arquétipo, já que ao estudar pacientes esquizofrénicos encontrou relatos semelhantes aos ocorridos centenas de anos antes, recolhidos apenas por estudiosos e técnicos especializados (portanto completamente desconhecidos dos pacientes). Essa sincronicidade (assim denominada) permitiu fundamentar toda a teoria proposta por este autor.

Desde há uma vintena de anos, os trabalhos de Jung têm ganho terreno na comunidade de psicoterapeutas e conselheiros. Segundo McLeod (2003b), a aplicação da teoria de Jung a temas de diferença de géneros tem sido uma importante área de contributo. Embora a perspectiva de Jung seja mais apropriada à psicoterapia (processo mais profundo e demorado), muitos conselheiros aproveitam o seu contributo, integrando-o no seu trabalho (por exemplo, a ideia de “sombra”, supra referida). O modelo de tipologia personalística proposto por Jung tem ainda sido utilizado como inspiração à construção de instrumentos de avaliação psicológica. Como abordagem fundamental, a psicanálise foi ainda fértil o suficiente para proporcionar à Psicologia, Psicoterapia e Aconselhamento, contributos conceptuais como o estudo das relações entre cliente e outros significativos (objetos) que permitiram o desenvolvimento da escola das relações de objeto nos anos 40 e 50 do século XX e, entre outros, o modelo *conversational model* de aconselhamento. No Reino Unido, o conceito de contratransferência, o desenvolvimento de técnicas breves através da participação do conselheiro e enfoque em temas chave como perda e apego são outras das aplicações de sucesso provenientes do movimento psicodinâmico (McLeod, 2003b).

Ainda para McLeod (2003b), a riqueza e atualidade dos modelos de inspiração psicanalítica verificam-se por ser aplicada com sucesso individualmente e em grupo, fundamentada, apoiada pela literatura e bem estruturada do ponto de vista da formação e do treino, fazendo-a ser uma das perspectivas líderes em aconselhamento e psicoterapia.

2.2. Aproximação Cognitivo-Comportamental:

Prout e Brown (2007) utilizam a denominação de “cognitivo-comportamental” para abarcar um conjunto diversificado de modelos teóricos que tiveram o seu início histórico, na corrente comportamentalista de John Watson.

Segundo a sua visão sobre o que deveria ser a Psicologia, chega mesmo a dizer, “Psychology, as the behaviorist views it, (...) is an experimental branch of natural science which needs introspection as little as do the sciences of chemistry and physics” (Watson, 1913).

Assumindo as “exigências da ciência”, e encontrado o método (experimental), o próprio objeto de estudo da Psicologia passaria a ser o comportamento observável do Homem e do animal, sendo o objetivo teórico de Watson a previsão e o controlo do comportamento. Para Watson, o comportamento observável seria a análise rigorosa da resposta (R) a um determinado estímulo (E).

Por estímulo, deve-se entender todo o excitar dos órgãos da sensibilidade, podendo este ter génese ambiental (estímulo do meio externo) ou alterações internas do organismo do sujeito (estímulo do meio interno). A um conjunto de estímulos diversos, mas que se constituem como um todo (logo de difícil identificação individual) chamamos *situação* (S). Sendo que a uma dada situação, corresponde um determinado comportamento ou resposta.

Por resposta, entendemos tudo o que o sujeito manifesta de forma observável por ter interagido diretamente com o(s) estímulo(s). Esta poderá ser explícita, se nos referirmos a comportamentos observados diretamente, ou implícita, se nos referirmos a registos viscerais medidos por instrumentos (exemplo: contrações do estômago).

Neste contexto, cada R, depende intimamente do E (ou S). O que se pretende é que o psicólogo, identificando o estímulo, seja capaz de prever a resposta; e se conhecer a resposta, deverá ser capaz de identificar o estímulo ou a situação que a provocou (McLeod, 2003b).

Watson não nega que entre o estímulo e a resposta se passa algo no interior do sujeito. Nem tão pouco nega a existência dos processos de consciência. Estes, a existirem não poderiam ser estudados cientificamente. Considerou, por isso, que tal temática não é objeto da Psicologia (Hergenhahn, 2009), devendo esta preocupar-se apenas com o que poderia rigorosamente conhecer.

É o meio que determina todo o comportamento e nesse sentido, os fatores hereditários são preteridos em favor dos fatores ambientais (de estímulo). Se assim é, a atenção de todo o psicólogo deverá dirigir-se ao estudo da criança, pois é na primeira infância que surgem as primeiras aprendizagens, ou seja, condicionamentos.

Como ramo do saber teórico, interpretativo e interventivo da realidade, a Psicologia foi desenvolvendo-se, ao nível das suas práticas, já que “o carácter pragmático e objetivo da abordagem comportamental cedo motivou os psicólogos para traduzirem em programas clínicos e educacionais de modificação do comportamento os primeiros resultados das suas investigações laboratoriais ” (Gonçalves, 1999, p. 8).

Assim, alguns princípios foram utilizados na “revolução comportamentalista” que posteriormente inspiraram a intervenção terapêutica. Segundo Gonçalves (1999), são três, a operacionalização e objetivismo, o determinismo externo e a regulação da aprendizagem.

A terapia comportamental preocupa-se não só com o comportamento observável, incluindo neste conceito, a atividade muscular voluntária, a atividade verbal, as alterações fisiológicas que podem ser medidas, mas também o que os indivíduos sentem, os processos cognitivos disfuncionais presentes nos diferentes transtornos mentais, entre outros (Gonçalves, 1999; 2000; Moniz, 1991).

Claramente, cada vez mais, os terapeutas comportamentais dão maior relevância aos mecanismos cognitivos e a sua relação com as emoções e o comportamento, preocupando-se em desenvolver procedimentos para tratar os pensamentos disfuncionais (“esquemas” cognitivos, pensamentos automáticos, distorções cognitivas) (Fall, Holden & Marquis, 2010; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

2.2.1. A aproximação comportamental

Boudewyns e Shipley (1983) e Trower, Jones, Dryden e Casey (2011) caracterizam a terapia comportamental como a aplicação do conjunto dos conhecimentos psicológicos, adquiridos segundo os princípios da metodologia científica, à compreensão e solução de problemas clínicos.

Desta forma o objetivo das terapias comportamentais consiste no estabelecimento de padrões funcionais e adequados de comportamento, através de um processo de “desaprendizagem” de comportamentos disfuncionais que permitem a manutenção da problemática (Moniz, 1991).

Para a teoria comportamental, os sintomas formam-se por mecanismos de aprendizagem. Pressupõe-se, deste modo que, os comportamentos “indesejados” que se originaram na decorrência de aprendizagens defeituosas, sejam suscetíveis de novas aprendizagens, razão pela qual, a terapia comportamental augura como objetivo maior, a promoção e aprendizagem de comportamentos adaptativos e o esbatimento/eliminação de comportamentos disfuncionais (Moniz, 1991).

A terapia comportamental preocupa-se, numa fase inicial, em realizar uma avaliação detalhada dos problemas do paciente/cliente: quais os sintomas, as condicionantes, antecedentes, consequências, bem como eventuais fatores desencadeantes. Neste contexto, carece ainda de objeto de avaliação as situações nas quais se manifestam os fatores que auxiliam a mantê-los (atitudes reforçadoras do meio familiar), as cognições (pensamentos automáticos) que os acompanham, os mecanismos desenvolvidos pelo cliente para diminuir a dissonância/ansiedade existente (por exemplo, evitamento, ritualização, entre outros) (McLeod, 2003b).

A terapia comportamental tem sido alvo de constantes reformulações, que se traduzem num continuum evolutivo da mesma, mas de onde podemos destacar (Gonçalves, 1999):

- a) O Condicionamento Clássico (Ivan Pavlov);
- b) O Condicionamento Operante (Burrhus Frederic Skinner);
- c) A Aprendizagem Social (Albert Bandura).

Como já referido, o comportamentalismo nasce com os primeiros estudos de aprendizagem (visão de John Watson) e, concomitantemente com a emergência do paradigma do condicionamento clássico.

Os estudos de Pavlov, Thorndike, Guthrie e Mowrer fizeram com que a “aprendizagem” passasse a ser o objeto de estudo central da psicologia. As metodologias ensaiadas e desenvolvidas pela Escola Russa de Reflexologia estabeleceram os conceitos que viriam a influenciar o desenvolvimento científico e prático da psicologia por largas décadas (Corey, 2009; Hergenhahn, 2009; McLeod, 2003b; Moniz, 1991).

No paradigma do condicionamento clássico, o reflexo incondicionado é o elemento básico de interação entre o sujeito e o meio. O reflexo condicionado ocorre quando um estímulo neutro é emparelhado com outro desencadeante do reflexo incondicionado. Para que tal ocorra, é necessário existir contiguidade e correlação entre os estímulos incondicionado e neutro.

Em suma, vários estudos realizados no decurso do primeiro quarto de século XX, permitiram concluir o seguinte:

- a) Grande parte das aprendizagens humanas e animais verificam-se por um processo de condicionamento, onde por emparelhamento repetido entre um estímulo neutro e um estímulo incondicionado, o primeiro adquire algumas das propriedades do segundo, passando a desencadear por si só, respostas aprendidas condicionadas;

- b) À semelhança de qualquer outro comportamento, o comportamento disfuncional ou neurótico obedece às mesmas leis de aprendizagem e condicionamento;
- c) É possível, mediante leis de aprendizagem, descondicionar condicionamentos previamente adquiridos a assim tratar, por recurso às teorias da aprendizagem, várias perturbações do comportamento humano (Gonçalves, 1999).

Tendo por base o paradigma do condicionamento clássico, os comportamentos emocionais disfuncionais são mantidos por duas condições: o desenvolvimento de respostas emocionais condicionadas e o aparecimento de respostas de evitamento. Resultam então duas implicações terapêuticas: a inibição recíproca e contra condicionamento que alude ao enfraquecimento de uma resposta condicionada quando se estimula uma resposta antagónica e, a extinção ou habituação onde se pretende a exposição aos estímulos condicionados na ausência do estímulo condicionado prevenindo também qualquer resposta de evitamento.

É com base nestes dois modelos que surgem estratégias terapêuticas de exposição gradual e mediatizada, também designadas por técnicas de dessensibilização sistemática, as quais implicam a confrontação gradual com uma hierarquia de estímulos condicionados por meio da mediatização do relaxamento.

Por outro lado e, baseado nos modelos de extinção ou habituação, surgem as estratégias terapêuticas de exposição direta, habitualmente designadas de técnicas de imersão ou implosão, onde se verifica uma exposição direta e prolongada aos estímulos condicionados geradores de respostas emocionais mais intensas, ao mesmo tempo que, se previne o aparecimento de qualquer resposta de fuga/evitamento (Corey, 2009; Gonçalves, 1999; Hergenhahn, 2009).

As estratégias terapêuticas de exposição gradual e mediatizada têm o seu antecedente histórico nas experiências/investigação de Watson e Rayner com o pequeno Alberto. No entanto, foram os estudos de Mary Cover Jones que conseguiram um tratamento no caso das fobias de Pedro, por meio da operacionalização das sugestões referidas por Watson (Gonçalves, 1999).

Coube, no entanto, a Joseph Wolpe a formulação das bases teóricas e práticas das estratégias de exposição gradual e mediatizada habitualmente designada por dessensibilização sistemática.

Deste modo, Wolpe chegou à formulação do princípio da inibição recíproca, segundo o qual “se uma resposta contrária à que provoca ansiedade é emitida em presença de estímulos produtores da mesma reação, de forma a suprimi-la total ou parcialmente, então, a associação entre esses estímulos e a ansiedade diminui” (Wolpe, 1958).

Os principais componentes desta estratégia são o treino de relaxamento progressivo, a construção de hierarquias ansiogénicas e a apresentação emparelhada do relaxamento e das hierarquias (Gonçalves, 1999).

A partir do condicionamento clássico e, baseadas nos modelos da extinção surgiram as estratégias de exposição direta, das quais importa referir duas técnicas fulcrais, a imersão e a implosão.

Podemos definir as estratégias de exposição direta como consistindo na exposição repetida e prolongada, em realidade ou em fantasia, a estímulos objetivamente inofensivos, mas temidos, com o objetivo de reduzir as emoções negativas (Boudewyns & Shipley, 1983).

O termo “imersão” terá sido primeiramente usado para descrever uma estratégia terapêutica na qual os clientes eram expostos a estímulos fóbicos intensos na ausência de qualquer resposta inibidora ou antagónica, ou seja, a imersão consiste unicamente na exposição a situações que o cliente relata como desencadeadoras de ansiedade (Gonçalves, 1999).

Outro termo inerente a esta estratégia é o de “implosão ou terapia implosiva”, sugerido por Thomas Stampfl, em finais dos anos 60 (Stampfl & Lewis, 1967). A terapia implosiva envolve frequentemente a exposição a medos hipotéticos em que as cenas imaginadas podem incluir temas psicodinâmicos ou outro material considerado relevante pelo terapeuta. Esta perspetiva incorpora formulações inerentes aos sistemas dinâmicos de tratamento, reintroduzidos e reaplicados em termos dos princípios da aprendizagem.

A estratégia de “exposição direta” é fundamentalmente constituída por dois componentes, a construção de cenas e a exposição direta. Relativamente à primeira cabe referir o seguinte: através de uma análise detalhada dos medos e ansiedades do cliente (sintomas atuais e acontecimentos traumáticos anteriores), o terapeuta procura identificar quatro grupos fundamentais de cenas, cenas sintomáticas concretas, cenas internas, cenas hipotéticas/imagéticas e cenas dinâmicas. No que se refere ao segundo componente, parece-nos importante salientar o seguinte: o sujeito é exposto às cenas e, estas são descritas de modo a provocar um grau de intensidade emocional elevado, não devendo a exposição à cena, ser interrompida a meio, pelo menos, enquanto não se verificar uma diminuição na ansiedade (Feldman & Broadhurst, 1976; Feltham & Horton, 2000; Gonçalves, 1999).

Da evolução histórica do paradigma do comportamento operante, salientam-se três momentos que, ilustram as principais forças evolutivas deste paradigma. Em primeiro lugar os trabalhos de Thorndike (lei do efeito), que foram responsáveis em grande medida pelo nascimento do paradigma, de seguida, os trabalhos iniciais de Skinner na extrapolação das principais leis do condicionamento operante e, finalmente os estudos de Greenspoon sobre o comportamento verbal (Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

De acordo com este paradigma, o meio não estimula unicamente o comportamento. O meio seleciona o comportamento através das suas consequências (Skinner, 1976).

Ainda segundo Skinner (1976), um estímulo não desencadeia *por si só* uma resposta. É a sua associação com a consequência que passa a adquirir propriedades discriminativas de indução de resposta. Por outras palavras, o estímulo é como um sinal de ocorrência de determinadas consequências, aumentando ou diminuindo deste modo a probabilidade de ocorrência de uma resposta.

Em suma, a análise do condicionamento operante, trouxe três contribuições fundamentais para os modelos e métodos da psicologia enquanto ciência geral, e por inerência, também para o aconselhamento em particular:

- a) Permite uma observação mais objetiva dos comportamentos. As respostas do organismo deixam de ser reflexas e passam a ser respostas instrumentais aprendidas;
- b) As consequências do comportamento passam a ser consideradas como os principais fatores que regulam a aprendizagem humana e animal. Cabe às consequências selecionar os comportamentos a desenvolver;
- c) Através da manipulação das contingências é possível produzir novas aprendizagens e extinguir outras previamente adquiridas.

De acordo com este paradigma, parte dos problemas comportamentais resume-se a dois grandes temas: (1) o repertório comportamental do sujeito não inclui determinado comportamento ou esse comportamento tem duração, frequência e intensidade insuficientes; e/ou (2) o sujeito possui comportamentos em excesso que necessitam de ser eliminados ou reduzidos no que respeita à sua frequência duração e intensidade (Gonçalves, 1999; McLeod, 2003b; Skinner, 1976).

Consequentemente, as principais estratégias de intervenção terapêutica e de aconselhamento são técnicas que procuram a diminuição ou o aumento de um comportamento através da manipulação de consequências e de estímulos discriminativos.

Assim, neste contexto (paradigma do condicionamento operante) parece ficar claro a existência de três momentos essenciais na formulação de uma estratégia terapêutica (Gonçalves, 1999, 2000):

- a) Avaliação e conceptualização comportamental
- b) Organização de estratégias para diminuição da frequência, duração ou intensidade de um comportamento;

- c) Organização de estratégias para o aumento da frequência, duração ou intensidade de um comportamento.

No que diz respeito ao primeiro momento (avaliação e conceptualização comportamental), o mesmo é composto por três fases:

- a) Definição operacional dos comportamentos, que consiste na tradução desse mesmo comportamento em unidades motoras discretas e objetivas, suscetíveis de observação e acordo independente;
- b) Avaliação das relações contingenciais, onde se torna possível identificar os fatores responsáveis pela sua regulação podendo assim chegar-se à conceptualização de uma estratégia de intervenção adequada;
- c) Conceptualização das estratégias operantes, a conjugação dos dois itens referidos anteriormente permite a identificação de dois grupos de fatores fundamentais no processo de mudança, a saber, comportamentos que se pretendem fortalecer ou aumentar e comportamentos que se pretendem enfraquecer ou diminuir.

Como estratégias mais comumente utilizadas com o intuito de conseguir o objetivo mencionado em epígrafe, poderemos utilizar para diminuir a ocorrência de um comportamento: a *Extinção* (retirada de todos os reforços que se encontram a manter um determinado comportamento, devendo esta ser consistente e sistemática), a *Saciação* (consiste no fornecimento ao cliente de uma superabundância dos reforços que mantêm o comportamento, por forma a que estes percam o seu valor reforçador levando à sua diminuição ou eliminação), a *Prática positiva* (consiste na correção, para uma situação melhor que a original, dos efeitos negativos que o comportamento indesejável teve no meio, sendo desejável que a resposta de correção envolva uma atividade útil para o cliente), o *Custo de resposta* (consiste na retirada de reforços previamente adquiridos, como consequência da realização de um comportamento indesejável, devendo os custos ser realistas e aplicados de forma imediata, não devendo estes ser objeto de fácil reacquirição), o *Time-out* (consiste em retirar ao cliente, como consequência de um comportamento indesejável, a oportunidade deste ser reforçado positivamente durante um certo período de tempo, sendo importante que o lugar ou atividade, da qual o sujeito é retirado, seja reforçador para ele e, por outro lado, torna-se pertinente que a área de *time-out* (isolamento) seja livre de qualquer reforço positivo), e a *Estimulação aversiva* (consiste na aplicação de um estímulo aversivo como consequência da realização de um comportamento indesejável).

Em sentido inverso, utilizam-se como estratégias para aumento da frequência, duração ou intensidade de um comportamento, o *Reforço positivo* (que consiste na apresentação de uma consequência positiva face à exibição de um comportamento desejável, de forma imediata e

continua passando *a posteriori* a uma forma de administração intermitente), o *Reforço negativo* (consiste na retirada ao cliente de uma estimulação aversiva como consequência de um determinado comportamento), a *Moldagem* (consiste no reforço de comportamentos que sejam aproximações sucessivas ao comportamento desejado), e o *Esbatimento* (consiste na passagem progressiva do controlo de um comportamento e das consequências, para os estímulos antecedentes discriminativos).

Outra importante referência para o comportamentalismo é o paradigma da observação social. Pois, apesar de grande parte das aprendizagens surgir através do treino e reforço direto, grande parte do repertório comportamental é adquirido por imitação do que se observa nos outros (Bandura, Ross & Ross, 1961).

Bandura constatou que o comportamento dos outros é uma fonte de influência importante na aprendizagem humana. Desprezar a importante fonte de aprendizagem vicariante é ignorar a mais potente fonte de aprendizagem a que os indivíduos estão sujeitos numa era dominada pelo poder da informação (Fall, Holden & Marquis, 2010).

De acordo com Bandura, e ao contrário dos paradigmas anteriores, é possível aprender comportamentos sem que seja necessária a experiência direta e as respetivas consequências. De acordo com a aprendizagem social, grande parte das aprendizagens verificam-se por um processo de observação da execução de modelos sociais e suas consequências (Gonçalves, 1999).

A teoria da aprendizagem social surge como um paradigma de extrema importância na transição de perspetivas comportamentais para perspetivas cognitivas. Os teóricos deste novo paradigma formulam uma teoria da cognição abarcando os processos cognitivos de atenção e de reprodução e os mecanismos reguladores da aprendizagem por observação (Feltham & Horton, 2000; McLeod, 2003; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

Torna-se pertinente salientar que com a aprendizagem social foi possível dar explicação a algumas situações que não eram explicadas pelo condicionamento operante, como sejam situações em que o observador não desempenha o comportamento no contexto observado, situações em que, nem o modelo nem o observador foram reforçados e situações onde os sujeitos executam o comportamento observado passados dias, semanas e mesmo meses após a sua observação (Gonçalves, 1999).

A modelagem com prática comportamental apresenta duas componentes principais:

- a) processo de modelagem e prática comportamental (apoio do terapeuta numa aprendizagem e iniciação do comportamento, em regime de consultório);
- b) prática comportamental ao vivo, com prevenção de recaída (aperfeiçoamento e generalização da resposta para as situações da vida diária do cliente).

Assim, a modelagem e prática comportamental consistem na utilização combinada de quatro estratégias: instruções, modelagem, prática e auto-observação e reforço, enquanto que a prática comportamental ao vivo, com prevenção de recaída envolve dois processos: prática ao vivo e prevenção da recaída (Gonçalves, 1999; McLeod, 2003a).

As estratégias de modelagem e prática comportamental têm encontrado a sua aplicação em três áreas fundamentais: aquisição de novos comportamentos; inibição/desinibição dos comportamentos e facilitação de comportamentos (Feltham & Horton, 2000; McLeod, 2003a; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

2.2.2. A aproximação cognitiva

O final da década de 60 do século XX foi marcada pelo surgimento de insatisfações para com a terapia comportamental tradicional, por esta não considerar os fatores cognitivos como imprescindíveis para a compreensão e tratamento mais abrangentes de problemas clínicos complexos, de entre estes destacam-se as desordens de ansiedade e depressão (Feltham & Horton, 2000; McLeod, 2003a; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

Além dos estudos de Bandura sobre aprendizagem vicariante e auto eficácia, que contribuíram para o desenvolvimento de pesquisas na área da cognição, modelos de tratamento tais como a Terapia Racional Emotiva de Ellis, o Treino Auto Instrucional de Meichenbaum e a Terapia Cognitiva da Depressão de Beck, gerando um elevado interesse por parte dos clínicos de orientação comportamental (Gonçalves, 2000).

Embora a corrente cognitivista tenha surgido apenas na segunda metade do século XX, a sua etiologia remonta há cerca de 2000 anos atrás. Aqui, destacar-se-á a Filosofia estoíca (350 a.C. a 180 d.C.), onde os contributos de figuras como o filósofo Epictetus, que defendia que o ser humano seria afetado não pelos acontecimentos que vivenciava, mas sim pelos pensamentos e sentimentos que desenvolvia relativamente a estes, tornaram-se relevantes para a sustentação deste modelo (“men are disturbed not by events, but by the views they take of them”, como citado em Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011, p.9).

O terapeuta comportamental caracteriza-se por não estabelecer uma diferenciação entre os eventos comportamentais encobertos (internos) e os eventos comportamentais que o indivíduo expõe (públicos), o que se traduz numa interpretação errónea, uma vez que estes são interpretados de igual forma, quer em termos de natureza, quer em termos de leis que os regem. Nesta perspetiva os comportamentos internos só serão acessíveis ao indivíduo que os desenvolve (Gonçalves, 2000).

É aqui que, possivelmente, reside a “grande” lacuna das terapias comportamentais, uma vez que se limitava a prever a explicação de sintomatologias manifestadas em comportamentos concretos.

“Terapeutas eminentes de orientação comportamental sentiram não só que lhes era exigido que ignorassem fenómenos mentais importantes como também algumas das perturbações que eles tratavam implicavam sintomas que eram inerentemente cognitivos” (como citado em Bloch, 1999, p. 182).

De facto, os pensamentos e sentimentos são fenómenos tão importantes como os próprios comportamentos em si, uma vez que são estes que os determinam (podendo considerar-se assim as causas últimas do próprio comportamento).

As cognições desempenham um papel crucial em relação ao comportamento humano, podendo constituir-se não só como motivo causal e de manutenção de um comportamento mal adaptativo como, igualmente, uma forma de intervenção terapêutica (Gonçalves, 2000).

As emoções sentidas em determinados momentos podem despoletar *pensamentos automáticos* como, por exemplo, antecipações catastróficas sobre as quais o cliente não tem controlo tornando-as disfuncionais. Tal facto, está dependente de *crenças subjacentes* (conceito de si mesmo, julgamentos, regras) que criam um ambiente adequado a interpretações distorcidas (Gonçalves, 2000; McLeod, 2003a; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

De entre as distorções cognitivas destacam-se, por exemplo, a inferência arbitrária (concluir o contrário das evidências); abstração seletiva (concluir com base em apenas parte dos factos); entre outros (Feltham & Horton, 2000; Gonçalves, 2000).

Trower, Jones, Dryden e Casey (2011) apontam como representantes máximos desta corrente, os seus “pais fundadores”, a saber: Albert Ellis (fundador da Terapia Comportamental Racional-Emotiva) e Aaron Beck (fundador da Terapia Cognitiva).

Albert Ellis, formado inicialmente em psicanálise, verificou através de uma intensa atividade clínica, que, apesar dos seus pacientes terem noção das causas bem como dos fatores que permitiam a manutenção da perturbação, não conseguiam superá-la.

Surge desta forma a terapia racional emotiva, na generalidade designada por modelo A-B-C, encontrando-se este na base da explicação da perturbação emocional.

Este modelo pressupõe que as relações que se estabelecem entre A-B-C sejam complexas, sendo que todos os elementos se encontram interrelacionados (Gonçalves, 2000; McLeod, 2003a; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

O modelo A-B-C defende que grande parte das consequências de um determinado comportamento (C), são diretamente determinadas pelos acontecimentos que ocorrem na vida do indivíduo (A) (o que está intrinsecamente de acordo com o modelo teórico comportamentalista), a novidade deste modelo reside na importância que este atribui às crenças individuais que cada um de nós constrói (B). Ou seja, neste modelo, as reações do sujeito são essencialmente determinadas pelas crenças que este desenvolve sobre um determinado acontecimento e não por estes mesmos acontecimentos (Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

Para Ellis (1962; 1991), a importância do processo terapêutico residirá não na modificação das consequências de determinado comportamento, mas sim na consciencialização do auto diálogo interno desenvolvido pelo paciente, e sempre que necessário, modificá-lo. Assim de uma forma sintética este modelo caracteriza-se por A-B-C, onde A ("Activating Event") representa o evento ativador, podendo este ser um acontecimento quer externo, quer interno (pensamento, fantasia, emoção,...), B ("Belief System") representa o sistema de crenças individual ou processos cognitivos que medeiam a relação entre A e C e, finalmente, C ("Consequence") representa as consequências das ações determinadas por A. Estas poderão ser de tipo emotivo (*emoções*), cognitivo (*pensamentos*) ou comportamental (*ações*).

Este modelo terapêutico, após atribuir às crenças um papel essencial para explicar, compreender e modificar as reações do indivíduo divide estas mesmas em dois grupos, nos quais as categoriza em crenças irracionais e crenças racionais.

As primeiras constituem crenças, ideias ou filosofias, que, carecendo de suporte lógico ou empírico, impedem a satisfação das necessidades e objetivos mais básicos dos indivíduos. (...) As crenças racionais são aquelas que são lógicas, suportadas empiricamente e permitem a satisfação das necessidades e objetivos mais básicos dos indivíduos (Ellis, 1962; 1971; 1973; 1985; 1987; adaptado em Gonçalves, 2000, p. 116).

Após contactar com diferentes pacientes, Ellis (1962; 1991) verificou que estes apresentavam crenças substancialmente semelhantes, desenvolvendo assim uma lista onde indicava as principais 12 crenças irracionais que estariam na base de uma grande maioria das disfunções emocionais. Por exemplo, a crença irracional de ter de "ser completamente competente, inteligente e bem sucedido em todos os aspetos possíveis" assemelha-se à «tirania do dever» de Karen Horney.

Este conceito determina uma filosofia absolutista na forma de perceber a realidade, originando comportamentos desajustados e emoções inadaptadas (ansiedade, depressão, culpa, ira, entre outras). Portanto, estas crenças irracionais deverão ser substituídas por crenças mais racionais, ou seja, por uma filosofia mais relativista que permita ao paciente

assumir formas mais adaptativas das emoções inicialmente desadaptadas (Gonçalves, 2000; McLeod, 2003a; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

A teoria de Beck apresenta uma elevada similaridade com a terapia de Ellis implicando técnicas semelhantes às utilizadas na terapia racional emotiva.

As diferenças relacionam-se com as suas personalidades e a ênfase da terapia racional emotiva numa discussão mais lógico-filosófica (...) em comparação com a terapia cognitiva de Beck que é mais dedutiva, salientando mais a recolha de evidências a favor ou contra conclusões particulares (como citado em Bloch, 1999, p. 184).

Prout e Brown (2007) referem que a teoria de Ellis é *diretiva*, recomenda que os técnicos foquem e desafiem as cognições desajustadas em vez de esperar que os clientes as descubram por si próprios, é *psicoeducacional*, já que acredita que cada um é capaz de aprender e aplicar as estratégias para identificar, desafiar e alterar as cognições e crenças disfuncionais, é *filosófica*, já que aponta um tipo específico de caminho ou projeto de vida e é *multimodal*, já que abarca processos cognitivos, volitivos e emocionais de cada indivíduo (Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977; Dryden & Ellis 1988).

O desenvolvimento do trabalho de Beck sobre a depressão e o seu contributo para as terapias cognitivas vieram preencher lacunas existentes neste movimento aplicado em psicoterapia (Beck 1979; 1985). Estas formulações cognitivas desenvolvidas por Beck surgiram dos estudos efetuados pelo autor, que pretendiam validar os pressupostos tradicionais da psicanálise relativamente à depressão.

No entanto, obteve resultados que contrariavam estes mesmos pressupostos, ao constatar que “não era na hostilidade autodirigida que se encontrava o denominador comum da depressão, mas sim num conjunto de distorções cognitivas típicas” (Beck, 1979; 1985; citado e adaptado em Gonçalves, 2000, p. 119).

Beck (1979) identifica assim características específicas que se poderiam observar nos indivíduos depressivos. Divide estas características em três grupos de problemas, que embora sejam apresentados de uma forma individual estão estritamente relacionados.

Os *esquemas cognitivos*, ou sejam, as estruturas de pensamento que estão a ser enviesadas de uma forma negativa, vão dar origem a uma tríade cognitiva, que se refere às *atitudes*, também elas negativas que o indivíduo vai desenvolver relativamente à sua realidade. Estas atitudes, por sua vez, serão expressas através de *distorções cognitivas*, que representam um conjunto de erros a nível do processamento de informação, que irão ocorrer de uma forma sistemática.

Como já foi referido anteriormente, Beck desenvolveu a terapia cognitiva através dos resultados obtidos nos seus estudos sobre a depressão. O modelo daí resultante, bem como a

sua aplicação terapêutica, assentam num pressuposto básico que considera que os indivíduos são regidos por uma necessidade de processar a informação proveniente do meio. Para tal, são elaborados sistemas que irão permitir este mesmo processamento da informação. São, portanto estes processos que irão permitir ao ser humano criar e construir a sua própria realidade.

Todo este processo vê-se afetado nas situações disfuncionais, em que se verifica a existência de um enviesamento que não permite o processamento adequado da informação. É também de salientar o facto de Beck considerar diferentes formas de organização dos esquemas cognitivos consoante diferentes disfunções psicopatológicas (Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

Conclui-se, desta forma, que Beck enfatizou essencialmente a grande variedade de esquemas cognitivos que cada indivíduo utiliza para processar a informação e criar desta forma a sua própria realidade.

Para além de Beck e Ellis, outros nomes se tornaram determinantes para o desenvolvimento das terapias cognitivas, destacando-se assim as contribuições de Adler (como verificado no subcapítulo anterior deste capítulo).

Segundo Gonçalves (2000), poderemos identificar vários postulados teóricos, como sejam os paradigmas do condicionamento coberto, o paradigma do autocontrolo, o paradigma das aptidões de confronto e o paradigma da reestruturação cognitiva.

Poderemos agora falar de uma espécie de intervenção que se baseia, não só na modificação comportamental, como também na modificação dos pensamentos disfuncionais.

O fator determinante para o desenvolvimento e aceitação das terapias cognitivas, foi o elevado grau de cientificidade que as acompanha (universalidade e objetividade), nomeadamente uma avaliação rigorosa, monitorização e registos constantes de todos os seus resultados no campo de intervenção clínica (Bloch, 1999).

O terapeuta cognitivo procura ser bastante diretivo, valorizando sempre o “aqui e o agora” em detrimento da história passada do indivíduo (embora esta seja importante, mas não determinante), procurando sempre identificar todas as crenças disfuncionais que o indivíduo formula, recorrendo com frequência aos princípios básicos do comportamentalismo (Gonçalves, 2000).

Segundo Perris, Blackburn e Perris, (1988), existem uma série de requisitos que o terapeuta cognitivo deverá ter em conta na aplicação do conjunto de técnicas e metodologias que derivam do corpo teórico cognitivista. Assim, para a aplicação da terapia cognitiva, o paciente deverá apresentar:

- a) capacidade para avaliar e identificar os pensamentos automáticos;
- b) consciência e diferenciação das emoções;
- c) aceitação da responsabilidade da mudança;
- d) compreensão e aceitação da lógica cognitiva;
- e) capacidade de formar uma aliança terapêutica, como é refletida tanto na interação terapeuta-paciente como nas relações passadas;
- f) baixa propensão para usar estratégias de processamento da informação rígidas para reduzir a ansiedade;
- g) capacidade de manter o foco do problema.

Uma das principais técnicas utilizadas pelos terapeutas da abordagem cognitiva consiste na aplicação de um conjunto de inventários de auto resposta que permitem não só avaliar o grau de sintomatologia manifestado pelo paciente, bem como os seus processos cognitivos. Será de destacar os inventários para avaliar a depressão, a ideação suicida, a ansiedade, a frequência de pensamentos automáticos, atitudes disfuncionais entre outros (Fall, Holden & Marquis, 2010; Gonçalves, 2000; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

Por seu lado, o terapeuta desta abordagem deverá ter em conta durante o processo psicoterapêutico, não só o conjunto de técnicas a aplicar perante a problemática com que se depara como também a própria relação terapêutica que estabelece com o paciente.

Dentro das técnicas utilizadas pelo terapeuta destacam-se o *questionamento socrático* (assim denominado por se tentar assemelhar a um diálogo filosófico, consistindo num processo de questionamento das bases que se encontram na sustentação da lógica do pensamento disfuncional, procurando desenvolver um conjunto de interpretações alternativas), a *identificação de distorções cognitivas* (que permite ao paciente tomar consciência das distorções causadoras da manutenção das suas crenças disfuncionais), a *identificação e registo de pensamentos disfuncionais* (o paciente deverá realizar um registo diário dos seus pensamentos disfuncionais em que terá de considerar alternativas realistas que possam fazer face aos seus pensamentos automáticos negativos, fator que despoletará um estado emocional adaptativo; quando o paciente se depara com uma situação que seja problemática, terá de registar os seus pensamentos *in loco*, trabalhando posteriormente em colaboração com o terapeuta de forma a desenvolver alternativas viáveis para estes).

Utilizam ainda as *experiências comportamentais* (caracterizam-se pelo facto do paciente ter de agir de acordo com uma alternativa ao seu comportamento disfuncional habitual, fator que determinará a evidência tanto vivencial como ao nível lógico de que o paciente não precisa ficar dependente das suas crenças inadaptables), a *técnica da seta descendente* (um método que pretende explorar a relação existente entre os pressupostos disfuncionais e as cognições conscientes, onde o terapeuta questiona sucessivamente o paciente sobre o significado da sua crença disfuncional de forma a alcançar o seu significado central), a

descatastrofização (o indivíduo é colocado perante uma situação problemática em que terá de imaginar as consequências da mesma, de forma a que possa haver uma reavaliação das mesmas recorrendo para isso a um conjunto de técnicas cognitivas).

Finalmente, a *análise das vantagens e desvantagens dos pensamentos disfuncionais* (o paciente terá de se deparar perante as desvantagens de determinada crença enfraquecendo as vantagens) e o *rolle-play racional e emocional* (consiste na realização de uma dramatização por parte do terapeuta e do paciente, em que o primeiro faz a parte “racional” - argumentando a favor da mudança da crença disfuncional - e o segundo a parte “emocional” - que justifica o facto da crença disfuncional se manter disfuncional -, sendo posteriormente efetuada uma troca de papéis entre ambos) (Gonçalves, 2000; Trower, Jones, Dryden & Casey, 2011).

As intervenções utilizando a aproximação cognitiva têm como finalidade a identificação e a correção de emoções, cognições distorcidas, crenças subjacentes, pensamentos automáticos e “esquemas” disfuncionais que determinam o estilo desadaptativo das relações interpessoais disfuncionais (Gonçalves, 2000), enfatizando:

- a) A importância da aliança terapêutica, bem como a necessidade da existência da colaboração e participação ativa do paciente no processo;
- b) Um enfoque orientado para o problema e os objetivos;
- c) O carácter educativo do processo, por forma a que o paciente adquira capacidades para enfrentar por si mesmo possíveis situações de uma forma mais saudável, eficaz e funcional.

O contributo que a abordagem cognitivo-comportamental aporta ao aconselhamento traduz-se por exemplo, em ferramentas com sentido, propósito e estruturação protocolada, recorrendo a técnicas como auto monitorização, trabalhos de casa e exercícios de relaxamento, entre outras.

McLeod (2003b) ressalta dois contributos para o aconselhamento provenientes da abordagem cognitiva, a saber, o construtivismo (refletindo o papel ativo ou construtor da realidade pelo cliente) e a terapia focada na solução (encoraja o cliente na concentração para a resolução pragmática do seu problema).

Ainda segundo McLeod (2003b), a abordagem cognitivo-comportamental através os seus conceitos e metodologias constituiu-se como um contributo relevante para o aconselhamento. Esta abordagem possui um certo apelo para o cliente e para o terapeuta, já que se apresenta como direta ao problema (sintoma) e prática, enfatizando dessa forma a ação. A mestria nas suas técnicas desperta no conselheiro um sentimento de energia e de competência, o que

poderá ser reforçado pela comparação e medição de algumas medidas de melhoria no sujeito desde o primeiro contato, até ao último.

Muito embora levante algumas dificuldades paradigmáticas de aplicação e comunicação com outros paradigmas de intervenção (como sejam as questões de natureza da relação terapêutica ou a forma de como é compreendida e conceptualizada a cognição), não se nega a utilidade desta abordagem.

Mais do que uma forma de compreender a vida e a existência, a abordagem cognitivo-comportamental apresenta-se com um alto nível de eficácia na área da organização, controlo e monitorização e rapidez no "tratamento" de uma pessoa, que não na ajuda aos indivíduos para que sigam com as suas vidas (McLeod, 2003b). As abordagens construtivistas e terapias breves centradas ou focadas na solução são o melhor exemplo.

Como referido anteriormente e sublinhado por Trower, Jones, Dryden e Casey (2011), quer a abordagem cognitivo-comportamental, quer as que dela se originaram, são fortemente apoiadas pela evidência da sua eficácia empírica.

2.3. Aproximação existencial e humanista:

Como resposta à teoria determinista e mecanicista de Freud, bem como à sua substituta no pós guerra (o behaviorismo), Rollo May aproveita o contributo da Filosofia Existencial para fundar a Terapia Existencial (Barton, 1974; Greening, 1975; May, 1961).

Segundo Corey (2009), Hergenhahn (2009) e Fall, Holden e Marquis (2010), vários são os pensadores e sistemas filosóficos que constituem o esqueleto desta forma de intervenção psicológica, entre os quais se destacam Sören Kierkegaard, Fyodor Dostoevsky, Friedrich Nietzsche, Franz Kafka, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Maurice Merleau-Ponty, Albert Camus e Karl Jaspers.

Para que não existam dúvidas sobre o peso da influência filosófica nesta abordagem, Fall, Holden e Marquis (2010), afirmam "contrariamente a muitas outras teorias que incluem referências obrigatórias a abordagens filosóficas, a filosofia existencial é a aproximação ao aconselhamento desta teoria" (pág. 142).

Desta forma, tal e qual como a Filosofia Existencial, o aconselhamento existencial foca o seu esforço interventivo em temas como o estudo sobre o Ser (Ontologia), sobre a Fenomenologia (como objeto e método), Livre Arbítrio e a Responsabilidade.

O Homem é postulado como um ser detentor de um mundo interior único e irrepetível, cuja substância não poderá ser separada nos seus diferentes componentes, nem tão pouco explicada por ciências como a Física ou a Biologia (Fall, Holden & Marquis, 2010). Ele é detentor de um potencial único, podendo ter maior ou menor conhecimento desse potencial.

A experiência do “eu sou”, associada ao carácter dinâmico desse “ser”, permite-lhe a transcendência do passado e do presente, na tentativa de alcançar o futuro, ou seja, realizar-se (a um nível maior ou menor) (Greening, 1975).

May (1961) apresenta a sua aproximação fenomenológica centrada no indivíduo, que reitera a importância da perspectiva individual e única que deveremos assumir aquando tentamos compreender a experiência do ser humano, sendo que as suas crenças, sentimentos e comportamentos derivam do centro que é o referido indivíduo.

Defende ainda que cada pessoa tem o potencial de existir com outros seres sem perder a sua individualidade, identidade e sentido de ser e que todos possuem consciência da sua consciência (*awareness as self-consciousness*).

2.3.1. A abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers

Muito tem sido escrito por e sobre esta abordagem. Certo e unânime é que ela se apresenta como a terceira força na área da Psicologia, surgindo como resposta aos modelos de teorização e intervenção propostos pela psicanálise e pela orientação empirista e de *tabula rasa* do comportamentalismo, criticados pelas suas posições dogmáticas, mecanicistas e deterministas sobre o ser humano (Bloch, 1999; Bozarth, 2001; Corey, 2009; Dryden, 1996; Hergenhahn, 2009; Fall, Holden & Marquis, 2010; Farber, Brink & Raskin, 1996; Mearns & Thorne, 2007; Prout & Brown, 2007).

Hipólito (1999), no seu trabalho de síntese sobre a vida e obra de Carl Rogers, torna claro e evidente o carácter essencial, revolucionário e brilhante da terapia Centrada na Pessoa. Avança mesmo que:

Não há dúvida que a sua pessoa e a sua obra marcaram de maneira indelével não só a psicologia e a psicoterapia americana, mas também a psicologia e a psicoterapia em geral, e só ignorantes ou mal-intencionados podem pôr em dúvida o seu valor e a importância do seu contributo no campo científico (como citado em Hipólito, 1999, pág. 1).

Em 1961, no *Tornar-se Pessoa*, Rogers assume na primeira pessoa que,

O fracasso de quaisquer destas abordagens [referindo-se às técnicas psicanalíticas que aprendeu e aplicou enquanto estagiário e monitor, bem como a visão de que tudo poderá ser ensinado e aprendido] através do intelecto forçou-me a reconhecer que a mudança numa relação parece surgir por meio da experiência (Rogers, 2009, p. 57).

Essa experiência é vivenciada pela relação estabelecida entre duas pessoas (um cliente ou pessoa e um conselheiro ou um terapeuta), onde o cliente encontra espaço e condições para se desenvolver e concretizar o seu potencial único (Bozarth, 2001; Corey, 2009; Mearns & Thorne, 2007).

A questão que preocupava Carl Rogers era a “se posso proporcionar um certo tipo de relação, a outra pessoa descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer, e a mudança e o desenvolvimento pessoal ocorrerão” (Rogers, 2009, pág. 57).

Mearns e Thorne (2007) esclarecem que para Rogers, o cliente é quem mais sabe, o verdadeiro especialista sobre si mesmo, só ele sabe o que o magoa e onde reside a sua dor, sendo também ele que descobrirá o caminho para dela se libertar e prosseguir com a sua vida.

Segundo Corey (2009), a pessoa humana é vista como digna de confiança, possuidora de um potencial para compreender e resolver os seus problemas sem a intervenção diretiva e determinada pelo terapeuta, bastando-lhe “apenas” envolver-se numa relação terapêutica com as características que possibilitem ao sujeito a auto-actualização e direção para o seu desenvolvimento, entendido este de forma própria, idiossincrática, esperada e desenhada pelo cliente.

Influenciado por Otto Rank, que se tinha afastado da ortodoxia Freudiana no que concerne ao foco dado por este à relação entre o Ego e o Id, preferindo dar ênfase aos criativos aspetos dos indivíduos, defendeu que os terapeutas deveriam assumir uma atitude e um papel de não julgamento prévio de especialista ou autoridade sobre o sujeito (Sharf, 2004).

Carl Rogers sentiu ainda a influência dos seguidores de Rank, nomeadamente Jesse Taft, no que diz respeito ao seu trabalho social com pacientes, focando toda a importância na relação e no presente em detrimento do passado (Sharf, 2004; Prout & Brown, 2007). Observou ainda que alguns dos habituais comportamentos terapêuticos, como sejam, o dar conselhos, julgar e coagir, eram infrutíferos.

Dryden (1996), Bloch (1999), Bozarth (2001), Mearns e Thorne (2007), Prout e Brown (2007), Corey (2009), Hergenbahn (2009) e Fall, Holden e Marquis (2010) são algumas das referências bibliográficas que elegem o *otimismo antropológico* e o acreditar que cada Ser Humano é capaz de autorrealização, como sendo o núcleo fundamental da teoria Rogeriana (Farber, Brink & Raskin, 1996).

Na sua obra *Tornar-se Pessoa* (1961; 2009), Carl Rogers demonstra que crê na existência do poder que cada pessoa possui para se dirigir para a autorrealização e auto-actualização, mesmo apesar da pesada herança judaico-cristã, onde a Humanidade é vista como potencialmente pecadora, e a aplicação psicanalítica dessa máxima, nomeadamente na visão irracional e irascível dos instintos do Ser Humano.

Assim sendo, o terapeuta segundo a teoria Rogeriana, deveria preocupar-se em “ser” e não em “fazer” ou “cumprir” determinados comportamentos (Bozarth, 2001), já que o que o terapeuta faz, emerge do que ele é e das suas atitudes.

Segundo Duncan, Hubble e Miller (1997), cinco décadas de investigação mostram que 70% do sucesso do processo terapêutico por parte do cliente, são atribuídos aos fatores da relação terapeuta/cliente e dos recursos internos e externos do cliente (variáveis extraterapêuticas). Estes são os alicerces da Terapia Centrada na Pessoa ou no Cliente.

Tanto a prática, como a teoria, como a investigação revelam que a abordagem centrada na pessoa assenta numa confiança básica na pessoa (...) depende da tendência atualizante presente em todos os organismos vivos, tendência para crescer, desenvolver-se, realizar completamente as suas potencialidades. Esta maneira de ser confia no fluxo direcional construtivo do ser humano, em direção a um desenvolvimento mais completo e complexo. É este fluxo direcional que nós pretendemos libertar (Rogers, 1986, pág. 198).

Sinteticamente, os postulados poderão ser resumidos pelas premissas (Bozarth, 2001):

- a) Existe em todas as pessoas/clientes uma tendência atualizante;
- b) A diretiva do terapeuta é investir na qualidade de autenticidade atitudinal, experienciando a compreensão empática, partindo sempre da estrutura interna da pessoa/cliente, experienciando um olhar incondicionalmente positivo em relação a ele;
- c) Quando a pessoa/cliente se apercebe dessa compreensão empática e do olhar incondicionalmente positivo do terapeuta, a sua tendência atualizante intensifica-se.

Segundo Mearns e Thorne (2007), Corey (2009), Hergenhahn (2009) e Fall, Holden e Marquis (2010), a pessoa/cliente apresenta-se incongruente, vulnerável e ansioso, procurando no seu terapeuta um contacto psicológico atento e empático.

No seu estudo sobre as relações entre cliente e terapeuta, Rogers identificou três atitudes básicas que deverão ser desenvolvidas pelo terapeuta: a congruência, o olhar incondicionalmente positivo e a compreensão empática.

Rogers (1957) ⁵ define-as da seguinte forma:

- a) Congruência (ou autenticidade): “(...) *dentro da relação [o terapeuta] é profunda e livremente ele mesmo, com a sua verdadeira experiência representada com exatidão pela sua consciência de si próprio (...), ele é o que verdadeiramente é naquele preciso momento (...)*”;
- b) Olhar incondicionalmente positivo: “(...) *até que ponto o terapeuta se encontra experienciando uma calorosa aceitação de cada aspeto da experiência do cliente como se ele fosse uma parte desse mesmo cliente (...)*”;
- c) Compreensão empática: “(...) *sentir o mundo privado do cliente como se fosse o seu, mas sem perder a qualidade do ‘como se’ (...)*”.

A forma, intensidade e implementação destas atitudes são idiossincráticas, variando e/ou dependendo por isso, quer da pessoa/cliente, quer do terapeuta. Não obstante, a tendência atualizante de cada pessoa (processo natural de desenvolvimento), será tão estimulada quanto a forma consistente de atuação das qualidades atitudinais do terapeuta for percebida pela pessoa/cliente.

A utilização simultânea dos termos «cliente» e «pessoa» traduz a evolução do pensamento e prática de Carl Rogers. Para o fundador desta teoria e/ou terapia, estes conceitos são tidos e utilizados como sinónimos (Bozarth, 2001), após o passar dos anos.

A teoria criada e desenvolvida por Rogers conheceu, segundo Zimring e Raskin (1992), 4 distintos períodos de desenvolvimento:

- a) Aconselhamento não diretivo, que durante os anos 40 do século XX, se apresentou a toda a comunidade científica como “a” alternativa válida contra as teorias e terapias diretivas e interpretativas praticadas até então. A teoria de Carl Rogers enfatizava o papel do terapeuta propiciando ao cliente um clima não diretivo, em que ele se pudesse exprimir e desenvolver livremente. A já referida ideia revolucionária do “*client knows best*” enforma toda a forma de atuação, colocando em causa conceitos utilizados noutras abordagens, como sejam, dar um conselho, sugerir, dirigir, persuadir, ensinar, diagnosticar e interpretar. Em relação à questão do diagnóstico, Rogers optou por retirá-lo da sua abordagem, pois, para além de se dirigir para uma doença, cujo modelo biomédico se encarrega de sugerir um determinado modelo de intervenção protocolado (contraditório à individualidade e potencialidade distintos em cada ser humano), é um procedimento que conduz cliente e terapeuta na busca de determinados sintomas e formas de os retirar, em vez do terapeuta escutar o cliente, e este, refletir sobre o que o apoenta e formas próprias para poder desenvolver-se. Para além dos referidos pressupostos paradigmáticos relevantes para

⁵ Citação adaptada do original de Carl Rogers (1957), com o apoio de Bozarth (2001).

a sua teoria, a não utilização do diagnóstico evita necessariamente, erros no mesmo, ou utilização abusiva que ele permite. Assim, os terapeutas não diretivos, focavam a sua atenção na criação de um clima adequado, onde o cliente poderia tomar maior atenção à sua forma de comunicação (verbal e não verbal), tornando-se desta forma, mais conscientes e atentos aos seus sentimentos e relações.

- b) O segundo período (anos 50), é quando assistimos à utilização do termo “terapia centrada no cliente”, apresentada aquando da escrita da obra de Carl Rogers com o mesmo nome. A alteração na designação pretendia deslocar o foco de atenção da terapia ou do terapeuta («não diretivo»), centrando-o no cliente. Passou-se desta forma, também da clarificação de sentimentos para o mundo fenomenológico do cliente, ou seja, a entrada no mundo do cliente a partir do seu quadro de referências e sentido, favorecendo o desenvolvimento da tendência atualizante, força motivadora para a alteração no cliente.
- c) No final dos anos 50 e até aos anos 70, inicia-se o terceiro período, onde o alvo da preocupação foram as denominadas «condições necessárias e suficientes» do processo terapêutico. Rogers procura estudar o processo e os resultados do processo terapêutico que possam servir de catalisador para a mudança que o cliente deseja para si. No *Tornar-se Pessoa* (1961), apresenta as condições que presentes na relação entre o terapeuta e o cliente, permitem ao último aprofundar e desenvolver o seu potencial único, condições estas que se caracterizam pela abertura à experiência, na confiança da experiência de cada um, um locus de avaliação interna e a vontade de estar no processo. Para além do estudo quantitativo e qualitativo sobre a sua teoria, Rogers empreendeu um esforço de generalização da sua aproximação não só à terapia individual, mas sobretudo aos grupos de encontro e a contextos psico-educativos.
- d) O quarto período (durante os anos 80 e 90), fica marcado pela referida expansão aos campos educativos, industrial, grupal, resolução de conflitos e busca pela paz universal. Essa expansão conduziu também a um aumento de abrangência identificável na alteração para «Terapia Centrada na Pessoa», atribuindo crescente importância de aplicação e centralidade da Pessoa a todos os domínios existenciais. Rogers tentou ainda influenciar as esferas políticas, organizacionais e administrativas e de relações internacionais, como o contacto transcultural e inter-racial, buscando o entendimento entre todos pelo denominador comum a todos: a condição de se Ser Pessoa.

Muito embora inicialmente Rogers tenha chamado ao seu trabalho *aconselhamento não-diretivo*, enfatizando a importância e o papel do conselheiro como companheiro “não-coercivo”, em vez de um especialista da vida de outra pessoa.

Devido às críticas que recebeu sobre a possibilidade da não-directividade ser confundida com passividade por parte do conselheiro, Carl Rogers decidiu assumir o termo «centrado no cliente», atribuindo dessa forma completa centralidade ao mundo fenomenológico do cliente

e à necessidade do conselheiro de permanecer focado na experiência do cliente e na sua percepção da realidade (Mearns & Thorne, 2007).

Apesar de verificar-se a existência em todo o mundo de terapeutas que ainda se denominam «centrados no cliente», pois afirmam que o próprio Rogers terá utilizado o termo «centrado na pessoa» fora do contexto do aconselhamento e psicoterapia individual, usando-o com a preocupação e aplicação a grupos de encontro, processos educacionais ou entendimento transcultural (Mearns & Thorne, 2007), a literatura parece sugerir que os dois termos sejam utilizados pelo autor e pelos seus seguidores, como sinónimos (Bloch, 1999; Bozarth, 2001; Corey, 2009; Dryden, 1996; Fall, Holden & Marquis, 2010; Hergenhahn, 2009; Mearns & Thorne, 2007; Prout & Brown, 2007).

A esse respeito, salvaguarda-se a referência de Mearns e Thorne (2007), que evidencia a utilização do termo «terapia centrada na pessoa», termo esse escolhido para a denominação da Associação Internacional deste movimento, criada em 8 de Julho de 1997, precisamente na cidade de Lisboa, em Portugal.

Recentemente verificou-se um crescimento na investigação do carácter de eficiência e eficácia do processo ou intervenção por aconselhamento, no sentido de o fundamentar através de avaliações, e também no sentido de sobrevivência e robustez epistemológica.

Muito embora Ollendick (2013) se refira maioritariamente à falta de investigação e disseminação dos estudos entre prática e teoria, tentando promovê-la, Prever (2010) refere que no Reino Unido utiliza-se como instrumento privilegiado de medição da eficácia da intervenção, o "The Clinical Outcomes in Routine Evaluation" (CORE) e para jovens o YP-CORE (Young People). Este instrumento é utilizado para monitorizar a qualidade dos serviços de aconselhamento, tendo sido desenvolvido para responsáveis ou conselheiros de serviços que necessitem de responder pela eficácia e eficiência da sua intervenção a serviços de saúde ou outros, no sentido de justificar não só a sua qualidade, mas a sua existência e necessidade.

Existem ainda outros contributos e investigação sobre a eficácia e resultados sobre o aconselhamento a crianças e jovens. McLeod (2004) e Prever (2010) apresentam resultados semelhantes dos recolhidos para amostra de adultos para amostras escolares, nomeadamente para aconselhamento de crianças e jovens em *setting* escolar.

Gibbard e Hanley (2008) apresentam exemplos de trabalhos sobre pesquisa da eficácia da abordagem centrada na pessoa, indicando que essa abordagem aplicada ao aconselhamento foi considerada eficaz por clientes que possuíam problemas de saúde mental como sejam a ansiedade e depressão.

Cooper (2011) verificou que ao estudar a eficácia das abordagens teóricas do aconselhamento, não existem evidências consistentes que recomendem uma qualquer

abordagem em detrimento de outra. Para tal avaliação, utiliza os testes controlados aleatoriamente (randomise controlled trial ou RCT), cujo procedimento passa pela alocação aleatória de clientes por diferentes abordagens teóricas de aconselhamento para posterior comparação. Para que esta medição seja a mais controlada e objetiva possível (pretende-se retirar variáveis individuais quer do cliente, quer do terapeuta), recomenda-se a utilização de manuais protocolados, gravação de sessões e verificação se realmente estão a utilizar a abordagem que é suposto utilizar nesse cliente ou grupo de clientes.

Outro dos trabalhos é-nos apresentado por Bondi (2006), que, através de um conjunto de testes controlados em contexto de cuidados de saúde, prova que o aconselhamento é uma intervenção eficaz, não só do ponto de vista clínico e de saúde, mas também do ponto de vista económico.

A questão sobre a eficácia do counseling, no que diz respeito ao paradigma utilizado para a intervenção, mas também ao próprio processo de aconselhamento, ficou marcada pelo trabalho de Eysenck, que em 1952 mostrou que (McLeod, 2004; Prever, 2010):

- a) Não existe um paradigma melhor e mais eficaz que outro (referindo-se ao paradigma psicodinâmico e ao eclético);
- b) As pessoas que não se submetem ao processo de counseling têm a mesma probabilidade de melhorar do que as que se submetem.

Esta “melhoria espontânea” seria explicável pelo desaparecimento normal e natural dos problemas no tempo, mas também pelo aparecimento e/ou desenvolvimento de competências e estratégias personalísticas capazes de lidar de forma nova e mais eficaz com os problemas que viviam.

McLeod (2004) afirma que a ideia de “melhoria espontânea” e o estudo que cada abordagem realiza sobre a eficácia da sua intervenção foram decisivas para o desenvolvimento e aporte de informações sobre o valor, rigor e eficácia de cada intervenção. Para tal, identifica alguns instrumentos utilizados para a recolha de informação e medição de resultados para o estudo da eficácia na intervenção.

Destes, destaca:

- a) Inventários ou testes estandardizados de autorresposta;
- b) Questionários de satisfação do cliente;
- c) Pontuação dos sintomas escolhidos para a intervenção;
- d) Medições comportamentais;
- e) Entrevistas estruturadas;
- f) Pontuações realizadas por entes significativos;

- g) Pontuações realizadas pelos terapeutas e conselheiros;
- h) Análise de custo-benefício que relaciona os critérios pré-estabelecidos pelo cliente (individual) ou organização responsável pelo aconselhamento (por exemplo, do pagamento).

Bozarth (2001), ao tentar contrariar o denominado “mito da especificidade”, onde para cada doença ou perturbação, existe um tratamento adequado e específico para ela, afirma a importância da relação entre cliente e terapeuta como variável essencial à eficácia da intervenção. No entanto, o mito da especificidade torda toda a implementação da intervenção, reduzindo a relação entre cliente e terapeuta como uma “aceitação do cliente”, ou mesmo “a colaboração do cliente”.

Bozarth (2001) apresenta os resultados da sua pesquisa sobre a eficácia das intervenções terapêuticas concluindo que:

- a) A psicoterapia ou intervenção eficaz baseia-se na relação (entre cliente e terapeuta) e nos recursos (internos e externos do cliente);
- b) O tipo de terapia e técnica é geralmente, irrelevante, em termos de resultados positivos;
- c) O treino, o crédito e experiência dos terapeutas são irrelevantes para uma terapia eficaz (não existindo umnexo causal de muita experiência, garantia de terapia eficaz);
- d) Os clientes que passam pelo processo de intervenção tem maior probabilidade de melhora e melhoram de facto mais, do que as pessoas que não se submetem a esse processo;
- e) Não existe evidência clara que existam tratamentos específicos e exclusivos para uma incapacidade específica;
- f) As mais consistentes das variáveis da relação associadas à eficácia são as condições de empatia, autenticidade e olhar incondicionalmente positivo.

O'Hara (1995) vai mais além, afirmando que variáveis como as técnicas, o terapeuta, o nível de treino, as novas drogas milagrosas ou o diagnóstico ficam necessariamente aquém da importância das capacidades próprias do cliente e do encontro deste com o terapeuta para conversarem e lidarem com relevantes questões da existência humana.

Cooper (2011) avançou com a questão da necessidade que as abordagens utilizadas pelo aconselhamento possuam metodologias quantitativas e qualitativas mais rigorosas de avaliação de eficácia, não para entregar a supremacia de uma abordagem de aconselhamento sobre todas as outras, mas, sobretudo, para que todas possam contribuir para demonstrar o seu valor essencial na intervenção.

Lilienfeld *et al* (2013) discutem o porquê da resistência dos psicólogos clínicos à evidência baseada no conhecimento prático ou empírico. Segundo estes autores e ao estudo por eles realizado, a resistência de tomar e aceitar como científicos os conhecimentos baseados na prática clínica poderá agrupar-se em seis:

- a) realismo ingênuo, no sentido da crença que é a intervenção a causa da melhoria do paciente e não nenhuma outra;
- b) paradigma conceptual enraizado sobre o ser humano que, poderá ser contrário a aceitar as evidências da prática;
- c) não compreensão de aplicações estatísticas de dados observados em grupo para casos individuais;
- d) crença de que deverá o ónus da prova estar nos defensores das teorias baseadas na prática do que o inverso (as teorias ainda não testadas);
- e) uma generalizada e errónea caracterização da teoria baseada na prática;
- f) obstáculos educacionais, pragmáticos e atitudinais, como por exemplo, o desconforto de muitos terapeutas avaliarem os resultados inscritos na literatura.

Capítulo 3 - A questão do como...

Historicamente, uma das temáticas que mais curiosidade obteve aquando do lançamento de *Terapia Centrada no Cliente* (originalmente em 1951) de Rogers (2004), foi a questão do método e técnicas utilizadas e propostas pela nova abordagem psicológica e psicoterapêutica.

Provavelmente conduzidos pela tradição das abordagens anteriores centrarem-se demasiado nas técnicas, Rogers (2004) defende, por seu lado, que o eficaz conselheiro ou terapeuta da abordagem centrada na pessoa, possui um coerente conjunto de atitudes profundamente inculcados na sua organização personalística e que são coerentes e consistentes com o que o conselheiro é.

Pela experiência recolhida por Rogers, um terapeuta que *pré-determina* usar um método não genuíno com o que ele é enquanto pessoa estará condenado ao insucesso. No entanto, e por outro lado, o conselheiro que possua um sistema atitudinal que facilite a relação de ajuda, mas cuja implementação dessas atitudes sejam por métodos e técnicas, estará condenado a somente ter parcial sucesso.

Para Rogers, as técnicas e competências são relevantes se servirem para aprofundar a relação entre conselheiro e cliente. Avança mesmo que técnicas e métodos pré-concebidos para aplicação universal causam maiores problemas do que os que resolvem (Rogers, 2004).

Para além das denominadas condições necessárias e suficientes para toda a relação de ajuda (empatia, olhar incondicionalmente positivo e congruência), Prever (2010) acrescenta alguns outros conceitos relevantes para o trabalho com adolescentes e/ou jovens. A saber:

- a) presença, no sentido de ser na relação mais do que fazer algo na relação de ajuda, sendo percebido pelo cliente como estando presente em partes do seu mundo experiencial;
- b) Permanecer no quadro de referência do cliente;
- c) Imediatez ou urgência (premência), no sentido do "aqui e agora", estabelecendo uma comunicação aberta e honesta com o cliente;
- d) Desafiar, no sentido de auxiliar o cliente a enfrentar e confrontar-se com a realidade, tal qual é percebida pelo terapeuta.

Leal (2005) propõe como essenciais preocupações éticas na intervenção terapêutica, a competência (boa formação teórica, prática e constante reactualizações), a responsabilidade (na escolha de técnicas e/ou decisões no processo) e o respeito e desenvolvimento do direito das pessoas e da sua dignidade (preservação da intimidade, promoção da liberdade, autonomia e bem-estar psicológico).

Para a British Association for Counselling and Psychotherapy, no seu *Ethical Framework for Good Practice* (2007), os valores que um conselheiro deverá possuir são o respeito pela dignidade e direitos humanos, assegurar a integridade da relação entre técnico e cliente, desenvolver a qualidade do seu conhecimento profissional e a sua aplicação, aliviar sofrimento e mal estar pessoais, aumentar a qualidade das relações entre as pessoas, estar disponível para a diversidade da experiência humana e da sua cultura e que tudo faça para a justa e adequada prestação de serviços de aconselhamento e psicoterapia.

Refere ainda como principais qualidades do conselheiro, empatia, sinceridade, integridade, resiliência, respeito, humildade, competência, justiça, sabedoria e coragem.

Sobre essa coragem, acima referida, Rogers (1986b) propõe a todo o terapeuta um elevar de fúria tremendo ao que à reflexão de emoções diz respeito, bem como a toda a relação de ajuda.

Afirma que para tentar determinar se o conhecimento que cada terapeuta tem do mundo interior do seu cliente é correto ou não e se o que está a ser experienciado pelo terapeuta é o mesmo que o cliente está a experienciar, deverá atender se cada resposta do terapeuta contém ou não a preocupação de tentar responder à questão: é desta forma para ti/si?

Rogers desafia-nos a captar a cor, textura e o sabor do sentido pessoal experienciado pelo cliente no momento (Rogers, 1986b). Para tal, deverá o terapeuta estar atento a pistas a partir da observação da expressão facial e movimentos do cliente, atender à comunicação verbal (utilização das palavras), permitir ao cliente espaço para escutar a sua própria experiência, ter em conta o nível de autoconsciência (*self-awareness*) do cliente, o sentido das suas mensagens e verificar a acuidade do entendimento que recolhe do seu cliente, tendo a habilidade de ser completamente *despreconceituoso (non-judgemental)*.

Este não emitir de julgamentos ou preconceitos (nem deles partir) permite e está imbuído do olhar incondicionalmente positivo do terapeuta, que posteriormente, será percebido e verbalizado pelo cliente como parecendo sempre preocupado com ele, que verdadeiramente se sinta sempre apreciado, uma pessoa que vale a pena (tem valor), do qual o terapeuta gosta apesar de poder ser por ele criticado, ou seja, potencia o sentimento de liberdade para mostrar-se como é, segurança em manifestar os seus sentimentos e emoções e que nunca seria intencionalmente magoado pelo terapeuta.

A congruência é experienciada pelo cliente pela não existência de conflitos entre o que é dito e sentido, o ser-se ele ou ela própria na relação, transparência de sentimentos entre os 2 elementos da relação (terapeuta e cliente), sentimento de que o cliente pode confiar no terapeuta (quer pela inexistência de intenção em magoar o outro, quer pelo não esconder elementos importantes para a relação) e pelo impacto emocional percebido como igual ao do cliente, não temendo dizer o que está a sentir.

A respeito da congruência, Mearns e Thorne (2007) afirmam que se trata de um estado de ser, que não tem de ser necessariamente percebido como uma mimetização do sentimento do terapeuta, mas antes pela honestidade da sua resposta e presença na relação de ajuda. Por outro lado, tal não significa que o terapeuta tem a possibilidade de dizer sempre o que pensa. A congruência existe como requisito da relação, aprofundando o sentido da mesma em contacto com o cliente, tendo que fazer sentido para ele e para a relação.

Para auxiliar ao equilíbrio necessário no que à congruência diz respeito, Mearns e Thorne (2007), sugerem três princípios para a utilização da congruência:

- a) a congruência deverá ser resposta à experiência do cliente e não o que está a acontecer ao terapeuta;
- b) a congruência deverá ser relevante para o cliente;
- c) a congruência deverá focar sentimentos persistentes e atuais.

No que à empatia concerne, Prever (2010) identifica e esclarece os três níveis de resposta empática:

- a) o primeiro nível diz respeito à reflexão sobre o significado e o entendimento do conteúdo que o cliente manifesta;
- b) o segundo nível começa a atender e expressar um acesso aos sentimentos do cliente como eles existem para o cliente, implicando, por isso, um maior grau de acuidade;
- c) o terceiro nível, ou o nível avançado de empatia, sugere que o terapeuta é capaz de ir além do que é evidente ou está à superfície, alcançando um nível mais profundo, tentando explorar o que ainda não foi verbalizado pelo cliente ou que foi verbalizado mas parcialmente.

Prever (2010) adiciona uma outra característica relacional identificada especificamente quando o jovem e/ou adolescente buscam numa relação de ajuda. Para além das anteriormente referidas empatia, congruência e olhar incondicionalmente positivo, refere a confiança e a confidencialidade.

A confiança surge definida por Prever (2010) como a vontade de ser íntimo e vulnerável com outro, denotando capacidade de acreditar no outro e que não haverá mal ou dor alguma se ambos fizerem o mesmo.

A radical revolução operada por Carl Rogers inspira e convoca o conselheiro a constantes reflexões sobre o seu próprio ser humano e da capacidade de se relacionar de forma genuína

e completa com outro. Alguns exemplos são "consegurei ser de forma que possa ser percebido pela outra pessoa como sendo merecedor de confiança, confiável ou consistente num sentido profundo?", "consegurei ser suficientemente expressivo como pessoa que quando comunique o que sou isso aconteça sem ambiguidade?", "consegurei permitir-me experienciar atitudes positivas em relação a esta outra pessoa...atitudes de calor, carinho, gosto, interesse, respeito?" ou "consegurei eu ser suficientemente forte como pessoa para me separar do outro?" (Rogers, 1961; 2009).

Na esteira e inspirado pela abordagem centrada na pessoa, utilizaram-se neste trabalho e intervenção, muitos dos tópicos essenciais desta abordagem. Inspiração e adaptação dos conceitos fundamentais obriga a que a percepção do que é a relação de ajuda (aconselhamento), o papel dos participantes dessa relação (conselheiro ou terapeuta e cliente ou pessoa), o objeto do que é trazido e comunicado na relação, paradigma e forma de preparar o antes, o durante e depois e, preparação para lidar com as possíveis dificuldades ou limitações de cada intervenção seja tematizada e detalhadamente refletida.

Dessa forma, a intervenção por aconselhamento que neste trabalho se preconiza tem o seu inevitável início na ideia de que existem duas pessoas em contacto psicológico, a primeira pessoa, o cliente, surge em estado de incongruência, vulnerável e ansioso, a segunda pessoa, o terapeuta, é congruente ou integrado na relação. O terapeuta experiencia um olhar incondicionalmente positivo em relação ao cliente. O terapeuta experiencia uma compreensão do quadro de referências interno do cliente e esforça-se por transmitir esta experiência ao cliente. A comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e do seu olhar incondicionalmente positivo em relação a este é conseguida através dessas condições necessárias e suficientes.

A relação de ajuda é/deve/pode ser procurada quando uma pessoa que tem um problema ou uma questão sobre a sua vida (sentido pragmático), que não tenha ou consiga resolvê-la com as suas habituais estratégias e que, por isso, busque apoio ou ajuda na relação com um outro.

Na relação de ajuda tem e encontra da parte do conselheiro permissão e liberdade de expressão, respeito pela diferença, confidencialidade, afirmação axiológica de honestidade, integridade, crença no desenvolvimento individual, compromisso com o diálogo e colaboração e reflexividade.

No final, pretende-se a reflexão e/ou resolução da questão ou problema inicial, que poderá incluir ganho e/ou compreensão do problema, uma outra e diferente perspectiva sobre o problema, aceitação pessoal desse problema e/ou dilema e, sobretudo, ação visando a alteração da situação problemática vivenciada anteriormente, aprendizagem, já que durante o processo de aconselhamento, a pessoa pode adquirir novas competências e entendimento sobre estratégias que a auxiliem no seu dia a dia, prevenindo assim que em situações similares, se sinta de novo numa situação problemática ou dilemática, e a necessária inclusão

social, pois o aconselhamento estimula as competências e capacidades do sujeito no sentido de este se integrar e sentir-se bem e ajustado em contexto social (McLeod, 2003a; Prever, 2010).

McLeod (2007) apresenta como principais tarefas de aconselhamento:

- a) dialogar sobre um tema/problema no sentido de melhor compreender as coisas;
- b) dar sentido e significado a uma situação ou experiência que se apresenta como problemática;
- c) resolução de problemas, planificação e tomada de decisão;
- d) alteração comportamental;
- e) lidar com emoções e sentimentos difíceis;
- f) procurar, analisar e agir perante informação;
- g) lidar com relações difíceis ou dolorosas.

McLeod (2007) identifica ainda como valores necessariamente presentes na relação de ajuda:

- a) incondicional respeito pela pessoa;
- b) autenticidade;
- c) a pessoa desenvolve-se;
- d) a pessoa é capaz de refletir;
- e) a pessoa é o verdadeiro especialista da sua vida;
- f) a realidade é uma construção intersubjectivamente percebida;
- g) a pessoa é agente;
- h) ser pessoa é lidar com dilemas existenciais que dizem respeito a todos.

Uma outra característica crítica é a segurança que o cliente sentirá na relação com o conselheiro, pois este apresenta-se legitimamente e incondicionalmente confiável, é alguém com que o cliente pode contar e depender genuinamente para mutuamente se comprometerem na relação de ajuda ou aconselhamento (McLeod, 2007).

A prontidão para escutar a pessoa, a habilidade de permitir que o significado emocional do que a pessoa está a dizer seja sentido de forma profunda, a capacidade de utilizar a linguagem e as competências observacionais, quer através da escuta ativa, quer através da identificação de pistas visuais e/ou comportamentais e a coerência e consistência das mesmas, são ainda dimensões a ter em conta.

No que concerne ao trabalho com emoções, em aconselhamento, poderão ser explorados sentimentos que são ilusórios, vagos ou escondidos, dar expressão a emoções que estão a ser refreadas e/ou lidar com a expressão de emoções que são experienciados como estando fora de controlo (McLeod, 2007).

Poderemos tentar apontar algumas considerações a atender na intervenção realizada através de aconselhamento.

Desde antes do primeiro momento até ao final do processo, tudo deverá ser natural e centrado na pessoa, pois o conselheiro não tem uma estrutura fixa, estável, predeterminada e/ou preconcebida onde tentará, com maior ou menor facilidade, com maior ou menor rapidez, colocar o seu cliente ou pessoa. Além das inevitáveis questões de encaminhamento institucional pela escola e a disponibilidade temporal de cada sessão, todo o processo é pensado e vivido de forma centrada na pessoa que está presente nas sessões (Mearns & Thorne, 2007; Prever, 2010). A este ponto, voltaremos mais adiante.

Existem, isso sim, alguns "detalhes", princípios ou conceitos que estão na relação, resultado da abordagem teórica escolhida para este trabalho.

Dado que, e de acordo com Mearns e Thorne (2007), praticamente todos os pormenores e preparação para o acolhimento do cliente fazem ressaltar a autoridade do conselheiro em detrimento do cliente, deverá ser também por aí que a abordagem escolhida marcará a sua diferença. Assim e por exemplo, foi escolhida uma mesa redonda (sem "o lado do conselheiro" e o "lado do cliente") com duas cadeiras iguais (e não uma a ser ou poder ser percebida como a do conselheiro e a outra a do cliente), onde o cliente escolhe onde se sentar.

No que diz respeito às expectativas e necessidades do cliente, verificamos que na grande maioria dos casos, o cliente apresenta-se incongruente, inseguro, inexperiente, vulnerável, nervoso, ou seja, em estado de desequilíbrio inicial em relação ao conselheiro. Nesse sentido, o cliente está com o conselheiro para procurar ou buscar um conselho de um especialista, fazer perguntas sobre o seu diagnóstico, chorar ou, simplesmente, encerrar-se no mais profundo e dilacerante mutismo.

Dado que a abordagem centrada na pessoa assume como requisito fundamental o equilíbrio na relação, o conselheiro procurará anular o referido "desequilíbrio inicial" através de respeito, espaço, tornando uma situação potenciadora de tensão própria num momento de autentica

relação de ajuda centrada em quem a busca, necessita, motiva e decide o ritmo, direção e finalização.

Para a existência e criação de momentos especiais para a mudança, o cliente deverá ganhar confiança na relação e para ela estar preparado (*readiness*). Mearns e Thorne (2007), identificam cinco perfis de cliente que, dado o seu estado vulnerável e inicial na relação, denotam um estado de preparação para o aconselhamento classificado como "baixo".

- a) o cliente indeciso sobre o querer mudar - "gostaria que a minha relação com o meu companheiro fosse diferente, mas não se isso criar demasiados problemas";
- b) o cliente que possui uma desconfiança generalizada nos outros - "as pessoas dizem que me querem ajudar, mas na realidade só se querem ajudar a si próprias";
- c) o cliente que não tem vontade de assumir as suas responsabilidades na vida - "não tem nada a ver comigo, é esta depressão que me leva a fazer estas coisas";
- d) o cliente que não tem vontade de assumir as suas responsabilidades no processo de aconselhamento - "curar-me é o seu trabalho, por isso, comece!";
- e) o cliente que não tem vontade de reconhecer ou explorar sentimentos - "sim, sinto-me triste sobre isso, mas focar-me em sentimentos maus nunca fez bem a ninguém".

De referir, que apesar de um baixo estado de preparação para a mudança, nenhum destes estados do cliente impossibilita o trabalho de aconselhamento, apenas a sua presença ou ausência terá impacto na rapidez do início do processo.

Depois de ser iniciada a relação entre cliente e terapeuta, busca-se a fase onde seja possível conseguir a intimidade, mutualidade e autoaceitação através da profundidade relacional a que ambos se comprometem.

Existem fatores externos à relação que a marcam e tentam determinar, como sejam as pessoas que são encaminhadas obrigatoriamente e obrigatoriamente deverão ser seguidas pelo terapeuta e/ou apresentam por parte das instituições envolvidas, uma estrutura para a intervenção (por exemplo, número de sessões) ou a obrigatoriedade de uma "etiqueta" ou psicodiagnóstico com "receita" associada.

Para além das razões acima mencionadas, surgem os fatores económicos associados à tarefa de aconselhamento. Se o terapeuta trabalhar numa instituição de ensino pública, além do elevado rácio entre aluno/terapeuta ser tremendo, a ocupação desse terapeuta acarreta custos e assume um impacto financeiro que irá determinar as orientações das hierarquias e,

consequentemente, a atuação do terapeuta. Segundo Mearns e Thorne (2007), e para que seja possível equilibrar as exigências relacionais com o cliente e com os constrangimentos institucionais, são contratualizadas, em média, 6 sessões iniciais para cada cliente.

Dado que a abordagem selecionada para este trabalho não permite ou aconselha um protocolo fechado e inflexível no que ao número de sessões diz respeito, e dado que não foram sentidos constrangimentos institucionais, optou-se por respeitar a liberdade e necessidade relacional do cliente, mantendo por isso o “purismo” da abordagem centrada na pessoa, bem como os objetivos deste trabalho.

No que concerne à questão financeira, não foram cobradas quaisquer horas aos participantes deste estudo. Muito embora se esteja consciente sobre a relevância deste fator (maior aderência ao processo e responsabilidade no mesmo), e mesmo sabendo que o valor por sessão não deverá ser abaixo nem acima do de mercado, podendo estabelecer-se um preço distinto devido a comprovadas carências económicas (Mearns & Thorne, 2007, fala de dois escalões - um para os não carenciados financeiramente e outro para os que comprovadamente o sejam), dada a natureza científica e o *setting* escolar do presente trabalho, a decisão foi a de tornar as sessões de aconselhamento, grátis para os participantes, permitindo assim, criar o espaço e o tempo para libertar o natural processo de cura que reside no cliente (Mearns & Thorne, 2007).

Como já indicado, é o cliente que determina o fim do processo de aconselhamento. No entanto, o terapeuta deverá atender, preparar e preparar-se para o processo que esse fim carece. Desse modo, nesse fim, poderão ser aflorados temas ou questões do início do processo de aconselhamento, através de revisões, a própria análise e revisão do processo de aconselhamento e os temas ainda não terminados ou tratados. Durante estas revisões, poderão ambos os elementos da relação (cliente e terapeuta) certificarem-se que a relação de ajuda deverá terminar.

Foram tidos em conta os principais problemas ou situações difíceis identificadas por McLeod (2007), como sejam o atender aos limites da relação de ajuda, que poderão ser ultrapassados devido ao desejo de ultrapassar ou aprofundar a relação com o terapeuta ou cliente, transformando-a numa relação de amizade, de envolvimento físico e sexual, de encontros de índole social; poderão também existir outras relações sociais pré-existentes à relação de ajuda (por exemplo, quando o cliente é ou foi professor, treinador, familiar do cliente que fragilize ou limite o aconselhamento; a existência e persistência de terceiros à relação de ajuda procurarem informações e/pressionarem o terapeuta poderão também ser um claro ataque aos limites do aconselhamento; finalmente, quando a problemática apresentada pelo cliente é urgente ou emergente, sendo, por isso mesmo, necessário encaminhamento para outras valências que não o aconselhamento que neste trabalho se preconiza.

Das situações acima descritas, apenas se identificou a última, pois alguns professores e pais demonstraram em algumas oportunidades a ansiedade e/ou curiosidade para saber "como estavam a correr as coisas", mas não se identificaram quaisquer alterações na relação entre cliente e conselheiro pela existência destas perguntas.

Outras questões de resolução prática de relevante importância são segundo McLeod (2007):

a) o tempo - como já referido, foram utilizadas um mínimo de quatro sessões e o máximo de dez sessões segundo a vontade, disponibilidade e o querer de cada cliente;

b) o espaço - todas as sessões decorreram numa sala privada própria para atendimento a alunos, devidamente iluminada e confortável, com uma mesa redonda e duas cadeiras iguais, escolhendo o cliente a sua cadeira e posição da mesma em relação à mesa e conselheiro. A privacidade e a não interrupção foi garantida através do sinal "Não incomode" habitualmente colocado aquando do trabalho privado, bem como se tratar de um gabinete atribuído aos SEAE, onde habitualmente e durante as tardes de sessões, estava apenas ocupado para a tarefa de aconselhamento.

c) a informação - todos os participantes foram informados do programa de intervenção e os seus encarregados de educação e a direção da escola autorizou essa mesma intervenção (consentimento informado).

d) o acesso ao conselheiro entre sessões - foi distribuído o endereço eletrónico do conselheiro e distribuído o horário de presença na escola. Não ocorreram quaisquer contactos relevantes entre sessões. O contacto entre sessões era para o cliente confirmar a sua presença na sessão seguinte.

e) a segurança - não decorreu qualquer incidente que colocasse a segurança quer do cliente, quer do terapeuta.

f) o ser consciente dos seus próprios limites - para este ponto contribuíram dois fatores: o auxílio quer do orientador deste trabalho, do apoio dos colegas de equipa multidisciplinar dos SEAE e do colega Carlos Gradiz (psicólogo clínico) e o autoconhecimento que contribui para o encaminhamento para outras pessoas ou valências de temas ou problemas limitadores ou do olhar incondicionalmente positivo sobre o cliente ou da disponibilidade de ser congruente em alguns desses temas ou problemas. Sempre que foram por mim antecipados ou identificados problemas na relação de ajuda a questões como aqui foram enunciadas, o encaminhamento foi realizado com relativo sucesso.

g) a sensibilidade face à faixa etária dos clientes participantes, sua diferença cultural e posturas ético-morais.

h) o risco para si ou para os outros - como sejam ideação ou tentativa suicida, praticar comportamentos de autodestruição, como a automutilação, restrição alimentar, abuso de álcool e/ou drogas e pratica de sexo desprotegido (McLeod, 2007).

i) os ataques de pânico; dissociação, alucinações e/ou comportamentos delirantes.

Não se observaram quaisquer situações em que fosse necessário realizar o encaminhamento para outro técnico ou serviço.

No entanto, observou-se de forma global, o constante desafio de uma compreensão profunda do cliente, que, segundo Mearns e Schmid (2006), se demonstra habitualmente pela possibilidade dos processos de autoproteção do cliente não possibilitarem a relação com o terapeuta e as diferentes dimensões do cliente que poderão personificar distintas facetas do conflito e, como tal, ser necessário oferecer uma profundidade relacional a todas essas dimensões e facetas.

Capítulo 4 - A especificidade da Adolescência (desenvolvimento e adolescência - perspectiva humanista)

O presente trabalho tem como enfoque primordial a intervenção por aconselhamento inspirada pela abordagem centrada na pessoa, a uma amostra de jovens e adolescentes.

A opção quer pela inspiração, quer pela população alvo fica a dever-se à elevação que o revolucionário paradigma centrado na pessoa faz do ser humano, pois parece-lhe devolver a confiança e otimismo, quer no seu desenvolvimento, mas sobretudo, no seu controlo e liberdade sobre o seu destino.

A adolescência, como será abordada neste capítulo, é atualmente considerada como um estágio desenvolvimental com características e desafios próprios, onde, acreditamos, existirá um ganho suplementar em transmitir as aprendizagens possíveis pela utilização da abordagem centrada na pessoa no trabalho de aconselhamento.

Neste sentido, apresentar-se-á uma breve resenha teórica sobre a adolescência e a forma que a abordagem centrada na pessoa poderá auxiliar os jovens.

A adolescência é o período durante o qual, sob o efeito da maturação sexual, nos seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais, o indivíduo reformula a imagem de si próprio e dos outros e do sistema de relação do seu EU com o meio até à organização definitiva da sua personalidade (Sprinthall & Collins, 2003).

“(...) É o período da vida em que já não se é criança mas ainda não se é adulto (...)”

“(...) O início de uma idade autónoma e responsável, em que a aventura é ser adulto (...)” (Miguel, 14 anos, citado por Fonseca, 2004, p.17).

Fonseca (2010) inicia o seu livro *Crianças e Adolescentes* afirmando que as temáticas referentes às crianças e adolescentes são atualmente muito populares em Psicologia, já que se registam um elevado número de publicações, congressos temáticos, revistas especializadas e grupos de estudos.

Podemos identificar e referir estudos atuais e de certa forma revolucionários no aporte que trazem para o estudo sobre a adolescência, como sejam os sobre memória autobiográfica, alterações endocrinológicas da puberdade, novas técnicas e estratégias estatísticas ou sobre a maturação do cérebro e suas implicações para o desenvolvimento cognitivo e social do indivíduo (Fonseca, 2010).

Muito embora a maioria das publicações seja importada do mundo anglo-saxónico e francófono, contamos com algumas traduções em língua portuguesa, e, o interesse crescente de muitos pensadores e autores contemporâneos, já que cumpre integrar fatores distintos do ser adolescente, sem nos perdermos em fragmentações de saberes que, em vez de permitir um acesso e aproximação global do conceito em causa, acentuam a sua distância (Coslin, 2002; Matos, 2002; Matos, 2008; Sprinthall & Collins, 2003).

Braconnier e Marcelli (2000), Cole e Cole (2001), Fleming (2005), Fonseca (2010) e Papalia, Olds, e Feldman, (2001) apresentam referências às características distintas dos sujeitos e período da adolescência, que têm vindo a ser enunciadas desde a Grécia e Roma antigas. No que concerne ao estudo científico, ou seja, a adolescência como objeto de estudo próprio, acontece apenas no final do século XIX, através do artigo científico de Burnham (Pépin, 1977, citado por Oliveira, 2008). No entanto, é com Stanley Hall em 1904 que a adolescência ganha o estatuto de período específico da vida humana (Sprinthall & Collins, 2003).

A palavra adolescência, segundo Cole e Cole (2001), deriva do étimo latino "*adelesco*", cujo significado seria "*crescer*". Dado o seu carácter transversal e universal, é portador de um vasto percurso histórico, com aportes de pensadores incontornáveis como Aristóteles, que caracterizava os adolescentes do ano IV A.C. como "apaixonados, irascíveis e capazes de

serem levados pelos impulsos" (citado em Cole & Cole, 2001), ou Jean-Jacques Rousseau, que sublinha três (3) traços identificáveis na adolescência:

- a) período de maior instabilidade e conflito emocional, consequência da maturação biológica;
- b) alteração fundamental dos processos psicológicos e de raciocínio;
- c) renascimento, ou seja, depois de nascer humano, nasce-se para ser homem ou mulher.

Não sendo uma temática onde existe consenso total, segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), a adolescência nas sociedades denominadas modernas e industriais traduz um longo período de transição desenvolvimental entre a infância e a vida adulta. Esta implica e apresenta como principais mudanças ao nível do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

Para estas autoras, a adolescência tem um período de duração de aproximadamente uma década, tendo como início os 11/12 anos de idade e terminando por volta dos 20 anos de idade.

De acordo com Ladame (1995) e Sampaio (2002), poderão ser identificadas três (3) fases dentro do período da adolescência:

- a) A primeira fase ou pré-adolescência (12-15 anos), caracterizada não só pelas importantes alterações físicas, mas também com sentimentos de solidão e isolamento. Existe um sentido de auto-centração embora o seu grupo de pertença se constitua essencialmente de jovens do mesmo género (Vallejo-Nágeda, 2003).
- b) A segunda fase (15-18) é a da adolescência propriamente dita (Ladame, 1995), ou seja, na qual o adolescente inicia o seu processo de autonomização das figuras parentais e desenvolve a sua identidade, ao nível do pensar, sentir, desejar e valorar.
- c) A fase final da adolescência (18-21) caracteriza-se pela formação da denominada identidade sexual, carácter, bem como a consolidação das tarefas associadas ao desenvolvimento (Sampaio, 2002). Por não existir um facto biológico preciso, é difícil determinar o fim da adolescência (Oliveira, 2008).

Se no início do século XX, a adolescência era sinónimo de puberdade (maturação sexual e/ou fertilidade), ou seja, capaz de reprodução, e/ou o ingresso no mercado de trabalho eram o fator para se designar *adulto*, notamos atualmente que a maturação sexual acontece mais cedo, e o ingresso no mercado de trabalho, mais tarde (Braconnier & Marcelli, 2000).

Lerner *et al* citado em (Fonseca, 2010) apresenta uma síntese sobre os modelos teóricos clássicos do desenvolvimento do adolescente, que desde Hall em 1904, se caracterizam como uma fase de "*tempestade e tensão*", ou seja, um período ontogenético de perturbação desenvolvimental normativa.

De teor mais ou menos biológico e maturacional (Erikson, 1959 cit. in Fonseca, 2010), mais ou menos *disruptivo* ou *em perigo de disrupção* (Benson *et al.*, 2006), *ameaçador e vulnerável* (Anthony, 1969 cit. in Fonseca, 2010), o adolescente foi sendo apresentado como uma "*entidade problemática a ser gerida*" (Roth & Brooks-Gunn, 2003 cit. in Fonseca, 2010).

Segundo Benson *et al.*, 2006, além da forma catastrofista e negativista de apresentar o adolescente, existe ainda uma forte tendência para que, implícita ou explicitamente, este seja apresentado de forma positiva apenas pela ausência de comportamentos negativos ou indesejáveis (*não* consome álcool ou drogas, *não* pratica sexo desprotegido, *não* se envolve em comportamentos criminosos).

Existem ainda algumas evidências empíricas que suportam a visão contrária, ou seja, que a segunda década não é necessariamente uma travessia tempestuosa, já que a plasticidade potencial de cada adolescente é variável determinante a ter em conta no seu desenvolvimento, bem como com a sua relação com o seu contexto (Braconnier & Marcelli, 2000; Coslin, 2002).

As convenções sociológicas, legais e fisiológicas de delimitação do estágio da adolescência apresentam diferentes aproximações ao conceito. Do ponto de vista da aproximação psicológica, falamos de adolescência quando se identificam a maturidade cognitiva (pensamento de índole abstrata) e emocional (aquisição e desenvolvimento do processo identitário, de autonomização do controlo parental, de sistema axiológico, de sexualidade e de inter-relação com o outro) (Cole & Cole, 2001; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Sprinthall & Collins, 2003; Fonseca, 2010).

Consensual parece ser a ideia de que é na adolescência que se verifica o fenómeno da puberdade. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), existe um período de sete (7) anos para o começo da puberdade, tanto para os rapazes, como para as raparigas. É um processo que dura quatro (4) anos para ambos os sexos, embora tenha início mais precoce nas raparigas do que nos rapazes.

O traço mais visível da puberdade são as mudanças hormonais (início da produção das glândulas sexuais masculinas e femininas), onde surge um surto de crescimento rápido (altura, massa muscular, tecido adiposo), e dos caracteres sexuais primários (órgãos reprodutores) e secundários (seios, barba) (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Existe, como acima mencionado, uma grande variabilidade inter-individual (devido às variáveis de sexo, influências genéticas e ambientais), perspetivando-se como um processo gradual de vários anos de duração e conseqüente adaptação.

Matos (2002) lematiza a adolescência enquanto um processo de adaptação psicológica às transformações que a puberdade provoca. Refere assim, alterações no campo de experiência intelectual, no funcionamento afetivo, no sistema relacional e comportamentos sociais.

Dessa forma, igualmente dramáticas, mas menos óbvias que as transformações físicas, trataremos sucintamente as transformações na capacidade de pensar, raciocinar e resolver problemas (Matos, 2008).

Segundo a literatura consultada (Cole & Cole, 2001; Fonseca, 2010; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Sprinthall & Collins, 2003), a grande (r)evolução cognitiva que destrinça a adolescência da infância, é a capacidade de pensamento abstrato e a capacidade de pensar/planificar partindo de um raciocínio hipotético de possíveis causas e/ou consequências sem que estas tenham existido ou venham a existir (Carretero, & Cascón, 2004).

A consciência do "o que aconteceria se..." traduz, a entrada no nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo, denominado, de operações formais. Este nível caracteriza-se por uma possibilidade de manipular e/ou trabalhar sobre informação, fora do cárcere do aqui e do agora, imaginando possibilidades, testar hipóteses, retirar consequências e construir teorias explicativas sobre si e o mundo (Carretero & Cascón, 2004).

Assim, perante um problema concreto, o adolescente considera os dados reais presentes, mas também prevê todas as situações e reações causais possíveis entre os seus elementos.

O adolescente consegue agora reconhecer que aquilo que apreende constitui apenas uma possibilidade num conjunto de possibilidades, as coisas podem ser diferentes do que parecem aos sentidos.

O desenvolvimento cognitivo durante a adolescência está ligado a modificações na capacidade de processamento da informação, já que mais conhecimentos requerem processos mais sofisticados de utilização da informação e uma capacidade mais rápida e automática de resolução de problemas (Carretero & Cascón, 2004; Sprinthall & Collins, 2003).

O pensamento formal conduz o adolescente à capacidade de pensar nos seus próprios pensamentos (metacognição), à capacidade de analisar o que pensam os outros, a compreender o seu ponto de vista, os seus sentimentos e atitudes e à consciência de que também ele pode ser objeto do pensamento do outro (Braconnier & Marcelli, 2000).

Esta dimensão é fundamental, pois a compreensão de si e do outro permite que o adolescente seja capaz de compreender a complexidade dos modos de relacionamento interpessoal e as regras que regem os grupos, de reconhecer que os seus próprios pontos de vista constituem apenas uma visão possível, que existem outros tantos pontos de vista quanto o número de pessoas (raciocínio e análise das situações e relações sociais) e de compreender o que os outros pensam dele (construção de uma imagem matizada do seu mundo social).

O pensamento adolescente interfere ainda com o desenvolvimento psicoafectivo e sexual, o que possibilita apreender e racionalizar as transformações pubertárias, simbolizar o erotismo e pensar as relações interpessoais na reciprocidade (Crockett, Raffaelli, & Moilanen, 2003; Matos, 2002).

Este poderá causar, no adolescente, sentimentos difusos e confusos como instabilidade / alternância de sentimentos de tristeza/alegria, segurança/insegurança, como por exemplo, o aumento do peito que poderá resultar em orgulho e/ou desconforto.

A sexualidade não diz respeito apenas aos órgãos sexuais, mas a todo o corpo que somos e temos, à nossa forma de estarmos na presença do Outro. Por isso, colocam-se alguns importantes desafios ao adolescente em desenvolvimento (Matos, 2002):

- a) Adaptar-se a um corpo diferente, sexualmente maturo;
- b) Aprender a lidar com os desejos sexuais e com a atenção que gera ser-se sexualmente atrativo (ou repulsivo);
- c) Confrontar-se com atitudes e valores sexuais;
- d) Experimentar diferentes comportamentos sexuais;
- e) Gerir novos níveis de intimidade física e vulnerabilidade psicológica criada pelos encontros sexuais;
- f) Integrar estes sentimentos, atitudes e experiências num Eu em desenvolvimento.

Os acontecimentos desenvolvimentais vividos na adolescência têm ainda um relevante impacto nas emoções experienciadas durante este período.

Podemos identificá-las ao nível físico e hormonal, transformação das estruturas identitárias, a importância acrescida nas mudanças e nas exigências e expectativas sociais (Hardy & Kisling, 2006).

Como se tentou tornar claro anteriormente, a cultura ocidental perspetivou a adolescência como um período de grande stress e turbulência emocional, onde a intensidade emocional, experiência e expressão de uma labilidade emocional ou “mudanças de humor” e o aumento das emoções negativas eram incontornáveis (Braconnier & Marcelli, 2000; Carretero & Cascón, 2004; Coslin, 2002; Sprinthall & Collins, 2003).

Atualmente, embora a visão deste período desenvolvimental não esteja emocionalmente negativamente carregada, Atjer (2004), Fleming (2005) e Slepj (1998) referem sentimentos e/ou ativações emocionais de alienação, desespero e sobrecarga durante o período da

adolescência, que apesar de tudo, considera-se um período complicado e problemático, com conflitos familiares, ansiedade, insegurança e depressão.

A paisagem emocional da adolescência difere da dos períodos que a precedem e a seguem, já que comparando com as crianças, os adolescentes são mais reativos e sensíveis a acontecimentos passados e futuros e comparando com os adultos, os adolescentes experienciam maiores extremos emocionais e uma amplitude maior entre o humor elevado e baixo (sobretudo no que se refere às emoções negativas). Em média, o estado emocional do adulto é mais positivo enquanto que o estado emocional do adolescente é menos persistente no tempo e dissipa-se mais rapidamente (Elkind, 1984; Fleming, 2005; Machado, 2002; Slepj, 1998).

Os estados de luto e depressão são típicos, mas a maioria dos jovens ultrapassa-os naturalmente, encara as dificuldades e supera as tensões emocionais vivenciadas (Marcelli, 2002; Strecht, 2002).

Durante a adolescência prevalecem sentimentos originados pelo processo de reestruturação que o Eu atravessa e que dizem respeito às relações que esse mesmo Eu estabelece quer com o seu próprio mundo interior, quer com o mundo exterior.

No lidar com esses afetos, os grupos desempenham um papel fundamental, constituindo-se como um espaço transitório onde as emoções se podem transformar em elementos pensáveis.

Segundo Fleming (1993), o adolescente precisa de desenvolver e utilizar um amplo leque de competências emocionais no sentido de regular emoções intensas, modular rapidamente variações emocionais, acalmar-se sozinho, consciencializar-se e responder às próprias emoções sem se sentir esmagado por elas e compreender as consequências, para o próprio e para os outros, da expressão emocional genuína versus dissimulação.

O adolescente deverá desenvolver e utilizar o pensamento simbólico para transformar o significado de um acontecimento negativo para um menos aversivo, reconhecer que a identidade do Eu permanece intacta e contínua apesar da flutuação emocional, negociar e manter relações interpessoais na presença de emoções fortes e usar as capacidades cognitivas para reunir informação acerca da natureza e fontes da emoção.

A questão da autonomia, embora importante ao longo de toda a vida, é uma tarefa de desenvolvimento psicológico fundamental na adolescência. É com o desenvolvimento da autonomia que o adolescente poderá desligar-se do controlo dos laços familiares, libertar-se dos constrangimentos e dependência dos outros, ganhar espaço para fazer escolhas e perseguir objetivos próprios, regular o próprio comportamento, cognição e emoção (Atjer, 2004; Elkind, 1984; Soares, 2007; Zimmer-Gembeck & Collins, 2003).

Segundo Atjer (2004) e Soares (2007), a autonomia incorpora uma dimensão comportamental, ou seja, o funcionamento ativo e independente, que inclui a autorregulação do comportamento e agir com base em decisões pessoais, uma dimensão cognitiva, isto é, o sentido de autoconfiança, crença de que se tem o controlo sobre a própria vida, sentimentos subjetivos de ser capaz de tomar decisões sem ser necessária uma validação social excessiva e uma dimensão emocional, ou seja, o sentido de individuação dos pais, conceção mais madura dos próprios pais.

Desta forma, o adolescente pretende um maior controlo sobre si e sobre o ambiente que o rodeia. Alguns dos seus objetivos passam por decorar o quarto como quiser, escolher a roupa e o penteado que gosta, poder gastar o seu dinheiro como quiser, sair sem dizer onde vai, passar férias com os seus amigos, namorar e resolver os seus próprios problemas, seguindo as suas próprias ideias (Marcelli, 2002; Strecht, 2002)

Só se pode compreender o processo de construção da autonomia no contexto das relações de vinculação porque todo o desenvolvimento da autonomia se faz entre dois movimentos complementares (Rosenblum & Lewis, 2003):

- a) Desejo de Proximidade / Ansiedade e Insegurança;
- b) Desejo de Partir / Desejo de Autonomia;

A autonomia afetiva pressupõe um processo de separação interna dos pais idealizados da infância. A rejeição das imagens parentais da infância antecipa o prelúdio a novas ligações, tornando-se inevitável a morte (no plano da fantasia) da imagem e da relação infantil com os pais.

Este movimento carece de uma reestruturação das relações com as figuras de vinculação, pois só nos podemos separar se tivermos vínculos fortes e uma base segura para poder partir. A autonomia não pressupõe a perda ou a rotura emocional total com os pais, mas a conquista de um novo equilíbrio (Atjer, 2004; Soares, 2007).

O supra referido equilíbrio pressupõe, do ponto de vista do adolescente, a mudança de papéis na família, buscando a um estatuto igualitário e relação simétrica em termos de decisão e de responsabilidade.

É neste momento que se vão sucedendo conflitos constantes, desobediência às regras e o desafio à autoridade parental. Não obstante, é importante que os pais não abdicuem da verdadeira autoridade, o que pressupõe a flexibilização dos limites e regras familiares que permita os avanços e os recuos do processo de construção da autonomia e a abertura à negociação e à redefinição de papéis, pois é de esperar a irreverência e áreas de desobediência, mas o conflito deve ser entendido não como destrutivo, mas como maturativo (Machado, 2002).

Contrariamente, pais que se demitem do seu papel deixam o adolescente exposto a uma pseudo-maturidade/autonomia, frágil e vazia de verdadeira autonomia, isto é, uma autonomia pela qual não foi preciso lutar e que, por isso, não se pode estruturar.

Assim, e na esteira de Fleming (1993) e Rosenblum e Lewis (2003), a autonomia pressupõe o ataque à autoridade parental, mas não envolve uma rotura ou o ataque ao vínculo emocional aos pais.

Os pais também vão ter que transformar, progressivamente, a sua relação com o filho adolescente, redefinindo afetiva e funcionalmente a sua parentalidade. A família precisa de redefinir os espaços de cada um, evoluir de uma família de uma criança para uma família de um adolescente (Fleming, 1993; Rosenblum & Lewis, 2003),

Intimamente relacionada com a autonomia, está a identidade, e a sua construção. Segundo Claes (1990), Costa (1991) e Matos (1996), essa é a tarefa por excelência do desenvolvimento do adolescente.

Erik Erikson (1980), definiu-a como uma característica que pressupõe o sentimento subjetivo de unidade e continuidade no tempo, sentimento de unicidade e diferença e de reconhecimento pelos outros.

Este processo resultará das relações complexas entre dois aspetos que se fundem numa mesma dimensão identitária, a saber, a pessoal, que se caracteriza pela perceção subjetiva que a pessoa tem de si própria e a social, que é o conjunto de características que permitem identificar aquela pessoa como tal (Claes, 1990).

A identidade é uma construção pessoal, que, segundo Matos (1996), resulta de um processo dinâmico que integra experiências, vivências e espaços relacionais, não se assumindo como uma estrutura *a priori* (genética e/ou anterior à experiência).

A formação da identidade é uma transformação de carácter permanente, embora mantendo a unidade e a continuidade, ou seja, a identidade é uma construção nunca acabada/finalizada do Eu que *vou sendo* (Claes, 1990; Costa, 1991; Matos, 1996).

O processo de desenvolvimento da identidade inicia-se através da experiência de uma relação segura com a mãe, que permite que o bebé se conheça como distinto das figuras significativas e a introjeção e a identificação com essas figuras são as primeiras formas de estruturação do Eu (Costa, 1991; Matos, 1996). Contudo, só quando o adolescente se torna capaz de seleccionar e sintetizar essas identificações é que a formação da identidade ocorrerá.

Segundo Matos (1996), a identidade própria constrói-se na oscilação entre o investimento objetual, o aproximar do outro e o assimilar das suas qualidades e o investimento narcísico, o afirmar de si próprio.

O ambiente afetivo, social e cultural, as relações interpessoais significativas que nos envolvem e em que nos envolvemos são a base da construção da identidade, já que é na relação *com* os outros que nos conhecemos e reconhecemos.

O Ser Humano é fundamentalmente um ser social e como tal, necessita de interagir com os outros para o seu pleno desenvolvimento bio-psico-social.

Este amadurecimento/desenvolvimento faz-se sozinho, com o melhor amigo, com e contra os pais, com os outros adolescentes e com outros adultos. Como refere Adolf Portmann e Gustav Bally, citado por Sprinthall e Collins (2003): *“O Homem necessita do Homem para chegar a ser Homem”*.

De facto, os outros desempenham um papel crucial na construção da identidade, pois, segundo Claes (1990):

- a) a primeira identidade é a que os Outros nos dão, através da forma como nos imaginam, nos olham e nos sentem;
- b) a nossa identidade é também aquela em função da qual nos experimentamos e sentimos;
- c) tornando nosso modelo o modelo que vemos nos outros.

Somos criados pelo espaço relacional em que vivemos, mas também nos criamos livremente nesse espaço, definindo e diferenciando a nossa identidade peculiar.

A identidade é também o resultado da identificação a nós próprios, de nos percebermos e conhecermos e essa identificação própria faz-se no sentido de uma diferenciação progressiva, por transformações que tornam a identidade mais própria, mais pessoal (Claes, 1990; Matos, 1996), no entanto, para Costa (1991), assumir uma identidade implica também esbater as identificações aos outros.

A construção da identidade é um processo de contínua transformação ao longo de toda a vida, no entanto, e como referido anteriormente, a adolescência constitui-se como um momento fundamental na sua construção, devido:

- a) às novas capacidades de pensar e projetar o futuro que o adolescente adquiriu;
- b) à necessidade que tem de integrar, num todo coeso, as transformações e mudanças desenvolvimentais;
- c) ao movimento que o empurra para a individuação e autonomia;
- d) às pressões sociais para que se defina e defina o seu papel.

A elaboração progressiva do Eu, ao longo da adolescência, traduz-se na construção de uma identidade sólida e inclui três tarefas (Matos, 1996):

- a) a aquisição de uma continuidade temporal do Eu, assumindo o passado e projetando o futuro;
- b) a afirmação do Eu, pela demarcação das imagens parentais interiorizadas;
- c) o compromisso com escolhas que garantem a coerência do Eu, sejam, por exemplo, opções profissionais, polarização sexual e comprometimento ideológico.

Na transição da infância para a adolescência dá-se o início do desenvolvimento de uma autocaracterização mais abstrata, diferenciada e organizada, pois o jovem começa a ver-se a si mesmo sobretudo em termos de crenças e princípios pessoais do que em termos comparativos. A meio da adolescência descreve-se a si mesmo contraditoriamente, mas esta discrepância tende a diminuir, enquanto que no final da adolescência, início da adultez avalia-se globalmente e ao longo de diferentes dimensões e contextos, tendo uma visão mais constante de si mesmo (Braconnier & Marcelli, 2000; Machado, 2002).

A adolescência é também um tempo de liberdade para experimentar diferentes possibilidades, para se conhecer, para ensaiar gestos e procurar significados. Para que o adolescente escolha e se escolha, experimente e se experimente, encontre e se encontre é importante que o seu espaço relacional seja amplo e diversificado, multiplicando assim as suas possibilidades de se identificar e experimentar papéis (Matos, 1996; Sprinthall & Collins, 2003).

A “crise da identidade” de Erik Erikson (1968), claramente descrita por Sprinthall e Collins (2003), insere-se no quinto estágio desenvolvimental (denominado “*Identidade vs Confusão da Identidade*”) e corresponde ao período cronológico que corresponde ao da adolescência.

Da resolução deste desafio/tarefa desenvolvimental resultará (expectavelmente) a formação de uma identidade adulta, fruto da maturação, das expectativas culturais e das pressões sociais.

Sempre e quando a *crise da identidade* é bem sucedida, nasce a capacidade para atingir, por exemplo, a fidelidade, para ser verdadeiro em relação a si próprio e para assumir um compromisso com um conjunto de valores e prioridades.

Se, por outro lado, a *crise da identidade* não é conseguida, o adolescente não adquire a construção e maturação identitária, permanecendo num estado de confusão de identidade, de papeis, de valores (Erikson, 1968; Sprinthall & Collins, 2003).

James Marcia (1966; 2010) demonstrou duas fases intermédias entre os extremos do *continuum* identidade/ difusão da identidade. Propôs 4 Estatutos de Identidade:

- a) difusão da identidade;
- b) insolvência (*foreclosure*) identitária;
- c) moratória da identidade;
- d) realização da identidade.

Na *difusão da identidade* existem poucos ou nenhuns compromissos (com pessoas ou princípios), dá-se ênfase à relatividade das coisas e à vivência de cada momento, parece não existir um Eu claramente definido e cristalizado, a vida mostra-se sem direção e errante, o adolescente rejeita as normas convencionais sem apresentar alternativas e sente-se rejeitado pela família e isolado a nível interpessoal.

Na *insolvência identitária*, evita fazer escolhas autónomas, é, sobretudo orientado pelos outros do que por si próprio, aceita o papel que lhe impõem sem questionar, tem medo de assumir as responsabilidades que a autonomia acarreta, escolhe a segurança do não confronto com outras alternativas, é visto como rígido e intolerante perante as opiniões dos outros e tem dificuldade em diferenciar-se da família.

Na *moratória da identidade* existe uma pausa para poder explorar e procurar alternativas, o jovem sente grande necessidade de se testar a si próprio numa variedade de experiências, no sentido de obter um conhecimento cada vez maior do seu Eu, os compromissos são, temporariamente, evitados. Embora seja já emocionalmente lábil, evidencia frustração e incerteza, apresentando padrões contrastantes de rebeldia e submissão.

Na *realização da identidade* referimo-nos à formação da individualidade e da auto-orientação, também reconhecidas pelos outros, o que implica uma grande capacidade para tomar decisões e assumir compromissos. O adolescente é aberto às opiniões dos outros e reflete sentimentos de confiança, estabilidade e otimismo em relação ao futuro, tendo consciência das dificuldades de implementação dos elementos de identidade escolhidos. Finalmente, apresenta maior capacidade para estabelecer relações íntimas.

Na adolescência, comparativamente com a infância, há um alargamento do mundo social, que se deve ao facto de existir maior número e mais diversos contactos sociais nesta fase da vida (Marcia, 1980).

Ao longo da adolescência, o pequeno grupo de pares, da mesma idade e sexo, é substituído pela participação em atividades sociais em grandes grupos de ambos os sexos.

As relações com os amigos constituem um dos principais contextos em que o adolescente desenvolve características pessoais (sobretudo competências sociais) essenciais na idade adulta, pois é um grupo de relações horizontais (igualdade de poder), que o adolescente tem espaço próprio e vê a sua voz respeitada (Machado, 2002; Sprinthall & Collins, 2003).

Para Costa (1991), o grupo de pares é um espaço que permite ao adolescente fazer a transição entre a família e o poder ficar só, pensar, pensar a sua família e pensar-se em relação com os outros, sentir-se compreendido nas suas angústias, medos, desejos e incertezas, desenvolver um sentimento de pertença e reestruturar a autoestima.

O grupo de pares é então, um espaço que permite ao adolescente experimentar diversas possibilidades e papéis, experimentar-se nos e com os outros, refletir sobre atitudes, valores e ideias, viver afetos, fortalecer a sua identidade sexual (Braconnier & Marcelli, 2000).

A importância dos pares também se traduz no sentimento de lealdade ao grupo, na intimidade entre seus membros, na partilha de segredos, na adesão de cada um à imagem visual do grupo, na forma de expressar comportamentos grupais, na rebeldia e transgressão.

Os pares exercem, segundo Matos (1996), sobre o desenvolvimento do adolescente dois tipos de influência:

- a) informal, que funciona como fonte de conhecimento acerca de padrões comportamentais, atitudes, valores e consequências em diferentes situações;
- b) normativa, pois exerce pressão social no sentido de se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do grupo.

Os pares influenciam o desenvolvimento do adolescente através de dois tipos de processos sociopsicológicos:

- a) comparação social, dado que o comportamento e as capacidades dos outros constituem os termos de comparação de acordo com os quais o adolescente faz a sua autoavaliação;
- b) conformismo, pois corresponde à adoção do mesmo comportamento/atitudes que os pares adotam.

O grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos potenciadores de risco (Claes, 1990).

Os amigos (pares) e os pais são igualmente significativos para o adolescente, enquanto relações que se complementam.

A família é considerada um suporte indispensável no equilíbrio emocional do adolescente, salientando-se a sua importância no aconselhamento e resolução de problemas, amadurecimento de ideias e apoio nos momentos difíceis (Machado, 2002).

A importância dos amigos centra-se no lazer, diversão e também algum aconselhamento e, de um modo geral, as pressões opostas dos amigos e dos pais são menos comuns do que a convergência de opiniões (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Os adolescentes não são "vítimas indefesas" de nenhuma destas influências, combinam as informações e as influências provenientes dos amigos, dos pais e dos seus julgamentos pessoais (Fleming, 1993).

É com os pares e na escola que os adolescentes passam grande parte do seu tempo.

A Escola, enquanto instituição socializadora por excelência, é um lugar de aprendizagens escolares, mas também, e sobretudo, de aprendizagens relacionais, de experiências e (des)encontros com os outros (colegas e adultos) e de experimentação e responsabilização (Fleming, 2005).

A Escola é por isso, um espaço por excelência de socialização, de dúvidas e duvidar, de confronto com limites e conquista da autonomia, de possibilidades de ser e de construção de uma identidade sólida e coerente.

Esta construção implica também o desenvolvimento de valores e de valorações, o que se torna possível pelo desenvolvimento moral.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001) Kohlberg define 3 níveis (com 2 estádios cada) do desenvolvimento moral. Assim, no 1º nível, os indivíduos estão sobre controlo externo, obedecendo às regras definidas, evitando o castigo, buscando ser premiado e/ou agindo por interesse próprio. Denomina-se moralidade pré-convencional e é típico de crianças dos 4 aos 10 anos.

Na moralidade convencional ou moralidade da conformidade do papel de conformidade, as pessoas internalizam os padrões das figuras de autoridade, preocupam-se por serem "boas pessoas", agradando aos outros e mantendo a ordem social. Este nível é atingido com mais do que 10 anos de idade, mantendo-se até à idade adulta e, para alguns indivíduos, permanece toda a vida.

No 3º nível, denominado moralidade pós-convencional ou moralidade dos princípios morais autónomos, as pessoas são capazes de identificar e discutir conflitos entre os padrões morais vigentes e o seu julgamento desses tendo como base conceitos de certo, errado, justo, injusto, equitativo, entre outros. A este nível chegam as pessoas de idade equivalente à adolescência, idade adulta, ou mesmo, nunca. Apesar desta dificuldade de elevação a este

estádio de desenvolvimento moral (6º estágio), Kohlberg postula a existência de um 7º estágio, cósmico, cuja preocupação do sujeito moral é dirigida para o efeito das suas ações não apenas no outro, mas no Outro universal, tomado numa perspetiva holística.

Na teoria de Kohlberg (1981; 1992), mais do que respostas específicas e padronizadas aos dilemas morais, interessa o processo de raciocínio. Neste sentido, respostas materialmente distintas poderiam refletir níveis e/ou estádios de moralidade iguais.

O desenvolvimento cognitivo é elemento necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento moral de um sujeito. Existem, pois, fatores que podem interferir com o desenvolvimento moral, como sejam o desenvolvimento emocional e as experiências de vida significativas de um dado sujeito (Carita & Tomé, 2010).

Como referido no início deste capítulo, a adolescência foi percecionada como um período do desenvolvimento instável, demasiado emocional e inconstante. Weiner (1995) recolhe e sistematiza os argumentos que fundamentariam pseudo-cientificamente essa corrente de pensamento. Desde Stanley Hall, Anna Freud e Peter Blos, Erik Erikson, James Coleman, Kenneth Keniston e Margareth Mead. Todos estes autores, de uma forma ou de outra, contribuíram para a origem, manutenção e publicitação da ideia que o estado de perturbação na adolescência é normativo (Weiner, 1995).

Desta ideia, surgem as inevitáveis consequências ou implicações para o campo clínico:

- a) a maioria dos adolescentes apresenta sinais de perturbação psicológica aparente que, na realidade, não se constituem como quadros psicopatológicos;
- b) é difícil, se não impossível, distinguir o desenvolvimento adolescente normativo do não normativo;
- c) a maioria dos exemplos de comportamento aparentemente desviado em adolescentes, é constituída por perturbações passageiras que desaparecerão por si.

Todas estas implicações foram rejeitadas e abandonadas ou porque surgiram estudos que mostravam os problemas de indução destas conclusões (do observado em pequenas amostras de adolescentes, generalizado a todo um período desenvolvimental), ou com a existência de conclusões contrárias (Weiner, 1995).

Atualmente vigoram as ideias de que a adolescência normativa é adaptativa, sendo que o desenvolvimento da personalidade é um processo que acontece num continuo cronológico (Braconnier & Marcelli, 2000; Sprinthall & Collins, 2003; Weiner, 1995).

"*Os adolescentes são emocionalmente estáveis*" é a conclusão a que chegaram Offer e Sabshin (1984), já que posteriormente ao tratamento estatístico de milhares de inquiridos e

entrevistas, realizados com diferentes amostras de diferentes ambientes, verificaram que os respondentes se caracterizavam por serem confiantes em si, otimistas, socialmente bem adaptados e livres de qualquer dor psicológica forte (Petersen, 1988; Powers, Hauser & Kilner, 1989).

Desacreditada, a teoria de que a adolescência não significa necessariamente desequilíbrio psicológico, comportamental e/ou emocional, de per si, vem permitir olhar para as doenças que se identificam *nos* adolescentes e não *dos* adolescentes.

Segundo Weiner (1995) terá sido James Masterson em 1967, o primeiro a publicar um estudo onde avaliou padrões de sintomas em 101 adolescentes entre 12 e 18 anos que funcionaram como grupo de controlo para uma amostra de jovens seguidos clinicamente. Verificou, que no grupo dos não-doentes (grupo de controlo, portanto), 20% apresentava sintomas psicopatológicos que perturbavam bastante ou seriamente o funcionamento escolar e social dos sujeitos, 63% apresentava sintomas ocasionais (principalmente ansiedade e depressão), que causavam prejuízos ligeiros no seu funcionamento e os restantes 17% dos adolescentes estavam completamente livres de qualquer sintoma.

Estes dados são confirmados pelos estudos de Rutter, Graham, Chadwick e Yule em 1976, Kashani, Beck, Hooper, Fallahi, Corcoran, McAllister, Rosenberg e Reid em 1987, Offer, Ostrov e Howard em 1987, Tuma em 1989 e Esser, Schmidt e Woerner em 1990, que citados por Weiner (1995) apontam para que 20% dos adolescentes experimentem diminuições de funcionamento clinicamente significativo, 60% apresentam alguns sintomas que perturbam ligeiramente o normal funcionamento do jovem, e 20% dos adolescentes apresentam-se livres de qualquer sintoma. Esta distribuição percentual é generalizável também à idade adulta (Weiner, 1995).

Outra problemática associada à adolescência pela literatura é a ansiedade. Esta é considerada como uma emoção básica que se caracteriza por um estado de apreensão difusa e desconfortável, geralmente acompanhado por reações do sistema nervoso autónomo (Fonseca, 2010). Segundo Fonseca (2010), a ansiedade seria uma característica esperada, normal e importante no desenvolvimento da criança e do adolescente, reduzindo a sua intensidade, duração e frequência com o passar da idade, experiências e autonomia.

Em Portugal, existem números relativamente semelhantes e também eles preocupantes. Os dados foram retirados do relatório do estudo português do *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), promovido pela Organização Mundial de Saúde e liderado em Portugal pela equipa Projeto Aventura Social, liderado por Matos *et al.* (2010).

Assim, Matos *et al* (2010) revelam que 13,5% (N=5000) dos adolescentes respondentes declaram ter sentido tristeza/depressão quase todos os dias ou mais do que uma vez por semana, 16.6% (N=4997) referem ter dificuldade para adormecer e 17.5% (N=5009) refere

nervosismo. Em relação à distribuição destes sintomas por género, existe uma ligeira prevalência no grupo feminino (+4% na tristeza/depressão, +2.8% na dificuldade em adormecer e 4.4% no estar nervoso).

À questão “*fico tão triste que não aguento*”, de 4670 respondentes verificamos que 50.3% responderam nunca ou quase nunca, enquanto que os restantes, responderam “às vezes” (45.8%) e “*ando assim quase sempre*” (3.8%).

Fonseca (2010) cita o *European School Survey Project On Alcohol and other Drugs* (ESPAD), em que 10 a 35% dos rapazes e 15 a 40% das raparigas referem humor depressivo. Antes dos 15 anos não se verificam diferenças significativas entre géneros, mas depois dos 15 anos a probabilidade de depressão quase que duplica. Este facto poderá ser explicado com menor assertividade e maiores alterações durante essa etapa desenvolvimental, logo, em maior risco (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

São apontadas ainda outras possíveis razões para a existência de algum humor distímico durante a adolescência, como a entrada na puberdade (questão não só físico-hormonal), alteração escolar, divórcio dos pais, entre outros (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Fonseca (2010) afirma que os géneros assumem, genericamente, uma atitude distinta perante as flutuações de humor, pois os rapazes distraem-se até o humor passar, enquanto que as raparigas tendem a buscar a razão desse humor, o que acaba por deprimi-las mais tempo, por reforço desse mesmo humor deprimido.

Finalmente, são identificadas questões que dizem respeito aos comportamentos de consumo, abuso e dependência de substâncias.

O estudo (ESPAD) já referido (por Fonseca, 2010) mostra claramente que as perturbações do consumo de substâncias são um importante problema de saúde pública, já que 82% dos alunos de 15-16 anos de idade consumiam bebidas alcoólicas e 39% tinham-se embebedado no último ano (Hibell *et al.*, 2009). Acresce ainda que cerca de 1 em cada 5 dos adolescentes refere ter consumido *cannabis* alguma vez.

Em Portugal, existem números relativamente semelhantes e também eles preocupantes. Os dados presentes no relatório do estudo português do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) por Matos *et al* (2010) denota que de uma amostra de 2907 alunos, 26.4% bebeu álcool aos 11 ou antes dos 11 anos e 41.9% entre os 12 e 13 anos, inclusive. No que concerne à variável embriaguez (N=1213), 61.7% declara esse estado com 14 ou mais de 14 anos de idade, embora 75.1% refiram nunca ter estado embriagados.

Quando se analisam amostras parciais (N=3494, alunos que frequentam o 8º e 10º anos de escolaridade), 37% refere consumo durante o fim de semana à noite. Em relação ao consumo de *cannabis*, 93.1% (N=4973) dos jovens portugueses referem nunca o ter feito. Dos que o

fazem, são mais os rapazes (8.5% contra 5.5% das raparigas; N=4973) e frequentam o 10º ano de escolaridade (14.7%; N=4973).

Atualmente são frequentemente referidos os problemas sobre a aquisição do estatuto de “jovem adulto” e a sua relação com o prolongamento do tempo de escolaridade sendo que a sua própria marca reside em ser simultaneamente adolescente e jovem adulto.

Na realidade, torna-se adulto no ponto de vista sexual e intelectual, e mantém-se adolescente no ponto de vista social e afetivo. Apesar de ser adulto ao nível sexual e intelectual, ele continua a ser dependente afetivamente, por ter dificuldade de se separar dos laços anteriores ou prescindir deles sem efeitos secundários. É essa simultaneidade de “ser adolescente e jovem adulto” que o define e constitui como tal.

Desta aparente e vivencial contradição resulta uma revolta simultânea contra outrem e contra si próprio, uma desadaptação a um e a outro.

Como refere Fonseca (2002), o desenvolvimento psicossocial vai condicionar a capacidade que o adolescente tem de se ver a si próprio e de se relacionar com os outros e compreende essencialmente quatro tarefas:

- a) autonomia que vai construindo face aos pais e à família;
- b) os projetos de futuro que passam por um objetivo vocacional;
- c) o amadurecimento da sexualidade;
- d) o desenvolvimento de uma autoimagem positiva, essenciais para a formação da identidade

E tal como nos diz Braconnier e Marcelli (2000), o adolescente contemporâneo é, antes de mais, um ser de paradoxos, já que ele quer ser totalmente autónomo, mas, ao mesmo tempo, solicita aos pais atos banais da vida quotidiana.

À medida que os adolescentes amadurecem tornam-se mais capazes de pensar sobre si próprios e de partilhar com os outros as suas dúvidas e receios. Assim, os indivíduos que se encontram no final da adolescência, quando comparados com os mais novos, parecem-se mais com os adultos, inclusive na manifestação dos sentimentos depressivos, já que, de acordo com Weiner (1995), alguns adolescentes mais velhos podem ainda exprimir a depressão indiretamente, através do comportamento desadaptativo.

Baseado na sua vasta experiência clínica, Rogers conclui que os indivíduos têm a capacidade de experienciar e de se tomarem conscientes dos seus desajustamentos. Rogers postula, portanto, um movimento natural para a resolução do conflito. Ele vê o ajustamento não como

um estado estático, mas como um processo no qual novas aprendizagens e novas experiências são cuidadosamente assimiladas.

Na senda de Goldstein (1939, citado em Hipólito, 2010), também Rogers assumiu a teoria organísmica, ou seja, a teoria que afirma que um organismo é governado pela tendência para se atualizar, tanto quanto possível, as suas capacidades individuais, a sua natureza. Esta tendência para se atualizar a si mesmo, é a *drive* básica, a única pela qual é determinada a vida do organismo. A tendência da vida normal é a atividade e o progresso (citado em Hipólito, 2010, p.149).

Hipólito (2010) apresenta-nos de forma crítica e sistematizada a teoria do desenvolvimento humano a partir da abordagem centrada na pessoa, auxiliando dessa forma ao entendimento desse desenvolvimento, mas também possíveis perturbações ou obstáculos a esse desenvolvimento.

Um dos conceitos-chave que sustenta a teoria da abordagem centrada na pessoa e, inequivocamente, a teoria da personalidade apresentada por Rogers, é o de Tendência Formativa. Numa das suas últimas obras, o autor utilizou os conceitos de "sintropia" (Szent-Gyorgyi, 1974) e de "tendência mórfica" (Whyte, 1974), para enunciar o conceito de "tendência formativa", querendo com isto significar "a tendência sempre atuante em direção a uma ordem crescente e a uma complexidade interrelacionada, visível tanto no nível inorgânico como no orgânico" (Rogers, 1983, p.45 como citado em Hipólito, 2010, p. 147).

Desta forma, para Carl Rogers, o Homem tende sempre ao crescimento e ao desenvolvimento das suas potencialidades. Ele será sempre o melhor que puder (leia-se, que consiga), se lhe forem dadas as condições necessárias e suficientes para a sua existência.

A inovação em Rogers não passa então pelo reconhecimento de uma estrutura interna potenciadora de atualização, mas sim, no facto de atribuir a cada Homem todo o protagonismo na definição e regulação desta estrutura (Hipólito, 2010; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Rogers, 1961; 2009).

Para o criador da abordagem centrada na pessoa, existe a capacidade de autorregulação que permite ao sujeito atuar sempre na sua construção e ação face ao mundo exterior.

Carl Rogers partilha com Maslow a ideia de que a autorrealização consiste no mais alto nível de realização e que as pessoas com esta característica teriam uma mente aberta, capacidade para se orientar pelo seu instinto e não pelas opiniões de terceiros e uma necessidade contínua de se melhorar (Hipólito, 2010).

Assim, o ser humano é um ser em interação com o mundo e com os outros, mas assume sempre principal protagonismo na sua percepção, construção e ação. Está mais uma vez

subjacente a esta posição uma perspectiva do Ser Humano enquanto *único* e com potencial em si.

Enquanto as perspectivas psicanalítica e behaviorista concebiam o ser humano como, em parte, um produto ou do seu inconsciente (psicanalítica) ou do seu meio (behaviorista), para Carl Rogers, toda a responsabilidade da construção do Ser, reside no próprio indivíduo.

Os principais conceitos da teoria da personalidade Rogeriana são o organismo, o campo fenomenológico, o self e o ego. Consideramos organismo como o indivíduo no seu todo que reage como um todo para satisfazer as suas necessidades. Tende à realização, autoconservação, e à sua melhoria (improvement). O campo fenomenológico são todas as experiências do indivíduo tanto conscientes como inconscientes. Entendemos Self como uma parte distinta do campo fenomenológico que consiste no conjunto de percepções conscientes do “eu” que estabelece a interação entre organismo e meio. O Ego é acessível à consciência, consistindo nas percepções das características e relações individuais em conjunto com os valores (Bozarth, 2001)

Hipólito (2010) descreve com detalhe o processo proposto por Carl Rogers no que ao desenvolvimento diz respeito.

Este processo, no qual está subjacente a presença de condições apropriadas, inicia-se na célula primordial, em cujo desenvolvimento está manifesta a tendência atualizante. Esta célula ou ovo contém todas as informações necessárias ao desenvolvimento máximo das potencialidades do ser vivo originadas nas informações herdadas geneticamente, abrangendo não só as características físicas (ex. cor dos olhos, altura) como também as capacidades psíquicas. (Hipólito, 2010, p. 150)

Ainda segundo Hipólito (2010), e não obstante todo o organismo em desenvolvimento ser vulnerável a obstáculos e "traumas" (no sentido de limitação ou redução de condições ótimas da sua atualização), esse desenvolvimento realiza-se autonomamente e através de um locus interno de controlo, respeitadas as condições bio-psico-sociais potenciais e atualizáveis de casa sujeito.

A hipercomplexificação do processo de desenvolvimento humano prossegue, com o nascimento do bebé, ou seja, a constituição de um Self organísmico onde existe uma integração total e plena da experiência, nada existindo fora dos limites da experiência. O indivíduo desenvolverá posteriormente a percepção do outro, sendo ele significativo (mãe) ou não significativo (outros), o que, progressivamente causa um processo de dissociação de percepções sobre a realidade e a relação do organismo com a realidade, quer seja a sentida e percebida (Self real), quer com a esperada ou desejada (Self desejado) (Hipólito, 2010).

É a partir desta base de desenvolvimento e funcionamento que Carl Rogers entende o sujeito e é desta base que surgem os problemas, obstáculos, deficits, sintomas psicológicos e somáticos de dor, fraco ajustamento e incongruência que cada indivíduo humano encontra no seu processo de atualização.

Finalmente, e como resposta para facilitar a congruência e potenciar a auto-actualização, estrutura-se um processo terapêutico com o cliente, característico da Terapia Centrada no Cliente, que como tal, assentará nas clássicas seis condições necessárias e suficientes (Hipólito, 2010)

A terapia centrada no cliente esforça-se por estabelecer uma atmosfera na qual condições de valor prejudiciais possam ser postas de lado, permitindo, portanto, que as forças saudáveis de uma pessoa retomem sua dominância original.

3. Corpo Empírico

3.1. Apresentação do estudo:

Sempre que se inicia um trabalho de investigação, visando posterior intervenção, surgem alguns objetivos e ou necessidades do e para o mesmo estudo.

A temática da saúde mental, sobretudo em populações escolares, tem tido uma crescente atenção da comunidade científica dada a sua relevância social. Os “utentes” da escola passam muito tempo nela e a escola, muito embora alguns esforços locais e pontuais, não está preparada para os desafios da contemporaneidade dos jovens e adolescentes, nem para intervir de forma eficaz e fundamentada em áreas, como as da saúde mental. Da pesquisa realizada ressalta a evidência de que poucos estudos existem de aplicação de procedimentos em counselling ao contexto escolar, bem como estudos de validação de instrumentos e, finalmente, sobre a importância do counseling na e para a população escolar.

Considera-se, pois, relevante do ponto de vista científico e social operacionalizar recursos para a avaliação e intervenção psicológica nesta área, pretendendo-se não só acrescentar informação sobre a população existente numa instituição escolar, mas pensar e aplicar uma intervenção buscando a melhoria da qualidade de vida dos estudantes dessa mesma escola, apresentando e aplicando um programa de counselling.

Para tal, o presente trabalho assume como objetivos principais:

1. Medir a Saúde Mental numa amostra estudantil, através do *Inventário de Saúde Mental (ISM)*, já validado para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011);
2. Medir os Recursos internos numa amostra estudantil, através do *Coping Resources Inventory (CRI)* de Marting e Hammer (2004);
3. Validar o CRI para uma população estudantil;
4. Testar a eficácia de um modelo de intervenção de base counseling utilizando a abordagem centrada na pessoa.

A tipologia ou a natureza do estudo é para os dois (2) primeiros objetivos deste trabalho, observacional-descritivo, dado que se pretende a aplicação de dois (2) instrumentos de avaliação e a descrição dos resultados obtidos por ambos.

É psicométrico no terceiro objetivo, pois propomo-nos validar um instrumento de avaliação (no caso, o CRI) para uma determinada população (no caso, a portuguesa) e quasi-

experimental quando se pretende testar a eficácia de um modelo de intervenção (4º objetivo), já que se controlam e manipulam variáveis independentes, que se medem previamente e posteriormente à intervenção, num grupo de experimental e num grupo de controlo.

3.2 Método

3.2.1. Participantes:

Os participantes deste trabalho dividem-se em três grupos ou amostras, constituídas por conveniência, já que amostra foi recolhida no concelho de Beja, no sentido de potenciar o acesso facilitado a uma população de interesse investigativo. Assim, os participantes no presente trabalho foram distribuídos da seguinte forma:

Amostra A. 927 alunos de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do concelho de Beja (portanto, alunos do ensino básico e do ensino secundário), sendo por isso, o número total de alunos inscritos e presentes na escola nos dois dias de aplicação dos instrumentos (20 e 21 de Setembro de 2010), sem qualquer controlo da sua saúde física e/ou mental;

Amostra B. 30 alunos que foram sujeitos a intervenção (ou seja, o grupo experimental), constituída por conveniência, através dos alunos que foram enviados ou voluntariamente buscaram os Serviços Educativos de Apoio Educativo da Escola (SEAE) com alunos do ensino básico e secundário do concelho de Beja escolhida para o presente trabalho (ao longo do ano letivo de 2010/2011);

Amostra C. 30 alunos que não foram alvo de qualquer intervenção, sendo, por isso mesmo, denominados de grupo de controlo, constituída por conveniência através da participação de alunos num projeto de investigação, publicitado apenas em recinto escolar (na Escola escolhida para realizar este trabalho).

De seguida apresentar-se-á a caracterização de cada uma destas três amostras, no que diz respeito à sua idade, género, ano de escolaridade, frequência de agrupamento (se aluno do ensino secundário), se tem residência na cidade onde se encontra a escola, ou seja, Beja, se é aluno repetente, se é aluno novo na escola, se realiza atividade desportiva fora da escola, se pretende ingressar no ensino superior e se sabe o que fazer quando terminar os seus estudos obrigatórios (conferir Tabelas 1 a 30).

Como se pode observar na tabela 1, a idade dos participantes da amostra A varia entre os 12 anos (2.6%) e os 19 anos (3.2%). A média de idades é de 15.69 anos (com um desvio padrão de 1.62 anos), sendo a moda e mediana de 16 anos de idade.

Tabela 1 - *Caracterização da amostra A por idade (n=918)*

Idades	Frequência	Percentagem
12	24	2.6
13	72	7.8
14	138	14.9
15	138	14.9
16	252	27.2
17	177	19.1
18	87	9.4
19	30	3.2
Total	918	99.0

A tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes da amostra A por género. Verificamos que 492 alunos são do género masculino (53.1%) e que 420 são do género feminino (45.3%).

Tabela 2 - *Caracterização da amostra A por género (n=912)*

	Frequência	Percentagem
Masculino	492	53.1
Feminino	420	45.3
Total	912	98.4

A tabela 3 indica a distribuição dos participantes da amostra A por ano de escolaridade. Verificamos que 67% dos participantes frequentam o ensino secundário (10º ano = 21.7%, 11º ano = 24.9% e 12º ano = 20.4%) enquanto 33% frequentam o ensino básico (7º ano = 6.5%, 8º ano = 11.0% e 9º ano = 14.2%).

Tabela 3 - *Caracterização da amostra A por ano de escolaridade (n=915)*

	Frequência	Percentagem
7º ano	60	6.5
8º ano	102	11.0
9º ano	132	14.2
10º ano	201	21.7
11º ano	231	24.9

12º ano	189	20.4
Total	915	98.7

A tabela 4 mostra a caracterização da amostra A por frequência de agrupamento (no ensino secundário). Os participantes desta amostra são na sua maioria alunos de ciências e tecnologias (55.3%), seguidos de económico social (7.4%) e apenas 0.3% de alunos identificaram que frequentavam o ensino profissional.

Tabela 4 - Caracterização da amostra A por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=879)

	Frequência	Percentagem
Aluno do ensino básico	294	31.7
Ciências e Tecnologias	513	55.3
Económico Social	69	7.4
Profissional	3	0.3
Total	879	94.8

A tabela 5 apresenta a caracterização dos participantes da amostra A no que à sua residência diz respeito. Verificamos que 603 alunos (65.0%) vive na cidade de Beja, enquanto que 321 alunos (34.6%) reside fora da zona urbana da cidade de Beja.

Tabela 5 - Caracterização da amostra A por residência (ou não) na cidade de Beja (n=924)

	Frequência	Percentagem
Sim	603	65,0
Não	321	34,6
Total	924	99,7

Na tabela 6 poderemos identificar a caracterização da amostra A no que concerne à existência de uma (1) ou mais retenções no percurso escolar do aluno. Nesta amostra, 13.9% dos alunos já ficou retido pelo menos uma (1) vez no seu percurso escolar, enquanto que 85.8% dos alunos nunca ficaram retidos durante o seu percurso escolar.

Tabela 6 - Caracterização da amostra A por alunos retidos (n=924)

	Frequência	Percentagem
Sim	129	13.9
Não	795	85.8
Total	924	99.7

A tabela 7 apresenta-nos a caracterização da amostra A por alunos de primeira (1ª) matrícula numa Escola Secundária com 3º Ciclo em Beja, ou seja, alunos novos na escola. Podemos verificar que esta amostra é constituída por 30.1% de novos alunos e de 69.6% de alunos que no ano anterior à aplicação dos instrumentos, já frequentavam a escola.

Tabela 7 - *Caracterização da amostra A por novos alunos na escola (n=924)*

	Frequência	Percentagem
Sim	279	30.1
Não	645	69.6
Total	924	99.7

A tabela 8 mostra a distribuição dos participantes da amostra A por prática de atividade desportiva fora da escola, ou seja, fora da disciplina curricular obrigatória “Educação Física”. Os resultados obtidos demonstram que 58.9% dos alunos referem praticar atividade física fora do contexto escolar, enquanto que 40.8% refere não o fazer.

Tabela 8 - *Caracterização da amostra A pela prática de atividade desportiva fora da escola (n=924)*

	Frequência	Percentagem
Sim	546	58.9
Não	378	40.8
Total	924	99.7

A tabela 9 revela a caracterização dos participantes da amostra A por intenção de ingresso no ensino superior. Verifica-se que 91.9% dos participantes refere ter intenção de ingressar no ensino superior, e por outro lado, 6.5% refere não ter intenção de ingressar no ensino superior.

Tabela 9 - *Caracterização da amostra A por intenção de ingresso no ensino superior (n=912)*

	Frequência	Percentagem
Sim	852	91.9
Não	60	6.5
Total	912	98.4

A tabela 10 apresenta a caracterização dos participantes da amostra A por objetivos no período posterior ao período escolar obrigatório. Os resultados obtidos evidenciam que 69.6% dos alunos referem ter objetivos pós escolaridade obrigatória, enquanto que 29.4% dos alunos participantes nesta amostra referem não ter objetivos para o período posterior à escolaridade obrigatória.

Tabela 10 - Caracterização da amostra A por objetivos pós período escolar obrigatório (n=918)

	Frequência	Porcentagem
Sim	645	69.6
Não	273	29.4
Total	918	99.0

É agora apresentada a caracterização, segundo as mesmas variáveis demográficas, mas para a amostra B, a saber, do grupo que foi intervencionado (grupo experimental).

Como se poderá observar na tabela 11, a idade dos participantes da amostra B varia entre os 12 anos (13.3%) e os 18 anos (3.3%). A média de idades é de 14.27 anos (com um desvio padrão de 1.43 anos), sendo a moda e mediana de 14 anos de idade.

Tabela 11 - Caracterização da amostra B por idade (n=30)

Idades	Frequência	Porcentagem
12	4	13.3
13	4	13.3
14	10	33.3
15	6	20.0
16	5	16.7
18	1	3.3
Total	30	100

A tabela 12 apresenta a distribuição dos participantes da amostra B por género, onde 40% dos alunos são do género masculino e 60% dos alunos são do género feminino.

Tabela 12 - Caracterização da amostra B por género (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Masculino	12	40.0
Feminino	18	60.0
Total	30	100.0

A tabela 13 indica a distribuição dos participantes da amostra B por ano de escolaridade. Verificamos que 63.3% dos participantes frequentam o ensino básico (7º ano = 13.3%, 8º ano = 16.7% e 9º ano = 33.3%), enquanto 36.3% frequentam o ensino secundário (10º ano = 26.7%, 11º ano = 6.7% e 12º ano = 3.3%).

Tabela 13 - Caracterização da amostra B por ano de escolaridade (n=30)

	Frequência	Percentagem
7º ano	4	13.3
8º ano	5	16.7
9º ano	10	33.3
10º ano	8	26.7
11º ano	2	6.7
12º ano	1	3.3
Total	30	100.0

A tabela 14 mostra a caracterização da amostra B por frequência de agrupamento (no ensino secundário). Os participantes desta amostra são na sua maioria alunos de ensino básico (63.3%). Os que frequentam o ensino secundário dividem-se em ciências e tecnologias (23.3%), seguidos de económico social (6.7%) e o mesmo valor (6.7%) de alunos que frequentam o ensino profissional.

Tabela 14 - Caracterização da amostra B por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=11)

	Frequência	Percentagem
Ciências e Tecnologias	7	23.3
Económico Social	2	6.7
Profissional	2	6.7
Total	11	36.7

A tabela 15 apresenta a caracterização dos participantes da amostra B no que a sua residência diz respeito. Verificamos que 40% dos alunos participantes (12) vive na cidade de Beja, enquanto que 60% dos alunos participantes (18) reside fora da zona urbana da cidade de Beja.

Tabela 15 - Caracterização da amostra B por residência (ou não) na cidade de Beja (n=30)

	Frequência	Percentagem
Sim	12	40.0
Não	18	60.0
Total	30	100.0

Na tabela 16 poderemos identificar a caracterização da amostra B no que concerne à existência de uma (1) ou mais retenções no percurso escolar do aluno. Nesta amostra, 40%

dos alunos participantes já ficou retido pelo menos uma (1) vez no seu percurso escolar, enquanto que 60% dos alunos nunca ficaram retidos durante o seu percurso escolar.

Tabela 16 - *Caracterização da amostra B por alunos retidos (n=30)*

	Frequência	Porcentagem
Sim	12	40.0
Não	18	60.0
Total	30	100.0

A tabela 17 apresenta-nos a caracterização da amostra B por alunos de primeira (1^a) matrícula numa Escola Secundária com 3º Ciclo da cidade de Beja, ou seja, alunos novos na escola. Podemos verificar que esta amostra é constituída por 30% de novos alunos e de 70% de alunos que no ano anterior à aplicação dos instrumentos, já frequentavam a escola.

Tabela 17 - *Caracterização da amostra B por alunos novos na escola (n=30)*

	Frequência	Porcentagem
Sim	9	30.0
Não	21	70.0
Total	30	100.0

A tabela 18 mostra a distribuição dos participantes da amostra B por prática de atividade desportiva fora da escola, ou seja, fora da disciplina curricular obrigatória “Educação Física”. Os resultados obtidos demonstram que 23.3% dos alunos referem praticar atividade física fora do contexto escolar, enquanto que 76.7% refere não o fazer.

Tabela 18 - *Caracterização da amostra B pela prática de atividade física fora da escola (n=30)*

	Frequência	Porcentagem
Sim	7	23.3
Não	23	76.7
Total	30	100.0

A tabela 19 revela a caracterização dos participantes da amostra B por intenção de ingresso no ensino superior. Verifica-se que 83.3% dos participantes refere ter intenção de ingressar no ensino superior, e por outro lado, 16.7% refere não ter intenção de ingressar no ensino superior.

Tabela 19 - *Caracterização da amostra B por intenção de ingresso no ensino superior (n=30)*

	Frequência	Porcentagem
--	------------	-------------

Sim	25	83.3
Não	5	16.7
Total	30	100.0

A tabela 20 apresenta a caracterização dos participantes da amostra B por objetivos no período posterior ao período escolar obrigatório. Os resultados obtidos evidenciam que 83.3% dos alunos referem ter objetivos pós escolaridade obrigatória, enquanto que 16.7% dos alunos participantes nesta amostra referem não ter objetivos para o período posterior à escolaridade obrigatória.

Tabela 20 - Caracterização da amostra B por objetivos pós período escolar obrigatório (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	25	83.3
Não	5	16.7
Total	30	100.0

Finalmente apresentam-se os alunos participantes da amostra C, ou seja, a amostra de alunos que não sofreu qualquer intervenção (grupo de controlo).

Na tabela 21 poderemos observar a caracterização da amostra C no que concerne à idade dos alunos participantes. A idade observada tem um limite inferior de 12 anos (13.3%) e um limite superior de 19 anos de idade (6.7%). A média de idades é de 15 anos de idade (com um desvio padrão de 1.98 anos), tendo a mediana e a moda o mesmo valor.

Tabela 21 - Caracterização da amostra C por idade (n=30)

Idades	Frequência	Porcentagem
12	4	13.3
13	4	13.3
14	3	10.0
15	7	23.3
16	6	20.0
17	3	10.0
18	1	3.3
19	2	6.7
Total	30	100.0

A tabela 22 apresenta a caracterização dos alunos participantes da amostra C por género. A distribuição observada é de 40% (12) do género masculino e de 60% (18) do género feminino.

Tabela 22 - Caracterização da amostra C por género (n=30)

	Frequência	Porcentagem
--	------------	-------------

Masculino	12	40.0
Feminino	18	60.0
Total	30	100.0

A tabela 23 indica a distribuição dos participantes da amostra C por ano de escolaridade. Verificamos que 36,7% dos participantes frequentam o ensino básico (7º ano = 23.3%, 8º ano = 6.7% e 9º ano = 6.7%), enquanto 63.4% frequentam o ensino secundário (10º ano = 56.7% e 11º ano = 6.7%).

Tabela 23 - Caracterização da amostra C por ano de escolaridade (n=30)

	Frequência	Porcentagem
7º ano	7	23.3
8º ano	2	6.7
9º ano	2	6.7
10º ano	17	56.7
11º ano	2	6.7
Total	30	100.0

A tabela 24 mostra a caracterização da amostra C por frequência de agrupamento (no ensino secundário). Os participantes desta amostra são na sua maioria alunos de ensino secundário (63.3%). Os que frequentam o ensino secundário dividem-se em ciências e tecnologias (33.3%), seguidos de económico social (20%) e 10% de alunos que frequentam o ensino profissional. 36.7% dos alunos participantes da amostra C frequentam o ensino básico e que por essa razão não estão inscritos em qualquer agrupamento de estudos.

Tabela 24 - Caracterização da amostra C por agrupamento (se aluno do ensino secundário) (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Ciências e Tecnologias	10	33.3
Económico Social	6	20.0
Profissional	3	10.0
Ensino básico	11	36.7
Total	30	100.0

A tabela 25 apresenta a caracterização dos participantes da amostra C no que à sua residência diz respeito. Verificamos que 36.7% dos alunos participantes (11) vive na cidade de Beja, enquanto que 63.3% dos alunos participantes (19) reside fora da zona urbana da cidade de Beja.

Tabela 25 - Caracterização da amostra C por residência (ou não) na cidade de Beja (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	11	36.7
Não	19	63.3
Total	30	100.0

Na tabela 26 poderemos observar a caracterização da amostra C no que concerne à existência de uma (1) ou mais retenções no percurso escolar do aluno. Nesta amostra, 30% dos alunos participantes já ficaram retidos pelo menos uma (1) vez no seu percurso escolar, enquanto que 70% dos alunos nunca ficaram retidos durante o seu percurso escolar.

Tabela 26 - Caracterização da amostra C por alunos retidos (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	9	30.0
Não	21	70.0
Total	30	100.0

A tabela 27 apresenta-nos a caracterização da amostra C por alunos de primeira (1ª) matrícula numa Escola Secundária com 3º Ciclo da cidade de Beja, ou seja, alunos novos na escola. Podemos verificar que esta amostra é constituída por 30% de novos alunos e de 70% de alunos que no ano anterior à aplicação dos instrumentos, já frequentavam a escola.

Tabela 27 - Caracterização da amostra C por alunos novos na escola (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	9	30.0
Não	21	70.0
Total	30	100.0

A tabela 28 mostra a distribuição dos participantes da amostra C por prática de atividade desportiva fora da escola, ou seja, fora da disciplina curricular obrigatória Educação Física. Os resultados obtidos demonstram que 20% dos alunos referem praticar atividade física fora do contexto escolar, enquanto que 80% refere não o fazer.

Tabela 28 - Caracterização da amostra C por prática de atividade física fora da escola (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	6	20.0

Não	24	80.0
Total	30	100.0

A tabela 29 revela a caracterização dos participantes da amostra C por intenção de ingresso no ensino superior. Verifica-se que 86.7% dos participantes refere ter intenção de ingressar no ensino superior, e por outro lado, 13.3% refere não ter intenção de ingressar no ensino superior.

Tabela 29 - Caracterização da amostra C por intenção de ingresso no ensino superior (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	26	86.7
Não	4	13.3
Total	30	100.0

A tabela 30 apresenta a caracterização dos participantes da amostra C por objetivos no período posterior ao período escolar obrigatório. Os resultados obtidos evidenciam que 76.7% dos alunos referem ter objetivos pós escolaridade obrigatória, enquanto que 23.3% dos alunos participantes nesta amostra referem não ter objetivos para o período posterior à escolaridade obrigatória.

Tabela 30 - Caracterização da amostra C por objetivos pós período escolar obrigatório (n=30)

	Frequência	Porcentagem
Sim	23	76.7
Não	7	23.3
Total	30	100.0

Uma das principais preocupações nos procedimentos quasi experimentais é a de certificar-se que a amostra B e C, ou seja, grupo experimental e de controlo, respetivamente, sejam homogéneas, já que se pretende verificar o impacto da intervenção. Nesse sentido, apresenta-se na tabela 31 a comparação de médias entre grupo experimental e de controlo. Nela verificamos que a amostra B ou grupo experimental (G.E.) apresenta uma média de idades de 14.27 anos (com um desvio padrão de 1.43), enquanto que a amostra C ou o grupo de controlo (G.C.) tem uma média de 15 anos (com um desvio padrão de 1.98).

Tabela 31 - Comparação entre médias do grupo experimental (G.E.) e do grupo de controlo (G.C.) por idade (n=30)

		N	Média	Desvio Padrão
Idade	G.E.	30	14.27	1.43
	G.C.	30	15.00	1.98

Realizou-se ainda um teste de homogeneidade de Levene para as variáveis de idade, ano de escolaridade e género entre as amostras para evidenciar que a única diferença relevante é o terem ou não tido exposição à intervenção.

A tabela 32 demonstra que todas as diferenças entre a amostra B e C (grupo experimental e controlo) não são estatisticamente significativas, o que nos indica que são homogéneos, sendo que a diferença mais relevante é que a amostra B sofreu intervenção e o grupo de controlo (amostra C), não.

Tabela 32 - Teste de homogeneidade de Levene entre amostra B e amostra C (n=30)

	F	p
Idade	2.262	0.138
Ano de Escolaridade	1.613	0.209
Género	0.000	1.000

3.2.2. Instrumentos

O presente trabalho utiliza e recolhe informações através de três instrumentos, que passaremos a enunciar. O primeiro tem sido estudado, aplicado e validado na população portuguesa, o segundo trata-se de uma utilização original para uma amostra portuguesa e respetiva validação e, finalmente, o terceiro, um questionário sociodemográfico, para melhor e profundamente conhecer a amostra utilizada.

Dessa forma, primeiramente foi utilizada a adaptação do *Mental Health Inventory* (Veit & Ware, 1983) traduzido e aplicado em Portugal por Pais-Ribeiro (2011). A escolha do “*Inventário de Saúde Mental*” (ISM) ficou a dever-se ao facto de tratar-se de um instrumento validado para a população portuguesa (com uma amostra semelhante à que utilizaremos), comumente utilizado e fiável, preditor e conhecido de forma generalizada em Portugal. Trata-se de uma versão rápida que tanto é utilizada isoladamente, como teste de rastreio

(*screening*), como é incluída em outras escalas tal como o SF-36 (Ware & Sherbourne 1992, como citado em Pais-Ribeiro, 2011).

Tendo em conta que foi aplicado em contexto escolar, retirou-se o título “Inventário de Saúde Mental”, que poderia criar algumas barreiras linguísticas para autorização do mesmo nas instâncias escolares, bem como alguma ansiedade a quem o respondesse, colocando-se por isso, apenas o nome da instituição escolar.

De seguida, foram efetuadas alterações ao texto da questão 1 de “Quanto feliz” para “Quão feliz”, o texto da questão nº. 23 de “relações amorosas” para “relações afetivas” e o texto da questão nº. 28 de “acabar com a sua vida” para “fazer algo de mal a si próprio”. Estas alterações ficaram a dever-se não só para obter a total autorização por parte do Ministério da Educação e Direção da Escola em questão, mas sobretudo para favorecer a adequabilidade à faixa etária em que se pretende aplicar. No entanto, julgamos que estas alterações na forma, não têm alteração semântica ou de constructo a medir (conclusão obtida pela aplicação anterior), pois foram sugeridas e adotadas com o auxílio de técnicos linguísticos e científicos (língua portuguesa e psicologia) por forma a garantir que não era alterado o conteúdo semântico das afirmações.

O ISM é um questionário de autorresposta que inclui 38 itens, selecionados de outros questionários já existentes. Foram incluídos itens para medir tanto o “Distress Psicológico” como o “Bem Estar Psicológico”.

Os 38 itens distribuem-se por cinco escalas com um número variável de questões. Para a subescala “Ansiedade” existem 10 itens, para a “Depressão” 5 itens, para a “Perda de Controlo Emocional/Comportamental” 9 itens, para a “Afeto Positivo” com 11 itens e “Laços Emocionais” com 3 itens.

Por sua vez, estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes dimensões que medem respetivamente o “Distress Psicológico” e o “Bem Estar Psicológico”. O “Distress Psicológico” resulta da soma das subescalas de “Ansiedade”, “Depressão” e “Perda de Controlo Emocional/Comportamental”, enquanto que a de “Bem Estar Psicológico” resulta da soma das subescalas “Afeto Geral Positivo” e “Laços Emocionais”.

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições, consoante o item. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima.

Para realizar a cotação do ISM, quando o respondente assinalar na casa mais à esquerda será atribuída a pontuação de 6 (ou 5 nos itens 9 e 28) e na casa mais à direita a pontuação de valor 1. Os itens 2, 3, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38 são cotados de forma invertida, ou seja, a casa mais à esquerda é cotada com 1 e a casa da

direita cotada com valor de 6 (ou 5 nos itens 9 e 28). Deste modo, a pontuação mais elevada corresponde maior saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controle emocional e mais afeto positivo e laços emocionais).

Finalmente, a pontuação deverá ser convertida de “0” a “100”, sendo que esse resultado se denomina de “índice de saúde mental”.

No quadro 1 poderemos observar os 38 itens constituintes do ISM, por dimensão.

Quadro 1 - *Distribuição dos itens do ISM (Pais-Ribeiro, 2011) por dimensão*

Ansiedade

- 3. Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas no último mês?
- 11. Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?
- 13. No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?
- 15. Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?
- 22. quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?
- 25. Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervosismo?
- 29. No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto e impaciente?
- 32. Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?
- 33. Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?
- 35. Com que frequência durante o último mês, se sentiu com dificuldades em se manter calmo?

Depressão

- 9. Sentiu-se triste ou deprimido durante o último mês?
- 27. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?
- 30. No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?
- 36. No último mês, durante quanto tempo se sentiu psicologicamente em baixo?
- 38. Durante o último mês ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?

Perda de controlo emocional/comportamental

- 8. Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus atos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória?
- 14. Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?
- 16. Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?
- 18. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?
- 19. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?
- 20. Com que frequência, no mês passado, se sentiu como se fosse chorar?
- 21. Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?
- 24. Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?
- 28. Durante o último mês, alguma vez pensou em fazer algo de mal a si próprio?

Afeto positivo

- 1. Quão feliz e satisfeito tem estado com a sua vida pessoal?
- 4. Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?
- 5. Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?
- 6. Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?
- 7. Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?
- 12. Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?
- 17. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?
- 26. No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?

31. Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?
 34. No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?
 37. Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?

Ansiedade

2. Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?
 10. Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?
 23. No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações afetivas eram total ou completamente satisfatórias?

A consistência interna para as escalas e subescalas do ISM recolhidas por Pais-Ribeiro (2011) são as apresentadas na tabela 33.

Tabela 33 - *Consistência interna (alfa de Cronbach) de cada dimensão na aplicação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011) e aplicação original (Veit & Ware, 1983)*

Dimensão	α de Cronbach da aplicação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011)	α de Cronbach da aplicação original (Veit & Ware, 1983)
Ansiedade	0.91	0.90
Depressão	0.85	0.86
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	0.87	0.83
Afeto Positivo	0.91	0.92
Laços Emocionais	0.72	0.81
Distress Psicológico	0.95	0.94
Bem Estar Psicológico	0.91	0.92
Escala Total	0.96	0.96

O *Coping Resources Inventory* (CRI) de Marting e Hammer, 2004 (com os direitos comerciais a pertencerem à Mind Garden, Inc.), é uma escala autoaplicável constituída na sua versão original por 5 dimensões, a cognitiva, a social, a emocional, a física e, finalmente, a espiritual/filosófica. Os respondentes manifestam a frequência de ocorrência de cada um dos 60 itens numa escala ordinal de 4 pontos descritos no quadro 3.

Quadro 2 - *Chave de codificação do CRI, versão portuguesa adaptada de Marting e Hammer (2004)*

N	S	O	A
Nunca ou quase nunca	Às vezes	Regularmente	Sempre ou quase sempre

A tradução da versão original inglesa de Marting e Hammer (2004) foi feita apenas com as adaptações passíveis de ser aplicada em contexto escolar, de acordo com as regras legais impostas pela Direção da Escola, ouvido o seu Conselho Pedagógico e a Direção Regional do Alentejo. Assim, retirou-se o título do Inventário, substituindo-o pelo nome da escola de aplicação. Como não se poderia aproveitar a forma eletrónica de aplicação, optou-se pela

apresentação aos sujeitos respondentes de uma folha A4 (frente e verso) onde deveriam colocar uma cruz (X) na opção que traduzia a sua percepção da realidade.

Após ter sido pedida a autorização (para tradução e utilização) à empresa detentora dos direitos (conferir anexo), procedeu-se à tradução do inventário, com o auxílio de um professor e tradutor de língua Inglesa e um revisor científico da área da Psicologia.

A validade facial da tradução foi controlada por 2 especialistas da área da psicologia clínica. Os 60 itens que constituem a versão portuguesa usada neste estudo são apresentados no quadro 4, por itens e dimensões da versão portuguesa.

Quadro 3 - Dimensões do CRI, por itens, versão portuguesa adaptada de Marting e Hammer (2004)

A - Dimensão interpessoal

2. Eu digo o que penso e o que quero sem arranjar desculpas ou insinuar algo.
4. Eu sinto-me confortável com o número de amigos que tenho.
9. Além da minha família, eu faço parte de um grupo que se preocupa comigo.
12. Eu procuro ativamente o lado positivo das pessoas e das situações.
15. Eu demonstro aos outros quando me preocupo com elas.
16. Eu acredito que os outros estão dispostos a ouvir-me falar sobre os meus sentimentos.
17. Eu consigo mostrar quando estou triste.
20. Eu revelo os meus sentimentos aos meus amigos mais próximos.
22. O meu peso está 3 kilos acima ou abaixo do que deveria estar.
24. Eu procuro ativamente a felicidade.
25. Eu consigo dizer aos outros quando estou magoado.
26. Eu encorajo os outros a falarem sobre os seus sentimentos.
27. Eu inicio contacto social com os outros.
28. Eu confidencio com os meus amigos.
29. Eu sou capaz de chorar quando estou triste.
30. Eu quero estar disponível para os outros.
31. Eu consigo dizer o que preciso e o que quero sem magoar os outros.
34. Eu admito quando tenho medo de algo.
35. Eu gosto de estar com pessoas.
37. Eu exponho os meus sentimentos de forma clara e direta.
39. Eu demonstro os meus sentimentos de alegria.
40. Eu consigo identificar as minhas emoções.
47. Eu consigo exprimir os meus sentimentos de raiva.
50. Eu dou-me bem com os outros.
53. As outras pessoas gostam de mim.
54. Eu rio-me entusiasticamente.

B - Dimensão Autovalorização pessoal

3. Eu gosto de mim.
6. Eu sinto-me com tanto valor como qualquer outra pessoa qualquer.
7. Eu sou feliz.
8. Eu sinto-me confortável ao falar com desconhecidos.
10. Eu aceito os mistérios da vida e da morte.
11. Eu considero-me uma pessoa adorável.
14. Eu facilmente aceito elogios.
18. Eu gosto do meu corpo.
19. Eu tenho consciência das minhas qualidades.
21. Eu consigo encontrar sentido para o meu mundo.
33. Eu sei o que é importante na vida.
45. Eu aceito os meus sentimentos de raiva.
49. Eu desvalorizo-me.
55. Eu sou otimista em relação ao meu futuro.
57. A minha vida emocional é estável.
60. Eu estou em boa forma física.

C - Dimensão Espiritual

23. Eu acredito num poder maior do que eu.
32. Eu aceito problemas que não posso mudar.
38. Algumas tradições desempenham um papel importante na minha vida.

- 41. Eu frequento a igreja ou outros encontros religiosos.
- 44. Eu rezo ou medito.
- 46. Eu procuro crescer espiritualmente.
- 48. Os meus valores e crenças ajudam-me a lidar com os desafios do dia-a-dia.
- 52. Eu ocupo algum tempo para refletir sobre a minha vida.

D - Dimensão preocupação com a integridade

- 5. Eu como *fast food*.
- 36. Eu estou cansado.
- 43. Eu como refeições equilibradas.
- 51. Eu petisco entre as refeições.
- 56. Eu durmo o suficiente.
- 58. Eu sinto que ninguém se preocupa comigo.
- 59. Eu sou tímido.

E - Dimensão atividade física

- 1. Eu tenho muita energia.
- 13. Eu faço exercício físico 3 a 4 vezes por semana.
- 42. Eu faço exercícios de alongamentos/relaxamento.

Tendo em conta que a validação do CRI é um dos objetivos do presente trabalho, são apresentados na secção “resultados” os respetivos valores obtidos no que concerne à sua consistência interna, associação de itens em dimensões e restante informação recolhida.

Finalmente, decidiu-se utilizar um questionário sociodemográfico para recolha de informação sobre variáveis de género, idade, nível de escolaridade, se tem residência habitual na cidade de Beja, se é aluno que já repetiu algum ano escolar, se é aluno novo na Escola, se pratica atividade física fora da Escola, se pretende ingressar no ensino superior e se sabe o que fazer quando terminar os seus estudos na Escola. No caso dos alunos do ensino secundário, introduziu-se ainda a variável “área de estudos”.

3.2.3. Procedimentos

Primeiramente, tomou-se contacto com os instrumentos a utilizar, e pesquisa realizada para esse efeito. Da pesquisa realizada, tornou-se claro que seria importante aplicar um instrumento que pudesse medir a Saúde Mental de forma relativamente rápida, mas sensível à discriminação entre valores normativos de Saúde Mental e valores abaixo desse normativo (e para a população portuguesa), pois um dos objetivos do presente trabalho passa pelo conhecimento dos níveis de Saúde Mental numa amostra estudantil portuguesa. Dado que o ISM (Pais-Ribeiro, 2011) é um instrumento que cumpre os requisitos necessários e foi validado a partir de uma amostra semelhante à disponível para a realização deste trabalho, foi o escolhido.

O CRI (Marting & Hammer, 2004) foi o instrumento selecionado para o presente trabalho, pois é apresentado na literatura como um instrumento de avaliação dos recursos internos do seu respondente, constituída na sua versão original por 5 dimensões, a cognitiva, a social, a emocional, a física e, finalmente, a espiritual/filosófica. Dado que no presente trabalho se colocou o objetivo de aplicação de um programa de intervenção através de counseling de

inspiração humanística, onde a atualização e o movimento interior é determinante, era essencial um instrumento que medisse os recursos internos, como por exemplo, o CRI.

Após a escolha do CRI, foi realizado o contacto com a empresa detentora dos direitos do inventário, pediu-se autorização para tradução e aplicação em Portugal, adquiriu-se o CRI, assinou-se o contrato para tradução e aplicação em Portugal. Uma vez iniciado o processo de tradução por um professor e tradutor de língua inglesa, procedeu-se à consultoria científica por parte de 3 especialistas da área da psicologia clínica.

Paralelamente, foi pedida a autorização por correio eletrónico para utilização do ISM ao professor Doutor Pais Ribeiro, a qual foi conferida.

De seguida, procedeu-se à adequação do CRI e do ISM para uma amostra escolar e foi requerido à direção da Escola onde se realizará o presente trabalho, autorização para realizar uma aplicação de pré-teste da versão experimental e já traduzida do CRI e a versão já adaptada do ISM.

Depois dos órgãos escolares serem ouvidos e autorizarem, aplicou-se uma versão preliminar dos dois inventários a 2 alunos de cada ano existente na escola (um rapaz e uma rapariga dos 7º, 8º, 9º, 10º, 11º e 12º anos de escolaridade), a utilizar aquando da construção da amostra a aplicar a versão final. Dos 18 alunos (nove rapazes e nove raparigas) que realizaram o pré-teste (6 de Julho de 2010), não se observaram nem foram apresentadas quaisquer dificuldades na compreensão das questões, na estrutura ou na forma de cotar cada questão de 1 a 4 no caso do CRI e 1 a 5 ou a 6 no ISM.

A média de tempo utilizado para responder ao pré-teste do CRI foi de 22 minutos e para o ISM foi de 20 minutos (portanto, uma média de aplicação em conjunto de 42 minutos).

Posteriormente, procedeu-se à calendarização de aplicação simultânea do CRI e ISM à amostra (927), em 2 dias (20 e 21 de Setembro de 2010), evitando ao máximo o efeito de aprendizagem de respostas e transmissão de perguntas entre alunos. A aplicação dos questionários foi realizada pelos diretores de turma de cada turma, devidamente instruídos e monitorizados.

Simultaneamente à aplicação dos instrumentos, foram constituídos os grupos de controlo e experimental. Para o grupo de controlo (30 alunos), foi pedida a sua participação neste trabalho de forma voluntária, contactando os alunos na secretaria da escola, na biblioteca da escola, no salão polivalente e no bar (desde o dia 13 a 17 de Setembro de 2010). Após concordarem, os alunos dirigiam-se a uma sala anexa à biblioteca para responderem aos instrumentos. Passado 8 meses (23 de Maio de 2011), os mesmos alunos repetiram o mesmo procedimento. Deste grupo foram excluídos os alunos do 12º ano, pois a probabilidade de continuarem a frequentar a escola era reduzida.

Para a constituição do grupo experimental, contribuíram os alunos que os Serviços Especializados de Apoio Educativo (SEAE) serviram. Assim, cada aluno que se dirigia voluntariamente ou era enviado aos SEAE da escola, preenchia num primeiro momento o CRI e ISM e no final da intervenção, realizaram o mesmo procedimento. Após análise das situações e distribuição dos alunos pelas respostas educativas ou clínicas indicadas, constituiu-se o grupo experimental.

Depois de ter decorrido a intervenção (durante o ano letivo 2010/2011) e a medição utilizando os 3 instrumentos supra referidos, realizou-se o apuramento, comparação e discussão dos resultados obtidos.

Em relação ao programa de intervenção para o grupo experimental, apresentam-se algumas questões integradoras e explicativas do procedimento a utilizar:

- a) Duração - foram utilizadas um mínimo de quatro sessões e o máximo de dez sessões de 50 minutos segundo a vontade e disponibilidade de cada cliente, como se poderá identificar pela informação abaixo:

Participante	Número de sessões	Participante	Número de sessões
1	10	16	10
2	10	17	10
3	8	18	6
4	5	19	9
5	10	20	8
6	10	21	8
7	4	22	10
8	8	23	10
9	8	24	9
10	10	25	6
11	10	26	10
12	6	27	8

13	8	28	7
14	10	29	10
15	5	30	8

- b) Espaço físico - todas as sessões decorreram numa sala privada própria para atendimento a alunos, devidamente iluminada e confortável, com uma mesa redonda e duas cadeiras iguais, escolhendo o cliente a sua cadeira e posição da mesma em relação à mesa e conselheiro. A privacidade e a não interrupção foi garantida através do sinal "Não incomode" habitualmente colocado aquando do trabalho privado, bem como se tratar de um gabinete atribuído aos SEAE, onde habitualmente e durante as tardes de sessões, estava apenas ocupado para a tarefa de intervenção.
- c) Critérios de exclusão para a intervenção: participantes com qualquer relação com o terapeuta (autor deste trabalho); tentativa suicida ou ingresso nas urgências de Pedopsiquiatria; declaração expressa de não participação na investigação.
- d) Prevalência de problemas/questões tratadas em aconselhamento: muito embora não seja possível detetar um padrão nas questões apresentadas pelos participantes, já que durante as sessões foram afloradas várias temáticas, no entanto, poderão ser agrupadas da seguinte forma:

Questões/problemas levantados num dado momento em sessão	Número de participantes
Distímia, depressão, tristeza	25
Problemas relacionais com familiares, namorados(as), amigos(as), professores(as)	18
Problemas de ansiedade face à escola e/ou à sua vida diária	12
Luto	3
Problemas relacionados com escolhas futuras, projeto de vida	5
Questões específicas de Bullying, abandono ou negligência familiar	4

e) Informação - todos os participantes foram informados do programa de intervenção e os seus encarregados de educação e a direção da escola autorizou essa mesma intervenção (consentimento informado).

f) o acesso ao conselheiro entre sessões - foi distribuído o endereço eletrónico do conselheiro e distribuído o horário de presença na escola. Não ocorreram quaisquer contactos relevantes entre sessões. O contacto entre sessões era para o cliente confirmar a sua presença na sessão seguinte.

g) a segurança - não decorreu qualquer incidente que colocasse a segurança quer do cliente, quer do terapeuta.

h) o ser consciente dos seus próprios limites - para este ponto contribuíram dois fatores: o auxílio quer do orientador deste trabalho, do apoio dos colegas de equipa multidisciplinar dos SEAE e do colega Carlos Gradiz (psicólogo clínico) e o autoconhecimento que contribui para o encaminhamento para outras pessoas ou valências de temas ou problemas limitadores ou do olhar incondicionalmente positivo sobre o cliente ou da disponibilidade de ser congruente em alguns desses temas ou problemas. Sempre que foram por mim antecipados ou identificados problemas na relação de ajuda a questões como aqui foram enunciadas, o encaminhamento foi realizado com relativo sucesso.

i) a sensibilidade face à faixa etária dos clientes participantes, sua diferença cultural e posturas ético-morais.

j) o risco para si ou para os outros - como sejam ideação ou tentativa suicida, praticar comportamentos de autodestruição, como a automutilação, restrição alimentar, abuso de álcool e/ou drogas e pratica de sexo desprotegido (McLeod, 2007).

l) os ataques de pânico; dissociação, alucinações e/ou comportamentos delirantes.

m) Não se observaram quaisquer situações em que fosse necessário realizar o encaminhamento para outro técnico ou serviço.

No entanto, observou-se de forma global, o constante desafio de uma compreensão profunda do cliente, que, segundo Mearns e Schmid (2006), se demonstra habitualmente pela possibilidade dos processos de autoproteção do cliente não possibilitarem a relação com o terapeuta e as diferentes dimensões do cliente que poderão personificar distintas facetas do conflito e, como tal, ser necessário oferecer uma profundidade relacional a todas essas dimensões e facetas.

3.3. Resultados

Seguidamente, apresentar-se-ão os resultados obtidos segundo os objetivos propostos para este trabalho, a saber, avaliar os níveis de saúde mental (através da aplicação do ISM) e avaliar os níveis de recursos internos (através da aplicação do CRI) de uma população estudantil da cidade de Beja.

Os resultados serão sintetizados através das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e desvio padrão.

Na tabela 34 poderemos verificar os resultados obtidos pela aplicação do ISM a uma amostra de 927 alunos de uma Escola Secundária com 3º Ciclo em Beja (amostra A). A presente tabela refere-se à escala "Distress Psicológico" e às suas subescalas. Assim, verificamos que na subescala "Ansiedade" a média observada é de 42.17, a mediana de 43 e a moda 45. Para a subescala "Depressão", a média observada é de 21.76, a mediana de 22 e a moda 25. Na subescala "Perda de Controlo", a média observada é de 39.88, a mediana de 41 e a moda 44.

Finalmente, são apresentados os resultados obtidos pela escala "Distress Psicológico", somatório das suas subescalas. Assim, a média observada é de 103.81, a mediana de 105 e a moda 111. Comparando com os resultados médios obtidos por Pais-Ribeiro (2011), poderemos verificar que a presente amostra apresenta indícios de menores valores de "Ansiedade", "Depressão" e "Distress Psicológico" (quanto mais pontuação, melhor índice de Saúde Mental), sendo que no que concerne à "Perda de Controlo", a amostra A obtém resultados semelhantes (0.04 de diferença).

Tabela 34 - Resultados obtidos pelo ISM na amostra A na escala (e subescalas) de Distress Psicológico (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)

	Ansiedade	Depressão	Perda de Controlo	Distress Psicológico
Média	42.17 (39.76)	21.76 (20.61)	39.88 (39.92)	103.81 (100.29)
Mediana	43	22	41	105
Moda	45	25	44	111
Desvio padrão	8.390	4.389	7.595	18.724

Na tabela 35 poderemos verificar os resultados obtidos pela aplicação do ISM a uma amostra de 927 alunos de uma Escola Secundária em Beja (amostra A). A presente tabela refere-se à escala "Bem Estar Psicológico" e às suas subescalas. Assim, verificamos que na subescala "Afeto Positivo" a média observada é de 42.09, a mediana de 42 e a por deter um valor multimodal, o valor mais baixo registado de moda é 45. Para a subescala "Laços Emocionais",

a média observada é de 12.73, a mediana de 13 e a moda 12. Finalmente, são apresentados os resultados obtidos pela escala "Bem Estar Psicológico", somatório das suas subescalas.

Assim, a média observada é de 54.82, a mediana de 55 e a moda 50. Na aproximação comparativa com a validação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011), verifica-se que a amostra A revela maior "Afeto Positivo", "Laços Emocionais" e também um melhor "Bem Estar Psicológico".

Tabela 35 - Resultados obtidos pelo ISM na amostra A na escala (e subescalas) de Bem Estar Psicológico (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)

	Afeto Positivo	Laços Emocionais	Bem Estar Psicológico
Média	42.09 (38.55)	12.73 (11.81)	54.82 (50.36)
Mediana	42	13	55
Moda	34a	12	50
Desvio padrão	8.94	2.84	10.98

a) Valor multimodal. Apresentação do valor mais baixo.

A tabela 36 apresenta os resultados finais obtidos pela aplicação do ISM. Assim, verificamos que a pontuação média obtida pela amostra A em cada inventário é de 158.62, a mediana verificada é de 160 pontos e a moda de 139 pontos brutos (admitindo-se um desvio padrão de 27.22). Finalmente, aquando da aplicação do ISM na amostra A, foi obtido o valor mínimo de 66 pontos e 221 pontos de valor máximo. Assim, e tomando os resultados da aplicação realizada por Pais-Ribeiro (2011), poderemos observar que a presente amostra demonstra um melhor índice de Saúde Mental global.

Tabela 36 - Resultados obtidos na amostra A no ISM (total do inventário) (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=927)

	Total ISM
Média	158.62 (150.65)
Mediana	160
Moda	139
Desvio padrão	27.22
Valor mínimo	66
Valor máximo	221

De seguida serão apresentados os resultados da validação psicométrica do *Coping Resources Inventory* (CRI) de M. Susan Marting e Allen L. Hammer (com os direitos comerciais a pertencerem à Mind Garden, Inc.).

3.3.1. Características Psicométricas

Sensibilidade

A sensibilidade dos itens foi avaliada pelas medidas de assimetria (sk) e curtose (ku). A tabela 37 apresenta os valores das medianas, mínimo, máximo e medidas de forma com respectivos rácios críticos.

Tabela 37 - Mediana, mínimo, máximo e medidas de assimetria (Sk) e Curtose (Ku) com respetivos rácios críticos ($Sk/SE_{sk}; Ku/SE_{ku}$) para os 60 itens do CRI versão Portuguesa ($n=927$)

Item	Média	Sk	Sk/SE _{sk}	Ku	Ku/SE _{ku}	Min.	Max.
1	3.23	-0.508	0.080	-0.832	0.160	1	4
2	2.87	-0.052	0.081	-0.877	0.161	1	4
3	3.20	-0.718	0.080	-0.543	0.161	1	4
4	3.64	-1.911	0.081	3.080	0.161	1	4
5	2.94	-0.876	0.081	1.915	0.161	1	4
6	3.23	-0.762	0.081	-0.270	0.161	1	4
7	3.33	-0.692	0.080	-0.357	0.160	1	4
8	2.30	0.344	0.080	-0.742	0.161	1	4
9	3.39	-1.159	0.080	0.961	0.160	1	4
10	3.05	-0.528	0.081	-0.875	0.162	1	4
11	2.68	0.100	0.080	-0.648	0.161	1	4
12	3.21	-0.405	0.080	-0.868	0.161	1	4
13	2.92	-0.217	0.080	-1.143	0.161	1	4
14	3.07	-0.519	0.080	-0.437	0.161	1	4
15	3.40	-1.140	0.081	1.007	0.161	1	4
16	2.78	-0.032	0.081	-0.654	0.161	1	4
17	2.74	-0.061	0.080	-0.884	0.161	1	4
18	2.73	-0.295	0.081	-0.756	0.161	1	4
19	3.05	-0.324	0.080	-0.726	0.160	1	4
20	3.12	-0.597	0.080	-0.723	0.160	1	4
21	2.92	-0.289	0.081	-0.745	0.161	1	4
22	2.21	0.420	0.081	-1.137	0.161	1	4
23	2.69	-0.225	0.081	-1.231	0.161	1	4
24	3.35	-0.944	0.081	0.708	0.161	1	4
25	2.79	-0.157	0.080	-0.981	0.161	1	4
26	3.00	-0.616	0.080	-0.708	0.160	1	4
27	2.86	-0.083	0.080	-0.981	0.160	1	4
28	3.08	-0.360	0.081	-0.853	0.162	1	4
29	2.70	-0.094	0.081	-1.157	0.162	1	4
30	3.40	-0.930	0.081	0.128	0.162	1	4
31	2.80	0.088	0.081	-0.699	0.162	1	4
32	2.68	0.034	0.081	-0.702	0.162	1	4
33	3.13	-0.563	0.081	-0.552	0.162	1	4
34	2.92	-0.316	0.081	-0.880	0.162	1	4
35	3.54	-1.373	0.081	1.175	0.163	1	4
36	2.82	-0.727	0.081	0.198	0.162	1	4
37	2.62	-0.060	0.081	-0.751	0.162	1	4
38	2.43	0.222	0.081	-0.839	0.162	1	4
39	3.33	-0.797	0.081	0.015	0.162	1	4
40	3.05	-0.399	0.081	-0.592	0.162	1	4
41	1.69	1.217	0.081	0.375	0.162	1	4
42	2.52	0.140	0.081	-0.971	0.163	1	4
43	2.89	-0.085	0.081	-0.581	0.162	1	4
44	1.62	1.364	0.081	0.733	0.162	1	4
45	2.71	-0.040	0.081	-0.708	0.162	1	4
46	2,49	0.085	0.081	-0.992	0.163	1	4
47	2.81	-0.041	0.081	-0.802	0.162	1	4
48	2.54	-0.048	0.081	-0.885	0.162	1	4
49	3.03	-0.682	0.081	-0.088	0.163	1	4
50	3.40	-1.035	0.081	0.771	0.162	1	4
51	2.29	0.058	0.081	-1.142	0.162	1	4
52	2.68	0.060	0.081	-0.835	0.162	1	4
53	2.95	-0.404	0.082	0.295	0.163	1	4
54	3.09	-0.395	0.081	-1.038	0.162	1	4
55	2.89	-0.230	0.081	-0.849	0.162	1	4

56	2.54	0.120	0.081	-0.820	0.162	1	4
57	2.85	-0.335	0.081	-0.494	0.162	1	4
58	3.31	-1.185	0.081	0.539	0.163	1	4
59	2.66	-0.282	0.081	-0.841	0.163	1	4
60	2.90	-0.280	0.081	-0.733	0.162	1	4

Validade fatorial

A validade fatorial das 5 dimensões do CRI foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória. Os pesos fatoriais de cada fator, a consistência interna avaliada com o α de Cronbach e as correlações observadas entre os fatores são apresentadas na tabela 38.

Tabela 38 - Extração de componentes do CRI através da análise de componentes principais com o método de rotação Varimax com normalização Kaiser

Componente	A	B	C	D	E
A	0.741	0.612	0.251	0.103	0.059
B	0.522	-0.715	0.350	-0.272	-0.140
C	-0.416	0.163	0.872	-0.163	0.111
D	0.077	-0.161	-0.060	-0.010	0.982
E	-0.002	-0.247	0.224	0.943	-0.017

A tabela 39 enuncia a distribuição dos itens que constituem o CRI pelos 5 componentes principais conseguidos pelas sucessivas e referidas operações estatísticas. Assim, verificamos que o componente principal A (“Dimensão Interpessoal”) estrutura-se partindo dos itens números 2, 4, 9, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 37, 39, 40, 47, 50, 53 e 54 (total de 26 itens), para um α de Cronbach de 0,883. O componente principal B (“Dimensão de Autovalorização Pessoal”) é composto pelos itens números 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 33, 45, 49, 55, 57 e 60 (total de 16 itens), com um α de Cronbach de 0,842. O componente principal C (“Dimensão Espiritual”) é composto pelos itens números 23, 32, 38, 41, 44, 46, 48 e 52 (total de 8 itens), para um α de Cronbach de 0,693. O componente principal D (“Dimensão da Preocupação com a Integridade”) é composto pelos itens números 5, 36, 43, 51, 56, 58 e 59 (total de 7 itens), para um α de Cronbach de 0,399. Finalmente, o componente principal E (“Dimensão de Atividade Física”) é constituído pelos itens números 1, 13 e 42 (total de 3 itens), para um α de Cronbach de 0,617.

Tabela 39 - Distribuição de itens por componentes principais do CRI e correspondente α de Cronbach

Dimensão	Nº do Item (total)	α de Cronbach
A	2, 4, 9, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 37, 39, 40, 47, 50, 53, 54	0.883
Dimensão Interpessoal (DI)	(26)	

B		
Dimensão Autovalorização pessoal (DAP)	3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 33, 45, 49, 55, 57, 60 (16)	0.842
C		
Dimensão Espiritual (DE)	23, 32, 38, 41, 44, 46, 48, 52 (8)	0.693
D		
Dimensão de Preocupação com a Integridade (DPI)	5, 36, 43, 51, 56, 58, 59 (7)	0.399
E		
Dimensão Atividade Física (DAF)	1, 13, 42 (3)	0.617

A análise da fiabilidade, demonstra para uma amostra de 927 alunos, um α de Cronbach de 0.901 para os 60 itens que constituem o inventário.

Como o CRI é um instrumento que, antes deste trabalho, não possuía nem tradução, nem validação psicométrica portuguesa, apresentam-se os denominados valores medianos teóricos na tabela 40.

Tabela 40 - *Valores teóricos esperados para o CRI na sua aplicação portuguesa, por dimensões (fatores)*

Fator	Valor Mínimo Possível	Valor Máximo Possível	Total	Valor Mediano Teórico
DI	26	104	130	65
DAP	16	64	80	40
DE	8	32	40	20
DPI	7	28	35	17.5
DAF	3	12	15	7.5
Total	60	240	300	150

Na tabela 41 poderemos verificar os resultados obtidos pela aplicação do CRI a uma amostra de 927 alunos da Escola Secundária com 3º Ciclo em Beja (amostra A), por componente principal, apresentando as suas medidas de tendência central (média, mediana, moda e desvio padrão). Assim, verificamos que no componente principal A, a média observada é de 79.02, a mediana de 79 e a de moda é 74 e para o componente principal B, a média observada é de 46.88 e a mediana e moda é de 47, ou seja, valores acima do esperado pelo valor médio esperado teoricamente e que por isso, apresentam maiores recursos internos interpessoais (dimensão A) e de autovalorização pessoal (dimensão B). No componente principal C (espiritual), a média observada foi de 18.75, a mediana 18 e a moda 17, valores abaixo do esperado teoricamente, ou seja, é uma amostra que apresenta menos recursos

internos relacionados com a vivência do domínio da espiritualidade do que o que seria esperado. No componente principal D (preocupação com a integridade), observou-se uma média de 19.42 e uma mediana e moda de 20, denotando mais uma maior existência de recursos internos relacionados com a preocupação com a integridade, já que o valor obtido na amostra A é maior do que o teoricamente esperado. Finalmente, no componente principal E, observa-se uma média de 8.66, a mediana é 9 e por apresentar um valor multimodal, 7 foi o valor mais baixo registado pela moda, valores obtidos mais elevados do que o esperado, denotando maiores recursos internos relacionados com a preocupação e atividade física.

Tabela 41 - Resultados obtidos pelo CRI na amostra A por componente principal (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados)

	DI	DAP	DE	DPI	DAF
Número Válido	843	846	885	879	900
Média	79.02 (65)	46.88 (40)	18.75 (20)	19.42 (17.5)	8.66 (7.5)
Mediana	79	47	18	20	9
Moda	74	47	17	20	7a
Desvio padrão	10.83	7.361	4.38	2.78	2.01

a) Valor multimodal. Apresentação do valor mais baixo.

A tabela 42 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do ISM, por subescalas e escalas, na amostra B, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais se realizou a intervenção, no momento prévio à mesma (na primeira sessão).

Na subescala "Ansiedade", verificou-se uma pontuação média de 33.4 (valor mínimo 21 e máximo 45, com um desvio padrão de 6.27). A subescala "Depressão" obteve um valor médio de 10.53 (valor mínimo de 8 e máximo 14, com um desvio padrão de 1.99). Na subescala "Perda de Controlo Comportamental e Emocional", obtivemos uma pontuação média de 33.2 (valor mínimo de 27 e de máximo 38, com desvio padrão de 3.13). A subescala "Afeto Positivo" obtém uma pontuação de 51.03 (valor mínimo 41 e máximo 61, com um desvio padrão de 6.37), enquanto que a subescala "Laços Emocionais" consegue uma pontuação média de 13.26 (valor mínimo de 12 e máximo de 16, com o desvio padrão de 0.90). Estes resultados apresentam valores que apontam para uma amostra constituída por sujeitos mais ansiosos, bastante mais deprimidos, com menos controlo emocional e comportamental, menos afeto positivo, mas mais laços emocionais, quer da amostra A, quer dos valores apresentados aquando da validação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011).

Nas dimensões agregadoras das subescalas supra mencionadas, verificou-se que a dimensão "Distress Psicológico" apresenta uma pontuação média de 77.13 (valor mínimo de 57 e máximo de 95, com um desvio padrão de 10.60) e a dimensão "Bem Estar Positivo" um valor médio de 64.30 (valor mínimo de 53 e máximo de 75, com um desvio padrão de 6.96).

Finalmente, a pontuação média da totalidade das respostas ao ISM fornecidas pelos 30 alunos pertencentes à amostra B é de 141.43 (valor mínimo de 127 e máximo de 151, com um desvio padrão de 5.64). Analisando os valores obtidos, verificamos que a amostra B apresenta um maior valor de distress psicológico e maior bem estar positivo do que a amostra A e do que os valores obtidos por Pais-Ribeiro (2011). O índice de valor de saúde mental total é inferior na amostra B do que na amostra A e do que o conseguido por Pais-Ribeiro (2011), ou seja, os elementos constituintes da amostra B têm pior saúde mental (dado que quanto maior o valor total do ISM, melhor saúde mental).

Tabela 42 - Resultados obtidos através da aplicação do ISM (subescalas e escalas) na amostra B, no momento prévio à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	30	21	45	33.40 (39.76)	6.27
Depressão	30	8	14	10.53 (20.61)	1.99
Perda de Controlo	30	27	38	33.20 (39.92)	3.13
Afeto Positivo	30	41	61	51.03 (38.55)	6.37
Laços Emocionais	30	12	16	13.26 (11.81)	0.90
Distress Psicológico	30	57	95	77.13 (100.29)	10.60
Bem Estar Positivo	30	53	75	64.30 (50.36)	6.96
ISM Total	30	127	151	141.43 (150.65)	5.64
Número Válido	30				

A tabela 43 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do CRI, por fatores conseguidos por tratamento estatístico, na amostra B, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais se realizou a intervenção, no momento prévio à mesma (na primeira sessão).

O denominado fator A (dimensão interpessoal) obtém uma pontuação média de 48.06 (valor mínimo de 29 e máximo 67, com um desvio padrão de 12.28), o fator B (dimensão de autovalorização pessoal) uma pontuação média de 29.16 (valor mínimo de 20 e máximo de 40, com um desvio padrão de 6.21) e o fator C (dimensão espiritual) um valor médio de 15.26 (valor mínimo de 10 e máximo 22, com um desvio padrão de 3.22). Estes valores são mais baixos do que o observado na amostra A, significando que estes sujeitos têm menos recursos

internos relacionados quer com a sua interpessoalidade, autovalorização pessoal e a vivência da espiritualidade.

O fator D (preocupação com a integridade) consegue o valor médio de 17.86 (valor mínimo de 14 e máximo 20, com um desvio padrão de 1.50), valor que é 0.36 superior ao valor teórico esperado e 1.92 inferior ao da amostra A, significando que a amostra B tem mais recursos que denotam uma preocupação com a integridade do que teoricamente esperado, mas menos recursos do que a amostra tida como referência (amostra A).

Finalmente, o fator E (dimensão de atividade física), que obtém uma pontuação média de 4.50 (valor mínimo de 3 e máximo 7, com um desvio padrão de 1.13), valor inferior ao esperado teoricamente e verificado na amostra A, ou seja, a amostra B apresenta um nível de recursos internos que denotam uma preocupação e realização de atividade física mais baixo.

Tabela 43 - Resultados obtidos através do aplicação do CRI na amostra B, no momento prévio à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
DI	30	29	67	48.06 (65)	12.28
DAP	30	20	40	29.16 (40)	6.21
DE	30	10	22	15.26 (20)	3.22
DPI	30	14	20	17.86 (17.5)	1.50
DAF	30	3	7	4.50 (7.5)	1.13
Número Válido	30				

A tabela 44 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do ISM, por subescalas e escalas, na amostra B, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais se realizou a intervenção, no momento posterior à mesma (sessão final ou momento de autonomia).

Na subescala "Ansiedade", verificou-se uma pontuação média de 45.73 (valor mínimo 38 e máximo 52, com um desvio padrão de 3.92). A subescala "Depressão" obteve um valor médio de 22.83 (valor mínimo de 18 e máximo 27, com um desvio padrão de 2.19). Na subescala "Perda de Controlo Comportamental e Emocional", obtivemos uma pontuação média de 39.03 (valor mínimo de 35 e de máximo 43, com desvio padrão de 2.12). A subescala "Afeto Positivo" obtém uma pontuação de 38.46 (valor mínimo 34 e máximo 43, com um desvio padrão de 2.28), enquanto que a subescala "Laços Emocionais" consegue uma pontuação média de 12.10 (valor mínimo de 11 e máximo de 13, com o desvio padrão de 0.66).

Nas dimensões agregadoras das subescalas supramencionadas, verificou-se que a dimensão "Distress Psicológico" apresenta uma pontuação média de 107.60 (valor mínimo de 95 e

máximo de 119, com um desvio padrão de 7.20) e a dimensão “Bem Estar Positivo” um valor médio de 50.56 (valor mínimo de 46 e máximo de 55, com um desvio padrão de 2.29).

Finalmente, a pontuação média da totalidade das respostas ao ISM fornecidas pelos 30 alunos pertencentes à amostra B é de 158.16 (valor mínimo de 148 e máximo de 167, com um desvio padrão de 5.91).

Por comparação com os valores médios conseguidos por Pais-Ribeiro (2011), verificamos que a amostra B, através da informação obtida pelo ISM posteriormente à intervenção, denota menor ansiedade, menor depressão, valores semelhantes para a perda de controlo comportamental e emocional e para o afeto positivo, melhores laços emocionais e melhor índice de distress psicológico (portanto, melhor saúde mental), valores semelhantes para o bem estar psicológico e, finalmente, apresenta valores mais altos (em média) no total do ISM, o que significa que os elementos da amostra B, apresentam no momento posterior à intervenção, uma melhor saúde mental.

Tabela 44 - Resultados obtidos pelo ISM na amostra B no momento posterior à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	30	38	52	45.73 (39.76)	3.92
Depressão	30	18	27	22.83 (20.61)	2.19
Perda de Controlo	30	35	43	39.03 (39.92)	2.12
Afeto Positivo	30	34	43	38.46 (38.55)	2.28
Laços Emocionais	30	11	13	12.10 (11.81)	0.66
Distress Positivo	30	95	119	107.60 (100.29)	7.20919
Bem Estar Positivo	30	46	55	50.56 (50.36)	2.29968
ISM Total	30	148	167	158.16 (150.65)	5.91365
Número Válido	30				

A tabela 45 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do CRI, por fatores conseguidos por tratamento estatístico, na amostra B, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais se realizou a intervenção, no momento posterior à mesma (sessão final ou momento de autonomia).

O denominado fator A (dimensão interpessoal) obtém uma pontuação média de 61.80 (valor mínimo de 48 e máximo 76, com um desvio padrão de 8.07), o fator B (dimensão de autovalorização pessoal) uma pontuação média de 37.10 (valor mínimo de 29 e máximo de 47, com um desvio padrão de 4.86), o fator C (dimensão espiritual) um valor médio de 17.06

(valor mínimo de 12 e máximo 23, com um desvio padrão de 0.76), o fator D (dimensão de preocupação com a integridade) o valor médio de 16.10 (valor mínimo de 12 e máximo 19, com um desvio padrão de 1.44) e, finalmente, o fator E (dimensão de atividade física), que obtém uma pontuação média de 5.33 (valor mínimo de 4 e máximo 7, com um desvio padrão de 0.99). Por comparação com os valores teóricos esperados para a validação portuguesa do CRI, verificamos que a amostra B, mesmo após a intervenção, apresenta menos recursos interpessoais, de autovalorização pessoal, espiritual, de preocupação com a integridade e atividade física.

Tabela 45 - Resultados obtidos através da aplicação da versão portuguesa do CRI na amostra B posteriormente à intervenção (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
DI	30	48	76	61.80 (65)	8.07
DAP	30	29	47	37.10 (40)	4.86
DE	30	12	23	17.06 (20)	2.76
DPI	30	12	19	16.10 (17.5)	1.44
DAF	30	4	7	5.33 (7.5)	0.99
Número Válido	30				

A tabela 46 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do ISM, por subescalas e escalas, na amostra C, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais não se realizou a intervenção, ou seja, o grupo de controlo, no primeiro momento do preenchimento voluntário do ISM.

Na subescala "Ansiedade", verificou-se uma pontuação média de 44.07 (valor mínimo 28 e máximo 54, com um desvio padrão de 6.78). A subescala "Depressão" obteve um valor médio de 22.93 (valor mínimo de 14 e máximo 28, com um desvio padrão de 3.85). Na subescala "Perda de Controlo Comportamental e Emocional", obtivemos uma pontuação média de 39.40 (valor mínimo de 26 e de máximo de 52, com desvio padrão de 7.09). A subescala "Afeto Positivo" obtém uma pontuação de 42.33 (valor mínimo 26 e máximo 61, com um desvio padrão de 9.82), enquanto que a subescala "Laços Emocionais" consegue uma pontuação média de 10.90 (valor mínimo de 7 e máximo de 15, com o desvio padrão de 1.98).

Nas dimensões agregadoras das subescalas supra mencionadas, verificou-se que a dimensão "Distress Psicológico" apresenta uma pontuação média de 106.40 (valor mínimo de 76 e máximo de 134, com um desvio padrão de 16.62) e a dimensão "Bem Estar Positivo" um valor médio de 53.23 (valor mínimo de 36 e máximo de 72, com um desvio padrão de 9.98). Finalmente, a pontuação média da totalidade das respostas ao ISM fornecidas pelos 30 alunos

pertencentes à amostra C é de 159.63 (valor mínimo de 115 e máximo de 206, com um desvio padrão de 25.21).

Comparando os valores obtidos pela aplicação do ISM na amostra C, com os resultados obtidos por Pais-Ribeiro (2011), verificamos que os alunos pertencentes ao grupo de controlo apresentam valores que denotam uma menor ansiedade e depressão, valores semelhantes na perda de controlo comportamental e emocional, maior afeto positivo, menor pontuação em laços emocionais. Assim, a amostra C, tem um melhor índice de distress psicológico (pontuação mais elevada significa melhor saúde mental) e melhor bem estar positivo. Esta tendência é também verificada pela pontuação média no total do ISM pelos 30 alunos da amostra C.

Tabela 46 - Resultados obtidos através da aplicação do ISM na amostra C, no primeiro momento de preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	30	28	54	44.07 (39.76)	6.78
Depressão	30	14	29	22.93 (20.61)	3.85
Perda de Controlo	30	26	52	39.40 (39.92)	7.09
Afeto Positivo	30	26	61	42.33 (38.55)	9.82
Laços Emocionais	30	7	15	10.90 (11.81)	1.98
Distress Positivo	30	76	134	106.40 (100.29)	16.62
Bem Estar Positivo	30	36	72	53.23 (50.36)	9.98
ISM Total	30	115	206	159.63 (150.65)	25.21
Número Válido	30				

A tabela 47 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do CRI, por fatores conseguidos por tratamento estatístico, na amostra C, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais não se realizou qualquer intervenção, no momento do primeiro preenchimento voluntário.

O denominado fator A (dimensão interpessoal) obtém uma pontuação média de 80 (valor mínimo de 57 e máximo 98, com um desvio padrão de 9.99), o fator B (dimensão da autovalorização pessoal) uma pontuação média de 46.16 (valor mínimo de 34 e máximo de 60, com um desvio padrão de 6.98), o fator C (dimensão espiritual) um valor médio de 19 (valor mínimo de 13 e máximo 26, com um desvio padrão de 3.07), o fator D (dimensão da preocupação com a integridade) o valor médio de 20.23 (valor mínimo de 14 e máximo 25, com um desvio padrão de 2.77) e, finalmente, o fator E (dimensão de atividade física), que

obtem uma pontuação média de 8.26 (valor mínimo de 5 e máximo 12, com um desvio padrão de 1.89).

Comparando os valores obtidos na amostra C e os valores médios esperados teoricamente, verificamos que o grupo de controlo tem mais recursos internos na dimensão interpessoal e de autovalorização pessoal, menos recursos na dimensão espiritual, mas mais recursos nas dimensões de preocupação com a integridade e atividade física.

Tabela 47 - Resultados obtidos através da aplicação do CRI na amostra C, no primeiro momento de preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
DI	30	57	98	80 (65)	9.99
DAP	30	34	60	46.16 (40)	6.98
DE	30	13	26	19 (20)	3.07
DPI	30	14	25	20.23 (17,5)	2.77
DAF	30	5	12	8.26 (7,5)	1.89
Número Válido	30				

A tabela 48 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do ISM, por subescalas e escalas, na amostra C, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais não se realizou a intervenção, ou seja, o grupo de controlo, sete (7) meses após a primeira aplicação voluntária.

Na subescala "Ansiedade", verificou-se uma pontuação média de 43.17 (valor mínimo 28 e máximo 52, com um desvio padrão de 5.93). A subescala "Depressão" obteve um valor médio de 22.23 (valor mínimo de 14 e máximo 27, com um desvio padrão de 3.37). Na subescala "Perda de Controlo Comportamental e Emocional", obtivemos uma pontuação média de 38.83 (valor mínimo de 27 e de máximo de 48, com desvio padrão de 6.08). A subescala "Afeto Positivo" obtém uma pontuação de 43.53 (valor mínimo 30 e máximo 61, com um desvio padrão de 9.07), enquanto que a subescala "Laços Emocionais" consegue uma pontuação média de 11.10 (valor mínimo de 8 e máximo de 15, com o desvio padrão de 1.74).

Nas dimensões agregadoras das subescalas supra mencionadas, verificou-se que a dimensão "Distress Psicológico" apresenta uma pontuação média de 104.23 (valor mínimo de 76 e

máximo de 127, com um desvio padrão de 14.42) e a dimensão “Bem Estar Positivo” um valor médio de 54.63 (valor mínimo de 41 e máximo de 72, com um desvio padrão de 9.20).

Finalmente, a pontuação média da totalidade das respostas ao ISM fornecidas pelos 30 alunos pertencentes à amostra C é de 158.86 (valor mínimo de 117 e máximo de 199, com um desvio padrão de 22.31).

Comparando os resultados obtidos na amostra C, 7 meses depois da primeira aplicação do ISM, com os obtidos por Pais-Ribeiro (2011), verificamos que estes 30 alunos apresentam menos ansiedade e depressão, mais perda de controlo comportamental e emocional, mais afeto positivo e menos laços emocionais. Nas dimensões agregadoras, verificamos que esta amostra tem um maior valor de distress psicológico, portanto, melhor saúde mental no que diz respeito às subescalas psicopatológicas, e maior bem estar psicológico, o que, em termos globais, significa que os elementos da amostra C apresentam níveis de saúde mental melhores do que os participantes do estudo de Pais-Ribeiro (2011).

Tabela 48 - Resultados obtidos através da aplicação do ISM na amostra C, 7 meses posteriormente ao primeiro preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios obtidos por Pais-Ribeiro, 2011) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	30	28	52	43.17 (39.76)	5.93
Depressão	30	14	27	22.23 (20.61)	3.37
Perda de Controlo	30	27	48	38.83 (39.92)	6.08
Afeto Positivo	30	30	61	43.53 (38.55)	9.07
Laços Emocionais	30	8	15	11.10 (11.81)	1.74
Distress Psicológico	30	76	127	104.23 (100.29)	14.42
Bem Estar Positivo	30	41	72	54.63 (50.36)	9.20
ISM Total	30	117	199	158.86 (150.65)	22.31
Número Válido	30				

A tabela 49 apresenta os resultados obtidos pela aplicação do CRI, por fatores conseguidos por tratamento estatístico, na amostra C, ou seja, ao grupo de 30 alunos aos quais não se realizou a intervenção, ou seja, o grupo de controlo, sete (7) meses após a primeira aplicação voluntária.

O denominado fator A (dimensão interpessoal) obtém uma pontuação média de 78.36 (valor mínimo de 58 e máximo 92, com um desvio padrão de 8.27), o fator B (dimensão de autovalorização pessoal) uma pontuação média de 44.86 (valor mínimo de 32 e máximo de 56,

com um desvio padrão de 6.88), o fator C (dimensão espiritual) um valor médio de 17.33 (valor mínimo de 12 e máximo 23, com um desvio padrão de 2.86), o fator D (dimensão de preocupação com a integridade) o valor médio de 19.96 (valor mínimo de 14 e máximo 24, com um desvio padrão de 2.63) e, finalmente, o fator E (dimensão da atividade física), que obtém uma pontuação média de 8.13 (valor mínimo de 5 e máximo 11, com um desvio padrão de 1.81).

Comparando os valores médios esperados teoricamente na aplicação do CRI, com os obtidos na amostra C, verificamos que estes 30 alunos apresentam mais recursos internos no que diz respeito à dimensão interpessoal, autovalorização pessoal, preocupação com a integridade e atividade física e menos vivência da dimensão espiritual.

Tabela 49 - Resultados obtidos através do aplicação do CRI na amostra C, 7 meses posteriormente ao primeiro preenchimento voluntário (entre parêntesis são apresentados os valores médios teóricos esperados) (n=30)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
DI	30	58	92	78.36 (65)	8.27
DAP	30	32	56	44.86 (40)	6.88
DE	30	12	23	17.33 (20)	2.85
DPI	30	14	24	19.96 (17.5)	2.63
DAF	30	5	11	8.13 (7.5)	1.81
Número Válido	30				

Tal como se poderá verificar na tabela 50, para a dimensão “ansiedade” no grupo experimental (sujeito a counseling), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós intervenção ($t(58)=-9.13$; $p<0.001$), aumentando o valor, em média, de 33.40 (DP=6.27) para 45.73 (DP=3.92), o que nos indica que os níveis de ansiedade diminuíram. Já para o grupo não-experimental (que não foi sujeito a counseling), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós intervenção ($t(58)=0.54$; $p<0.001$), diminuindo o valor, em média, de 44.06 (DP=6.78) para 43.16 (DP=5.93), o que nos indica que os níveis de ansiedade aumentaram muito ligeiramente.

Na dimensão “depressão” no grupo experimental (amostra B), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós intervenção ($t(58)=-22.69$; $p<0.001$), aumentando o valor, em média, de 10.53 (DP=1.99) para 22.83 (DP=2.19), o que nos indica que os níveis de depressão medidos diminuíram. No grupo não experimental (amostra C), e para a mesma dimensão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o momento das medições, ($t(58)=0.74$; $p<0.001$), diminuindo ligeiramente o valor médio obtido de 22.93 (DP=3.85) para 22.23 (DP=3.37), significando que os níveis de depressão aumentaram 7 décimas em média neste grupo.

Para a dimensão “perda de controlo emocional e comportamental” na amostra B, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós intervenção ($t(58)=-8.43$; $p<0.001$), aumentando o valor, em média, de 33.20 (DP=3.13) para 39.03 (DP=2.12), o que nos indica que os níveis de perda de controlo emocional e comportamental diminuíram. Já para a amostra C, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós intervenção ($t(58)=0.33$; $p<0.001$), diminuindo o valor, em média, de 39.40 (DP=7.09) para 38.83 (DP=6.08), o que nos indica que os níveis de ansiedade aumentaram ligeiramente neste grupo.

Na dimensão “afeto positivo” no grupo experimental verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os momentos medidos ($t(58)=10.17$; $p<0.001$) diminuindo o valor, em média, de 51.03 (DP=6.37) para 38.46 (DP=2.28), indicando, portanto, que os níveis de afeto positivo diminuíram. Contrariamente, no grupo de controlo e para a mesma dimensão, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($t(58)=-0.49$; $p<0.001$), aumentando ligeiramente o valor em média de 42.33 (DP=9.82) para 43.53 (DP=9.07), significando que neste grupo, os alunos aumentaram ligeiramente o seu afeto positivo.

Na dimensão “laços emocionais” e na amostra B, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os momentos 2 momentos medidos ($t(58)=5.69$; $p<0.001$) diminuindo o valor, em média, de 13.26 (DP=0.90) para 12.10 (DP=0.66), indicando, portanto, que os níveis de laços emocionais diminuíram 1.16 em média. Contrariamente, no grupo de controlo e para a mesma dimensão, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($t(58)=-0.41$; $p<0.001$), aumentando ligeiramente o valor em média de 10.90 (DP=1.98) para 11.10 (DP=1.74), significando que neste grupo, os alunos aumentaram muito ligeiramente os seus laços emocionais.

Na dimensão “distress psicológico” (somatório das dimensões “ansiedade”, “depressão” e “perda de controlo emocional e comportamental”), na amostra B foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos momentos de medição pré e pós intervenção ($t(58)=-13.01$; $p<0.001$), aumentando em média, de 77.13 (DP=10.60) para 107.60 (DP=7.20), indicando que o nível de distress psicológico (indicadores psicopatológicos) reduziu. A mesma dimensão, mas na amostra C, não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os 2 momentos de medição ($t(58)=0.53$; $p<0.001$), diminuindo em média de 106.40 (DP=16.62) para 104.23 (DP=14.42), indicando por isso que o distress psicológico (sintomatologia auto percebida) nesta amostra aumentou.

Na dimensão “bem estar psicológico” (somatório das dimensões “afeto positivo” e “laços emocionais”), verificaram-se na amostra B, diferenças estatisticamente significativas do momento pré e pós intervenção ($t(58)=10.25$; $p<0.001$), diminuindo os valores em média de 64.30 (DP=6.96) para 50.56 (DP=2.29), indicando que o bem estar psicológico diminuiu nesta

amostra. Em sentido inverso, na amostra C, não se observaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($t(58)=-0.56$; $p<0.001$), tendo-se observado um aumento dos valores médios entre as 2 medições de 53.23 (DP=9.98) para 54.63 (DP=9.20), indicando por isso, um aumento no bem estar psicológico.

Na dimensão “ISM” (somatório das dimensões “distress psicológico” e “bem estar psicológico”), observamos que na amostra B existem diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós intervenção por counseling ($t(58)=-11.21$; $p<0.001$), aumentando os valores de 141.43 (DP=5.64) para 158.16 (DP=5.91), sinal que os valores de saúde mental nesta amostra melhoraram. Em sentido contrário, na amostra C, não existem diferenças estatisticamente significativas na medição dos 2 momentos e para a dimensão supra mencionada ($t(58)=0.12$; $p<0.001$), diminuindo os valores médios de 159.63 (DP=25.21) para 158.86 (DP=22.31), indicando, portanto, que nesta amostra os alunos diminuíram a sua saúde mental.

Tabela 50 - Comparação de médias e diferenças estatisticamente significativas entre a amostra B e a amostra C através do ISM (Pais-Ribeiro, 2011)

Dimensão do ISM		Com intervenção	Desvio padrão	T	df	p	Sem intervenção	Desvio padrão	t	df	p
Ansiedade	Pré	33.40	6.27	-9.13	58	0.000**	44.06	6.78	0.54	58	0.58
	Pós	45.73	3.92				43.16	5.93			
Depressão	Pré	10.53	1.99	-22.69	58	0.000**	22.93	3.85	0.74	58	0.45
	Pós	22.83	2.19				22.23	3.37			
Perda de Controlo	Pré	33.20	3.13	-8.43	58	0.000**	39.40	7.09	0.33	58	0.74
	Pós	39.03	2.12				38.83	6.08			
Afeto Positivo	Pré	51.03	6.37	10.17	58	0.000**	42.33	9.82	-0.49	58	0.62
	Pós	38.46	2.28				43.53	9.07			
Laços Emocionais	Pré	13.26	0.90	5.69	58	0.000**	10.90	1.98	-0.41	58	0.68
	Pós	12.10	0.66				11.10	1.74			
Distress Psicológico	Pré	77.13	10.60	-13.01	58	0.000**	106.40	16.62	0.53	58	0.59
	Pós	107.60	7.20				104.23	14.42			
Bem Estar Psicológico	Pré	64.30	6.96	10.25	58	0.000**	53.23	9.98	-0.56	58	0.57
	Pós	50.56	2.29				54.63	9.20			
Total ISM	Pré	141.43	5.64	-11.21	58	0.000**	159.63	25.21	0.12	58	0.90
	Pós	158.16	5.91				158.86	22.31			

* $p < 0.005$

** $p < 0.001$

Finalmente, como podemos verificar na tabela 51, na “dimensão interpessoal”, a amostra B (grupo experimental onde se realizou a intervenção por counseling), apresenta resultados que evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós intervenção ($t(58)=-5.11$; $p<0.001$), aumentando em média de 48.06 (DP=12.28) para 61.80 (DP=8.07), denotando assim que a mobilização de recursos internos referentes à dimensão interpessoal aumentou. Por outro lado, a amostra C (ou grupo de controlo, onde não se realizou qualquer intervenção), não apresenta diferenças estatisticamente significativas nos 2 momentos de medição ($t(58)=0.00$; $p<0.001$), já que apresentam exatamente o mesmo valor médio nos 2 momentos, a saber, 78.36 (DP=8.27), indiciando que não existiu nenhuma alteração na utilização de recursos referentes à dimensão pessoal.

A dimensão “auto valorização pessoal” apresenta na amostra B diferenças estatisticamente significativas para os 2 momentos de medição ($t(58)=-5.50$; $p<0.001$), já que se verifica um aumento nos valores obtidos de 29.16 (DP=6.21) para 37.10 (DP=4.86), o que nos indica que existiu um aumento na mobilização de recursos associados à dimensão da auto valorização pessoal. Para a mesma dimensão, mas para na amostra C, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 2 momentos de medição ($t(58)=0.72$; $p<0.001$), verificando-se uma ligeira diminuição nos valores obtidos de 46.16 (DP=6.98) para 44.86 (DP=6.88), significando que a utilização de recursos internos referente à dimensão de auto valorização diminuíram.

Na dimensão “espiritual”, na amostra B são identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós intervenção ($t(58)=-2.32$; $p<0.005$), registando-se um aumento de 15.26 (DP=3.22) para 17.06 (DP=2.76), indiciando que a mobilização de recursos referentes à dimensão espiritual. Na amostra C, verificam-se também diferenças estatisticamente significativas ($t(58)=2.17$; $p<0.005$), identificando-se uma diminuição nos valores obtidos de 19.00 (DP=3.07) para 17.33 (DP=2.85), indicando que a utilização dos recursos internos referentes à dimensão espiritual diminuiu.

Na dimensão “preocupação com a integridade”, verificamos na amostra B diferenças estatisticamente significativas nos 2 momentos de medição ($t(58)=4.63$); $p<0.001$) diminuindo os valores obtidos de 17.86 (DP=1.50) para 16.10 (DP=1.44), significando que a utilização de recursos internos referentes à preocupação com a integridade diminuiu. A amostra C não apresenta diferenças estatisticamente significativas nos 2 momentos de medição ($t(58)=0.38$; $p<0.001$), diminuindo os valores de 20.23 (DP=2.77) para 19.96 (DP=2.63), indiciando que também neste grupo a mobilização de recursos internos referentes à preocupação com a integridade diminuiu.

Na dimensão “atividade física”, verificaram-se no grupo experimental diferenças estatisticamente significativas na comparação de valores médios entre pré e pós intervenção ($t(58)=-3.02$; $p<0.005$), aumentando os valores obtidos de 4.50 (DP=1.13) para 5.33 (DP=0.99),

o que indica que a mobilização de recursos internos relativos à atividade física aumentaram. Já no grupo de controlo não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre as 2 medições ($t(58)=0.27$; $p<0.001$), diminuindo muito ligeiramente os valores de 8.26 (DP=1.89) para 8.13 (DP=1.81), indiciando uma muito ligeira diminuição de utilização de recursos internos relativos à atividade física.

Tabela 51 - Comparação de médias e diferenças estatisticamente significativas entre a amostra B e a amostra C através do CRI (Martin & Hammer, 2004)

Dimensão do CRI		Com intervenção	Desvio padrão	T	Df	p	Sem intervenção	Desvio padrão	t	df	p
DI	Pré	48.06	12.28	-5.11	58	0.000**	78.36	8.27	0.00	58	1
	Pós	61.80	8.07				78.36	8.27			
DAP	Pré	29.16	6.21	-5.50	58	0.000**	46.16	6.98	0.72	58	0.47
	Pós	37.10	4.86				44.86	6.88			
DE	Pré	15.26	3.22	-2.32	58	0.024*	19.00	3.07	2.17	58	0.03*
	Pós	17.06	2.76				17.33	2.85			
DPI	Pré	17.86	1.50	4.63	58	0.000**	20.23	2.77	0.38	58	0.70
	Pós	16.10	1.44				19.96	2.63			
DAF	Pré	4.50	1.13	-3.02	58	0.004*	8.26	1.89	0.27	58	0.78
	Pós	5.33	0.99				8.13	1.81			

* $p < 0.005$
 ** $p < 0.001$

4. Discussão de resultados

No presente estudo observamos que os resultados obtidos no ISM, nas amostras A (amostra de referência da população pertencente à comunidade escolar estudada com 927 participantes) e C (grupo de controlo com 30 participantes) são semelhantes, ressalvando por isso a normalidade estatística da distribuição e frequência de respostas.

Heubeck e Neill (2000), através de uma amostra semelhante à utilizada neste trabalho (n=878; 51% de rapazes e 49% de raparigas; M=14.7; DP=0.9), conseguem resultados próximos aos obtidos na amostra A, no que concerne à escala de Bem Estar Psicológico (54.74 para 54.82 na amostra A). Já no que diz respeito à escala Distress Psicológico, os resultados obtidos são semelhantes à amostra B no momento prévio à intervenção (77.13 para 78.09 de Heubeck & Neill, 2000), o que faz com que o valor do ISM total se aproxime mais do obtido na amostra B no momento anterior à intervenção (132.82 para 141.43) do que do valor obtido na amostra A (158.62).

Já em Portugal, e na Universidade da Beira Interior foi em 2011 realizado um estudo por Roberto e Almeida (2011) onde os resultados obtidos na amostra de 272 estudantes do 1º ao 6º ano do curso de medicina foram idênticos aos recolhidos na amostra A do presente trabalho. Assim, em Roberto e Almeida (2011) observamos na escala de Distress Psicológico um valor de 102.83, para 103.81 na amostra A, na escala de Bem Estar Psicológico 53.53, e na amostra A 54.82. Já no ISM total, 156.37 e na amostra A 158.82, o que parece indicar que a amostra A do presente trabalho se apresenta com características normativas, expectáveis para a faixa etária em Portugal.

Os resultados obtidos pela amostra B (grupo experimental) apresentam valores mais baixos do que os da validação portuguesa tida como referência (Pais-Ribeiro, 2011) e dos que das amostras A e C na escala Distress Psicológico e nas suas subescalas Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional e Comportamental. Estes valores são esperados já que a validação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011) e as amostras A e C foram constituídas por sujeitos normativos e a amostra B, por sujeitos que enfrentavam problemas e/ou questões que queriam ver resolvidas e que, por isso mesmo, buscavam ajuda ou apoio nos serviços de Psicologia da escola.

A literatura consultada aponta para um aumento da prevalência de distúrbios psicológicos na criança e no adolescente, que resulta na diminuição no desempenho escolar e académico, bem como no seu comportamento como indivíduos, membros pertencentes a uma família e elementos constituintes de um ambiente social (Matos *et al*, 2008b). São apresentados os exemplos da depressão e ansiedade como paradigmáticos no que concerne a dimensões claras

de distúrbios com impacto negativo no ajuste e desenvolvimento da criança e adolescente, nomeadamente o drástico aumento verificado entre os 15 e 18 anos de idade, com o grupo das raparigas a ultrapassarem o dos rapazes. Em idades inferiores (pré-escolar), não existem diferenças entre a prevalência de sintomatologia depressiva entre géneros, em Portugal (Matos *et al* 2008), em Espanha (Domènech-Llaberia *et al*, 2009) e nos Estados Unidos da América (Fleming & Offord, 1990; Velez, Johnson & Cohen (1989).

Dos resultados obtidos, no que concerne à diferença entre idade e, por exemplo, à dimensão de ansiedade, verificamos que os valores são mais elevados de ansiedade identificam-se nos adolescentes mais velhos. Já Borges *et al* (2008) apresenta resultados semelhantes neste domínio e também, no que diz respeito à diferença de género, onde as participantes de género feminino apresentam maiores valores de ansiedade do que os participantes de género masculino. O mesmo acontecerá no que concerne à autolesão suicidária e autolesão não suicidária, onde o género feminino surge com maior incidência do que o género masculino (22 para 1 e 34 para 13, respetivamente), sendo a forma privilegiada para a autolesão suicidária o envenenamento e para a não suicidária, a automutilação (Ougrin *et al*, 2012), apesar destas dimensões não serem afloradas diretamente neste trabalho.

Navarro-Pardo *et al* (2012) recolheram os dados fornecidos por médicos pertencentes a uma equipa especializada em saúde mental da infância e adolescência (n=588), onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de diagnóstico, género e faixa etária. Por exemplo, distúrbios comunicação, de impulsividade e de eliminação são mais frequentes entre os 0 e os 5 anos, déficit de atenção com ou sem hiperatividade é o diagnóstico mais comum entre os 6 e 11 anos, distúrbios de ansiedade e de humor são os mais prevalentes entre os 12 e 15 anos e, paralelamente a todas estas faixas etárias, mas com mais importância e impacto, os problemas comportamentais são os mais observados dos 16 aos 18. No que concerne ao género, os rapazes apresentam uma maior prevalência de problemas comportamentais, enquanto que as raparigas apresentam maior ocorrência de problemas ansiogénicos.

Sá *et al* (2010) concluíram que se a criança/adolescente for do sexo masculino e sofrer punição física grave, existência de ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe e/ou embriaguez do pai/padrasto, ou sejam, elementos de grupos vulneráveis com características individuais/familiares identificadas, devem ser considerados prioritários em propostas de prevenção/tratamento.

Ferreira *et al* (2012), ao estudarem a associação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva entre crianças e adolescentes, concluem que experiências positivas na vida de crianças e adolescentes diminuem o nível de sintomas depressivos, enquanto que acontecimentos negativos potenciam o surgir de sintomas depressivos. Este mesmo estudo avança que temas relacionados com a família, escola e percepção de saúde negativa são

potenciadores de sintomas depressivos e, por seu lado, os acontecimentos relacionados com a vida social tendem a diminuir esses mesmos sintomas.

Dhillon (2014) refere que crianças e adolescentes com um elevado nível de autonomia emocional, combinado com um reduzido apoio parental, promove o seu distress psicológico.

No que concerne à influência do estatuto económico e cultural/educacional dos pais e o seu impacto na saúde de crianças e adolescentes, Matos, Borges e Capucha (2011) (n=4877 com média de idades = 14 anos) identificaram um impacto significado nessas duas variáveis. Assim, crianças e adolescentes provenientes de seios familiares com dificuldades financeiras tendem a ter uma percepção mais baixa da sua qualidade de vida e satisfação. Da mesma forma observaram que famílias com estatuto sócio-económico e educativo mais elevado funcionam como "estratégias de proteção" para a saúde, a não ser que sejam pais "demasiado" cultos ou "demasiado" ricos.

Os resultados obtidos pela amostra B (grupo experimental) anteriormente à intervenção apresentam valores mais elevados do que os da validação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011) e dos que foram verificados nas amostras A e C na escala de Bem estar positivo e nas suas subescalas Apoio Positivo e Laços Emocionais. Estes valores foram inesperados já que sujeitos com valores mais baixos do que a normalidade estatisticamente esperada na escala Distress Psicológico não é esperado que apresentem valores elevados de Bem estar positivo, valores esses que são superiores até aos esperados pela "norma" utilizada, atribuíveis talvez a uma maior hipervigilância aos estímulos externos e noção de pertença a um grupo de pares, que, como referido no capítulo sobre a adolescência, assume importância vital, funciona como defesa aos ataques percebidos e do qual a criança, mas sobretudo o adolescente, depende, é influenciado (locus de controlo externo) e funciona como condição e aferição do seu bem estar psicológico.

Este funcionamento é habitual estar associado uma fraca autonomia emocional e autoconsciência dos sujeitos, muitos deles em processo de construção personalística.

Na dimensão "bem estar psicológico" (somatório das dimensões "afeto positivo" e "laços emocionais"), verificaram-se na amostra B uma inesperada diminuição dos valores indicando que o bem estar psicológico diminuiu na amostra B. Esta diminuição poderá ser causada por uma maior autoconsciência e desenvolvimento real da autonomia conseguido no pós intervenção, valores esses mais conducentes com o esperado e conseguido quer na validação nacional (Pais-Ribeiro, 2011) e amostras A e C.

Consequentemente, e no momento posterior à intervenção, a amostra C apresenta resultados semelhantes à medição do 1º momento (semelhantes ainda à amostra A), não sendo por isso identificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os 2 momentos de

medição com 7 meses de intervalo, sendo possível por isso inferir da não alteração de níveis de saúde mental medidos neste grupo.

No momento posterior à intervenção, a amostra B (grupo experimental) apresenta resultados que melhoram a pontuação (e conseqüentemente, a saúde mental) dos sujeitos na escala Distress Psicológico (e nas suas subescalas, Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional e Comportamental), tendo sido identificadas diferenças estatisticamente significativas para estas subescalas na comparação de médias entre o 1º e o 2º momento de medição. Desta forma, verificamos que o programa de aconselhamento de inspiração humanista e centrado na pessoa resultou em melhorias na remissão de sintomas psicopatológicos medidos (ansiedade, depressão e perda de controlo comportamental e emocional).

Dada a opção de abordagem selecionada para a intervenção e as suas características específicas, de não directividade e das reconhecidas como condições necessárias e suficientes (Rogers, 1986), foram conseguidos resultados interessantes, na mesma linha de Knox (2008), Lietaer e Lasuy (2010) e Vanaerschot e Lietaer (2011), que identificam a presença das denominadas características rogerianas (liberdade, congruência, experiência de real profundidade e reflexão sobre o self, compreensão empática e olhar positivo) quer nas expectativas pré terapia, quer nos relatos pós terapia de clientes e terapeutas, empiricamente observados e registados pela análise de centenas de casos terapêuticos, com resultados inequívocos de melhoria do bem estar dos seus clientes.

Resultados semelhantes na aplicação da abordagem centrada na pessoa são ainda reportados por Grafanaki e McLeod (2002), por Cochran *et al* (2011) em adolescentes extremamente agressivos, por Traynor, Elliott, e Cooper (2011) com clientes que experienciam processos psicóticos ou mesmo Frankel, Rachlin e Yip-Bannicq, (2012), que apontam para um claro benefício para a valorização terapêutica das denominadas "variáveis relacionais", essenciais para a eficácia da relação de ajuda.

Já Rönnau-Böse e Fröhlich-Gildhoff (2009) referem resultados de sucesso da abordagem centrada na pessoa no que concerne à promoção da resiliência nas instituições pré-escolares (dos 3 aos 6 anos de idade) através de treino e supervisão dos educadores, participação das crianças em sessões focadas na resiliência, participação dos pais e familiares nas sessões de formação, treino e aconselhamento e criação de redes de apoio social, como sejam instituições promotoras de aconselhamento e outros recursos sociais. Estes alunos apresentavam efeitos positivos na sua autoestima, estabilidade comportamental e desenvolvimento cognitivo, quando comparados com um grupo de controlo não submetido ao mesmo projeto, enquanto Schnellbacher e Leijssen (2008) sublinham o valor do carácter genuíno captado e relatado pelo cliente aquando do processo terapêutico.

Danino e Shechtman (2012) concluem que o aconselhamento em grupo obtém melhores pontuações no que diz respeito a redução de stress (portanto, menos stress) e do sentimento de pertença, quando comparado com um grupo de controlo e outro de coaching individual, para pais de crianças com dificuldades de aprendizagem.

No mesmo sentido, Edwards e Edwards (2009) conduziram uma intervenção na África do Sul que consistia num programa de aconselhamento de inspiração centrada na pessoa, em grupo, para pessoas que viviam com VIH em que os resultados de bem estar psicológico indicaram melhorias significativas na perceção de autonomia, crescimento pessoal, ajustamento social, relações positivas com os outros e autoaceitação, quando comparados com um grupo de controlo.

Ueda e Tsuda (2013) reportam que um excelente complemento ao aconselhamento individual, será o aconselhamento em grupo. Este trabalho não utilizou esse componente, mas seria de sumo interesse a possibilidade de as unir já que quando existe mais distress psicológico e menos aceitação da patologia (o exemplo utilizado foi o cancro), com aconselhamento em grupo existiu uma alteração nos comportamentos e atitudes em relação aos outros, enquanto o aconselhamento individual reduziu a ansiedade e tensão, depressão, fadiga e aceitação do seu problema. Assim, parece possível conceber que uma intervenção combinada entre o aconselhamento individual e em grupo são a resposta indicada para pessoas que apresentem um alto distress psicológico.

Enquanto que em relação ao CRI, o principal problema associado à discussão e comparação de resultados, teve a ver com a diferente associação dos itens que compõem a versão portuguesa face à versão original de origem norte americana. Dessa forma, não foi possível verificar e/ou comparar os resultados obtidos no presente trabalho com outras e passadas aplicações da versão original.

Não obstante, foi possível verificar e comparar as pontuações entre as amostras A e C, que apresentam resultados semelhantes, cumprindo assim a presunção de que representam uma população normativa. Embora os resultados se aproximem bastante, ambas denotam uma utilização de recursos internos relacionados com a dimensão interpessoal, de auto valorização pessoal, de preocupação com a integridade e de atividade física acima dos valores medianos teóricos esperados. Em sentido inverso, surge a dimensão pessoal, cujos valores obtidos ficam abaixo do esperado teoricamente.

Por outro lado, os resultados obtidos na amostra C (grupo de controlo) não apresentam diferenças estatisticamente significativas comparando as pontuações registadas nos 2 momentos de medição, embora todas as dimensões tenham obtido uma pontuação ligeiramente inferior do 1º para o 2º momento. A exceção é a dimensão espiritual cuja pontuação média diminuiu de 19 (1º momento) para 17.33 (2º momento), e que, por isso, se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados obtidos na amostra B (grupo experimental) antes da intervenção demonstram que estes sujeitos mobilizam recursos internos referentes à preocupação com a integridade e à dimensão de atividade física de forma esperada através do critério de mediana teórica. Se usarmos como referente o critério da comparação com a amostra A (n=927) ou a C (n=30), os valores são mais baixos no que concerne à mobilização de recursos nas áreas ou dimensões referidas. No que concerne aos resultados obtidos nas dimensões interpessoal, de autovalorização pessoal e espiritual, estes apresentam pontuações mais baixas na mobilização dos supra referidos recursos internos, quer na comparação com os resultados medianos teóricos esperados, quer por comparação com as amostras A e C.

Os resultados observados na amostra B posteriormente à intervenção revelam um aumento de mobilização e utilização de recursos referentes às dimensões interpessoal, de autovalorização pessoal e espiritual, pois as pontuações conseguidas no momento posterior aumentaram por referência ao momento anterior à intervenção. Em sentido inverso, identificaram-se ligeiras diminuições nas pontuações das dimensões referentes ao uso de recursos internos de preocupação com a integridade e atividade física. Em todas as dimensões observaram-se diferenças estatisticamente significativas comparando as médias recolhidas no período pré e pós intervenção, no sentido de melhoria nas pontuações observadas.

Interessante é ainda a tendência geral em que o presente trabalho se insere também em 2 domínios: o do conhecimento sobre a saúde mental das populações, e no caso, a portuguesa (Xavier *et al*, 2013) e a preocupação que os profissionais de saúde mental vão manifestando sobre a eficácia dos processos terapêuticos, da sua intervenção neles e do grau de alteração e satisfação dos clientes/utentes/pacientes (Csillik, 2013).

Existem, não obstante, algumas limitações identificadas durante a planificação e execução deste trabalho. Assim, a própria utilização e selecção dos questionários, no sentido de que nunca estão livres do efeito da desejabilidade social, bem como a não medição (direta) de outras dimensões tradicionalmente associadas com a abordagem centrada na pessoa, como sejam, a autoestima, a autonomia, a autoatualização e a redução entre a incogruência sentida entre o self real e o self ideal.

Nesse sentido, também a dificuldade de monitorização das intervenções devido às características da intervenção (sendo não diretivas e necessariamente mais subjetivas), bem como a avaliação formal e objetiva das próprias sessões, que, só aconteceu pelos relatos verbalmente enunciados pelos intervenientes e com quem eles lida (família, professores e amigos), mas sobretudo pela alteração no humor, atitude e ganho de consciência e responsabilidade pelo seu destino.

Ainda a recolha da amostra ter sido por conveniência e, portanto, impede generalizações para a população, reduz o valor potencial deste trabalho, embora no caso do Inventário de Saúde

Mental, os resultados obtidos na amostra A (todos os alunos de uma escola) se aproximasse bastante dos resultados obtidos pela validação nacional do mesmo.

Todas estas limitações serão, pensamos nós, excelentes desafios e propostas para trabalhos, pesquisas e estudos futuros, associando a estes, o interesse pela interrelação do aconselhamento e o seu estudo (por exemplo, estudos sobre eficácia de intervenção) com outras áreas de investigação psicológica.

5. Conclusão

O presente trabalho insere-se e advém da área da saúde mental, sobretudo de populações e instituições escolares, onde as crianças e adolescentes passam necessariamente mais tempo, criam laços de pertença, desenvolvem-se e constituem-se como pessoas, desejavelmente únicas e livres.

A intenção fundamental desta investigação foi a de contribuir através do processo investigação-ação para um melhor conhecimento da realidade vivida nos estabelecimentos escolares, no que diz respeito à saúde mental dos seus atores por excelência (alunos), validar um questionário de recursos internos para aplicação escolar e proporcionar um programa de aconselhamento pensado para jovens e adolescentes, em contexto escolar, de inspiração humanista, centrado na pessoa, utilizando uma metodologia quási-experimental, que possibilite verificar a eficácia/sucesso desse tipo de intervenção do ponto de vista quantitativo, procurando demonstrar a sua utilidade e necessidade.

Da pesquisa realizada ressalta a evidência de que poucos estudos existem de aplicação de procedimentos em counselling, como o proposto no presente trabalho, ao contexto escolar em Portugal, utilizando metodologias quantitativas, bem como estudos de validação de instrumentos e, finalmente, sobre a importância do counseling na e para a população escolar.

Foram apresentados como objetivos principais, a medição da saúde mental numa amostra estudantil, através do *Inventário de Saúde Mental* (ISM), já validado para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011), a medição dos recursos internos numa amostra estudantil, através do *Coping Resources Inventory* (CRI) de Marting e Hammer (2004), validar o CRI para uma população estudantil e testar a eficácia de um modelo de intervenção de base counseling.

Dos resultados conseguidos e trabalhados, verificou-se que a população escolar estudada apresenta níveis de saúde mental esperados para a faixa etária (Pais-Ribeiro, 2011), quer nas diferentes subescalas que compõem o ISM, quer na pontuação geral final. No que respeita ao CRI, as amostras A (n=927) e C (n=30; grupo de controlo) apresentam resultados semelhantes, cumprindo assim a presunção de que representam uma população normativa. Embora os resultados se aproximem bastante, denotam uma utilização de recursos internos relacionados com a dimensão interpessoal, de auto valorização pessoal, de preocupação com a integridade e de atividade física acima dos valores medianos teóricos esperados. Em sentido inverso, surge a dimensão pessoal, cujos valores obtidos ficam abaixo do esperado teoricamente pelas médias expectáveis.

No que concerne ao processo de intervenção por aconselhamento inspirado pela psicologia humanista e centrada na pessoa, e pela da comparação das médias para as várias dimensões do inventário de saúde mental (ISM) assim como para a dimensão geral, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental entre o momento pré e pós intervenção no sentido da melhoria da saúde mental. Por sua vez, relativamente ao grupo de controlo (que não sofreu qualquer intervenção = amostra C), não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas, o que nos parece sugerir que a intervenção inspirada na abordagem Centrada na Pessoa em contexto Escolar que aqui se trabalhou promoveu melhorias significativas na saúde mental dos estudantes revelando-se, portanto, útil, necessária e eficaz.

O trabalho realizado e aqui apresentado baseou-se e foi enformado de um enorme investimento nas condições necessárias e suficientes para o estabelecimento de uma relação de ajuda propostas por Carl Rogers (congruência, empatia e olhar incondicionalmente positivo). Estes pré-requisitos associados a uma reflexão / descoberta de sentimentos, proximidade e intimidade, dentro de um contexto de autenticidade, centrando-se na importância do “aqui e agora” que importa e vale para a pessoa que comigo estabeleceu uma aliança de trabalho.

Os resultados obtidos por cada um dos participantes no seu processo único e irrepetível ficarão necessariamente com cada um deles, subjetivamente integrados e constituintes do seu self atual, agora mais preparados e conscientes do seu potencial, das suas competências para lidar com situações novas ou adversas e capazes de melhor se adaptar e decidir de forma mais livre e própria.

Não obstante a não existência de muitos estudos em Portugal que procurem demonstrar a eficácia das intervenções terapêuticas associadas ao *setting* escolar no geral e, em particular, na abordagem centrada na pessoa, consideramos que estudos como o presente se revestem de grande pertinência para o desenvolvimento destas referidas áreas.

Ainda que pouco diretivo, este trabalho contribui para a capacitação dos técnicos com capacidade de intervenção no campo aqui estudado na crença de que a abordagem centrada na pessoa é adequada, útil e eficaz ao apoio psicológico, aconselhamento, também em contexto escolar.

Nesse sentido, pensamos que seria importante continuar com a linha investigação sobre a possibilidade de verificação e eficácia dos processos psicoterapêuticos e/ou de aconselhamento de inspiração humanista e centrada na pessoa (em populações escolares), quer pela introdução de outras medidas, quer pelo alargamento a outras populações. Os estudos comparativos com outras abordagens e concepções do ser humano parecem-nos igualmente de suma pertinência, bem como a integração/comunicação com outras áreas de

investigação como sejam aportes que derivam da psicologia cognitiva, da neuropsicologia ou psicologia ambiental.

Finalmente, e sejam quais os acrescentos, evoluções, regressões, transformações ou outras que aconteçam, que não se perca a simplicidade e humanidade proposta por Rogers ao desafiar-nos a captar a *cor, textura e o sabor do sentido pessoal experienciado* pelo cliente no momento (Rogers, 1986).

Referências

- Atjer, F. (2004). A Vinculação na Adolescência. Guedeney, N. & Guedeney, A., *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 147-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baker, D. & Subich, L (2008). Counseling Psychology: Historical Perspectives. Walsh, W. (ed.), *Biennial Review of Counseling Psychology*, 1, New York: Routledge.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. (1961). Transmission of Aggression Through Imitation of Aggressive Models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Barton, A. (1974). *Three Worlds of Therapy*. Palo Alto: National Press Books.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian Book.
- Beck, A. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S. F. & Sems, A. Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. In R.M. Lerner (ed.), *Theoretical models of human Handbook of Child Psychology (1)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às Psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bondi, L. (2006). *The Effectiveness of Counselling: COSCA's Review and Comments*. Stirling: Counselling and Psychotherapy in Scotland.
- Bordin, E. (1955). *Psychological Counseling*. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Bordin, E., Nachmann, B. & Segal, S. (1963). An articulate framework for vocational development. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 107-118.
- Bordin, E. (1965). The ambivalent quest for independence. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 339-345.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G. & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4, 551-561.
- Borow, H. (ed.) (1964). *Man in a World of Work*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Boudewyns, P. & Shipley, R. (1983) *Flooding and implosive therapy: Direct therapeutic exposure in clinical practice*. New York: Plenum Press.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edual.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Burks, H. M. & Steffler, B. (1979). *Theories of Counseling* (3rd edition). New York: McGraw-Hill.
- Carita, A. & Tomé, G. (2010). A dinâmica da consistência moral. *Análise Psicológica*, 1, 85-105.
- Carretero, M. & Cascón, J. (2004). Do pensamento formal à mudança conceitual na adolescência. Coll, C., Marchesi, A. & Palácios, A., *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: Artmed Ed.
- Claes, M. (1990). A génese da identidade na adolescência. *Problemas da Adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Cochran, J., Fauth, D., Cochran, N., Spurgeon, S. & Pierce, L. (2010). Reaching the “Unreachable”: Case Examples from a Person-Centered Approach for Highly Aggressive Youth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 302-319.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente* (4^a ed.). São Paulo: Artmed.
- Cooper, M. (2011). Meeting the demand for evidence-based practice. *Therapy Today*, 22(4), 10-16.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (8th edition). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Coslin, P. (2002). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, M. (1991). *Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento da Identidade*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Crockett, L., Raffaelli, M., Moilanen, K. (2003). Adolescent Sexuality: Behavior and Meaning. Adams, G. & Berzonsky, M. (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, USA: Blackwell Publishing.

- Csillik, A. (2013). Understanding Motivational Interviewing Effectiveness: Contributions From Rogers' Client-Centered Approach. *The Humanistic Psychologist*, 41, 350-363.
- Danino, M. & Shechtman, Z. (2012). Superiority of group counseling to individual coaching for parents of children with learning disabilities. *Psychotherapy Research*, 22, 592-603.
- Dhillon, R. (2014). Relationship of Emotional Autonomy with Anxiety and Depression. *3rd Annual International Conference on Cognitive and Behavioral Psychology (CBT 2014)*, 125-128.
- Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M., Mitjavilla, M., Corbella, T. & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 597-604.
- Duncan, B.L., Hubble & Miller (1997). *Psychotherapy with 'Impossible' Cases: the effective treatment of therapy veterans*. New York: W.W. Norton & Company.
- Dryden, W. (1996). *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. London: Sage.
- Dryden, W. & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. Dobson, K.S. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Edwards, S. & Edwards, D. (2009). Counselling for psychological well-being in persons living with HIV/AIDS. *Journal of Psychology in Africa*, 19, 561-564.
- Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. London: Allen Lane.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York : Springer.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 9, 139-172.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W.W. Norton.
- Escoval, H. (1999). Psicoterapias humanistas e existenciais - estudo comparativo. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 3, 42-51.

- Fall, K., Holden, J. & Marquis, A. (2010). *Theoretical Models of Counseling and Psychotherapy* (2nd edition). New York: Routledge.
- Farber, B., Brink, D. & Raskin, P. (1996). *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary*. New York: The Guilford Press.
- Feldman, M. P. & Broadhurst, A. (1976). *Theoretical and Experimental Bases of the Behaviour Therapies*. London: John Wiley & Sons.
- Feltham, C. & Horton, I. (eds.) (2000). *Handbook of Counseling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. & Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-136.
- Fleming, J., Offord D (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 28-33.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia*. Porto: Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer. A Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca A., (1983). Instituição, Poder e Vida ou Transação fascinada com a vida. Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M. & Fonseca, A. (139-183) *Em busca de Vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: Sumus.
- Fonseca, A. (2004). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e do Adolescente*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, A. (2010). *Crianças e Adolescentes - Uma abordagem multidisciplinar*. Coimbra: Almedina.
- Frankel, M., Rachlin, H. & Yip-Bannicq, M. (2012). How nondirective therapy directs: The power of empathy in the context of unconditional positive regard. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11, 205-214.
- Gay, P., (1998). *Freud: A life for our time*. New York: Norton.
- Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1974). A survey of clinical psychologists: Characteristics, activities, and orientations. *The Clinical Psychologist*, 28, 7-10.

- Garfield, S. & Kurtz, R. (1976). Clinical Psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9.
- Gibbard, I. & Hanley, T. (2008). An evaluation of the effectiveness of person centred counselling in routine clinical practice in primary care. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8,4.
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Grafanaki, S. & McLeod, J. (2002). Experiential congruence: qualitative analysis of client and counsellor narrative accounts of significant events in time-limited person-centred therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2, 20-32.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Greening, T.C. (1975). *Psicologia Existencial-humanista*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hardy, S. A., & Kisling, J. W. (2006). Identity statuses and prosocial behaviors in young adulthood: A brief report. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 6 (4), 363-369.
- Heubeck, B. G., & Neill, J. T. (2000). Internal validity and reliability of the 30 item Mental Health Inventory or Australian Adolescents. *Psychological Reports*, 87, 431-440.
- Hergenhahn, B. R. (2009). *An Introduction to the History of Psychology* (6th edition). Belmont: Wadsworth.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD - Report-Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information On Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 3.
- Hipólito, J. (2010). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Ivey, A. & Simek-Downing, L. (1980). *Counseling and Psychotherapy: skills, theories and practice*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Ivey, A., Ivey, M. & Zalaquett, C. (2010). *Intentional Interviewing and Counseling* (7th edition). Belmont: Brooks/Cole.
- Jones, E. (1955). *The Life and Work of Sigmund Freud* (vol. I). New York: Basic Books.
- Jacobs, M. (2010). *Psychodynamic Counselling in Action* (4th ed.). London: Sage.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity against nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-95.
- Kefir, N. (1981). Impasse/priority therapy. In Corsini, R. (ed.). *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley.
- Knox, R. (2008): Clients' experiences of relational depth in person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8, 182-188.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Ladame, F. (1995). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson.
- Larga, S. (2001). Empatia e compreensão empática. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 7, 65-76.
- Leahey, T. (1987). *A History of Psychology: Main Currents in Psychological Thought* (2nd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lietaer, G. & Lasuy, C. (2010): Client and Therapist Pre-session Feelings and Expectations in Client-Centered/Experiential Psychotherapy: A Retrospective Study. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 320-334.
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S, Cautin, R. & Latzman, R. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- Lewis, E. (1970). *The Psychology of Counseling*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Machado, C. (2002). Olhares sobre a Adolescência. Silva, A., *Vida, Escola e Religião no Imaginário Juvenil*. Braga: Ed. A.O.
- Marting, M.S. & Hammer, A. (2004). *Coping Resources Inventory*. Palo Alto: MindGarden.

Matos, A.C. (1996). Percursos de identidade: processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-33.

Matos, A.C. (2002) *Adolescência: O triunfo do Pensamento e a Descoberta do Amor*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, M. (2008). A Saúde dos adolescentes: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2, 251-263.

Matos, M., Borges, A. & Capucha, L. (2011). Adolescents, family status, education and health: New insights into health behaviour in school-aged children in Portugal. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 6: 234-243.

Matos, M., Tomé, G., Manso, D., Ferreira, P. & Ferreira, A. (2008b). Anxiety, Depression and Coping strategies: Improving the evaluation and the understanding of these dimensions during pre-adolescence and adolescence. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8, 169-184.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J.A. & Equipa Aventura Social (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

May, R. (1961). *Existential Psychology*. New York: Random House.

Marcelli, D. (2002). *Os Estados Depressivos na Adolescência*. Lisboa: Presença.

Marcia, J. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.

Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. Andelson, J. (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.

Marcia, J. (2010). Life transitions and stress in the context of psychosocial development. Miller, T. (Ed.), *Handbook of Stressful Transitions Across the Lifespan*. New York: Springer.

McLeod, J. (2003a). *Practitioner Research in Counselling*. London: Sage.

McLeod, J. (2003b). *An Introduction to Counselling* (3rd edition). London: Open University Press.

- McLeod, J. (2004). *The Counsellor's Workbook - Developing a Personal Approach*. London: Open University Press.
- McLeod, J. (2007). *Counselling Skills*. London: Open University Press.
- McNeill, J.T. (1951). *A History of the Cure of Souls*. New York: Harper and Row.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006): Being-With and Being-Counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 5, 255-265.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-Centered Counselling in Action* (3rd ed.). New York: Sage.
- Moniz, L. J. (1991). *A modificação do Comportamento. Teoria e Prática da Psicoterapia e Psicopedagogia Comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mosak, H. & Maniacci, M. (1999). *A primer of Adlerian psychology*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Mosak, H. & Maniacci, M. (2008). Adlerian psychotherapy. Corsini, R. & Wedding, D. (eds), *Current psychotherapies*. Belmont: Brooks/Cole.
- Navarro-Pardo, E., Moral, J., Galán, A. & Beitia, D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24, 377-383.
- Nelson-Jones, R. (1982). *The Theory and Practice of Counseling Psychology*. London: Holt, Rinehart and Wiston.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Norcross, J. & Grencavage, L. (1990). Eclecticism and integration in Counselling and Psychotherapy: major themes and obstacles. Dryden, W. & Norcross, J. (eds.) *Eclecticism and integration in Counselling and Psychotherapy*. Loughton: Gale Center.
- O'Hara, M. (1995). Why is this man laughing?. *AHP Perspective*, 19, 30-31.
- Offer, D. & Sabshin, M. (1984). *Normality and the life cycle*. New York: Basic Books.
- Ollendick, T. (2013). Advances Toward Evidence-Based Practice: Where to From Here?. *Behavior Therapy*, 1, 1-5.

Oliveira, A. (2008). *Ilusões na idade das emoções: representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Orgel, S. (1995). Education and training in psychoanalysis. Moore, B. & Fine, B. (eds.). *Psychoanalysis: The major concepts*. London: Yale University Press.

Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D. & Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and Nonsuicidal self-harm: Clinical Characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment*, 24, 11-20.

Pais-Ribeiro, J. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo Editora.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª edição). Amadora: McGraw-Hill.

Patterson, C. (1959). *Counseling and Psychotherapy: Theory and Practice*. New York: Harper & Brothers.

Patterson, L. E. & Eisenberg, S. (1988). *O processo de Aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes.

Pepinsky, H. & Pepinsky, P. (1954). *Counseling Theory and Practice*. New York: The Ronald Press Company.

Perris, C., Blackburn, I. M., & Perris, H. (1988). *Cognitive Psycho-Therapy: Theory and Practice*. Berlim: Springer-Verlag.

Petterson, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583-607.

Powers, S.I., Hauser, S.T., & Kilner, L.A. (1989). Adolescent mental health. *American Psychologist*, 44, 200-208.

Prever, M. (2010). *Counselling and Supporting Children and Young People: A Person-Centered Approach*. London: Sage.

Prout, H. & Brown, D. (eds.) (2007). *Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings* (4th edition). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Roberto, A. & Almeida, A. (2011). Saúde mental de estudantes de medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 279-286.

Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Rogers, C. (1952). 'Client Centered' Psychotherapy. *Scientific American*, 187.

- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. & Rosenberg, R. (1977). *A Pessoa como Centro*. São Paulo: E.P.U.
- Rogers (1986). Reflection of Feelings. *Person-centered Review*, 1, 125-40.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edial.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2009): The Promotion of Resilience: A Person-Centered Perspective of Prevention in Early Childhood Institutions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8, 299-318.
- Rosenblum, G. & Lewis, M. (2003). Emotional Development in Adolescence. Adams, G. & Berzonsky, M. (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, USA: Blackwell Publishing.
- Sá, D, Bordin, I, Martin, D. & Paula, C. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 643-652.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Samuels, A. (1985). *Jung and the Post Jungians*. New York: Routledge.
- Samuels, A., Shorter, B. & Plaut, F. (1986). *A Critical Dictionary of Jungian Analysis*. New York: Routledge.
- Schnellbacher, J. & Leijssen, M. (2008). The Significance of Therapist Genuineness from the Client's Perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 49: 207-228.
- Scull, A. (1979). *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England*. London: Allen Lane.
- Sharf, R.S. (2004). *Theories of psychotherapy and Counseling: concepts and cases* (3rd edition). Pacific Grove: Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Shertzer, B. & Stone, S. (1974). *Fundamentals of Counseling* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Skinner, B. (1976). *About Behaviorism*. New York: Vintage Books Edition.
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os Sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença.

- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Smith, G. (1955). *Counseling in the Secondary School*. New York: The Macmillan Company.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente - Uma abordagem desenvolvimentista* (3ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stampfl, T. G., and Lewis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stevens, A (1990). *On Jung*. New York: Routledge.
- Stewart, W. (2013). *An A-Z of Counselling Theory and Practice* (5ª ed. revised edition). Hampshire: Cengage Learning Vocational.
- Strecht, P. (2002). *Interiores*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Traynor, W., Elliott, R. & Cooper, M. (2011). Helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 89-104.
- Tosi, D., Leclair, S., Peters, H. & Murphy, M. (1987). *Theories and Applications o Counseling: Systems and Techniques of Counseling an Psychotherapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Trower, P., Jones, J., Dryden, W. & Casey, A. (2011). *Cogniitve Behavioural Counselling in Action* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Ueda, Y. & Tsuda, A. (2013). Differential outcomes of skill training, group counseling, and individual cognitive therapy for persons with acquired visual impairment. *Japanese Psychological Research*, 55, 229-240.
- Vallejo-Nágeda, A. (2003). *Os Adolescentes e os Pais*. Lisboa: Presença.
- Vanaerschot, G. & Lietaer, G. (2011). Client and Therapist Postsession Perceptions of Therapeutic Ingredients in Helping Episodes: A Study Based on Three Cases. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 205-219.
- Velez, C., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.

- Walsh, W. (ed.) (2008). *Biennial Review of Counseling Psychology*. New York: Routledge.
- Watts, R. (2000). Is individual psychology still relevant? *Journal of Individual Psychology*, 56, 21-30.
- Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Whiteley, J. (1980). *The History of Counseling Psychology*. Belmont: Brooks/Cole.
- Whiteley, J. (1984). A historical perspective on the development of counseling psychology as a profession. Brown S. & Lent, R. (eds.) *Handbook of Counseling Psychology*. New York: Wiley.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wood, J. (1983). Terapia de Grupo Centrada na Pessoa. Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M. & Fonseca, A., *Em busca de Vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: Sumus.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7-19.
- Zimmer-Gembeck, M. & Collins, W. (2003). Autonomy Development during Adolescence. Adams, G. & Berzonsky, M. (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. USA: Blackwell Publishing.
- Zimring, F.M. & Raskin, N.J. (1992). Carl Rogers and client/person-centered therapy. D.K. Freedheim, H.J. Freudenberger, J.W. Kessler, S.B. Messer, D.R. Peterson, H.H. Strupp & P.L. Wachtel (eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 629-656). Washington, DC: APA.

Anexos

