

## Astros Errantes na Psicoterapia

Manuel Salvador Espírito Santo<sup>1</sup> & Francisco Manuel Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

O trabalho apresentado é um extracto de uma investigação mais ampla, incidindo sobre um único indivíduo que se assume como incurável, após vinte anos à procura de alívio para as dificuldades que lhe coarctaram o desempenho sócio-profissional. Os dados foram recolhidos através de entrevistas filmadas no seu domicílio, e posteriormente sujeitas a transcrição integral, tendo dado lugar a um relato que condensa a versão mais recorrente da sua história de vida. Esse texto, revisto e validado pelo próprio, foi sujeito a análise temática, entendida como a abordagem qualitativa mais adequada ao objectivo pretendido.

As explicações comprovativas consolidadas ao longo da vida, em contraponto com as práticas impostas pela psicopatologia, poderão ter favorecido a proliferação de factores que interferiram com a eficácia dos tratamentos, e transformaram este indivíduo num *outlier* para as estatísticas de resultados.

Espera-se estabelecer um enquadramento meta-emocional e meta-cognitivo das teorias do mal-estar que foi construindo.

*Palavras-chave:* análise temática; escassez de resultados; história de vida; teorias do mal-estar.

### 1. INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta insere-se numa investigação mais ampla sobre um conjunto diversificado de aspectos polémicos inerentes à avaliação da eficácia dos tratamentos e à identificação dos factores de abandono da intervenção (Espírito Santo, 2009).

Muitos são os autores que se têm interrogado acerca das resistências levantadas no decurso dos tratamentos, e investigado estratégias de adesão e de maximização dos planos terapêuticos, bem como sinalizado as respectivas variáveis preditivas de resultados (Arkowitz, 2002; Kolb, Beutler, Davis, Crago, & Shanfield, 1985; Newman, 2002).

A disputa pelo monopólio do avanço científico, neste vasto campo de pesquisa como nos restantes, tem dado primazia às metodologias quantitativas. Alicerçadas na robustez dos números, das correlações e dos testes estatísticos, este tipo de investigações granjeou forte apoio e capacidade persuasiva, secundada pelos

preconceitos positivistas e operacionalistas ainda fortemente implantados (Runyan, 1982).

No entanto, também têm vindo a ser desenvolvidos e aperfeiçoados outros métodos que privilegiam a abordagem compreensiva da pessoa, segundo critérios de rigor e de exigência mais adaptados à especificidade do objecto das Ciências Humanas. Assim, cada vez mais nos dias de hoje se aceita e se valoriza o contributo específico que as metodologias qualitativas fornecem para a abordagem clínica, em geral, e para a compreensão e a interpretação do comportamento humano, em particular.

Especial destaque tem sido concedido aos métodos utilizados nos estudos de caso, com a implementação de medidas destinadas ao seu aperfeiçoamento, controlando as fragilidades associadas à retrospecção, à subjectividade e ao fraco potencial de disseminação de resultados (Bennett & Elman, 2006; Runyan, 1982).

No campo da Psicologia Clínica, este movimento afigura-se promissor, nomeadamente para o estudo da aplicabilidade dos modelos teóricos de intervenção ao nível do indivíduo, superando o ainda latente dilema nomotético-idiográfico, abrindo caminho para uma compreensão cada vez mais aprofundada das dificuldades concretas de cada pessoa.

É neste entendimento que assenta a opção metodológica da presente investigação, de feição claramente qualitativa, com realce para a recolha etnográfica e a análise compreensiva dos dados previamente condensados numa história de vida.

## **2. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Elaborar um trabalho desta natureza afigura-se-nos um empreendimento sempre inacabado e em contínua expansão. Propomo-nos, no entanto, atingir objectivos consentâneos com o alcance que definimos.

Aprofundar o campo de conhecimentos ao nível do indivíduo poderá, assim, ser encarado como o objectivo mais abrangente. Abarca o conjunto de aspectos relacionados com as vivências concretas e os significados pessoais, indispensáveis à adequação dos vários modelos de intervenção, de cariz necessariamente generalista.

Ao mesmo tempo, põe em jogo a necessidade de um trabalho de pesquisa metodológica direccionada para o melhoramento dos procedimentos de abordagem, e da sistematização e interpretação dos dados. Inclui o desenvolvimento de competências de

relação empática, e visa promover a divulgação dos correspondentes métodos de análise e facultar a sua apropriação pelo maior número de interessados.

Estes desafios, mesmo sem se destinarem a prosseguir qualquer mudança terapêutica, revelam-se claramente estimulantes e enriquecedores do ponto de vista teórico e prático. Os contributos obtidos, ainda que limitados ao âmbito individual, interpelam o que é dado por adquirido em níveis mais gerais do conhecimento.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Instrumentos**

O instrumento de referência utilizado foi a ADIS-IV (Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994), tendo-se revelado um recurso útil para a sistematização da abordagem dos sintomas. A formulação das questões iniciais, cobrindo um extenso conjunto de situações, facilitou a correspondência com a descrição das queixas do entrevistado, assegurando a sua confiança e suscitando a partilha das suas vivências.

No entanto, a aplicação deste instrumento não foi levada até ao fim, por não se coadunar com o formato coloquial das sessões.

À medida que as entrevistas se sucediam, esboçaram-se linhas de orientação progressivamente mais definidas no sentido de aprofundar a recolha das narrativas de *Aldo* na primeira pessoa e de procurar, através delas e de forma exaustiva, compreender a sua singularidade.

#### **3.2 Procedimentos**

Os diversos procedimentos, aqui apresentados de forma sequencial, devem ser concebidos como aspectos salientes de um processo desenvolvido na globalidade, ao longo de todo o projecto, podendo apenas considerar-se que, em cada situação concreta, uns assumiram maior destaque do que outros.

Assim, numa primeira fase, foram implementadas tarefas mais relacionadas com o objectivo da recolha de dados:

- negociação do consentimento informado em relação à finalidade do estudo e aos procedimentos utilizados, incluindo a garantia de interrupção, se desejada;
- aprofundamento da relação de familiaridade, em ordem à facilitação da comunicação de experiências e à compreensão do mundo subjectivo;

- registo áudio-visual das narrativas e da interpretação subjectiva de eventos relevantes, fonte inesgotável de dados para reflexão.

Por vezes, a presença do aparato tecnológico era assinalada, sobretudo no início das entrevistas e na substituição dos suportes de gravação, através de algumas manifestações verbais e não-verbais. No entanto, a sua interferência rapidamente se desvanecia, não tendo impedido que as entrevistas assumissem uma animada e envolvente forma coloquial.

O conjunto bruto dos dados obtidos constitui um imenso espólio de registos áudio-visuais, bem como de apontamentos avulsos. Num primeiro momento, este material foi tratado com vista à elaboração de uma história de vida unificada. Cada entrevista foi, assim, objecto de várias audições, tendo por finalidade a minúcia da sua transcrição integral, e também a identificação dos principais pontos de referência e das variantes significativas de cada um deles.

Na posterior redacção da história de vida foi seguido um ordenamento cronológico, mitigado pelo encadeamento das ideias-força e dos acontecimentos principais (Poirier, Clapier-Valladon, & Raybaut, 1999). O resultado não deixa de ser produto de um trabalho de interpretação subjectiva, iniciado a partir da transcrição das entrevistas. No entanto, para minorar o efeito de possíveis enviesamentos, o texto final foi submetido à apreciação prévia do seu co-autor e protagonista.

Num segundo momento, procurou-se aprofundar a compreensão dos dados, através do recurso à análise temática (Braun & Clarke, 2006), sugerida pelo trabalho de transcrição e de catalogação das entrevistas, subjacente à elaboração da história de vida. Apesar de se ter tratado de uma tarefa extenuante, a leitura repetida dos dados revelou-se fundamental porque conduziu à identificação e codificação de um vasto conjunto de parcelas de texto consideradas significativas.

É de admitir que a produção de temas não tem limite (Braun & Clarke, 2006). A delimitação obtida seguiu o critério do interesse para a descoberta de um modelo de compreensão da identidade de *Aldo*, centrada no enigma da sua errância psicoterapêutica, principal objectivo subjacente ao presente trabalho. Assim, os códigos relativos às parcelas identificadas foram agrupados por afinidades temáticas. Este trabalho de refinamento, e os sucessivos confrontos com a leitura dos dados, foram tornando perceptível um conjunto de temas articulados em diferentes níveis de especificação e de interdependência. Após várias operações de refinamento da análise e

de reagrupamento dos temas afins, de acordo com um padrão de coerência pautado pela homogeneidade interna e pela heterogeneidade externa, foi elaborado um mapa temático cuja leitura constitui um fecundo contributo para a discussão dos resultados.

### 3.3 Sujeito

A amostra deste estudo restringe-se a um indivíduo singular. Cruzámo-nos pela primeira vez, já lá vão mais de 6 anos, num processo de busca de medidas de cariz sócio-profissional, no âmbito do Acordo do Programa de Inserção, do então designado Rendimento Mínimo Garantido. Combinámos chamar-lhe *Aldo*, nome fictício apropriado para alguém que se apresenta como um caso irremediavelmente acabado.

*Aldo* é um homem de 45 anos (tendo por referência a primeira entrevista), solteiro, com a quarta classe e pedreiro de profissão. Encontra-se desempregado há 12 anos, após um longo período de desempenho irregular, causado pelo agravamento das dificuldades que se foram acumulando, e que o fizeram recorrer a um vasto conjunto de cuidados médicos, psiquiátricos e psicológicos.

“*Muito nervoso e tímido desde criança*”, começou por procurar ajuda na consulta privada de clínica geral, por volta dos 17 anos. O agravamento dos sintomas de mal-estar (“*nervos, tremuras e ansiedade*”) fizeram-no, mais tarde, recorrer a um psiquiatra de renome que entretanto lhe fora recomendado por um jovem médico da terra.

Algum tempo depois, coincidindo com as desventuras amorosas entretanto ocorridas, já as queixas eram identificadas como “*depressão nervosa*”, com manifestações de ansiedade e ataques de pânico (“*a vez que me senti mais mal na minha vida, na altura teria os meus 25 anos*”). Por esta razão, foi encaminhado para “*uns treinos*” na consulta do hospital, onde usufruiu de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, com programada regularidade. No entanto, abandonou o tratamento ao fim de cerca de 2 anos, cansado de esperar por uma cura que a cada dia foi sentindo mais distante, e apoiado na experiência de que “*o medo só obedece ao medicamento*”.

Já então, para além das queixas de mal-estar psicológico, *Aldo* tinha passado a sentir problemas de ordem física que designa por “*artroses na coluna*” e que atribui aos esforços que fazia quando trabalhava nas obras. Sente também “*as pernas dormentes*” e problemas nas articulações, agravados por uma compleição física claramente obesa. Por vezes, fica severamente incapacitado, mesmo para as tarefas caseiras, com dores que classifica como um “*martírio*” difícil de alguém entender.

Tem namorada mas vive só, numa casa de reduzido conforto mandada construir pelo avô paterno, a mesma em que habitou com os pais (já falecidos) e os irmãos (casados e com família constituída). Sobrevive à custa dos apoios familiares e sociais, entre o desejo de obter um emprego compatível com as suas limitações e a tentação de requerer a atribuição de uma pensão de invalidez. À data do início do presente estudo (Maio de 2007) encontrava-se, a cumprir mais um Programa Ocupacional (POC) com a duração de 6 meses, promovido pelo Centro de Emprego.

Uma vez suplantada a reserva inicial, *Aldo* revela-se uma pessoa afável, embora por vezes se envolva em despiques acesos ou se retraia a um silêncio discordante e magoado. O seu trato fácil e cativante sobressai através da habilidade para contar histórias da sua vida, reforçada de forma transparente por movimentos corporais e faciais que corroboram as atitudes e os sentimentos verbalizados, com realce para a sensibilidade vigilante, a argúcia, a ironia, a aversão e o desalento.

Do ponto de vista da Psicologia Clínica, apresenta-se como um caso que desafia a compreensão de quem o ouve, pondo à prova grande parte dos conhecimentos dados por comprovados ao nível das teorias e dos princípios explicativos, e patenteando as insuficiências da sua aplicação na prática psicoterapêutica.

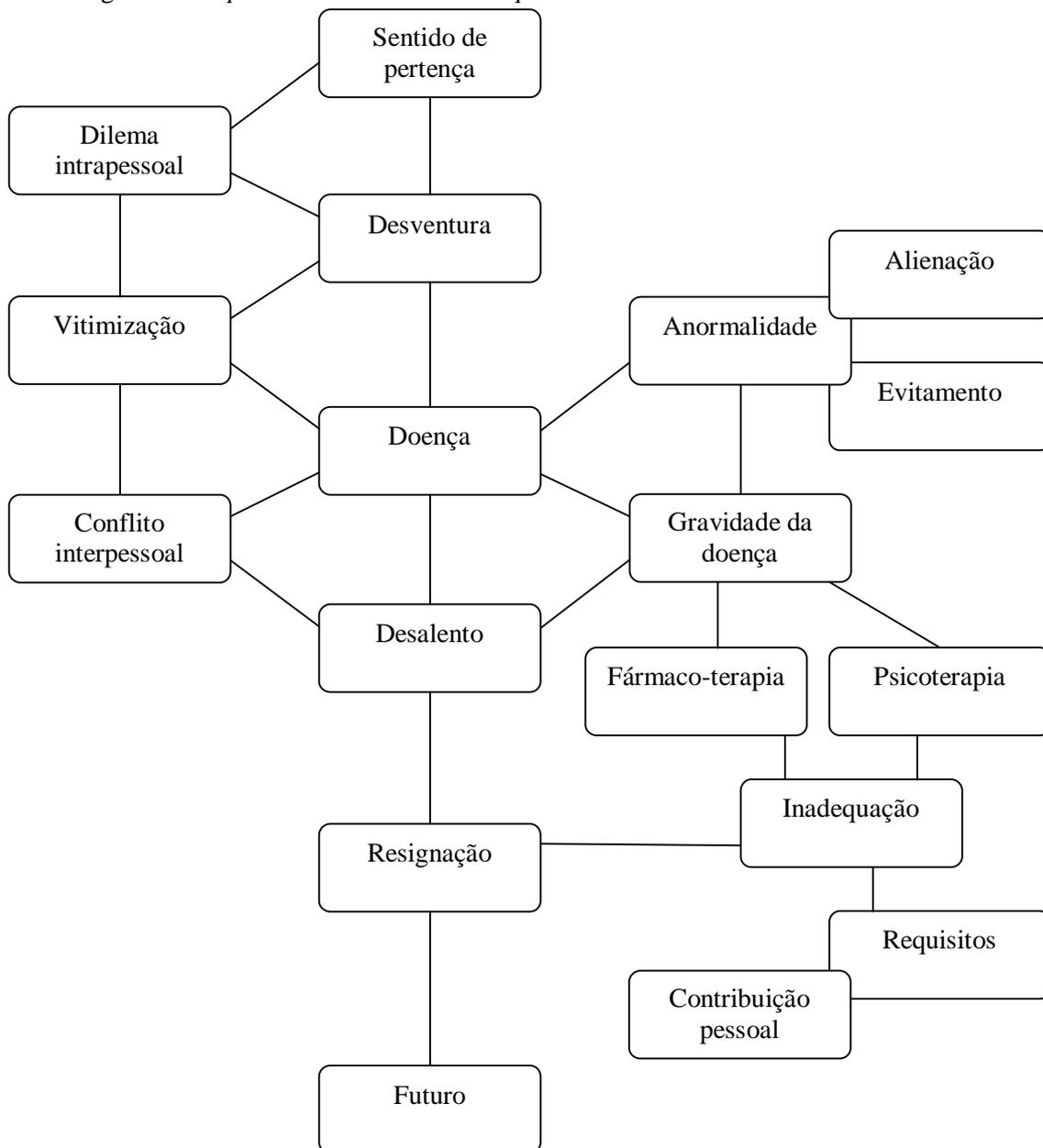
#### **4. RESULTADOS**

Do trabalho de agrupamento temático atrás mencionado (ver procedimentos), obteve-se um pequeno grupo de temas distintos mas abrangentes, e que se ajustam a uma leitura coerente e exaustiva dos dados, permitindo a elaboração de hipóteses de significados e de implicações para o desenrolar da narrativa global.

Tal leitura é proporcionada a partir da sua representação gráfica, designada por mapa temático, onde os temas principais aparecem interligados com outros subtemas, numa espécie de roteiro que nos orienta para uma compreensão alargada dos fenómenos em análise (ver figura 1).

A disposição global dos temas sugere um eixo principal que abarca toda a história de vida. Esta estrutura diacrónica funciona em múltiplos sentidos e derivações, desdobrando-se em ramificações complementares de sentido confirmatório mas não redundante. Embora o mapa se preste a ser lido a partir de qualquer dos pontos em que nos situemos, sugere-se uma análise numa linha descendente.

Figura 1 - Mapa temático da identidade pessoal



Assim, começa-se por verificar um *sentido de pertença* muito vincado, como um ponto de referência constante ao longo do discurso de *Aldo*, e que se exprime sobretudo através de testemunhos de identificação com a família (incluindo antepassados remotos) e de enaltecimentos dos seus feitos e valores.

Em todas as personagens predomina um porte sisudo e pessimista, fazendo sobressair a *desventura* e a perspectiva da inutilidade dos esforços de realização para

vencer as contrariedades da vida, desde as privações sócio-económicas à vulnerabilidade física e relacional.

No que a *Aldo* diz respeito, a *desventura* associa-se directamente ao tema do *dilema intrapessoal*, descrito como um conjunto de contradições entre o desejo (representado por sentimentos de protecção ou de afirmação pessoal) e o dever que lhe é imposto. Já na infância, tudo parece convergir para um modelo em que a criança se sente em confronto com situações que ultrapassam as suas capacidades de defesa.

Associado à *desventura*, sobressai um conjunto de razões que explicam e consolidam a *vitimização*. Em situações várias, *Aldo* sentiu-se alvo de discriminação, prejuízo ou violência, levados a cabo de modo injustificado e prepotente. Na actualidade, destacam-se o tratamento diferenciado, bem como as limitações sócio-económicas e profissionais às quais se vê condenado.

Na *doença* confluem as representações da *desventura* e da *vitimização*, não só pelas suas características de *anormalidade* mas também pelo sofrimento e pela incapacitação que geram em termos do funcionamento global.

A percepção da *anormalidade* está ligada aos sintomas somáticos e psicológicos do mal-estar, por causa do modo irracional e inesperado como surgem. Além disso, também resulta da subjugação implacável aos caprichos do medo (quer quando este se manifesta, quer quando é imaginado), e pelas dificuldades desproporcionadas que acarreta para o exercício das competências individuais. Deste modo, distinguem-se duas componentes (designadas como *evitamento* e como *alienação*), que se conjugam para alimentar esta percepção do seu carácter anormal.

A primeira diz respeito aos elaborados artifícios dos comportamentos de segurança. Mesmo achando-os ridículos, *Aldo* sente necessidade de recorrer a tais estratégias, sobretudo para evitar o mal-estar pressentido. Cumulativamente, alguns desses comportamentos são justificados pela procura legítima de alguma satisfação ou alívio.

A segunda componente da *anormalidade* é descrita como um sentimento de *alienação* das capacidades de discernimento, revelada em situações de alheamento pessoal nas quais o indivíduo fica à mercê de factores que o subjugam. Aplica-se sobretudo à eventualidade da ocorrência de um ataque de pânico.

A *gravidade da doença* surge, pois, reforçada pela *anormalidade*, no que respeita às dificuldades psicológicas. No entanto, mesmo que tal não acontecesse, bastariam o

risco de vida imaginado e o sofrimento indescritível que é induzido por estas dificuldades, tantas são as referências e os recursos utilizados para realçar os seus efeitos.

Por outro lado, à conjuntura de incapacitação profissional devida ao progressivo avolumar dos problemas psicológicos, foi sendo adicionado o contributo dos problemas ósseos. Na actualidade, ambas as queixas concorrem para um quadro de acentuada incapacitação, ironicamente validada pelos ganhos secundários aos quais dão acesso, no que respeita ao Sistema de Saúde.

Apesar de algumas diferenças entre si, os problemas físicos e os psicológicos são apresentados como homólogos. Os seus efeitos negativos manifestam-se não só ao nível do sofrimento vivenciado, mas também enquanto indicador de ausência de perspectivas de cura. Aliás, em ambos os casos, a cura aparece sempre comprometida pelo inevitável desgaste associado ao avanço da idade.

Não seriam precisos mais argumentos para antever e justificar a ineficácia terapêutica. Quer a *fármaco-terapia*, quer a *psicoterapia*, se revelam desadequadas à erradicação do mal ou à reparação dos graves danos. No entanto, *Aldo* estabelece entre elas uma substancial diferença.

Desde logo, ambas as abordagens se distinguem pela forma como são referidas: o estatuto de “tratamento” é atribuído exclusivamente à *fármaco-terapia*. As diferenças também são bem estabelecidas ao nível do potencial de actuação e dos resultados obtidos.

Os psico-fármacos são descritos como substâncias de efeito rápido. Embora não completamente eficazes, revelam-se muito úteis na prevenção ou na redução da intensidade dos sintomas. Além do mais, o seu uso é assumido como um comprovativo da *gravidade da doença*.

Quanto à *psicoterapia*, pelo contrário, as considerações são muito menos animadoras. A sua eficácia restringe-se aos sintomas de menor intensidade. Apenas se vislumbram pequenas melhorias e de curta duração, muito desproporcionadas em relação ao tempo que demoram e à disponibilidade que requerem.

Além do mais, a *psicoterapia* assenta em dois paradoxos insanáveis. O primeiro refere-se à inacessibilidade, por parte do terapeuta, ao conhecimento completo das queixas do indivíduo, agravada pela dificuldade deste em descrevê-las.

O segundo paradoxo põe em causa os argumentos cognitivos a favor da construção de crenças e de pensamentos, alternativos aos que ocorrem em situações de mal-estar. Partindo do princípio de que os sintomas somáticos e cognitivos derivam do mau funcionamento do cérebro, não é de esperar que esse mesmo órgão esteja em condições de interpretar a situação de uma maneira diferente da que é percebida.

Como se todos estes argumentos não bastassem, há ainda que ter em conta as críticas relativas ao desenrolar da própria relação interpessoal em contexto terapêutico. Neste aspecto, sobram evidências de uma completa *inadequação*, transversal a todos os agentes envolvidos. Tanto os psicólogos como os psiquiatras, para além de limitados no acesso a um conhecimento completo do indivíduo, se revelaram, por acto ou por omissão, contraproducentes em relação ao que deles seria de esperar em termos de ajuda.

A esse propósito, *Aldo* faz um amplo contraponto da situação, sugerindo um conjunto de *requisitos* a ter em conta, quer na formação dos psicoterapeutas, quer no seu desempenho na interacção com o paciente.

É neste contexto, aliás, que se enquadra a sua disponibilidade para participar na presente investigação. Em vez de esperar alguma ajuda, *Aldo* dispõe-se a ajudar o investigador, tendo em vista a melhoria do seu desempenho clínico. Tal *contribuição pessoal* é entendida como consequência lógica da partilha dos conhecimentos adquiridos pelo doente, através da sua própria experiência de sofrimento.

Tanto nesta como em outras frentes do relacionamento, *Aldo* descreve mesmo um clima de desconfiança e de revolta face ao não-reconhecimento das suas queixas. Quer quando evita o confronto, quer quando argumenta a favor da sua recusa, o *conflito interpessoal* transpõe no modo depreciativo como encara as interpretações alheias, diferentes das que ele mesmo vivencia.

O *desalento* traduz-se, assim, no descrédito em relação à utilidade dos esforços de realização e à viabilidade da concretização dos objectivos ambicionados. Foi-se instalando e consolidando ao longo da vida como a opção pelo mal menor, revelando-se fortemente enraizado nos reveses e nos desgostos dos antepassados.

Contudo, esta *resignação* não é pacífica nem tranquilizadora. Por um lado, crescem as preocupações resultantes da percepção da fragilidade em que se encontra; por outro, renova-se o conflito interior resultante das limitações que lhe tolhem a afirmação pessoal e a realização plena das suas potencialidades.

O *futuro* mantém-se, assim, ameaçado por fortes sentimentos de angústia e de frustração.

No final deste trajecto, o mínimo que é possível dizer-se é que *Aldo* interiorizou uma atitude de *resignação* para com a *desventura*, a *doença* e o *desalento*, fortemente consolidadas através de um *sentido de pertença* que o liga a um passado mais ancestral do que a sua própria existência. É neste quadro que confluem os restantes desenvolvimentos temáticos.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao elaborar a história de vida de *Aldo*, procurou-se encadear e perceber a sucessão de eventos e os seus nexos de causalidade, simultaneidade ou influência recíproca, mas também descobrir o seu significado metafórico. A particular incidência na errância psicoterapêutica, nas hermenêuticas do diálogo com os terapeutas e consigo próprio, na detecção e valorização de significados e de construções de tipo identitário, constituiu o fulcro do esforço levado a cabo.

Desde muito cedo que o mal-estar era percebido como factor e consequência da incapacidade infantil para lidar com todo um conjunto de adversidades vivenciadas ou imaginadas, que cristalizaram sob a capa da ansiedade e do medo primordial. O contexto de desenvolvimento não só favoreceu o início precoce das perturbações mas também invalidou outro tipo de vivências.

Os desenvolvimentos posteriores conjugaram-se entre si, indo ao encontro e confirmando um modo de funcionamento herdado dos antepassados e adequado à perpetuação da desventura. A sua presença inexorável fez-se sentir no modo como foram sendo interpretadas as dificuldades e as frustrações associadas aos acontecimentos mais comuns. A ocorrência do primeiro ataque de pânico, correspondeu à comprovação da sua influência, aliada à carência de meios para lidar com a ansiedade acumulada por conflitos que tinham adquirido dimensões incomportáveis.

Quando *Aldo* procurou ajuda, já se encontrava fortemente implantado este modelo de descrédito na mudança, pela negação de uma alternativa credível e sustentável. O recurso exclusivo à medicação não logrou mais do que um alívio parcial, tendo mesmo contribuído para fundamentar de forma irrecusável a gravidade da doença, bem como o seu carácter crónico e difuso, já sobejamente enraizado no seu imaginário. Por outro

lado, as posteriores abordagens psicoterapêuticas revelaram-se limitadas quanto ao modo de implementação e quanto à identificação dos objectivos a atingir.

Na circunstância, este caso leva-nos claramente a questionar a prática clínica. As intervenções psicoterapêuticas que foram levadas a cabo ao longo dos anos talvez devessem ter promovido uma desconstrução de significados antes de qualquer esforço para a mudança de comportamentos, em simultâneo ou em substituição das intervenções farmacológicas.

## 6. CONCLUSÕES

Como se depreende do que fica dito, em paralelo com a recolha de dados, houve lugar a uma permanente pesquisa metodológica, suscitada pelos desafios e impasses decorrentes da opção assumida. Apesar de subsistirem questões por responder, é nosso entendimento que a formulação efectuada só aparentemente se apresentará como mais frágil do que as que decorrem da aplicação de questionários ou de outros instrumentos de medida, quantificação ou categorização.

Sem pretendermos a veleidade de terem sido atingidos todos os objectivos propostos, fica a convicção de que o caminho percorrido se revela fecundo. Obviamente, outras opções conduzirão também a um acréscimo de conhecimentos; no entanto, salienta-se o carácter imprescindível da perspectiva oferecida pelo esforço de compreensão aprofundada do indivíduo enquanto tal.

Embora se verifique um incremento significativo no campo das técnicas de tratamento psicológico, é notório que a sua aplicação não pode ser desencadeada de forma mecânica, muito menos procurando levar o cliente a adaptar-se às técnicas disponíveis (Rothschild, 2000).

Caso contrário, todo o esforço de partilha que possa ter lugar, facilmente redundará na imposição das perspectivas individuais do terapeuta, ainda que disfarçadas de inefáveis métodos e técnicas. Tal atitude conduz ao inevitável alargamento do fosso que separa os intervenientes, pondo em causa a ajuda que se propõem.

Deste modo, as implicações do presente estudo estendem-se para além dos limites da Psicologia Clínica, passando pela Psicologia Social e Comunitária, e com implicações directas ao nível das orientações para a inserção social. Também nestas áreas, se torna difícil prestar e obter ajuda quando o sistema de apoio não reconhece o tipo nem a complexidade dos problemas que estão em jogo (Hespanha et al., 2000).

Apesar de excluído dos objectivos inicialmente definidos, não podemos deixar de expressar o desejo de que o produto final deste estudo tenda para um roteiro com sentido, onde o *Aldo* se encontre consigo próprio e se reconcilie com a vida.

## AGRADECIMENTOS

Um compreensivo agradecimento à pessoa fascinante que aqui se dá a conhecer pelo nome de *Aldo*.

## NOTAS

A presente investigação foi elaborado no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

## CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Manuel Salvador Espírito Santo, Aluno do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, UTAD, [salvesanto@hotmail.com](mailto:salvesanto@hotmail.com)

Francisco Manuel Cardoso, UTAD – Escola de Ciências Humanas e Sociais – Departamento de Educação e Psicologia, Apartado 1013, 5001-558 VILA REAL, [fcardoso@utad.pt](mailto:fcardoso@utad.pt)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arkowitz, H. (2002). Toward an Integrative Perspective on Resistance to Change. *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 219-227.
- Bennett, A., & Elman, C. (2006). Qualitative Research: Recent Developments in Case Study Methods. *Annual Review of Political Science, 9*, 455-476.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): Clinician's Manual* (J. P. Gouveia & A. Galhardo, Trad.). Albany, NY: Graywind Publications.
- Espírito Santo, M. S. (2009). *Astros errantes na psicoterapia*. Dissertação de Mestrado não publicada, UTAD, Vila Real.
- Hespanha, P., Monteiro, A., Ferreira, A. C., Rodrigues, F., Nunes, M. H., Hespanha, M. J., et al. (2000). *Entre o Mercado – As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*(4), 702-710.

- Newman, C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 165-174.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S., & Raybaut, P. (1999). *Histórias de Vida – Teoria e Prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton & Co.
- Runyan, W. M. (1982). *Life Histories and Psychobiography*. New York: Oxford University Press.