

Mente, Cérebro e Ciência

REVISTA CIENTÍFICA
Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Nº 1 - ANO I – Março de 2011

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA

Título

Mente, Cérebro e Ciência

Director

Rui Manuel Carreteiro

Dir Adjunto

Carlos Céu e Silva

Sub-director

Conrado Montesinos

Redacção

Av Visconde Valmor, 20 - 4º Drtº

1000-292 Lisboa

Tel. 21 096 51 58

www.inpn.org

revista@inpn.org

Propriedade

Instituto Nacional de
Psicologia e Neurociências
Apartado 33
2616-907 Alverca

Registada na ERC sob o Nº 15994

ISSN 1647-9416

ARTIGOS DE OPINIÃO

Os Sonhos

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 3

A Morte e o Luto

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 5

A Mentira

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 7

Dislexia: Perturbações da Leitura

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 9

Aprender a Aprender

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 11

Infidelidade: Romances pela Internet

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 14

Anorexia: Perturbações Alimentares

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 16

Psicologia, Natureza e Jardim

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 18

Os Atletas Portuguesas nas Competições Internacionais

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 20

Ultrapassando a Inibição de Entrar num Ginásio pela Primeira Vez

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 22

Os Modelos Mentais na Aprendizagem dos Movimentos

Rui Manuel Carreteiro

Pág. 25

O Stress e o Exercício Físico Pág. 27
Rui Manuel Carreteiro

A Preguiça, a Coragem e a Motivação na Escola Pág. 29
Filipe Quaresma

REVISÃO LITERATURA

Patologia Psicossomática na Gravidez e Mecanismos de Defesa Psíquica Pág. 31
Rui Manuel Carreteiro

Dislexia: Uma Perspectiva psicodinâmica Pág. 36
Rui Manuel Carreteiro

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista “Mente, Cérebro e Ciência” está aberta à colaboração de todos os docentes, investigadores e profissionais no âmbito da Psicologia e das Ciências do Comportamento.

Os trabalhos a publicar na Revista “Mente, Cérebro e Ciência” poderão consistir em investigações, revisões de literatura, estudos, apresentações ou discussões de posições teóricas, bem como quaisquer trabalhos desenvolvidos no âmbito da prática profissional ou das diversas componentes da formação na Psicologia.

1. ENVIO DO MANUSCRITO

1.1. Um exemplar manuscrito deverá ser enviado para a Editorial – revista@inpn.org

Em alternativa, um exemplar do manuscrito em formato digital e suporte "cd" poderá ser enviado para:

Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências
Revista “Mente, Cérebro e Ciência”

Apartado 33
2615-907 Alverca

1.2. Todos os originais submetidos para publicação na Revista “Mente, Cérebro e Ciência” são sujeitos a um processo de revisão. A Revista “Mente, Cérebro e Ciência” reserva-se o direito de sugerir aos autores modificações nos respectivos trabalhos sempre que estas sejam consideradas necessárias para a aceitação dos mesmos. A identidade dos autores dos manuscritos é mantida anónima durante este processo.

1.3. Antes de enviar o manuscrito, certifique-se que cumpre, por esta ordem de prioridade:

- As normas de publicação da revista (em baixo indicadas);
- As normas de publicação da APA (American Psychological Association, 2001, Publication Manual, 5ª ed., Washington, DC: APA).

2. NORMAS DE FORMATAÇÃO

2.1. O documento deve ser apresentado em formato *Word*, **não devendo exceder as 20 páginas** (contabilizadas incluindo as referências, tabelas, gráficos e figuras).

2.2. A **dimensão da folha** deve ser **A4** (21 cm x 29.7 cm), com **margens**, superior, inferior e laterais (direita e esquerda), de **3 cm**.

2.3. O **espaçamento entre linhas** deve ser a **1,5 espaços**.

2.4. A **letra TIMES NEW ROMAN a 12 pt**.

2.5. Os manuscritos deverão ser impreterivelmente acompanhados de:

- Título do trabalho
- Resumo do trabalho
- Nome do(s) autor(es) e respectivas instituições
- Palavras-chave (num máximo de seis)
- Endereço de email do autor responsável por toda a correspondência

2.6. As **tabelas, figuras ou gráficos** deverão respeitar estritamente, no seu conteúdo e forma, as regras de formatação da APA - não apresentando linhas verticais, apenas horizontais nos títulos e **devem ser apresentados em folhas separadas** (1 tabela/figura/gráfico por folha), **no final do documento**, depois da secção de referências.

2.7. As **tabelas** deverão ser apresentadas em **letra TIMES NEW ROMAN a 10 pt**.

2.8. Os **gráficos** deverão apresentar sempre os valores a que se referem, ou no espaço próprio do gráfico, ou sob a forma de tabela anexa, e devem permitir a sua edição (formato *microsoft graph*, gerado em *word* ou *excel*).

2.9. As **notas** devem ser apresentadas em formato "**nota de rodapé**".

2.10. Os **vocabulos estrangeiros** deverão ser apresentados em **itálico** - e **não** entre aspas, salvo quando se tratar de citações de textos.

2.11. As **referências** das citações apresentadas no decorrer do texto devem ser apresentadas na secção "Referências", obedecendo às Normas de Publicação da APA.

2.12. Os artigos publicados são da responsabilidade dos respectivos autores. A Revista “Mente, Cérebro e Ciência” assume que, ao submeter um trabalho para publicação, o autor obteve todas as autorizações necessárias para o efeito, bem como para reproduzir no seu trabalho qualquer tipo de texto, quadros, figuras, etc.

Os Sonhos

Rui Manuel Carreiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

CASO DA SEMANA

Pesadelos e ansiedade

Em princípios de Junho, tive um problema na próstata e urinava uma dez vezes por noite. Ora isso resultava que pouco dormia, isto durante talvez umas 3 semanas. Fui ao médico e o problema de urinar melhorou, mas fiquei muito afectado psicologicamente, e então criei um complexo de tal forma que tenho muito medo de ter pesadelos e fazer uma asneira, isto é, perder a consciência e descontrolar-me. Então deixei de ter aquele sono tranquilo e se acordo tenho a ideia que posso ter um pesadelo fico logo num estado de muito nervosismo, que depois custa-me muito a voltar a pegar no sono.

Resposta:

Os pesadelos, apesar de como todos sabemos, não serem nada agradáveis, fazem parte do sono e cumprem uma função muito importante que é a de nos permitir regular a ansiedade e continuar, de alguma forma, a dormir.

Os pesadelos são uma consequência da ansiedade e não a causa da ansiedade que frequentemente sentimos ao acordar.

Os pesadelos não nos levam a perder a consciência, nem a fazer alguma asneira, como nos relata, mas o mesmo já não se pode dizer da ansiedade.

Assim, creio que o cerne do seu problema se encontra na ansiedade – que reconhece advir da situação de saúde que o atormentou – e não no sono ou nos pesadelos. Logo que conseguir compreender e lidar melhor com esta ansiedade, os sintomas tenderão a desaparecer e o sono será certamente mais tranquilo e aprazível.

O sono é indispensável para a reposição das energias e descanso do sujeito. O sono é composto por várias fases – desde o adormecimento até ao sono profundo – sendo neste último, também chamado de sono REM (do inglês *rapid eyes movements* – movimentos oculares rápidos) que os sonhos ocorrem.

Trata-se de uma fase muito activa com contrações musculares, daí o nome de sono paradoxal, pelo qual também é conhecida, e que dura cerca de noventa minutos.

Ao contrário do que muitas pessoas possam pensar, sonhamos todos os dias (a menos que o sujeito não durma, isto é, não entre na fase REM). O que acontece é que, por razões diversas, nem sempre nos lembramos do conteúdo dos sonhos ou mesmo de termos sonhado. Para Freud o sonho é o guardião do sono. Sem sonho não conseguiríamos dormir, se bem que haja algumas perturbações graves (como sejam as psicoses, de que se falará mais adiante), que atingem a capacidade simbólica do sujeito e a capacidade de sonhar.

Desde a antiguidade que o homem sempre se interrogou sobre os sonhos atribuindo-lhe particular curiosidade e misticismo. Durante muito tempo os sonhos foram considerados como indicadores do futuro – como informações de entidades divinas relativamente a calamidades ou acontecimentos que estariam por acontecer. Sigmund Freud, o chamado “pai da psicanálise”, vai lhe atribuir uma grande importância para o estudo da vida mental do sujeito, em primeiro lugar porque considera que durante o sono, os conteúdos ditos inconscientes, poderiam através de mecanismos mentais específicos, chegar ao

consciente sob a forma de simbolismos. Tal explica o facto dos sonhos serem por vezes estranhos e aparentemente sem sentido.

Para Freud, o sonho relaciona-se com o passado e o presente de quem sonha e origina-se a partir de regiões desconhecidas no interior. Hoje sabemos que os conteúdos do sonho prendem-se geralmente com acontecimentos das últimas 48 horas. Nos sonhos vamos encontrar aspectos do dia-a-dia, do passado, aspectos relacionados com o funcionamento biológico do sujeito (como o sujeito que acorda para urinar sonhando que estava aflito para urinar) ou do meio em redor do sujeito (como o indivíduo que acorda a sonhar que está a tocar a campainha para entrar nas aulas e repara que o despertador está a tocar).

Para o psicanalista, os sonhos seriam a realização de um desejo inconsciente que o indivíduo não conseguiria realizar durante a vigília. Todos os sonhos apresentariam um conteúdo manifesto (uma história que o sujeito consegue frequentemente descrever) mas o mais importante é o seu conteúdo latente (isto é os motivos inconscientes que está por detrás do sonho). A passagem do conteúdo manifesto para o conteúdo latente seria possível através de uma interpretação dos sonhos em que os símbolos seriam interpretados.

Toda uma tónica passou portanto para a interpretação dos sonhos com vista a uma melhor compreensão da vida mental dos sujeitos. Tal levou a uma generalização abusiva e taxativa dos símbolos do sonho que se vê frequentemente comercializada através de manuais que de uma forma mais ou menos selvagem procuram dotar de sentido os sonhos das pessoas.

Tal trata-se obviamente de um erro, em primeiro lugar porque a interpretação depende muito das características pessoais do sujeito, sendo defendido que a interpretação deveria, idealmente, ser realizada pelo próprio.

Por outro lado, embora alguns símbolos sejam amplamente partilhados (já que certas semelhanças físicas, funcionais ou linguísticas são percebidas pela maioria das pessoas) – por exemplo, entre muitos outros, baú, caixas e fechaduras para órgão sexual feminino e chave, tronco, pistola para objecto sexual masculino – não existe uma chave que possa ser aplicada de forma directa e generalizada.

Desta forma, e correndo o risco de desapontar alguns leitores, não se vai incorrer no erro (tantas vezes partilhado) de apresentar uma ampla lista de situações ou objectos com o seu significado ou interpretação.

Para tal, é indispensável conhecer melhor a experiência de vida da própria pessoa que sonha cuja diversidade, não nos é aqui possível de contemplar. Para os mais curiosos, e que gostavam de saber mais acerca dos seus sonhos ou de algum sonho específico, a sugestão vai no sentido de procurarem alguém especializado

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

A Morte e o Luto: Quando Chega a Hora da Partida

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Ao nascermos todos ficamos sujeitos a uma mesma limitação: a morte. Apesar de nos ser a todos familiar – quer pela experiência próxima do falecimento de familiares quer de amigos ou mesmo desconhecidos – o tema da morte e do luto é um dos mais difíceis de abordar, causando um sofrimento terrível.

O termo luto refere-se à perda real do objecto – de uma pessoa (ente querido, familiar, amigo...). Embora o luto possa ser acompanhado de depressão e ambos apresentem algumas similitudes torna-se importante demarcar estas duas situações. Em primeiro lugar porque embora não haja luto sem depressão, pode obviamente haver depressão sem luto.



Enquanto na depressão o sujeito não sabe muito bem o que perdeu (perdeu o amor do objecto), no luto o indivíduo sabe muito bem que perder o objecto (embora por vezes, principalmente nos primeiros momentos haja alguma tendência para negar a realidade com o intuito de evita a dor).

O trabalho de luto, cuja duração é variável – o luto normal está fixado em cerca de 9 meses –, consiste em desinvestir no objecto perdido por investimento em novos objectos. Quando o sujeito não realiza esta tarefa produz um luto patológico.

Para despegar do objecto perdido é necessária uma certa carga de agressividade que nem todos os indivíduos conseguem dirigir ao objecto perdido ficando antes num registo de idealização e relembrando geralmente apenas os melhores momentos.

De acordo com os autores da psicodinâmica, o luto patológico tem duas razões de ser: a relação não foi suficientemente vivida (quer por ter sido muito curta – como acontece aos pais de bebés que morrem precocemente – quer por ter ficado aquém das expectativas) ou então o indivíduo prefere viver num falso pressuposto (que conduzirá aos terrenos drásticos da psicose) do que a encarar a perda real do objecto.

Aquando de uma perda, a primeira reacção passa geralmente pela colocação da culpa no exterior – projecção da culpa. De seguida, o sujeito tende a interrogar-se do que poderia ter feito para evitar a perda, o que geralmente leva a uma inflexão da culpa sobre o próprio – culpabilização – por oposição à idealização do sujeito perdido.

Para o sujeito conseguir terminar o trabalho de luto é importante haver uma deflexão da agressividade, na qual o sujeito consegue atribuir alguma culpa ao sujeito perdido que como ser humano que era, tinha características positivas mas negativas, também.

Com este reconhecimento evitará a culpabilização do próprio e a idealização do sujeito perdido, passando a conseguir mobilizar esforços para um re-investimento em novos objectos que levarão nunca ao esquecimento do ente perdido – mas também

não é isso que se pretende – mas antes à resolução pacífica do processo de luto.

Contactos:

Rui Manuel Carreiro
rui.carreiro@inpn.org

A Mentira

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

A mentira é tão frequentemente utilizada que o seu sentido ultimamente parece tender a ser banalizado. Segundo as estatísticas (citadas por Roque Teophilo), mentimos cerca de 200 vezes por dia e em média uma vez por cada 5 minutos.

Começando pelos falsos elogios – p.ex, essa saia fica-te mesmo bem -, passando pelas desculpas “esfarrapadas” – p.ex., não pude fazer os trabalhos de casa porque faltou a luz – ou pelas mentiras descaradas, chegam mesmo existir casos em que os pais, que parecem tão preocupados quando os filhos mentem, os incitam a mentir – p.ex. quando lhes pedem para dizer que eles não estão em casa.



A mentira pode surgir por várias razões: receio das consequências (quando tememos que a verdade traga consequências negativas), insegurança ou baixa de auto-estima (quando pretendemos fazer passar uma imagem de nós próprios melhor do que a que verdadeiramente acreditamos), por razões externas (quando o exterior nos pressiona ou por motivos de autoridade superior ou por coacção), por ganhos e regalias (de acordo com a tragédia dos comuns, se mentir trás ganhos

vale a pena mentir já que ficamos em vantagem em relação aos que dizem a verdade) ou por razões patológicas.

Na infância mentimos para nos isentarmos das culpas. Muitas vezes os adolescentes descobrem que a mentira pode ser aceite em certas ocasiões e até ilibá-los de responsabilidade e ajudar a sua aceitação pelos colegas.

Algumas crianças e adolescentes que geralmente agem de forma responsável, podem cair no vício de mentir repetidamente ao descobrir que as suas mentiras saciam a curiosidade dos pais.

Para alguns investigadores, as crianças aprendem a necessidade de mentir (p.ex. não demonstrar descontentamento com as prendas recebidas sob pena de não receberem mais) tão cedo quão mais inteligentes forem.

Face à sua frequência, existe uma certa tendência para banalizar ou até catalogar a mentira como positiva – a “mentira branca” é considerada como uma forma de facilitar a integração na sociedade, e muitas vezes os que não a utilizam são catalogados como ingénuos –, mas há que não esquecer que durante toda a história da humanidade a mentira causou muitos sofrimentos e fez derramar muitas lágrimas sobretudo quando projectada sob a forma de calúnia

Quando as crianças ou adolescentes mentem, os pais devem conseguir distinguir entre a realidade e a mentira e falar abertamente com eles sobre os aspectos pejorativo da mentira, e as vantagens que a verdade lhes trará. Em casa a criança deverá encontrar exemplos de verdade e honestidade que fomentem a sua atitude de sinceridade.

Durante os primeiros anos as crianças não distinguem a realidade da fantasia, mas cedo começam a utilizar a mentira por proveito próprio. Sensivelmente por volta dos 7 anos as crianças já têm capacidade para distinguir claramente o verdadeiro do falso, e os adolescentes passam a conseguir discernir com relativa facilidade quem está a mentir ou a ser sincero.

A mentira existe ao longo de toda a escala patológica. A saúde mental só é compatível com a verdade. De nada serve querer acreditar que o nosso familiar não faleceu quando na realidade isso não é a verdade, de nada serve acreditarmos que somos capazes voar se na realidade não temos asas.

Nos estados neuróticos, a mentira pode surgir com base numa incapacidade da consciência aceder a factos recalcados e que se encontram no nosso inconsciente, ou por problemas de auto-estima e auto-imagem que despoletam a necessidade de fazer passar uma auto-imagem melhor do que a que acreditamos ter.

Nos estados limite, a mentira aparece frequentemente devido à falta de barreiras externas que balizem o comportamento. Esta situação surge frequentemente em filhos de pais muito repressivos ou demasiadamente permissivos.

Nas psicoses, a mentira surge na forma de delírio, uma descrição que as próprias pessoas admitem como verdadeira, apesar do seu aspecto frequentemente bizarro, devido a uma quebra de contacto com a realidade

A mentira pode ainda surgir como uma dependência, quando dita de uma forma compulsiva. Os dependentes da mentira sabem que estão a mentir mas não se conseguem controlar, num processo que surge de uma forma muito semelhante ao do vício do jogo ou à dependência de álcool ou de drogas.

Esta incapacidade em controlar os impulsos é causadora de um sofrimento nítido razão pela qual deve ser alvo de tratamento. Nos dependentes da mentira, o primeiro passo a dar consiste em assumir que existe um problema e de seguida procurar ajuda para esse mesmo problema. A nível da abordagem terapêutica o tratamento passa geralmente pela realização de uma terapia psicológica.

Ao nível das provas psicológicas a mentira pode obviamente influenciar a validade dos resultados ou pela tendência do sujeito em simular um desempenho superior (faking good) ou inferior (faking bad) ao da realidade.

Por estas razões grande parte das provas psicológicas apresentam formas de controlar a veracidade das respostas quer a partir da própria atitude do sujeito a analisar quer mesmo através de índices de consistência interna, teste-reteste ou confrontação com familiares e amigos próximos. Entre estas formas de dissimulação revela-se frequentemente também averiguar até que ponto as simulações surge de forma consciente ou inconsciente relativamente ao sujeito.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

DISLEXIA

Perturbações da Leitura

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

“Não sei como é que aprendi a ler; só me lembro das minhas primeiras leituras”

Rousseau

O que é a dislexia? Será uma doença? Nasce-se com ela, ou deve-se ao meio circundante? Existe uma diferença entre disléxicos e maus leitores? Existem diferentes tipos de dislexia? O que se pode fazer por estas pessoas?

Uma vez dominada, a leitura é um processo simples, imediato e que não exige nenhum esforço aparente. Lemos para partilhar, para sonhar e para aprender a sonhar...

Hoje é reconhecido a todos o direito de saber ler, escrever e contar. No entanto, tal como a comida, a leitura continua a ser muito mal distribuída.

Podemos não ler, simplesmente por falta de motivação – por não querermos – no entanto, em grande parte dos casos existe uma incapacidade de ler, que por falta de escolaridade – não saber ler – quer por incapacidade real. É deste último caso, denominado por *iletrismo funcional* – i.e., a incapacidade real de ler e de escrever apesar da escolaridade, ou até mesmo da obtenção de diplomas – que nos vamos ocupar.

O termo *dislexia* refere-se a um conjunto de alterações que têm em comum uma perturbação ou atraso na aquisição, aprendizagem ou processamento da leitura, na ausência de qualquer outra limitação ou alteração das capacidades intelectuais.

A dislexia pode ser adquirida – quando surge na sequência de traumatismo ou lesão cerebral

-, ou de desenvolvimento – perturbação ou atraso na aquisição da leitura.

Os problemas da leitura surgem sobretudo entre as pessoas mais velhas: cerca de 4% na população entre os 18-20 anos, 20% entre os 45-59 anos, e 27% a partir do 60 anos. Estas diferenças parecem resultar de vários factores, principalmente da generalização da escolaridade e aumento do nível escolar nos últimos anos, bem como a provável diminuição da frequência da actividade de leitura entre os mais velhos.

Mas que factores nos permitem afirmar que estamos perante uma situação de *dislexia*? Que fazer perante o diagnóstico de dislexia? Para responder a estas questões torna-se necessário apresentar sucintamente o processo que o leitor dito normal utiliza para realizar o processo de leitura.

Com a aprendizagem de palavras novas e enriquecimento do vocabulário, “armazenamos mentalmente” um grande número de palavras. O *léxico mental* é a parte da memória onde convergem os diferentes tipos de informação que dispomos relativamente às palavras, necessários à sua compreensão. Esta informação é armazenada em unidades – chamadas *fonemas* – que representam formal e abstractamente os sons elementares.

Face a um texto, e em condições normais de inteligência, memória, visão, entre outros..., um sujeito que tenha aprendido a ler dispõe basicamente de duas vias de realizar a leitura. Numa via – dita fonológica –, o sujeito vai agrupar pequenas unidades das palavras – chamadas *fonemas*, i.e., sons – até obter a totalidade da palavra.

No segundo processo – via ortográfica –, mais rápido, o agrupamento é feito através de unidades maiores do que a letra (conjuntos de letras, partes de palavras ou palavras completas). Por não se encontrarem no nosso “dicionário mental”, este processo não permite ler nem palavras que não conhecemos, nem palavras que não existam (pseudopalavras).

Quando uma destas vias se encontra perturbada, a leitura processa-se pela via alternativa, ocorrendo erros característicos cuja frequência e magnitude permitem aplicar o termo de dislexia ou mesmo caracteriza-la como profunda (dislexia fonológica) ou de superfície (dislexia ortográfica).

A dislexia fonológica caracteriza-se pela ocorrência dos chamados *erros semânticos* – i.e., o sujeito lê “roda” no lugar de “pneu” –, bem como pela grande dificuldade em ler palavras desconhecidas. Por não existir na nossa língua, um disléxico profundo experimentalmente grandes dificuldades ou não seria mesmo capaz de ler a pseudopalavra “beringíneo”.

Se a dislexia for ortográfica, esta dificuldade já não se regista, pois estes sujeitos lêem ao

mesmo nível palavras frequentes, pouco frequentes ou pseudopalavras. A maioria dos erros de leitura destes sujeitos chega mesmo a não constituir palavras, e apresentam uma maior facilidade para ler as palavras que se lêem da mesma forma que se escrevem (palavras regulares, p.ex. “carro”) comparativamente às palavras que se lêem de forma diferente à da escrita (p.ex. em “guitarra” não se lê o “u”).

Nem todos os sujeitos que apresentam dificuldade na leitura são disléxicos. O método de ensino da leitura, revela-se aqui particularmente importante. Hoje existem alguns métodos relativamente simples e fiáveis que permitem despistar a dislexia, pelo que, em face de dificuldades de leitura ou de um alerta dado pelo professor, se revela conveniente consultar o psicólogo.

De entre os sujeitos efectivamente disléxicos, um grande número conseguirá recuperar através de uma estimulação adequada. Noutros, a dislexia acabará infelizmente por caracterizar toda a vida do sujeito. Existe ainda um grande número de casos em que a dislexia acabará por nunca ser diagnosticada, conseguindo alguns destes sujeitos, graças a um enorme esforço e não obstante de nítidas dificuldades, obter uma formação superior.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Psicologia da Aprendizagem: Aprender a Aprender

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Por *aprendizagem* compreende uma mudança das nossas habilidades – modo de fazer e de conhecer – mais ou menos permanente e resultante da nossa interação com a experiência anterior.

A aprendizagem depende das estratégias de aprendizagem, ou seja, do plano de aprendizagem formulado para atingir determinado efeito.

No que concerne à *codificação e compreensão de materiais*, é importante a compreensão completa do discurso (pequenos excertos não compreendidos prejudicam a relação global da matéria dificultando não só a memorização como também a aprendizagem), e uma codificação flexível da informação, na qual o sujeito estabeleça várias vias de acesso a determinada informação.

Estudar tentando compreender é sempre preferível a estudar procurando apenas memorizar não só porque promove uma melhor ligação interligação entre os conteúdos – o que facilita e flexibiliza as respostas – como também exige menos esforço da capacidade de memória: É mais fácil decorar o nome de seis países se compreendermos que eles pertencem à União Europeia, do que se tentarmos decorá-los isoladamente sem nenhuma ligação entre si.

A leitura em voz alta é preferível à leitura em voz baixa não só porque é mais lenta, como também recorre melhor à compreensão e reorganização da informação.

No que concerne à organização das matérias, é sempre preferível uma organização pessoal do que uma organização proposta ou pre-existente. Em estudo sobre estratégias de aprendizagem nos anos 90 encontra diferenças entre os bons e maus alunos, relacionadas com o tempo despendido na organização de notas e apontamentos de leitura. As melhores reorganizações são as que têm notas de leitura e apontamentos. As anotações das aulas são muito mais eficientes quando são sujeitas a uma reorganização que deve ser sempre realizada pelo próprio sujeito, já que as notas pessoais são mais produtivas do que as cedidas por colegas, já que implicam um maior envolvimento do sujeito.

Os esquemas são muito importantes, não só porque permitem uma melhor organização da matéria, como pelo seu carácter visual permitem aceder mais facilmente à informação retendo na memória visual uma ideia geral do esquema. Um colega meu referia-me a propósito de um exame que era como se tivesse fotografias dos esquemas que tinha realizado e quando precisava de uma resposta fazia como que um *zoom* para encontrar a informação pretendida.

Alguns estudos revelam que a aprendizagem de determinadas matérias fica associado ao local onde o estudo decorreu. Quando os sujeitos eram chamados a responder a questões o desempenho era mais favorável quando eram levados a evocar o local ou quando se encontravam em contextos idênticos. Se possível, não estude sempre no mesmo local, procure associar certos

conteúdos da matéria a localizações específicas.

A fim de facilitar a memória utilize também estratégias de mnemónica e associe a informação a pistas: P.ex., para decorar lista de nomes, tente organizar a lista de modo que a letra inicial de cada nome forme uma palavra. Imagine que tinha que decorar o nome de quatro seres vivos: Aranha, Hipopótamo, Cão e Ornitórrinco. Os seus nomes começa, respectivamente, pelas letras A, H, C e O. se reorganizarmos a lista é possível formar a palavra ACHO, se preceder desta forma e tentar relembrar o nome destes animais a partir de A-C-H-O, vai ver como os *acha* muito mais facilmente.

É impossível anotar toda a informação de um livro ou de uma aula. Se o aluno procurar apreender tudo não consegue ter atenção devida à aula. As notas podem não incluir todos os dados devendo incluir antes comentários pessoais que promovem a compreensão e a organização. Os sublinhados também são importantes. Segundo um estudo esta técnica é mais eficaz quando o sujeito decide primeiro o que sublinhar e só depois sublinha.

As discussões de grupo também podem ser importantes tanto para a compreensão como para a reorganização. Um bom processo é colocar questões para o próprio responder.

Algumas investigações revelam que ó sono beneficia a memória, pelo que quando o sujeito á noite e depois vai dormir existem alguns benefícios na memorização. A noite por vezes é mais fácil para estudar, porque há menos ruído e estímulos distractores, mas o esforço exigido ao sujeito é superior, levando mais facilmente ao cansaço.

Face ao exposto, uma pergunta se poderá colocar: Haverá algum método específico que melhore a aprendizagem?

Como vimos, a melhor estratégia é sempre a que parte de cada um e que implica um envolvimento do próprio. Neste sentido, o melhor método de estudo é sempre aquele que é desenvolvido pelo próprio. Não obstante, e a título de exemplo, passa-se a apresentar um dos vários possíveis métodos de estudo, que podem

eventualmente contribuir para um melhor rendimento e facilidade na aprendizagem.

Comece por uma **Leitura RÁPIDA** e pouco preocupada: Leia sem a preocupação de apreender toda a informação, como se estivesse a ler um bom romance. Nunca se consegue apreender toda a informação numa primeira leitura, por isso aproveite este primeiro momento para se adaptar ao tipo de escrita, à estrutura geral do texto e tente apenas perceber as ideias gerais.

Agora que já tem uma ideia geral sobre o texto já possui algumas “gavetas mentais” onde pode armazenar melhor a informação. Já está preparado para ir mais além, por isso a leitura que se segue deve ser **ATENTA** e cuidada, tentando prestar atenção a todos os pormenores e perceber a matéria que está descrita. Ao ler, deverá ter o cuidado de perceber quais os aspectos mais importantes como frases, nomes, datas... aspectos para os quais deva prestar atenção particular. Este aspecto vai ser particularmente importante para a fase que se segue: o **SUBLINHADO**

É frequente a tendência de considerar tudo importante, o que leva a sublinhar a quase totalidade do texto. Isto é obviamente um erro. Se sublinharmos todo (ou quase todo) o texto, a única diferença final é que passamos a ter um texto com uma linha por debaixo das palavras. O sublinhado, quando correctamente elaborado, permite que chegue mais facilmente às ideias chave e descobrir a informação que precisa com maior precisão. Se tiver oportunidade coloque pequenas notas na lateral do texto e utilize várias cores e códigos de sublinhado de acordo com a natureza da informação.

Uma vez sublinhado, verá como as leituras subsequentes são muito mais fáceis e produtivas. O sublinhado tem ainda a vantagem de permitir utilizar a memória visual para relembrar o texto que se apresenta assim diferenciado conforme o grau de relevância.

Nesta fase já deve ter uma ideia mais concreta do texto e da sua matéria. É o momento ideal para realizar um **ESQUEMA**. Para elaborar o esquema é geralmente útil olhar para o sublinhado já

que em princípio serão as palavras que o sublinhado atribui maior importância que aparecerão no esquema. O esquema tem a vantagem de apresentar a matéria de forma simples, concisa e facilitar a utilização da memória visual.

No esquema a informação não está em texto corrido pelo que é mais fácil colocar a matéria por palavras próprias, o que implica compreensão e conhecimento dos conteúdos.

É o que se pretende na fase seguinte: **RESUMO.** Perante a informação esquematizada tente colocar a matéria em texto corrido de forma sintética e por palavras suas. Não se pretende que o resumo seja muito longo nem utilize as palavras do livro (para isso tínhamos antes o próprio manual). Deve utilizar palavras que tenham algum significado para si e que pertençam ao seu vocabulário habitual. Evite “palavras caras” ou “chavões”, a menos que o carácter técnico e científico da matéria o implique.

Finalmente recapitule a matéria mentalmente. Imagine perguntas e responda a essas mesmas perguntas. Seja exigente nas perguntas que faz a si próprio e caso não saiba a resposta recorra ao manual.

Este trata-se apenas de um exemplo de método de estudo que pretende tornar a aprendizagem mais fácil e eficaz. É apenas um entre os muitos possíveis e procura reflectir os pressupostos que foram sendo mencionados. Poderá parecer que o fazer sublinhados, esquemas, resumos, etc.. são uma perda de tempo, sendo o tempo geralmente pouco, mas lembre-se que a aprendizagem depende da dedicação dos sujeitos, pelo que enquanto está a realizar todos estes esquemas e resumos está a codificar a informação de forma diferente com várias formas de aceder a matéria pretendida e a aumentar o seu grau de envolvimento.

Poderia substituir todos estes passos por várias leituras consecutivas, mas provavelmente ao fim de algumas leituras já estaria num género de eco mental em que as palavras simplesmente ecoavam como um disco riscado. Seja como for, evite deixar o estudo para o último momento. Todos sabemos como a pressão do último dia nos empurra para o estudo mas é importante adaptar a nova informação à preexistente e tal implica algum tempo.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Infidelidade

Romances pela Internet

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Caso Real

Cada dia que passa me sinto mais triste, e só, estou a tomar anti-depressivos e calmantes pois comecei com ataques de pânico há cerca de um ano atrás.

Há tempos recebi no computador de casa um email para o meu marido de uma senhora a dizer que o amava. Passam-se meses que não fazemos sexo, todas estas coisas me estão a dar cabo do juízo, pois não acho normal e não consigo confiar nele como confiava.

Quando confronto o meu marido com tal, diz-me que apenas falou com ela num Chat e quanto ao resto diz-me que anda cansado e com muito trabalho.

Sinto-me triste só me apetece chorar e nem para os meus filhos tenho paciência. Penso várias vezes em bater com a porta mas depois penso e os miúdos? Não têm culpa.

Luísa, 35 anos

Na Internet, sem dados objectivos, é mais fácil soltar as fantasias, imaginar o parceiro de uma forma idealizada e até mesmo apresentar uma imagem idealizada de si próprio. Os romances pela Internet estão a tornar-se num clássico, que culmina geralmente num encontro. Alguns tornam-se em casos amorosos com dimensões sexuais enquanto outros constituem um choque pelo facto da fantasia se desvanecer aquando do contacto com a realidade.

Os romances pela Internet, mesmo os que se mantêm puramente no domínio “virtual”, tal como a infidelidade em geral, podem ter várias origens. No entanto, quando o contacto

permanece meramente no “virtual”, o cônjuge tende a desvalorizar a seriedade do caso amoroso pelo facto de não ter um cariz sexual, mesmo que seja evidente uma energia sexual que trespassa.

Neste caso, o cônjuge fará bem em prestar atenção a dois sinais de perigo comuns: passar mais tempo na “companhia” do parceiro “virtual” do que com o cônjuge, e o confidente principal ser o parceiro virtual e não o cônjuge. Se algum destes padrões estiver presente peça ajuda já, antes que a situação se torne mais complicada.

No amor, a fidelidade implica exclusividade: amor por uma só pessoa, relações sexuais só com ela. Como no monoteísmo “não terás outro Deus além de mim”.

Do ponto de vista biológico, em quase todas as espécies animais e fundamentalmente nos mamíferos, o macho difunde e produz milhões de espermatozoides. Na base do seu comportamento sexual está o princípio da inseminação de todas as fêmeas que for possível. A fêmea, pelo contrário, anda à procura de um macho dotado do melhor património genético para garantir uma descendência forte e vencedora.

Assim, o homem é mais estimulado pela diversidade – sente-se fascinado pelo corpo de uma mulher -, a mulher, por outro lado, mesmo quando admira um corpo masculino, não se contenta com isso, desejando galanteio e a promessa de uma relação íntima.

Qualquer traição levante questões sobre a confiança e os valores próprios, mas as traições sexuais tocam-nos profundamente pelo facto de se relacionarem com o amor e com o abandono, activando fantasias e medos arcaicos. No homem, a infidelidade desencadeia sentimentos de impotência, castração. Já na mulher estes sentimentos parecem surgir na beleza corporal – sente-se feia, nada atraente.

A infidelidade pode ter significados diferentes e geralmente não tem nada a ver com o facto de se gostar ou não do cônjuge. Muitos maridos e mulheres não conseguem perceber o que os está a perturbar e cada um procura desesperadamente uma saída para a dor e confusão que sente. Quando as palavras e a compreensão não cumprem este objectivo, é comum o recurso a meios mais primitivos e arrebatados de falar sobre as suas feridas.

Em casais simpáticos, que nunca discutem, por vezes há um medo aterrador de não se controlarem, pelo que a infidelidade proporciona um terreno para uma expressão mais livre e aberta. Em casais que têm medo da intimidade, de se sentirem emocionalmente vulneráveis, a infidelidade e a discussão são duas formas de garantir uma barreira entre ambos. Os dependentes sexuais usam o sexo indefinitivamente para anestesiar a dor e preencherem o vazio interior. Para os casais divididos, a infidelidade prende-se com o facto de se estar farto de andar a fazer funcionar o casamento. Por último, nos casos amorosos terminais, a infidelidade é uma forma de acabar o casamento e não a razão pela qual ele acaba.

Os tipos de mudanças que sinalizam a infidelidade começam habitualmente sem aviso. O parceiro começa a criticar tudo sem razão aparente, a vida sexual muda, o nome de uma terceira pessoa começa a surgir abruptamente na conversa ou deixa de ser evocado, a aparência física melhora ou nota-se uma certa indisponibilidade...

Habitualmente sabe-se consciente ou inconscientemente quando é que o parceiro está a ter um caso amoroso, mas nem sempre se está

preparado para saber, desvalorizando-se as questões que estão por responder.

É possível que o cônjuge que está a viver uma aventura amorosa tenha deixado algumas pistas. O desconforto que a situação gera é tão grande que inconscientemente são deixadas algumas pistas em que se tropeçam.

Um estudo realizado mostrou que cerca de 89% dos cônjuges sabiam de alguma forma que os parceiros estavam a ter um caso amoroso.

A situação torna-se tão complicada e dolorosa que, algures durante este período é importante procura a ajuda de um psicólogo a fim de realizar uma terapia conjugal ou individual. Por vezes ansiedade é tanta que leva a pessoa a recorrer desesperadamente á medicação. O uso de medicação pode acalmar a pessoa, mas o próprio sujeito está ciente de que não é a medicação que vai resolver os seus problemas e não está disposto a tomar medicamentos eternamente.

Se tem razões para suspeitar que o seu cônjuge lhe é infiel, comunique-lhe o que pensa numa frase breve e simples e aguarde a resposta. Evite as perguntas e as acusações.

Com a infidelidade a descoberto o sofrimento é evidente e está presente em cada olhar e em cada palavra. Evite tomar por agora decisões importantes. Há alturas em que o divórcio parece a única resposta, mas não é altura para tomar essas decisões. Deixe a maré acalmar.

Dê atenção aos aspectos emocionais e procure o apoio dos amigos. Deixe de estar obcecado com a situação e permita-se sentir o momento presente. Resista ao desejo de vingança ou retaliação e leve o tempo que precisar. Procure a ajuda de um psicólogo e conte com o seu apoio para, em conjunto, conseguir ultrapassar estas adversidades.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

ANOREXIA

Perturbações Alimentares

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Com as exigências estéticas da sociedade actual e um ideal de beleza que não permite qualquer excesso de peso, as pessoas vêm-se por vezes em caminhos menos correctos que acabam por leva-las a graves problemas de saúde que passam, em primeiro lugar, por perturbações da esfera oro-alimentar.



Se a beleza não tem idade, acontece que é essencialmente no período da adolescência, com todas as suas transformações físicas e psicológicas que a acompanham, que assume um preocupação mais acentuada.

As Perturbações Alimentares manifestam-se essencialmente por duas formas que por vezes surgem associadas: A Anorexia e Bulimia.

A idade média para o início da Anorexia é de 17 anos, raramente se verificando este início em mulheres com mais de 40 anos.

A sua prevalência é significativamente maior para o sexo feminino – mais de 90% dos casos de Anorexia ocorrem em mulheres –, em primeiro lugar porque a beleza assume, na mulher um papel muito mais relevante, sendo que o homem é mais avaliado pelas suas capacidades.

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza.

O aparecimento da doença encontra-se frequentemente associado a um acontecimento vital stressante, como sair de casa ou entrar para a universidade.

As características essenciais da Anorexia são a recusa em manter um peso corporal na faixa normal mínima, associada a um terror de ganhar peso. Na anorexia, o esquema de percepção corporal encontra-se completamente deteriorado, encontrando estes sujeitos sempre excesso de peso em alguma região do corpo, não obstante do aparecimento esquelético.

Em muitos casos, as adolescentes anorécticas acabam por perder a identidade, verificando-se por vezes mesmo uma tendência para o suicídio e uma desmotivação para a vida.

Do ponto de vista da sexualidade, parece assistir-se a uma recusa maciça da feminilidade: a anoréctica não quer ter ancas, nem seios e a gravidez e a maternidade são mesmo consideradas como aberrações.

Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorréicas.

Se atendermos a sua etimologia, o termo “Anorexia” poderá não ser correcto de todo já que, contrariamente ao que sugere, não se verifica uma perda do apetite, mas sim uma recusa em ingerir alimentos devido á obsessão pela magreza.

Esta recusa de ingerir alimentos está geralmente associada à conotação negativa que o sujeito atribuí ao alimento. A primeira relação que o bebé estabelece é com a mãe e é o objecto materno que lhe dá o primeiro alimento: leite. O alimento fica assim bastante associado á relação primária que estabeleceu com a mãe, mas a seguir a esta muitas outras relações vão ser estabelecidas com vários objectos. Do ponto de vista psicodinâmico, no fundo, o que o sujeito anorético não quer ingerir não é o alimento mas sim os “maus objectos”, que tipificam más relações.

Apesar de se manifestarem de uma forma antagónica, à Anorexia surge frequentemente associada a Bulimia, que se caracteriza por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vómitos auto-induzidos; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos.

É muito importante saber que se uma adolescente sofre de anorexia, não é conveniente insistir para que coma, já que este procedimento pode ter efeito contrário, tornando mais difícil a resolução do problema. Tanto a anorexia como a bulimia são perturbações do comportamento alimentar, sendo muito difícil tornar estas jovens conscientes do seu estado, embora seja importante leva-las à convicção do quanto é feio e desagradável o seu aspecto esquelético.

O curso e o resultado da Anorexia são muito variáveis: alguns indivíduos recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros apresentam um curso crónico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correcção de desequilíbrios hidroelectrolíticos.

Se acha que esta perturbação se aplica a alguém da sua esfera mais próxima, é importante encorajar a pessoas a ter apoio psicológico, visto que o tratamento desta perturbação generalizada nos nossos dias levam pelo menos 2 anos e em alguns casos não se consegue atingir uma cura absoluta.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Psicologia, Natureza e Jardim

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

A Psicologia é a ciência que estuda o comportamento e estados mentais. Sendo a jardinagem uma actividade, ou se quisermos, um comportamento humano, fará todo o sentido estudar não só a relação entre o Homem e as plantas, como também a motivação para a jardinagem e efeitos desta no funcionamento psicológico.

O estudo integrado de vários campos da ciência sugere que existe uma necessidade propensão fundamental, geneticamente fundada, para o Homem se afiliar com a natureza. A este aspecto Kahn Jr. (1999) chama Biofilia (“Bio”, natureza, “Philia”, gosto, amizade).

Para Coder (1996), antes da Idade da Pedra, do Bronze – antes das descobertas da arqueologia – terá havido uma Idade da Madeira, representando as árvores quer o significado quer o contributo para a sobrevivência e dominância humana do planeta.

As árvores têm sido e continuam a ser, símbolos universais. São alvo de admiração, medo, romance, e misticismo das pessoas que as rodeiam. Mais do que meros componentes de madeira, as árvores ocupam um lugar psicológico especial na consciência humana.

O Homem precisa de ter árvores para palpar, observar... saber que existem. Transportamos sementes de plantas para o espaço, plantamos árvores como símbolo cultural e valorizamo-las enquanto uma propriedade social e pessoal valiosa. Muitas árvores são plantadas e muitas florestas salvas através da ajuda de pessoas que nunca verão o seu resultado, sendo o “pagamento psicológico” um factor suficiente.

A sociedade humana estabelece-se à volta de florestas e árvores seleccionadas por questões de tradição e disponibilidade (Coder, 1996).

Se através durante todo o processo evolutivo algumas paisagens naturais promoveram a sobrevivência e reprodução humana com sucesso, surge como natural que tal venha passando de geração em geração, promovendo a proximidade com a natureza sensações de bem-estar (Kahn Jr., 1999).

Todos sentimos uma atracção especial para contextos naturais e sentimos uma sensação agradável no contacto com as plantas e ambientes naturais, mas haverá algum fundamento científico que comprove e explique estas sensações?

De acordo com Kahn Jr. (1999), os resultados de cerca de 100 estudos sugerem que a redução do *stress* é um dos efeitos principais da proximidade com a natureza, especialmente de contextos semelhantes à Savana (Ulrich, 1993, cit in Kahn Jr., 1999).

Estudos de Ulrich e Lundem (1990, cit in Kahn Jr., 1999), demonstram que pacientes expostos a imagens de natureza aberta, com água, etc..., manifestam uma ansiedade pós-operatória muito menor.

Com base numa revisão de literatura, Kaplan & Kaplan (1989), concluem que “os resultados imediatos do contacto com a natureza incluem alegria, relaxação, e níveis de *stress* mais reduzidos. Estes resultados sugerem ainda adicionalmente um bem-estar físico, fundamentado nestes contactos.

Diferentes concepções de género rodeiam as árvores e as florestas. No senso comum, o ambiente organizado, familiar, controlado e nutritivo do jardim é feminino. Já a floresta selvagem, território de aventura, orientada multi-espacialmente e desconhecida, se nos apresenta como um traço masculino.

Segundo Coder (1999), ao longo da história cultural, algumas árvores mantiveram-se associadas a qualidades masculinas ou femininas em diferentes gradientes. A sua fertilidade e ciclo de vida, facilmente se associa à procriação e logo ao feminino. Pelo seu porte, força e forma, as árvores têm sido aceites enquanto símbolos fálico, que conjuntamente com a grande capacidade de sobreviver a tempestades e outras calamidades têm vindo a ser encaradas como masculinas.

Desde sempre que as árvores fizeram parte da delineação das nossas vidas. Eventos e decisões são frequentemente comemorados através da plantação de árvores. Antes da construção de estátuas e outros monumentos, as árvores cumpriam frequentemente essa função.

Há muito anos que vivemos num mundo de plantas, mas facilmente nos esquecemos que as plantas são, na realidade, seres vivos. Segundo A. Dubrov, vários estudos têm demonstrado que tal como o Homem, as plantas podem ter os seus gostos e aversões. Podem responder ao estado emocional humano, ao seu comportamento e acções.

Esta propriedade das plantas tem sido encarada com fortes reticências, mas segundo Alexander Dubrov, várias experiências têm demonstrado resultados claros. Este investigador refere que na qualidade de seres vivos, as plantas têm o seu próprio campo bioeléctrico, bem como um sistema específico de transmissão da informação sob a forma de impulsos eléctricos e transmissão de sinais de

Alexander Dubrov, defende que as plantas respondem à música, prosperando ao som da música clássica – como seja Mozart, Bach e Beethoven – enquanto a música Rock exerce um efeito adverso. As experiências de um novo campo, referido como fitopsicologia, ou psicologia das plantas, têm inclusivamente

demonstrado que as plantas reagem à morte de animais.

O investigador russo apresenta mesmo uma lista de investigadores que demonstrou que as plantas têm consciência. Na realidade, o conceito de consciência implica a presença de cérebro, memória, actividade nervosa, um sistema de transmissão de impulsos nervosos e percepção do ambiente. As plantas parecem ter estas propriedades, no entanto não possuem órgãos sensoriais como o homem.

Para uma educação eficaz da população em relação às árvores, florestas e manutenção dos recursos naturais, é importante compreender as respectivas crenças e percepções em várias comunidades e culturas.

Uma compreensão clara da relação Homem-árvore é importante para um maior conhecimento científico, mas também para a educação, motivação e aceitação social das mensagens de manutenção dos recursos naturais, que urge cada vez mais proteger.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Referências Bibliográficas

- Coder, Kim D. (1996). *Tree and Humankind : Cultural and Psychological Bindings*. Georgia.
- Dubrov, Alexander P. (s/d). *Brief Synopsis of the Book Plants and Music (Consciousness in Plants)*. Moscow.
- Kahn Jr, Peter H. (1991). *The Human Relationship with Nature – Development and Culture*. London: MIT Press.

Os Atletas Portugueses nas Competições Internacionais

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Habituámo-nos a ver Portugal como um país pequenino no cantinho da Europa. Aquele país que já não é Espanha mas que muitos estrangeiros continuam a não conhecer.

Aos tempos áureos de glória dos nossos antepassados, incansáveis navegadores e descobridores pelos oceanos, segue-se agora um período de menor entusiasmo, sobretudo com as dificuldades que ultimamente o país tem vindo a atravessar.

No desporto, Portugal participa frequentemente em provas internacionais mas raramente consegue lugares dignos de destaque. Que aspectos poderão contribuir para este facto?

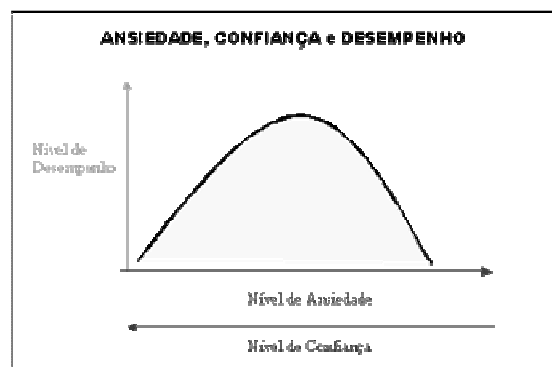
A **qualidade dos atletas** é sem dúvida um aspecto importante – no fundo o mais importante e aquele que as provas supostamente estariam a analisar. Talvez em algumas modalidades esta diferença justifique os resultados menos bons obtidos. Mas como é reconhecido por todos, Portugal tem atletas de qualidade em várias modalidades. Atletas que obtêm em provas nacionais resultados tão bons ou melhores que os atletas estrangeiros. Não obstante o desempenho em provas internacionais nem sempre é o esperado, tendo em conta o padrão de desempenho em contexto nacional. Se a qualidade dos atletas não explica esta diferença, que outros aspectos poderemos considerar?

Sabemos que em provas internacionais a pressão é muito maior. O **nível de ansiedade** aumenta consideravelmente e como já tivemos a oportunidade de referir em números anteriores, se até um certo ponto a ansiedade melhora o

desempenho, a partir de certo nível prejudica o trabalho do atleta.

Mas se isto é verdade para os atletas nacionais, também o é para os atletas estrangeiros. Em provas internacionais, o nível de ansiedade é maior quer para os portugueses quer para os espanhóis, ingleses ou americanos.

Assim, o facto das provas internacionais implicarem uma maior ansiedade também não explica este aspecto. Mas se considerarmos que a forma (ou as **estratégias**) com que os atletas lidam com esta ansiedade é diferente, poderíamos ter uma primeira explicação. Talvez os atletas estrangeiros saibam ou tenham no seu treino indicações mais concretas para uma melhor gestão da ansiedade com vista à maximização dos resultados e ao sucesso. Em vários países a chamada Psicologia do Desportos já está fortemente implementada no sistema desportivo, mas no nosso país não deixa ainda de ser uma novidade que tem vindo a ser gradualmente implementada.



Por outro, para a conquista de títulos importantes é imprescindível haver **confiança**: Confiança da nação nos seus atletas e confiança dos atletas em si próprios. O aumento do nível de confiança diminui a ansiedade que por sua vez permite melhores níveis de desempenho.

Exceptuando o caso de algumas modalidades, na grande maioria dos casos habituámo-nos às classificações medíocres e antes de obter os resultados já estamos a prever que os atletas nacionais não estarão entre os vencedores. E esta falta de confiança é transmitida aos atletas que se em muitos casos já não acreditam suficientemente em si, não obtêm do público a motivação e impulso necessário para olhar em frente e conseguir vencer.

Se repararmos, os melhores resultados internacionais ocorrem geralmente sempre nas mesmas modalidades. É provável que tais modalidades estejam particularmente mais desenvolvidas (e mais investidas) no nosso país. Talvez Portugal seja, por várias razões socioculturais, francamente melhor nessas modalidades. Mas a auto-confiança destes atletas e confiança que o público neles deposita é seguramente superior, e enquanto os atletas de outras modalidades vêm o seu pensamento frequentemente assombrado por pensamentos de derrota, estes atletas conseguem ter um pensamento mais positivo e uma maior confiança, que se exprime nos resultados obtidos.

Os atletas portugueses devem pois, acreditar suficientemente em si e nas suas capacidades para, com a ajuda de uma equipa formada por vários técnicos, na qual os psicólogos não devem ser descurados, e com o apoio do público, conseguirem levar mais longe o nome daquele que já foi um dos países mais importantes da Europa e do mundo.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Ultrapassando a Inibição de Entrar num Ginásio pela Primeira Vez

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Ano novo... Vida Nova! A entrada num novo ano é frequentemente aproveitada para realizar vários projectos, alguns dos quais tantas vezes adiados.

Após um período festivo, com muitos doces e os inevitáveis quilinhos a mais, surge frequentemente a intenção de começar a praticar desporto e desfazer, de uma vez por todas O excesso de peso e sedentarismo. Acontece, que na maioria dos casos esta intenção nunca passa para o plano da acção, sendo vários os motivos parecem concorrer para este facto...

Facilmente concordamos que a saúde é um bem desejado por todos, mas os comportamentos e atitudes que tomamos nem sempre parecem estar de acordo com este facto. Vários factores contribuem para uma incongruência entre esta atitude (considerar o exercício físico como benéfico) e o comportamento (prática real de exercício): a intenção em agir sobre a atitude, o facto da atitude ser baseada na experiência directa e logo o maior envolvimento do indivíduo, a acessibilidade, bem como o conhecimento do objecto de atitude pelo sujeito, são apenas alguns exemplos.

À procura de razões

Facilmente encontraríamos razões a favor da prática de exercício físico, passando pela saúde, bem-estar e beleza, mas geralmente é com tanta ou maior facilidade que se encontram razões opostas.

A falta de tempo é geralmente um dos argumentos mais utilizados, em primeiro lugar porque parece estar “*na moda*” não ter tempo ou viver “*stressado*”, e facilmente se encontra uma lista de afazeres que comprovem a alegada falta de tempo e nos permita ficar “melhor connosco próprios” ou com o novo adiamento da prática desportiva.

Infelizmente, a sociedade actual imprime-nos um ritmo difícil e o tempo é efectivamente cada vez mais escasso. Mas com um pouco de boa vontade é sempre possível arranjar uns minutinhos para a prática de desporto.

Mas então e o descanso? O tempo para o próprio? Creio que a prática desportiva é essencialmente um investimento na nossa própria saúde, certamente mais rentável e saudável do que ficar em casa sentado frequentemente em paralelo a hábitos tão prejudiciais à saúde como o tabaco ou as bebidas alcoólicas.

Mas eu ando cansado! Estafado! Cheio de sono... Ora existem várias actividades desportivas. Fazer exercício físico não implica necessariamente transpirar e gastar a pouca energia que ainda nos resta. Cada um deve escolher uma actividade adaptada a si, aos seus interesses e às suas necessidades.

A saúde é um bem precioso pela qual o próprio deve ser responsável. Não se pretende aqui “obrigar” ninguém a praticar exercício físico, ainda que na realidade o não praticar exercício prejudique o próprio e a sociedade, já que as despesas da saúde representem uma parcela importante das despesas do estado.

	Argumento FRACO	Argumento FORTE
Argumento POSITIVO	<p>❶</p> <p>Ex.: O estado poupa nas despesas da saúde</p>	<p>❷</p> <p>Ex.: Melhora a saúde e permite a longevidade</p>
Argumento NEGATIVO	<p>❸</p> <p>Ex.: Implica ter mais roupa para lavar</p>	<p>❹</p> <p>Ex.: Consome muito tempo e energia</p>
	↓	↓
	PERSUASÃO FALHA	PROMOVE PERSUASÃO

O papel dos ginásios

Tratando-se de um bem precioso que melhora não só a saúde do próprio como diminui as despesas da sociedade, creio que levar as pessoas a praticar exercício físico, mais do que uma estratégia comercial, constitui uma atitude humana e preventiva, pelo que parece fazer sentido apresentar algumas estratégias que os ginásios possam utilizar para conduzir à prática desportiva.

Para haver persuasão é necessário um mínimo de motivação por parte dos sujeitos que se visam inscrever. Por outro lado a linguagem e a estratégia a adoptar deve adaptar-se à sua realidade cultural e capacidades intelectuais dos sujeitos alvo.

Uma vez considerados estes factores, há outros aspectos a ter em conta: A qualidade do argumento: em que um argumento forte tende a

persuadir, contrariamente a um argumento fraco, cuja persuasão se revela pouco eficaz; e o tipo de argumento: Positivo (a favor do exercício físico) ou Negativo (contra a prática desportiva).

Alguns conselhos para os realmente interessados

Para aqueles que andam à procura da vontade e não de argumentos contrários à prática de exercício físico, aqueles cuja motivação carece de um clique final, cá vão alguns conselhos ou perspectivas que poderão ser úteis:

Em primeiro lugar, tenha algum cuidado na escolha do ginásio. Se escolher um ginásio muito afastado, consumirá muitos recursos no que concerne a tempo e poderá desmotivar-se com maior facilidade.

Por outro lado a qualidade do ginásio é obviamente um dos elementos a ter em conta. Se não se sentir confortável nas instalações ou se os instrutores não tiverem uma formação adequada, poderá não só ter dificuldades adicionais na motivação como também ficar com problemas adicionais na saúde realizando exercícios físicos incorrectos.

Se possível, tente inscrever-se conjuntamente com um familiar ou amigo. Será mais fácil encorajarem-se mutuamente e evitar a desistência, além do facto de poder aproveitar os momentos de desporto para desfrutar da companhia do seu familiar/amigo bem como de um convívio agradável.

Tenha também algum cuidado na escolha da modalidade. Evite inscrever-se só porque a modalidade “está na moda” ou porque, ainda que não goste nada da modalidade, acha que esta lhe poderá tirar os quilinhos a mais. A prática de exercício e o prazer não devem ser dissociados. Tente escolher uma actividade que lhe agrade particularmente e que se adapte à sua condição física e faixa etária.

Finalmente, comece a integrar-se gradualmente nos exercícios, evitando excessos iniciais e permitindo uma adaptação saudável do organismo e tente adquirir hábitos de treino, procurando evitar cair na tentação de faltar às aulas.

Após algum tempo de treino, geralmente aparece um período de desentusiasmo que com persistência a força de vontade acabará por ser ultrapassado. Procure a ajuda e motivação do instrutor no enfrentar das dificuldades e lembre-se que a vontade de treinar é proporcional à quantidade de treino.

A prática de exercício físico é um investimento na própria saúde. Paralelamente a hábitos de vida saudáveis, a prática desportiva, deverá ajudar no equilíbrio do corpo e da mente. Pratique exercício... pela sua saúde! A todos, um ótimo ano, cheio de saúde e bem estar!

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

Os Modelos Mentais na Aprendizagem dos Movimentos

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

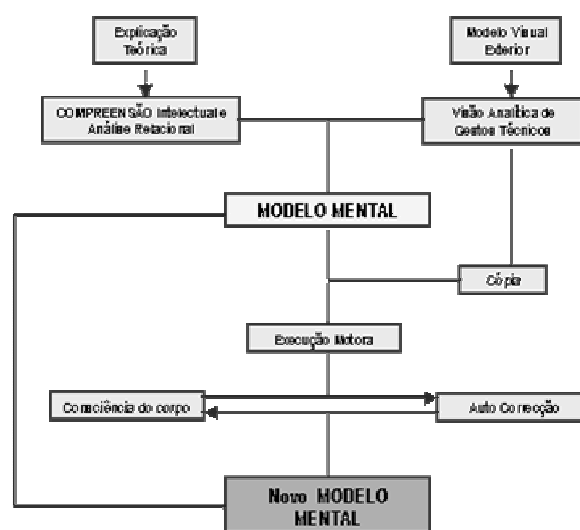
Os processos de aprendizagem utilizam métodos pedagógicos enraizados em diferentes modelos teóricos de referência que pela sua adequação específica, devem permitir uma aprendizagem mais rápida e eficiente.

Nas actividades físicas, modelos teóricos, pedagógicos e mentais são conceitos frequentemente baralhados, pelo que se considera de importância fundamental a sua clarificação. Os *modelos pedagógicos*, estão relacionados como a forma como se processa a aprendizagem, com os métodos a utilizar de forma a aumentar o rendimento e diminuir o esforço. Os *modelos teóricos*, relacionam-se directamente com os conteúdos a aprender. Contrariamente ao que acontece com as actividades intelectuais – em que os modelos teóricos transmitidos apenas requerem uma compreensão racional – nas actividades físicas, os modelos devem ser progressivamente construídos e aperfeiçoados pelos próprios alunos, devendo inclusivamente, dirigir-se e adequar-se à compreensão motora e cinestésica.

É neste contexto que surgem os chamados *modelos mentais*, construções abstractas do próprio sujeito, obtidas a partir do modelo teórico e do modelo visual exterior, com vista à condução de todo o processo de aprendizagem dos movimentos. Vejamos então um pouco melhor como é que a aprendizagem dos movimentos se processa.

Perante uma explicação teórica do exercício, o sujeito deve proceder a uma análise racional com vista à compreensão intelectual dos conteúdos. Dado ao seu carácter cinestésico, a aprendizagem de movimentos não se limita à explicação teórica,

carecendo antes de um modelo visual exterior cujos gestos técnicos devem ser analisados.



Da integração destes dois elementos (intelectual e visuo-motor) deve surgir um modelo mental de referência que, não obstante de provisório, permitirá conduzir os primeiros momentos da aprendizagem do exercício físico.

Os modelos mentais iniciais não devem ser excessivamente complexos, mas antes tangíveis pelo sujeito. Modelos mentais excessivamente ambiciosos podem conduzir à confusão favorecendo a desmotivação e frustração especialmente negativas para o iniciado.

A execução do exercício é limitada à natureza corporal do sujeito, mas os modelos mentais não possuem tal limitação. Este facto explica a razão de poder existir um modelo mental de referência perfeito concomitante com uma execução física deficiente. Seja como for, os modelos mentais devem ser sempre criticados e corrigidos, com

vista à obtenção de novos modelos mentais sempre mais perfeitos e semelhantes aos modelos exteriores de referência.

A partir do modelo mental e/ou da cópia do modelo visual exterior, o sujeito pode e deve realizar o exercício. Contrariamente ao que possa parecer, o processo de cópia exige uma forte capacidade analítica, de atenção, memorização e auto-análise. Para copiar não basta olhar para o outro, é necessário atender ao próprio gesto que se está a realizar. Caso contrário corre-se o risco de uma execução incompleta ou mesmo errada.

Através de uma intensa coordenação e fusão das actividades mentais, físicas e emocionais, o praticante deve ser levado a “sentir” cada vez mais as técnicas que executa através das quais se desenvolve e aumenta a consciência do corpo.

É através de uma maior acuidade na consciência corporal e da auto-correcção (confrontando a execução realizada com os modelos mentais e modelos exteriores) que o sujeito é levado a um aperfeiçoamento, indicado pela formação de um novo modelo mental cada vez mais perfeito e semelhante ao modelo tido como ideal.

A criação de modelos mentais é um processo de complexidade crescente, paralelamente ao grau de profundidade do exercício a copiar. São os modelos mentais que iniciam e possibilitam a continuidade evolutiva, possuindo uma natureza eminentemente dinâmica.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

O Stress e o Exercício Físico

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Praticamente todos os dias ouvimos falar de *Stress* e dos seus efeitos negativos na nossa saúde e bem estar. Todos os anos, os médicos prescrevem milhões de antidepressivos, tranquilizantes e hipnóticos que resolvem apenas parte do problema.

Mas ao contrário do que se pensa, o *stress* não merece uma visão tão negativa, já que sem ele, provavelmente nem nos conseguiríamos levantar ou realizar as tarefas do nosso dia-a-dia. Todo o bom desportista sabe que na realidade o *stress* até pode constituir uma fonte de prazer.

O efeito real e imediato daquilo a que chamamos *stress* é a activação de todos os recursos disponíveis, o que se revela indispensável em toda uma variedade de circunstâncias desde situações de emergência, de avaliação ou competição. O aumento da ansiedade melhora o desempenho, mas apenas até certo ponto a partir da qual a relação inicialmente positiva passa a negativa, decrescendo o desempenho à medida que a ansiedade aumenta.

Assim, é perfeitamente normal (e até importante) algum nível de ansiedade durante as provas desportivas, a fim de maximizar o desempenho. O problema surge quando o nível de ansiedade se revela excessivo e logo desadaptativo, prejudicando os resultados.

Quase todos os acontecimentos são passíveis de provocar *stress*. Alguns são perfeitamente óbvios – como o desemprego, divórcio, doenças graves... – outros, nem por isso – actividades difíceis de conciliar, imprevistos, frustrações, etc.

Todos sabemos que o exercício físico melhora a saúde: As estimativas indicam que a boa forma física reduz o risco de morte em 40%. O Exercício físico proporciona sensações de prazer, autocontrolo e, quando praticado regularmente pode mesmo ajudar a controlar as dependências. Desta forma praticando exercício físico estamos a apostar na nossa saúde e a contribuir para a prevenção e redução dos níveis do *stress*.

A tensão muscular é um dos sintomas mais frequentes do *stress*. As posturas incorrectas e o estilo de vida geralmente adoptado no dia-a-dia – em que geralmente a única parte do corpo que exercitamos são os dedos, para escrever ao computador – em nada colaboram para melhorar esta situação.

Contrariamente ao que a maioria das pessoas considera, a relaxação é muito mais do que estar deitado num bom sofá a ouvir música clássica, já que o conceito de relaxamento envolve o afrouxamento da regulação do sistema nervoso.

Devido à íntima relação entre o corpo e a mente, tensão mental implica tensão muscular e vice-versa, pelo que a relaxação se revela particularmente importante no combate ao *stress*. Infelizmente, e apesar destas inúmeras vantagens a prática de exercício físico continua a apresentar uma taxa relativamente baixa na nossa sociedade. Entre as razões para este facto, vamos encontrar a alegada falta de tempo e a falta de motivação.

Tente encontrar uma actividade desportiva que se revele particularmente atraente para si – o local de prática e o apoio dos instrutores revela-se aqui especialmente importante.

Se encontrar um local apazível e puder contar com a companhia de um amigo vai certamente descobrir algum tempo que na realidade ainda lhe restava para a prática de desporto e, é sempre bom lembrar, tempo é dinheiro, mas com a aplicação do seu tempo no desporto está a fazer um investimento altamente rentável na sua saúde.

Procure a velha máxima da mente sã em corpo são – *mens sana in corpore sano* – e verá como conseguirá ter uma vida muito mais saudável e harmoniosa.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

A Preguiça, a Coragem e a Motivação na Escola

Filipe Quaresma

Psicólogo Clínico – Psicólogo do Desporto
Licenciado e Mestre pelo Instituto Superior da Psicologia Aplicada

A coragem e a preguiça (não confundir com ócio) não são qualidades inatas num ser humano. Resultam, tão só, de determinados contextos e de determinadas situações. Dito de outra forma: *não se nasce preguiçoso, acontece-nos*. Convém acrescentar que, para este facto, contribuem muitas componentes de uma sociedade muito pouco harmoniosa. Porque, por exemplo no caso da preguiça, o insucesso repetido conduz o ser humano a um fatalismo passivo.



É o que também acontece com muitos alunos e, particularmente, com alunos identificados como crianças e jovens em perigo. A pouca atenção que dão ao estudo, a inadaptação à escola e às estruturas escolares, o abandono escolar, conduzem à preguiça. E, sendo assim, nunca saborearão o gosto do esforço, se, com tempo, coragem e saber, não se lhes recrearem situações de necessidade e de evidência, algo que ponha em articulação uma situação e uma acção, uma causa e um efeito.

Atente-se! Quando os valores do **ter** suplantam os valores do **ser**, então, não é de admirar que os indivíduos procurem a rentabilidade, exterior e imediata, do menor esforço e deixem de ter a coragem de se valorizarem a si próprios. Talvez, por isso, falar muito cedo (demasiado cedo) de projectos profissionais aos alunos, por exemplo, seja uma forma de contornar, *erradamente*, a questão da fobia escolar.

Existem, porém, factores de coragem que podem e devem ser activados na escola: *a sensibilização para um ideal, o sentido do maravilhoso, o potenciar um dom inato, o desejo de atingir um objectivo, a visita a um Paul e reconhecer a importância da Biodiversidade, o conhecer um biótopo, a concretização de projectos colectivos, o defender um objecto simbólico, o lutar por uma pessoa, por uma causa....* Claro que a preguiça generalizada dos adolescentes mostra, sem dúvida, uma patologia, uma deriva, um disfuncionamento. Sim, mas é altura de não esquecer que preguiça ou coragem, são apenas consequências, respostas a uma determinada situação, não mais do que isso... para que se evitem atitudes maternas psicologisantes.

Pensem um pouco. A força dos valores materialistas colonizou a escola, ao ponto de lhe retirar a sua característica virtude crítica, impondo-lhe regras de empresa e de barbárie económica. A escola tornou-se, assim, um lugar do conformismo, do consensual e do dito normal como no tempo dos sofistas e da escolástica, e deixou de ser o lugar do exercício do espírito crítico como aconteceu desde o século das Luzes....

Porém, é no espírito crítico, onde domina a dificuldade, o obstáculo, o perigo, o risco, a necessidade de conhecimento, o ideal, a espiritualidade que **a coragem** é um valor, implícita e explicitamente, reconhecido e desenvolvido pelos alunos. Mas, onde domina a tecnicidade, o materialismo, o conforto, a facilidade e facilitismo, a rentabilidade e a economia, aí sim, **a preguiça** é um valor, implícita e explicitamente, acarinhado pelos alunos.

O meu desejo fica para o fim: *que os currículos escolares deixem transparecer a inteligência das coisas e revelem a autenticidade da vida e que coloquem as questões de fundo a fim de que os alunos (com **motivação incentivada**) façam o seu caminho nos seus espíritos...*

E, depois, veremos todos que a sociedade, através dos ensinamentos dos alunos, se interrogará e se repensará nos seus princípios fundadores. Vamos apostar?

Contactos:

Filipe Quaresma
filipe.quaresma@psiclinica.net

Patologia Psicossomática na Gravidez e Mecanismos de Defesa Psíquica

Rui Manuel Carreiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Resumo:

De acordos com vários autores parece não só possível considerar uma etiologia psicológica para as principais manifestações obstétricas que ocorrem durante a gravidez, como também estabelecer um paralelismo entre estas e os processos de desenvolvimento psicológico que acompanham a gravidez (Justo, 1990, 2002). Por outro lado, a medição do funcionamento defensivo encontra-se em franca expansão tendo não só sido proposto como um domínio de investigação e de possível inclusão na classificação multiaxial do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Segal, Coolidge e Mizuno, 2007). No entanto, desconhece-se qualquer estudo que analise em profundidade o tipo de mecanismos de defesa psíquica em grávidas que sofram de patologia psicossomática. O presente projecto propõe a realização de um estudo com vista a analisar os principais tipos de mecanismos de defesa psíquica utilizados pelas grávidas com patologia psicossomática.

Palavras-chave:

Mecanismos de Defesa, Patologia Psicossomática, Gravidez.

A gravidez foi sempre indispensável à vida humana. Não admira portanto que constitua tema dos artefactos humanos mais antigos. Embora muitas mulheres considerem a gravidez como o auge das suas vidas, a sociedade actual não venera a mulher grávida como o máximo em termos de poder feminino, sendo o seu contributo frequentemente denegrido tanto por mulheres como por homens (Colman e Colman, 1991).

Segundo Colman e Colman (1991), parece existir uma atitude colectiva ambivalente em relação à reprodução: enquanto para alguns já existe demasiada gente na Terra e os recursos podem não ser suficientes, outros temem que o mundo seja demasiado instável para as crianças. Do ponto de vista individual, assistimos também a alguma ambivalência: a gravidez, o nascimento e a maternidade/paternidade distraem frequentemente homens e mulheres de outros objectivos, esgotando as suas reservas económicas e emocionais.

Patologia Psicossomática na Gravidez

As doenças psicossomáticas organizam-se muito precocemente na vida do sujeito (Sami Ali, 1993), havendo uma perda que foi ignorada pelo sujeito que se vê assim impedido de aceder a essa perda. Sami Ali (1993) enfatiza o bloqueio da função imaginária: o objecto em vez de estabelecer uma representação, transforma-se num acto, levando os doentes psicossomáticos muitas vezes a oscilar entre o *acting in* (focalizado no próprio corpo) e o *acting out* (dirigido para o exterior).

É sabido que a patologia obstétrica é muitas vezes motivada e estimulada por factores emocionais. Para Justo (2002), as mulheres que sofrem de diferentes patologias obstétricas podem variar muito do ponto de vista psicológico, parecendo o momento em que surgem as complicações obstétricas ser um elemento importante, conjuntamente com outras variáveis ambientais, tais como

desenvolvimento familiar, recursos económicos e o que pode naturalmente causar graves problemas de saúde (problemas de dieta, equilíbrio electrolítico, acetonúria, perda de peso severa, etc.). Esta situação recebe o termo clínico de *Hiperemesis Gravidarum*, causando grandes preocupações quando ao prognóstico quer da grávida quer do bebé (aumentando o risco de malformações congénitas, reduzido peso à nascença, etc.). Felizmente esta situação é extremamente rara, tendo vindo a diminuir desde a segunda metade do século XX, provavelmente devido à maior facilidade de interrupção da gravidez, o que confirma a etiologia psicológica dos vómitos (Justo, 2002).

Náusea e Vômito: A náusea e os vómitos parecem ser particularmente comuns durante os primeiros três meses de gravidez parecendo estar presentes em cerca de 50%-70% dos estádios iniciais de todas as gravidezes e desempenhando um papel importante no deslocamento da placenta (Huxley, 2000).

As explicações biológicas desta problemática têm naturalmente motivado diversas intervenções médicas. De acordo com Justo (2002), a evolução das náuseas durante a gravidez é muito similar à curva da gonadotrofina coriónica, elevando-se nas primeiras semanas até chegar ao topo por volta da 14ª semana, a partir da qual começa a decrescer. Segundo Klebanoff et al. (cit in Justo, 2002), o vômito é mais frequente em mulheres americanas que: a) estão grávidas pela primeira vez; b) são mais jovens; c) tem uma escolaridade inferior a 12 anos; d) são não-fumadoras; e, e) pesam mais do que 77kg. Foi igualmente observado que as mulheres que vomitaram durante a gravidez tinham: a) melhores probabilidades de evitar abortos ou nados-mortos; b) menor probabilidade de parto prematuro e c) Maior probabilidade de vómitos em gravidezes futuras.

Do ponto de vista psicológico, várias tem sido também as explicações. De acordo com a “hipótese da ambivalência”, avançada por Helen Deutsch (1949), o início da gravidez é a consequência de uma dicotomia entre a gravidez e o futuro bebé. Esta hipótese foi estudada por Chertok, Mondzain e Bonnaud (cit in Justo, 2002), verificando-se que de facto no início da gravidez, o vômito é mais frequente em mulheres emocionalmente ambivalentes quando comparadas com mulheres de atitudes claramente definidas. No entanto, para Macy (cit in Justo, 2002), esta hipótese decorre também da relação entre a grávida e o esposo, ou mesmo com o próprio médico (Iatrakis et al., cit in Justo, 2002).

Hiperemesis Gravidarum: Algumas grávidas não revelam qualquer decréscimo nos vómitos, nem mesmo no final do terceiro mês,

o que pode naturalmente causar graves problemas de saúde (problemas de dieta, equilíbrio electrolítico, acetonúria, perda de peso severa, etc.). Esta situação recebe o termo clínico de *Hiperemesis Gravidarum*, causando grandes preocupações quando ao prognóstico quer da grávida quer do bebé (aumentando o risco de malformações congénitas, reduzido peso à nascença, etc.). Felizmente esta situação é extremamente rara, tendo vindo a diminuir desde a segunda metade do século XX, provavelmente devido à maior facilidade de interrupção da gravidez, o que confirma a etiologia psicológica dos vómitos (Justo, 2002).

Enquanto a causa da *hiperemesis* permanece desconhecida, têm surgido diversas teorias médicas: depressão temporária da função adrenal, níveis elevados de estrogénio, etc. Por outro lado, para explicar a origem da *hiperemesis* e a sua resistência aos tratamentos médicos, vários autores de tradição psicanalítica sugerem que este problema se deve a: a) uma rejeição inconsciente da feminilidade; b) dificuldade geral em lidar com os atributos femininos da personalidade e exibição de um padrão de atitude feminino; c) a uma maior probabilidade de personalidade histriónica; d) dificuldades de ajustamentos sexual; ou e) elevados níveis de imaturidade psicológica (Justo, 2002).

Interrupção Espontânea da Gravidez: A interrupção espontânea da gravidez é definida como a expulsão uterina do embrião ou de um feto inviável, ocorrendo geralmente entre o início da gravidez e a 20ª semana de gestação. Segundo Justo (2002), apesar de todos os avanços médicos, 1/5 de todas as gestações confirmadas pelos médicos termina espontaneamente, geralmente devido aos seguintes factores médicos: 1) anomalias cromossómicas; 2) anomalias uterinas; 3) problemas imunológicos; 4) problemas endócrinos.

A etiologia psicológica para alguns casos de aborto espontâneo repetido, tem sido avançada por diversos autores e acerrimamente defendida por Mann (cit in Justo, 2002), com base na evidência de que as contracções uterinas podem acontecer em

resposta de estímulos stressantes, tal como posteriormente defendido por Alvarez e Caldeiro-Barcia (cit in Justo, 2002).

Reforçando a importância dos factores psicológicos, Elaine Grimm (cit in Justo, 2002), considera que as mulheres com abortos repetidos e sem diagnóstico médico conclusivo: a) são marcadamente reactivas do ponto de vista emocional; b) tendem a ser condescendentes nas relações sociais; c) são sensíveis ao medo e rejeição que baliza a expressão da hostilidade gerada por situações frustrantes e, conseqüentemente, d) revelam um tipo de funcionamento psicológico repressivo.

Outras teorias defendem a etiologia psicossomática do aborto espontâneo, propondo a intervenção de outros mecanismos: em situações de grande stress, uma secreção de adrenalina pode induzir alterações dramáticas na contracção uterina dando início ao parto e variações hormonais extremas devido a problemas emocionais podem induzir o mesmo resultado (Justo, 2002).

Segundo Justo (2002), diversas investigações revelam a existência de uma associação entre a interrupção espontânea da gravidez e os eventos stressantes, particularmente após a 10ª semana de gestação, sendo considerado que elevados níveis de stress, entre outras conseqüências, induzem aumentos significativos de beta-endorfinas que afectam a circulação sanguínea entre o feto e a placenta.

Pré-eclampsia e Eclampsia: A pré-eclampsia e eclampsia constituem uma das maiores preocupações médicas durante a gravidez: a pressão sanguínea e proteinúria são habitualmente os principais sintomas de hipertensão na gravidez.

Diversas teorias médicas tentam explicar a pré-eclampsia como uma conseqüência de: a) disfunção imunológica; b) aumento da actividade vasoconstritora de sistema nervoso simpático; c) elevados níveis de testosterona; d) predisposição genética para a trombofilia; e) variabilidade genética em enzimas de biotransformação (Justo, 2002).

No entanto, de acordo com Dekker e Sibai (cit in Justo, 2002), as hipóteses médicas sobre pré-eclampsia devem ser encaradas como interactivas até porque a sua etiologia não se encontra ainda completamente compreendida. Sendo a pressão arterial notavelmente influenciada por factores psicológicos, e como o funcionamento psicológico está associado com a evolução da gravidez, parece claro o contributo da psicologia para o estudo deste tema.

Segundo Justo (2002), quando observadas retrospectivamente, as mulheres com pré-eclampsia: a) descrevem maiores níveis de stress e descrevem-se a elas próprias como mais rejeitantes da gravidez e fazendo uma avaliação negativa dos seus companheiros; b) exibem um maior número de sintomas psiquiátricos durante a gravidez, referindo uma resposta mais perturbada à menarca, maior tensão pré-menstrual e pior ajustamento sexual; c) têm maior probabilidade de desempenhar funções laborais stressantes e trabalhar durante a gravidez.

Comparando estes resultados com os obtidos prospectivamente (Justo, 2002), verifica-se que estas mulheres: a) apresentam mais resultados desviantes no MMPI; b) revelam maiores sintomas comportamentais na infância (enurese, insónia, delinquência, etc.); c) apresentam resultados mais baixos dos testes de inteligência e sendo consideradas mais deprimidas, menos comunicadoras e com menos desejo de gravidez nos testes de personalidade; d) os seus maridos tendem a exibir uma maior dependência, imaturidade e dificuldade em lidar com situações problemáticas; e) a supressão emocional desempenha um papel importante na indução da hipertensão durante a gravidez; f) aparentemente as mulheres com menos eventos stressantes tendem a sofrer de maior tensão arterial durante a gravidez (Nissel et al., cit in Justo, 2002); g) a ansiedade e a depressão, avaliadas nos primeiros tempos da gravidez estão associadas com um maior risco de pré-eclampsia.

Relações Psicológicas

Durante a gravidez, é comum considerar que as grávidas passam por três períodos de desenvolvimento psicológico (Justo, 2002): a) Integração: corresponde sensivelmente ao primeiro trimestre e consiste na integração de todas as alterações ocorridas, aceitando a gestação o facto. Nesta fase assistimos a uma regressão à infância na qual a grávida vai reviver a sua relação com a sua própria mãe, acabando a relação com o esposo por ficar menos intensa; b) Diferenciação: coincide com o segundo semestre e baseia-se essencialmente na diferenciação entre o Self da mãe e o Self do bebé. Neste período a grávida, que até aqui estava sobretudo concentrada no mundo interior, começa a virar-se mãos para o mundo exterior, trabalhando a relação com o pai do futuro bebé; c) Separação: ocorre no terceiro semestre e consiste na separação entre o corpo da mãe e do bebé e a tarefa consiste na relação com a identidade do bebé. No fundo é a preparação para o próprio parto.

Da mesma forma, de um ponto de vista psicológico, parece igualmente haver uma relação interessante entre cada um dos estádios e a patologia psicossomática da gravidez (Justo, 2002): a) O vômito severo é um sintoma carregando um significado simbólico de ambivalência (sentimento natural que surge quando emerge a necessidade da grávida pensar as suas relações com a mãe); b) o aborto espontâneo é uma demonstração objectiva de que a gravidez não pode ser aceite (sendo que a aceitação é o objectivo da primeira fase); c) A pré-eclampsia é caracterizada por níveis de pressão sanguínea elevados (provavelmente induzidos por dificuldades relacionadas com a relação com o esposo – tarefa da segunda fase); d) o parto prematuro é uma demonstração objectiva da incapacidade de levar a gravidez até ao termo (sendo a separação progressiva entre a mãe a criança a tarefa atribuída à terceira fase).

Para Justo (2002), de acordo com esta sequência, parece poder afirmar-se que: a) a *hiperemesis* surge quando a grávida não é capaz de iniciar o desenvolvimento psicológico da primeira fase; b) o aborto espontâneo (na ausência de anomalias cromossómicas) surge

quando a adaptação á primeira fase não é concluída; c) a pré-eclampsia surge quando a evolução psicológica da segunda fase não é realizada; d) parto prematuro termina a gravidez quando são reunidos os requisitos da terceira fase.

Mecanismos de Defesa

Os mecanismos de defesa contam com uma longa e diversificada história na Psicologia, remontando pelo menos à clássica “Interpretação dos Sonhos” de Freud (1900/1956). Anna Freud (cit in Bergeret, 1998), apresenta a defesa como uma actividade do Ego destinada a proteger o indivíduo contra uma exigência pulsional demasiado grande. Segundo Scano (2007), no modelo Freudiano, “conflito” e “defesa” têm uma dupla conotação: por um lado referem-se aos processos estruturantes e por outro, sobretudo no âmbito clínico, remetem-nos para a etiologia dos sintomas.

Pouco se sabe relativamente à evolução dos mecanismos de defesa ao longo do ciclo de vida. Um estudo realizado por Segal, Coolidge e Mizuno (2007), sugere sua estabilidade ao longo do ciclo de vida, levando os autores a propor que tal como a personalidade, as estratégias adaptativas de defesa formam-se relativamente cedo e permanecem durante toda a vida. Este ponto de vista parece ser suportado por Feldman, Araújo e Steiner (1996), para quem as diferenças nos mecanismos de defesa parecem ser sobretudo sentidas entre o início e o meio da adolescência, mas não na idade adulta. No entanto, Segal, Coolidge e Mizuno (2007), ressaltam que o facto dos mecanismos de defesa serem relativamente estáveis durante o ciclo de vida, não implica as formas de lidar com a ansiedade não se possam modificar, mas antes que os adultos geralmente retêm as suas estratégias adaptativas precoces.

A literatura identificou vários mecanismos de defesa, o que conduziu a tentativas de obter um sistema de classificação mais parcimonioso, no entanto, muitos de tais sistemas não permitiram pontos de corte claros (Gleser e Ihilevich, 1969).

Para Gleser e Ihilevich (1969), o maior objectivo dos mecanismos de defesa consiste na resolução de conflitos entre o que é percebido pelo indivíduo e os seus valores interiorizados sendo este conflito resolvido através de processos nos quais o Ego ataca, distorce ou ignora selectivamente determinados aspectos do mundo interno ou externo. Com base neste pressuposto, Gleser e Ihilevich (1969) propõem um sistema de classificação que não obstante de sucinto, pretende abarcar as principais classes de mecanismos de defesa:

1.TAO (*Turning Against Object*): Esta classe lida com o conflito atacando um objecto externo frustrante real ou pressuposto. Nesta classe, Gleser e Ihilevich (1969) incluem as defesas clássicas como a identificação com o agressor e o deslocamento.

2.PRO (*Projeção*): Nesta classe, Gleser e Ihilevich (1969) incluem as defesas que justificam a expressão da agressividade a um objecto externo atribuindo-lhe características ou atributos negativos.

3.PRN (*Principalization*): Esta classe de mecanismos de defesa lida com o conflito evocando um princípio geral que separa o conteúdo dos afectos e reprime o primeiro, incluindo a intelectualização, isolamento e racionalização.

4.TAS (*Turning Against Self*): Inclui as defesas que lidam com o conflito dirigindo o comportamento agressivo directamente para o próprio *Self*, como sejam o masoquismo e o autosadismo.

5.REV (*Reversal*): Classe que inclui as defesas que lidam com o conflito respondendo de forma positiva ou neutra, como sejam a negação, formação reactiva e o recalcamento.

Todos estes aspectos levaram Gleser e Ihilevich (1969) a construir um instrumento com vista à medição dos mecanismos de defesa: Inventário de Mecanismos de Defesa, DMI – *Defense Mechanisms Inventory*. Para construir o DMI, Gleser e Ihilevich (1969) desenvolveram 12 histórias (duas para cada uma de seis áreas de conflito: autoridade, independência, masculinidade/feminilidade,

competição e situação). Segundo os autores, as histórias foram estruturadas de forma a cobrir diversas áreas nas quais as pessoas encontram a maioria dos conflitos e de forma a possibilitar a examinação das defesas que os sujeitos utilizam de acordo com a natureza do conflito.

Existindo duas versões (masculina e feminina), cada uma com 10 histórias, após a sua leitura o sujeito deverá responder a quatro questões, correspondentes a quatro tipos de comportamento evocados pela situação descrita na história: a) comportamento actual proposto; b) comportamento impulsivo (na fantasia); c) pensamentos e d) sentimentos. Para questão são oferecidas 5 respostas representando cada um dos cinco mecanismos de defesa, devendo o sujeito escolher a resposta que melhor e pior representa a sua reacção. De acordo com Gleser e Ihilevich (1969), esta estrutura permite examinar diversas questões relativas à consistência das defesas do sujeito sob diversos níveis (comportamento actual, fantasia, pensamentos e sentimentos).

O trabalho preliminar no Inventário inclui estudos em que psicólogos clínicos identificavam estilos defensivos para cada alternativa de resposta. Em geral, estes estudos encontraram elevado acordo com o sistema de classificação utilizado no teste; os coeficientes de estabilidade dos resultados de defesa ao longo de um período de três meses variaram de .69 para .89 (Gleser e Sacks, 1972).

Segundo Gleser e Ihilevich (1969), todas as escalas do DMI, excepto PRO, possuem uma considerável correlação com o MMPI. TAO está positivamente correlacionado com os valores de F, Pd, Sc e Ma e negativamente correlacionado com L. Esta classe de mecanismos de defesa está ainda correlacionada positivamente com Mf e A para sujeitos do sexo masculino. PRO tem um padrão algo similar mas as suas correlações são geralmente mais fracas e geralmente apenas significante para um dos sexos (Gleser e Ihilevich, 1969). Por outro lado, PRN e VER estão negativamente correlacionados com F, Pd, Pa, Pt e Sc (Gleser e Ihilevich, 1969).

A introversão social (Si) e ansiedade (A) estão negativamente correlacionadas com VER para homens e com PRN para ambos os sexos e ambas as escalas estão correlacionadas positivamente com TAS (Gleser e Ihilevich, 1969).

Segundo os autores, não só estes padrões estão de acordo com as predições da literatura como as correlações com as escalas L e K são de particular interesse: L e K tendem a estar correlacionados negativamente com TAO e PRO e positivamente correlacionados com VER, sobretudo na amostra masculina.

Mecanismos de Defesa na Gravidez: Recentemente, a medição do funcionamento defensivo foi proposto como um domínio de investigação e de possível inclusão na classificação multiaxial do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Segal, Coolidge e Mizuno, 2007).

Conforme descrito anteriormente descrito e proposto por Justo (1990, 2002), parece de facto possível estabelecer não só considerar uma etiologia psicológica para as principais manifestações obstétricas que ocorrem durante a gravidez, como também estabelecer um paralelismo entre estas e os processos de desenvolvimento psicológico que acompanham a gravidez. No entanto, desconhece-se qualquer estudo que analise em profundidade o tipo de mecanismos de defesa psíquica em grávidas que sofram de patologia psicossomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bergeret, J. (1998). O problema das defesas. In: Bergeret, J. (direcção), Bécache, Boulanger, Chartier, Dubor, Hopuser e Lustin, *Psychologie pathologique – théorique et clinique*. Paris, 1972-1998 (tradução portuguesa Climepsi: Lisboa. Pp. 103-126).

Colman, L. e Colman, A. (1991). *Pregnancy – The Psychological Experience*. The Noonday Press: New York. (Tradução portuguesa, Edições Colibri, Coleção Cline 1994).

Deutsh, H. (1949). *A psychologie des femmes*, Vol. 1 e Vol. 2. Paris, PUF.

Feldman, S., Araujo, K. e Steiner, H. (1996). Defense mechanisms in adolescence as a function of age, sex and mental health status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*. 11, pp. 127-139.

Gleser, G. e Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 33, Nº1, pp. 51-60.

Gleser, G. e Sacks, M. (1972). Ego defenses and reaction to stress: A validation study of the defense mechanisms inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 40, Nº 2, pp. 181-187.

Huxley, R. (2000). Nausea and vomiting in early pregnancy: its role in placental development. *Obstetrics and Gynecology*, 95: 779-781

Ihilevich, D. e Gleser, G. (1971). Relationship of defense mechanisms to field dependence-independence. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 77, Nº3, pp. 296-302.

Justo, J. (2002). The psychological interpretation of clinical pathology in pregnancy: a continuity hypothesis. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol. 4, Nº1, pp. 109-130.

Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise psicológica*, 4(VIII), pp. 371-376.

Sami-Ali (1993). *Corpo Real, Corpo Imaginário*. Porto Alegre. RS: Artes Médicas.

Segal, D., Coolidge, F. e Mizuno, H. (2007). Defense mechanisms differences between younger and older adults: A cross-sectional investigation. *Aging & Mental Health*. 11(4), pp. 415-422.

Scano, G. (2007). Who defends itself from what? Toward a reformulation of the concept of defense. *International Forum of Psychoanalysis*. 16, pp. 140-151.

Contactos:

Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org

DISLEXIA

Uma Perspectiva Psicodinâmica

Rui Manuel Carreteiro

Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta – Neuropsicólogo
Professor e Membro do Conselho Científico do Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências

Resumo

Vários estudos referem uma associação entre a dislexia e as alterações psiquiátricas, no entanto não foi ainda avançada uma teoria que explique estes resultados. Com base na literatura, parece demais evidente que a dislexia se deva a alterações fonológicas, pelo que não parece verosímil que tais alterações sejam a causa da dislexia. Resta assim a hipótese destas alterações se deverem à dislexia ou de ambas as manifestações partilharem uma causa comum. Após uma revisão de literatura, o presente artigo tenta avançar uma hipótese conceptual que fundamentada numa perspectiva psicodinâmica, explique a co-ocorrência de dislexia, depressão, conduta anti-social e manifestações psicossomáticas.

Palavras-chave: Dislexia, Depressão, Perturbação Borderline e Psicossomática

A leitura pode ser considerada como uma capacidade que nos distingue dos outros animais (Manier, 2006). Como todos os processos cognitivos, uma vez dominada, a leitura é um processo simples, imediato e que não exige esforço aparente. É pois, uma tarefa esquecida, interiorizada, reduzida a operações automáticas em redes de neurónios acessíveis (Morais, 1997).

Comparada com a linguagem falada, a linguagem escrita é uma aquisição muito recente e que exige uma instrução formal. Á excepção de algumas patologias raras, todas as crianças adquirem uma linguagem proposicional, desde que não sejam privadas da experiência linguística, enquanto crianças perfeitamente inteligentes e normais falham na aprendizagem da leitura e da escrita (Morais, 1997; Shaywitz, 1996; Démonet, Taylor e Chaix, 2004).

Ler é fundamental: é possível que sujeitos iletrados consigam aceder a lugares privilegiados na sociedade, no entanto esta parece ser claramente uma excepção. Actualmente reconhece-se o direito universal de saber ler, escrever e contar. No entanto, tal como muitos recursos básicos, a leitura continua a ser muito mal distribuída (Carreteiro, 2003a; Manier, 2006).

A partir de uma avaliação directa das competências de leitura, escrita e cálculo junto da população portuguesa, Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1996), verificam que a maior parte dos inquiridos situa-se em níveis baixos ou muito baixos, sendo bastante reduzidas as percentagens correspondentes aos níveis superiores,

Os problemas de leitura parecem sobretudo surgir entre as pessoas mais velhas: cerca de 4% da população entre os 18-20 anos, 20% entre os 45-59 anos e 27% a partir dos 60

anos (Morais, 1997). Estas diferenças parecem resultar de vários factores, principalmente da Generalização da escolaridade e aumento do nível escolar nos últimos anos.

Segundo Démonet, Taylor e Chaix (2004) e Manier (2006), os homens tendem a ser ligeiramente mais iletrados do que as mulheres, no entanto estas diferenças de género são visivelmente inferiores às diferenças associadas a factores socioeconómicos, étnicos e raciais, podendo mesmo relacionar-se com estes.

A capacidade para uma leitura normal e adequada depende de uma compreensão e identificação fluente das palavras bem como da aquisição de uma variedade de conhecimentos e capacidades, que por sua vez dependem do desenvolvimento de capacidades cognitivas (linguísticas ou não linguísticas) relacionadas com a leitura (Vellutino et al., 2004).

Vellutino et al. (2004) enfatizam que, face a uma adequada exposição a impressões, instrução literária correcta, e motivação apropriada, a capacidade para as crianças adquirirem as capacidades e sub-capacidades necessárias para aprender a ler depende do desenvolvimento e funcionamento normal destes processos e sistemas de codificação e memória.

Nesta conformidade, as dificuldades na leitura podem dever-se a deficiências específicas nas capacidades cognitivas relacionadas com a leitura ou a uma mistura insuficiente de capacidades cognitivas de leitura, resultando da interacção da base genética da criança e a experiência ambiental e institucional a que a criança foi exposta (Vellutino et al, 2004).

A Dislexia

O termo *dislexia* refere-se a um conjunto de alterações que têm em comum uma perturbação ou atraso na aquisição, aprendizagem ou processamento da leitura, na ausência de qualquer outra limitação ou alteração das capacidades intelectuais (Habib, 2000; Démonet, Taylor e Chaix, 2004). A dislexia pode ser adquirida – quando surge na sequência

de traumatismo ou lesão cerebral -, ou de desenvolvimento – perturbação ou atraso na aquisição da leitura (Carreteiro, 2003a).

A dislexia parece ocorrer aproximadamente entre 3% a 17,5% da população, variando a sua incidência de acordo com a idade e língua mãe do sujeito sendo várias as teorias sobre as causas da dislexia (Carreteiro, 2003a).

As teorias que defendem as deficiências no sistema visual como causa da dislexia são muito populares, no entanto para além de confundirem os aspectos visuais e verbais da leitura, não apresentam suporte empírico, já que a maioria dos estudos realizados controlando a influência das variáveis verbais levam à conclusão de que quer os sujeitos disléxicos quer os sujeitos ditos normais, possuem capacidades visuais semelhantes (Vellutino et al., 2004).

Segundo Vellutino et al. (2004), as dificuldades de leitura têm igualmente sido atribuídas a problemas na tracção visual devido a deficiências oculomotoras, bem como anormalidades no sistema visual transiente ou na percepção visual do movimento. Porém, os problemas de tracção visual têm sido excluídos como causa da dislexia com base em diversos estudos que, controlando os movimentos oculares não registam quaisquer diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo (Vellutino et al, 2004).

É sabido que o cerebelo ser revela importante em processos cognitivos elevados, incluindo redes neuronais linguísticas e não límbicas subjacentes à memória procedimental que permite a automatização de hábitos sensorio-motores (Démonet, Taylor e Chaix, 2004). O papel do cerebelo na patogénese da dislexia fundamenta-se na sua definição enquanto perturbação da aprendizagem, em que a falha na aquisição do automatismo na leitura poderá ser o mais proeminente mas não o único sintoma (Démonet, Taylor e Chaix, 2004).

A conceptualização da dislexia enquanto perturbação ao nível da automatização, avançada por Nicolson e Fawcett (citados por Moores, 2004), está de acordo com outra teoria importante, segundo a qual as alterações na velocidade e fluência do processamento da informação contribuem para perturbações da leitura independentemente nomeadamente deficits fonológicos. No entanto, sinais cerebelares nem sempre são relatados em situações de dislexia. Através de estudo que envolveu a leitura de palavras através do paradigma de *Stroop*, revela que as crianças disléxicas sofrem desta interferência, parecendo afastar a hipótese de impossibilidade de automatização da leitura (Moores, 2004).

A hipótese do duplo déficit, defende que, caso as letras da palavra não sejam identificadas de forma fácil e rápida, não serão processadas de forma a detectar variações ortográficas, levando a uma disrupção do processo automático. Apesar de existirem várias evidências a favor desta teoria, ao que parece, as diferenças observadas podem ser explicadas com base na consciência fonológica (Vellutino et al, 2004).

Durante muitos anos houve vários relatos de crianças com problemas de atenção concomitantes com a dislexia e diversos estudos investigaram vários aspectos da atenção em sujeitos disléxicos (Moores, 2004). A atenção é evidentemente um elemento crucial para todas as tarefas, pelo que diferenças em crianças disléxicas poderiam explicar todos os sintomas. No entanto vários estudos parecem indicar uma dupla dissociação entre problemas de atenção e a dislexia (Moores, 2004).

A relação entre a inteligência e o desempenho tem sido crucial para a concepção de dificuldades de aprendizagem bem como para a distinção entre estas, atraso mental e outros problemas de aprendizagem. Vários autores que utilizam o QI como critério de diagnóstico para a dislexia, mas Démonet, Taylor e Chaix (2004), defendem que esta diferença pode não ser importante.

Outra teoria postula deficiências no processamento de níveis auditivos baixos como a causa dos défices fonológicos tipicamente

observados nos disléxicos, havendo alguns estudos, citados por Vellutino et al. (2004), que demonstram que crianças que sofrem de perturbações linguísticas específicas, apresentam dificuldades em julgamentos de ordem temporal, com tons elevados e baixos apresentados em intervalos longos e curtos. No entanto, a visão actual postula que um déficit auditivo geral como o sugerido por esta teoria, muito dificilmente poderá ser considerado como uma fonte de dificuldades fonológicas, e argumenta que os estudos que suportam esta teoria apresentam algumas ambiguidades no que concerne aos critérios de identificação da dislexia (Vellutino et al., 2004).

Actualmente a maioria dos autores (ver Carreiro, 2007) parece concordar que a chave das perturbações de leitura reside no processamento fonológico, no qual todas as crianças com perturbações de leitura terão dificuldade (Siegel, 1989), pelo que não faz sentido recorrermos ao QI para a definição das dificuldades de leitura, devendo antes centrarmos nas questões de natureza fonológica através do desempenho na leitura de pseudopalavras.

Embora seja sabido muito pouco sobre as características biológicas e bioquímicas da leitura, os dados de vários estudos genéticos indicam que as perturbações da leitura têm uma forte componente hereditária (Habib, 2000; Bates, Castles, Coltheart, Gillespie e Martin, 2004). Segundo Vellutino et al. (2004), o estado actual do conhecimento parece indicar que os sujeitos não nascem com dislexia, mas antes susceptíveis a esta perturbação, requerendo uma instrução mais acentuada.

De acordo com Vellutino et al. (2004), o risco de dislexia parece ser cerca de 8 vezes mais elevado em famílias com história familiar de dificuldades de leitura, havendo vários estudos que referem que 25%-60% dos pais de crianças disléxicas também revelam dificuldades de leitura. Em estudos com gémeos, as taxas de concordância encontram-se geralmente acima dos 80% em condições monozigóticas e abaixo dos 50% em situações dizigóticas (Vellutino et al., 2004).

Manier (2006) concorda que a dislexia apresente uma base genética, confirmando uma co-ocorrência significativamente maior em gêmeos homozigóticos do que dizigóticos.

Démonet, Taylor e Chaix (2004) defendem que a dislexia é um traço genético heterogêneo e complexo que não revela a hereditariedade mendeliana clássica. Análises de linkagem confirmam esta complexidade, revelando diversas regiões nos cromossomas 1, 2, 3, 6, 15 e 18 como contendo genes responsáveis pelas perturbações da leitura.

De acordo com Démonet, Taylor e Chaix (2004), vários factores contribuem para a complexidade da correlação genotipo-fenotipo: heterogeneidade genética (*loci* distintos em famílias diferentes), fenocópias (variação não hereditária), ou oligogenicidade (variantes alélicas e múltiplos *loci* contribuem para um aumento do risco). A ausência de consenso na definição e natureza da dislexia podem contribuir para a variabilidade dos critérios de inclusão ao longo de vários estudos, levando a resultados contraditórios.

Os primeiros estudos de imagem com vista ao estudo das dificuldades de leitura esperavam que a dislexia exibisse uma assinatura neuroanatômica que pudesse ser utilizada na identificação de crianças em risco.

Shaywitz (2003) refere que os estudos feitos a partir das imagens cerebrais identificaram pelo menos dois caminhos neuronais para a leitura – um para leitores principiantes e outro para leitores avançados. A estes dois junta-se um terceiro, localizado na área de Broca, que ajudará também a analisar as palavras. Fica assim proposta a existência de três caminhos: dois mais lentos e um mais rápido: A região inferior-frontal é a área da linguagem oral. É a zona onde se processa a vocalização e articulação das palavras, onde se inicia a análise dos fonemas. A subvocalização ajuda a leitura fornecendo um modelo oral das palavras. Esta zona está articularmente activa nos leitores iniciantes e disléxicos. A região parietal-temporal é a área onde é feita a análise das palavras. Realiza o processamento visual da forma das letras, a correspondência grafofonémica, a segmentação e a fusão

silábica e fonémica. Esta leitura analítica processa-se lentamente, é a via utilizada pelos leitores iniciantes e disléxicos.

A região occipital-temporal é a área onde se processa o reconhecimento visual das palavras, onde se realiza a leitura rápida e automática. É a zona para onde convergem todas as informações dos diferentes sistemas sensoriais, onde se encontra armazenado o «modelo neurológico da palavra».

Quanto mais automaticamente for feita a activação desta área, mais eficiente é o processo leitor. Os leitores eficientes utilizam este percurso para ler as palavras. Activam intensamente os sistemas que envolvem a região parietal-temporal e a occipital-temporal e conseguem ler as palavras instantaneamente (em menos de 150 milésimos de segundo).

Esta visão parece estar de acordo com Coltheart, Rastle, Perry, Langton e Ziegler (2001) e Carreteiro (2003a, 2007), segundo os quais Face a um texto, e em condições normais de inteligência, memória, visão, entre outros..., um sujeito que tenha aprendido a ler dispõe basicamente de duas vias de realizar a leitura. Numa via – dita fonológica –, o sujeito vai agrupar pequenas unidades das palavras – chamadas fonemas, i.e., sons – até obter a totalidade da palavra.

No segundo processo – via ortográfica –, mais rápido, o agrupamento é feito através de unidades maiores do que a letra (conjuntos de letras, partes de palavras ou palavras completas). Por não se encontrarem no nosso “dicionário mental”, este processo não permite ler nem palavras que não conhecemos, nem palavras que não existam (pseudopalavras).

Quando uma destas vias se encontra perturbada, a leitura processa-se pela via alternativa, ocorrendo erros característicos cuja frequência e magnitude permitem aplicar o termo de dislexia ou mesmo caracteriza-la como profunda (dislexia fonológica) ou de superfície (dislexia ortográfica).

Alterações psicológicas nas dificuldades de aprendizagem

Diversos investigadores verificaram que as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam problemas emocionais, no entanto, quando os problemas emocionais são discutidos num quadro clínico, facilmente são encarados como secundários, devidos a anos de frustração ou como uma manifestação da própria disfunção do sistema nervoso Salyer, Holmstrom e Noshpitz (1991).

De acordo com Sundheim e Voeller (2004), os dados da literatura parecem permitir afirmar com algum rigor que determinados tipos de perturbações psiquiátricas: a) são mais facilmente associados a determinadas perturbações da linguagem; b) ocorrem com maior frequência em crianças com perturbações da linguagem; c) são mais visíveis em determinados estágios de desenvolvimento. Por outro lado, estas associações não parecem ser explicáveis em termos de baixo QI, marcada perda de audição, lesão cerebral, estatuto socioeconómico, estado civil ou educação materna e as intervenções realizadas quando a criança se encontra na pré-escola ou jardim infantil, tendem a ser mais promissoras.

Segundo Salyer, Holmstrom e Noshpitz (1991), têm sido citados os seguintes sintomas em perturbações de aprendizagem: dificuldades no relacionamento interpessoal, baixa tolerância à frustração, dificuldade no controlo dos impulsos e problemas do comportamento que incluem a hiperactividade e a falta de atenção. Curiosamente, estas mesmas características são frequentemente citadas associadas a uma organização de personalidade borderline. De facto, segundo Salyer, Holmstrom e Noshpitz (1991), vários autores têm escrito acerca das semelhanças entre crianças com ligeira disfunção cerebral e os sintomas manifestados por indivíduos borderline.

Num estudo realizado por Salyer, Holmstrom e Noshpitz (1991), verificou-se que as crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a apresentar maiores níveis de psicopatologia, nomeadamente: a) tendem a perceber os outros como extensões narcísicas

do próprio *Self* - segundo os autores, Chetick (1986) e Pine (1985) verificaram que as crianças borderline relacionam-se com os outros na base da necessidade de gratificação: b) manifestam um excesso de temas agressivos – que segundo os autores pode ser o reflexo de um recalçamento insuficiente ou outros mecanismos de defesa como a sublimação; c) têm dificuldade em medir a realidade – algo que os autores referem também como comum às crianças borderline; d) todos estes aspectos não aparecem ser explicados pelo funcionamento neurocognitivo.

Comorbilidade entre a Dislexia e Perturbações Psiquiátricas

Existem poucos estudos que se foquem nos problemas comportamentais coexistentes com a dislexia, no entanto, num estudo realizado por Knivsberg e Andreassen (2008), os disléxicos revelam significativamente mais problemas de comportamento do que o grupo de controlo. Dos poucos realizados o comportamento dos disléxicos tende a ser descrito como interiorizado (retirada, queixas somáticas, ansiedade, passividade e medo) ou exteriorizado (agressividade e delinquência) – Knivsberg e Andreassen (2008).

Segundo Sundheim e Voeller (2004) e Knivsberg e Andreassen (2008), a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação mais frequentemente associada com a dislexia, sendo o contrário também verdadeiro quando se observam crianças com PHDA, havendo também estudos que referem uma associação entre dificuldades de leitura, perturbações da conduta e posteriormente, perturbações de personalidade antisocial.

Num estudo epidemiológico clássico citado por Sundheim e Voeller (2004), Rutter e Yule, terão notado que as crianças com perturbações de leitura tinham cinco vezes maior probabilidade de apresentar condutas antisociais do que as demais. No entanto, através de um estudo em que sujeitos com e sem dificuldades de leitura foram seguidos desde a adolescência até ao início da idade adulta, Maughan, Pickles, Hagell, Rutter e

Yule (1996), verificam que o risco de delinquência juvenil parece estar mais associado com o abandono escolar do que com as dificuldades de leitura.

Através do modelo de equações estruturais, Williams e McGee (1994) realizaram um estudo transversal com 698 crianças no qual concluem que a capacidade de leitura não influenciava directamente a delinquência, sendo o comportamento antisocial nos primeiros anos de escolaridade o seu principal preditor.

Trzesniewski, Moffitt, Caspi, Taylor e Maughan (2006), reconhecem que vários estudos referem uma associação robusta entre a capacidade de leitura e o comportamento anti-social, mas no entanto salientam que os mesmos não avançam qualquer explicação. Através de um estudo longitudinal com gémeos, verificam haver factores ambientais comuns quer ao comportamento disruptivo quer às dificuldades de leitura, sendo que principalmente para os rapazes, as dificuldades de leitura conduziriam ao comportamento anti-social e vice-versa. Em contraste, os autores defendem que a relação entre dificuldades de leitura e PHDA seriam melhor explicadas por factores genéticos.

Estes resultados parecem contrariar os resultados obtidos por Kappers e Veerman (1995) num estudo sobre o ambiente familiar de adolescentes com dislexia, no qual não foram encontradas diferenças em termos de acontecimentos stressores, nem qualquer desvio no funcionamento familiar.

A depressão parece ser outra comorbilidade frequente da dislexia: 33% dos adolescentes com dislexia foram diagnosticados com depressão Sundheim e Voeller (2004). Num estudo citado pelos mesmos autores, o humor depressivo estava marcadamente elevado em leitores pobres (23%), comparativamente aos que não possuíam dificuldades de leitura (9,6%).

Segundo Sundheim e Voeller (2004), algumas crianças com dislexia respondem com um aumento de ansiedade, facilmente associável à depressão, mais facilmente manifesta no caso das raparigas.

As queixas somáticas parecem estar igualmente aumentadas, sendo relativamente comum que crianças com dislexia apresentem dores de estômago, entre outros sintomas, que em parte os permitem manter afastados da escola (Sundheim e Voeller, 2004).

Os Estados Limite

Também conhecido por *casos-limite* ou *borderline* (Bergeret, 1998), este quadro clínico situa-se “nas franjas da psicose e a caminho da organização depressiva ou da neurose” (Matos, 1988). De acordo com Painchaud & Montgrain (cit in Bergeret, 1998), o *estado-limite* poderá ser imaginado, por analogia, como um espaço perfeitamente delimitado pela neurose e pela psicose e que apresenta características de ambas as classes: não é uma neurose nem uma psicose, mas simultaneamente consiste numa combinação das duas (Painchaud & Montgrain, cit in Bergeret, 1998).

Os *estados-limite* apresentam um contacto precário com a realidade em que, através de falsas adaptações e mimetismos, a realidade chega mesmo a ser atacada a fim de evitar o sofrimento psíquico (Matos, 2000). São indivíduos que manifestam uma forte dependência da realidade externa e uma ansiedade generalizada, especialmente evidente em situações que exigem uma tomada de decisão autónoma (Matos, 2000).

Uma grande dificuldade e ansiedade aquando das separações, transformada no receio pelo investimento afectivo é evidente, temendo ligar-se a qualquer relação estável por recear o seu eventual carácter efémero (Carreteiro, 2003b). Todavia, uma vez estabelecida a ligação afectiva, o sujeito agarra-se, entrando numa forte dependência, sendo capaz das maiores vinganças aquando de uma situação de abandono.

São indivíduos que superaram sem grandes dificuldades o momento em que as frustrações da primeira idade poderiam ter conduzido a fixações pré-psicóticas, mas que, na altura em que tudo se propiciava para uma evolução normal, sofreram um *traumatismo*

psíquico importante que se apresenta como o *primeiro desorganizador da evolução psíquica* (Bergeret, 1998), levando-os a suspender a sua evolução num congelamento que se prolongará para além do que seria esperado numa evolução normal.

O facto de Bowlby (cit in Fonagy, Target, Gergely, Alen e Bateman, 2003) sugerir que a experiência precoce com cuidadores permite organizar as relações de vinculação tem sido utilizado como fonte de explicação para a patologia *borderline*, havendo, por exemplos autores que sugerem que os pacientes *borderline* passam por situações de ataque interpessoal, negligência, ameaças ou abandono (Cfr. Bejnamin, cit in Fonagy, Target, Gergely, Alen e Bateman, 2003) enquanto outros defendem que os pacientes *borderline* são especificamente caracterizados por vinculações receosas e preocupadas (cfr. Dutton, cit in Fonagy, Target, Gergely, Alen e Bateman, 2003).

Segundo Fonagy, Target, Gergely, Alen e Bateman (2003), as tentativas de relacionar as teorias de vinculação com a patologia *borderline* têm-se centrado nas características partilhadas pela vinculação ambivalente e os grupos *borderline*, que incluem a procura de proximidade e as chamadas de atenção.

Contrariamente ao psicótico, o *borderline* mantém o investimento no mundo exterior, continuando a interessar-se quer pelas pessoas quer pelas coisas em do mundo e da vida. É certo que a decepção com alguém, ou o desprazer situacional o levam à ruptura do laço afectivo e ao desinvestimento da realidade circunstancial, todavia, trata-se de uma retirada restrita à pessoa ou à situação frustrante, não se generalizando aos demais elementos.

Independentemente da idade em que surja, esta síndrome traduz um conflito não resolvido, relacionado com a separação da figura materna e/ou seus substitutos. Muito frequentemente, à excessiva ligação com a mãe, soma-se a carência paterna: a relação com o pai (insuficiente ou nula) não lhes permitiu a vivência triangular (Matos, 1998), imperando a lei do desejo e não a lei do pai, razão pela qual não tolera interditos ou leis (Matos, 1998).

A sua relação com a lei revela-se peculiar na conformidade da autoridade real ser temida, apesar de não recorrer a uma *lei intra-psíquica* (Matos, 2000). O *acting* desempenha um papel constante quer para evitar o pensamento, quer a título contra- fóbico (Matos, 2000).

Na patologia do agir, o sujeito em vez de pensar as coisas colocam-nas em acto: ora no exterior, através de comportamentos (*acting out*) ora no próprio corpo (*acting in*). Segundo Bion (cit Carreteiro, 2003b) é quando a criança percebe que o objecto materno não é capaz de tipificar ou nomear que a criança passa á acção. Por detrás do *acting* estão muitas vezes perdas muito precoces – em geral no segundo ano de vida.

A génese do agir parece ser o sofrimento pré-genital (e portanto pré-verbal): está aquém da palavra e logo da memória. Nesta patologia, o indivíduo não quer lembrar-se, mas antes “livrar-se” da sua carga, da sua angústia. Daí o *acting* (Carreteiro, 2003b).

Existem efectivamente pessoas que têm uma predisposição para o agir. São geralmente pessoas com pouco balizamento por parte do objecto e que, por conseguinte, têm uma maior tendência para usar dos músculos do que o cérebro. No homem, o *acting* é geralmente de força, um *acting* sexual. Já no feminino, as coisas revelam-se geralmente pela intriga, pela “manha”.

A necessidade verificada em alguns pais, de que os filhos preencham as suas lacunas narcísicas, rejeitando-os, ainda que parcial ou inconscientemente, se tal não se verifica, é um dos elementos que frequentemente conduz ao *estado-limite* (Matos, 1994). Da mesma forma, o relacionamento conjugal frouxo (Matos, 1994) também fomenta a dependência infantil.

O *estado-limite* consiste numa doença do *narcisismo*. Para lidar com a relação de objecto dupla e alternante, o *borderline* utiliza uma defesa narcísica fundamentada na arrogância e no desprezo (Carreteiro, 2003b). Para contrariar o sentimento inconsciente de inferioridade (originado pelo fraco apreço dirigido a si), o sujeito recorre à compensação pela onipotência e megalomania (Matos, 1998).

Não tendo o objecto permitido uma vivência especular e idealizante (Kohut, cit in Matos, 2000), esta falha é uma constante. Não tendo sentido empatia em relação a si mesmo, falta-lhe o sentimento ético em relação ao outro (Matos, 2000) ficando por isso fixado na raiva com uma agressividade maligna que conduz a uma sede de vingança não só desmedida como também deslocada no tempo, no objecto e no objectivo associado à destrutividade (Matos, 2000).

O *borderline* nunca teve ninguém que se entregasse verdadeiramente e permitisse construir um elemento estável. As figuras parentais sempre estiveram um pouco dissociadas não se verificando a existência de vínculos amorosos e adoptando um relacionamento no qual o objecto de agressividade (mau) logo passa a objecto de amor (bom) e vice-versa. Não tendo uma referência interna, construída pelo próprio, os *borderlines* ficam dependentes do mundo externo, ao que se alia uma insatisfação constante – como há um *déficit* na capacidade de interiorizar, faltam representações benignas. Na relação quotidiana, seja com quem for, a relação situa-se ao nível insatisfação e da reivindicação.

Segundo Bergeret (1998), nos estados-limite, o conflito situa-se entre a pressão das pulsões pré-genitais sádicas orais e anais dirigidas contra o objecto frustrante e a intensa necessidade ideal de que o objecto repare essa ferida narcísica, através de uma acção exterior gratificante, com vista a uma melhor abordagem do conflito Edipiano. De acordo com o autor, estamos, pois perante uma angústia de perda do objecto, i.e., angústia de depressão, estando as defesas particularmente centradas quer na clivagem interna entre o que é bom (ideal do Ego) e mau (imediatamente projectado para o exterior), e a clivagem externa (entre as pessoas boas e as pessoas más).

Nas perturbações psicossomáticas, houve uma perda que foi ignorada pelo sujeito que se vê assim impedido de aceder a essa perda. Há um recalçamento primário com uma clivagem na horizontal e um deslocamento que fazem

com que o indivíduo tenha dificuldade em fazer esta leitura.

Sami Ali (cit in Carreiro, 2003b) enfatiza o bloqueio da função imaginária: o objecto em vez de estabelecer uma representação, transforma-se num acto. Assim, os doentes psicossomáticos oscilam entre a patologia psicossomática e a patologia do agir, ou dito de outra forma, oscilam entre o *acting in* (agir para dentro, no próprio corpo) e o *acting out* (agir no exterior).

De acordo com alguns autores da psicodinâmica, trata-se de uma perturbação mais grave do que a patologia *borderline*, estando, por isso, mais perto da psicose (Carreiro, 2003b). No fundo, parece haver como que uma fissura entre o corpo e a mente: Estes indivíduos não fantasiam, não associam nem argumentam. Segundo o que alguns autores crêem, a mãe do psicossomático não terá sido uma mãe sonhadora/pensadora, pelo que estes doentes não têm capacidade de transformar. Falta muito o afecto ligado ao acontecimento, o que faz com que não haja fantasia nem representação... no fundo, que as coisas não sejam pensadas. Desta forma, quem fala é o corpo e não os próprios indivíduos, que entendem o símbolo como uma verdadeira realidade.

Em jeito de Conclusão

Vários autores referem uma associação entre a dislexia e alterações do funcionamento psíquico do indivíduo. Estas alterações parecem passar por alterações emocionais (Salzer, Holmstrom e Noshputz, 1991; Knivesberg e Andreassen, 2008), ansiedade (Sundheim e Voeller, 2004; Knivesberg e Andreassen, 2008), depressão (Sundheim e Voeller, 2004; Knivesberg e Andreassen, 2008), alterações psicossomáticas (Salzer, Holmstrom e Noshputz, 1991; Knivesberg e Andreassen, 2008) ou perturbações da esfera anti-social (Salzer, Holmstrom e Noshputz, 1991; Sundheim e Voeller, 2004; Knivesberg e Andreassen, 2008) que por sua vez parecem ser organizadas em dois pólos: comportamento interiorizado ou exteriorizado.

No entanto, não foi ainda avançada uma teoria que explique esta associação de forma cabal e completa.

Com base na literatura e em estudos precedentes (ver Carreteiro, 2007), parece demais evidente que a dislexia se deva a alterações fonológicas do indivíduo. Não parece verosímil avançar a hipótese de que as alterações psicológicas citadas sejam a causa da dislexia (até porque, como vimos, a língua mãe do sujeito é um dos factores que afecta a incidência desta perturbação e muitas das alterações psicológicas encontradas em disléxicos são partilhadas por outras dificuldades de aprendizagem), pelo que parece ser de propor que ou estas alterações são elas próprias devidas à dislexia ou partilham uma causa comum. Mas como se articularão estas perturbações?

Sabemos que para aprender a ler, a criança necessita de uma motivação adequada, sendo bastante importante a experiência ambiental e institucional a que a criança foi exposta e que 25%-60% dos pais de crianças disléxicas também apresentaram dificuldades de leitura (Vellutino et al., 2004). Sabemos também que a necessidade de alguns pais, de que os seus filhos preencham as suas lacunas narcísicas é um dos elementos patognomónicos dos estados-limite (Matos, 1994).

Com base nestes dados, talvez possamos hipotetizar que: a) os disléxicos são muito vezes crianças que não tiveram o devido apoio e motivação por parte do meio envolvendo, sendo por vezes inclusivamente filhos de pais também eles com perturbações de leitura e que vêm nos filhos uma forma de ultrapassar as suas lacunas; b) mesmo que assim não seja, é natural que as dificuldades de leitura causem nestas crianças um abatimento e falta de auto-estima, que os conduzirá a estados de depressão e ansiedade; c) dependentemente da intensidade destes factores e da resiliência de cada criança, umas conseguirão lidar com este quadro e evitar que a situação se agudize, outras serão levadas a estados patologicamente mais evoluídos; d) em alguns casos poderá inclusivamente desencadear-se uma depressão de cariz narcísico: não sendo capaz de ler, o sujeito assume que a culpa é seu e parte do seu próprio

Ego age como agente depressor, denegrindo-o; e) se esta dor for demasiado forte, poderá tornar-se de tal forma insuportável que o sujeito “congela” os seus afectos, desenvolvendo um estado-limite – patologia borderline; f) chegado a este terreno, poderá acontecer que o indivíduo tente “livrar-se” da angústia através do *acting*, seja ela no exterior – *acting out* (conduta anti-social) ou no próprio corpo – *acting-in* (psicossomática).

Esta hipótese, estaria de acordo com os resultados obtidos por Trzensiewski e tal (2006), previamente citados, segundo os quais haveriam factores ambientais comuns entre o comportamento disruptivo e as dificuldades de leitura. Não obstante, nunca é demais lembrar que a presente abordagem é uma mera conjectura teórica que carece de dados empíricos mais estruturas que a suportem a obter a partir de um estudo investigatório que desde já se recomenda.

Referências Bibliográficas

- Bates, T., Castles, A., Coltheart, M., Gillespie, M. e Martin, N. (2004). Behaviour genetic analyses of reading and spelling: A component processes approach. *Australian Journal of Psychology*, 50(2), pp. 115-126.
- Bergeret, J. (1998). Os Estados-limite e os seus arranjos. In: Bergeret, J. (directão), Bécache, Boulanger, Chartier, Dubor, Hopuser e Lustin, *Psychologie pathologique – théorique et clinique*. Paris, 1972-1998 (tradução portuguesa Climepsi: Lisboa. Pp. 219-236).
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. e Ávila, P. (1996). *A literacia em Portugal. Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carreteiro, R. (2003a). Perturbações da Leitura e da Escrita. *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, APP, Lisboa: fundação Calouste Gulbenkian.
- Carreteiro, R. (2003b). *Psicologia: A Lógica da Mente*. Psiclínica: Lisboa

- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langton, R. e Ziegler, J. (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological review*, 108(1), pp. 204-256.
- Démonet, J-F., Taylor, M. e Chaix, Y., 2004. Developmental dyslexia. *The lancet: Seminar*, 363, pp. 1451-1460.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. e Bateman, A. (2003). The Development Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A theory and some Evidence. *Psychoanal. Inquiry*, 23:412-459.
- Habib, M. (1989, 1998). *Bases neurologiques des Comportements*. Paris: Masson Éditeur. (Tradução portuguesa, 2000, Climepsi).
- Kappers, E. e Veerman, J. (1995). The Family Environment of Young Adolescents with Dyslexia. *Dyslexia*, 1: 108-119.
- Knivsberg, A-M., Andreassen, A. (2008). Behaviour, attention and cognition in severe dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*. 62(1):59-65
- Manier, D. (2006). Descrambling Dyslexia: The neuroscience of Developmental Reading Disorder. In *The Dyslexic Brain: New Pathways in Neuroscience Discovery*. Glenn Rosen. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maughan, B., Pickles, A., Hagell, A., Ruttler, M. e Yule, W. (1996). Reading problems and antisocial behaviour: development trends in comorbidity. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 37(4): 405-418.
- Matos, A. C. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* .
- Matos, A. C. (1998). *Organização Borderline*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Texto Policopiado.
- Matos, M. (1996). *Adolescer e Delinquir*. Análise psicológica, 1 (XIV), pp 23-29.
- Matos, M. (2000). *No limite da adolescência - ou aquém e além da adolescência*. Comunicação no XIII Simposium da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Coimbra.
- Moore, E. (2004). Deficits in Dyslexia: Barking up the wrong tree? *Dyslexia*, 10, pp. 289-298.
- Morais, J. (1994). *L'Art de Lire*. Editions Odile Jacob. Paris. (Tradução portuguesa: *A Arte de Ler. Psicologia Cognitiva da Leitura*. Edições Cosmos, 1997).
- Salyer, K., Holmstrom, R. e Noshpitz, J. (1991). Learning Disabilities as a Childhood Manifestation of Severe Psychopathology. *American Journal Orthopsychiatry*, 61(2): 230-240.
- Shaywitz, S. E. (1996). Dyslexia. *Scientific American*; November 1996, pp.98-104.
- Sundheim, S. e Voeller, K. (2004). Psychiatric Implications of Language Disorders and Learning Disabilities: Risks and Management. *Journal Child Neurology*; 19, pp. 814-826.
- Trzesniewski, K., Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A. e Maughan, B. (2006). Revisiting the association between reading achievement and antisocial behaviour; new evidence of an environmental explanation from a twin study. *Child Development*, 77(1): 72-88.
- Vellutino, Fletcher, Snowling e Scanlon (2004). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 45:1, pp. 2-40.
- Williams, S. e McGee, R. (1994). Reading attainment and juvenile delinquency. *Child Psychology Psychiatry*. 35(3): 441-459.

Contactos:

 Rui Manuel Carreteiro
rui.carreteiro@inpn.org