



TESIS DOCTORAL

**Resiliencia y satisfacción con la vida en la adversidad:
las catecolaminas del nuevo paradigma**

SOFIA ISABEL NOBRE TEODÓSIO MOISÃO FRANK

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

Conformidad de los Directores:

Fdo:

Fdo:

D. Florencio Vicente Castro

Dña Maria Lapa Esteves

2014

Agradecimientos

Hay personas que en nuestra vida no hacen más que el necesario. Todas absolutamente todas las personas que por una razón o otra han cruzado nuestro camino cumplen la más sublime misión: nuestro crecimiento, nuestra evolución. ¡Todas son necesarias para ese digno proceso, las que nos quieren y las que no!

¡Todavía otras hay que nos iluminan!

¡A todas agradezco!

¡Pero a estas últimas dirijo mis palabras de agradecimiento que busco dentro d' alma y no hay significado ni significante más adecuado que uno singelo *Gracias!*

¡Gracias, gracias a la vida que me hay dado tanto!

¡Gracias a vuestra luz que me hay dado tanto!

Y aquí deseno los nombres que están escritos en mi corazón:

Fátima, mi primera mirada de amor y devoción: Mi Madre.

Jan, mi amor de encanto absoluto, mi Vida: mi hijo.

Susana, Maria, Kiko, Pedro, mis almas, mis fortunas, mis brazos, mis piernas, mis pulmones, mi aire que respiro.

A mi madrina, un cielo de cariño y color.

A mis amigos, amigos preciosos de tiempos inmemoriales que se mantienen luces en mi vida: Margarida y mis estrellas de amor, Ricardo, Laurinda, Belisa, Maria y radiosa Inês.

A ti António que me diseñas el camino de encanto de la vida, y me la haces en poesía, y a Jorge, Silvestre y Celeste que comparten los placeres de la arte y lo saber.

A ti en especial João "a quien Dios perdona" y tenemos las 3 pasiones en común.

A todos del ilustre Centro de Saúde Militar de Coimbra, en particular: TCor Med José Sá Andrade, TCor Med Joaquim Cardoso, Dr. Fernando Pereira y Dra. Isabel Ramos con quien compartí tanto.

¡Y finalmente a mis maravillosos, preciosos y inestimables Directores!

¡Pero a Ti y a Ti su Ángel de eterna pasión, de gracia y formosena, que encantan hoy los Ángeles, que toda mi vida me han encantado a mí: GRACIAS, GRACIAS porque no me han dado tanto, me han dado TODO!

A mis Ángeles

Resumo

Esta dissertação teve como pretensão poder contribuir trazendo a luz as ferramentas da resiliência, enquanto garante de satisfação com a vida, felicidade e bem-estar, saúde e realização existencial, bem como alertar para o indelével papel das relações de afecto na edificação de um self resiliente, apesar da vivência adversa e/ou traumática, desvelando que os sistemas neurobiológicos mais importantes incluem a oxitocina e vasopressina, cortisol, dehidroepiandrosterona e glicose, da dopamina, adrenalina, noradrenalina e da serotonina, uma vez que são os sistemas de maior relevância para a empatia e vinculação, medo, motivação e confiança, controlo e planeamento.

Consideramos que a resiliência, enquanto competência inata e adquirida, deve ser entendida nas várias dimensões que a constituem, uma vez que se apresenta de crucial importância, para a conceptualização de um modelo de acção terapêutica, reconhecer quais as categorias que mais contribuem para o seu desenvolvimento, passando por reconhecer que as categorias a trabalhar, à luz da revisão científica e da nossa investigação, são: temperamento; auto-estima; autoconfiança; locus de controlo (que deve ser interno); flexibilidade; paciência; tenacidade; adaptação à mudança; perspicácia; iniciativa e dinamismo; coerência; capacidade de reflexão, prever e planear objectivos realistas; ver o problema/desafio como uma oportunidade (de crescimento e desenvolvimento); tolerância a emoções negativas; optimismo; inteligência; autonomia e independência; criatividade; sentido de humor; capacidade de estar só; laços familiares e sociais; fé ou harmonia com uma fonte espiritual; empatia; altruísmo; orgulho/brio; experienciação de sucesso e de algum stress; e vinculação romântica.

Palavras-chave: Resiliência, Satisfação, Vinculação romântica.

Resumen

La presente tesis doctoral tiene como pretensión sacar a la luz las herramientas de la resiliencia como garante de satisfacción con la vida, felicidad y bienestar, salud y realización existencial, así como alertar para el rol indeleble de las relaciones de afecto en la edificación del self resiliente, a pesar de la vivencia adversa y/o traumática, desvelando que los sistemas neurobiológicos más importantes incluyen la oxitocina y la vasopresina, el cortisol, la dehidroepiandrosterona y la glucosa, la dopamina, epinefrina, norepinefrina y serotonina, ya que son los sistemas de maior pertinencia para la empatía y el apego, para el temor, la motivación y la confianza, el control y la planificación.

Consideramos que la resiliencia, como competencia innata y adquirida debe ser entendida en las diversas dimensiones que la constituyen. Una vez que se presenta de vital importancia para la conceptualización de un modelo de acción terapéutica reconocer qué categorías más contribuyen al desarrollo de la resiliencia. Así las categorías a trabajar, a la luz de la revisión científica y de nuestra investigación, se presentan las siguientes: temperamento, autoestima, autoconfianza, locus de control (que debe ser interno), flexibilidad, paciencia, tenacidad, adaptación a los cambios; perspicacia; iniciativa y dinamismo, coherencia, capacidad de reflexión, predecir y planificar objetivos realistas; ver el problema / desafío como una oportunidad (de crecimiento y desarrollo); tolerancia a emociones negativas; optimismo; inteligencia; autonomía y independencia; creatividad; sentido del humor; capacidad de estar solo; lazos familiares y sociales; fe o armonía con una fuente espiritual; empatía; altruismo; orgullo/brio; experienciación del éxito y de *algún* stress; y vinculación romántica.

Palabras-clave: Resiliencia, Satisfacción, Vinculación romántica.

Abstract

This dissertation intends to contribute by bringing to light the tools of resiliency, as a guarantee of life satisfaction, happiness and well-being, health and existential achievement, as well as to alert to the indelible role of affection relationships in the construction of a resilient self, despite the adverse and/or traumatic experience, revealing that the neurobiological systems most important include oxytocin and vasopressin, cortisol, dehydroepiandrosterone and glucose, dopamine, epinephrine, norepinephrine, and serotonin, as these systems are of greatest relevance to the empathy and attachment, fear, motivation and confidence, control and planning.

We believe that resilience while an innate and acquired competence should be understood in its several dimensions, as it presents of crucial importance, to an intervention model conceptualization, to recognize which resilience categories most contribute to its development, must be to recognize the categories to be worked out, at the light of the scientific revision and this investigation, are: temperament, self-esteem, self-confidence, locus of control (which should be internal); flexibility, patience, tenacity, adaptation to change; acumen, initiative and dynamism; consistency; ability for reflection, predict and plan realistic objectives; see the problem/challenge as an opportunity (growth and development); tolerance to negative emotions; optimism; intelligence; autonomy and independence; creativity; sense of humor; ability to be alone; family and social ties; faith or harmony with a spiritual source; empathy; altruism; pride; experience of success and some stress; and romantic attachment.

Key-words: Resilience, Satisfaction, Romantic attachment.

What I Have Lived For

Three passions, simple but overwhelmingly strong, have governed my life: the longing for love, the search for knowledge, and unbearable pity for the suffering of mankind. These passions, like great winds, have blown me hither and thither, in a wayward course, over a great ocean of anguish, reaching to the very verge of despair.

I have sought love, first, because it brings ecstasy – ecstasy so great that I would often have sacrificed all the rest of life for a few hours of this joy. I have sought it, next, because it relieves loneliness—that terrible loneliness in which one shivering consciousness looks over the rim of the world into the cold unfathomable lifeless abyss. I have sought it finally, because in the union of love I have seen, in a mystic miniature, the prefiguring vision of the heaven that saints and poets have imagined. This is what I sought, and though it might seem too good for human life, this is what – at last – I have found.

With equal passion I have sought knowledge. I have wished to understand the hearts of men. I have wished to know why the stars shine. And I have tried to apprehend the Pythagorean power by which number holds sway above the flux. A little of this, but not much, I have achieved.

Love and knowledge, so far as they were possible, led upward toward the heavens. But always pity brought me back to earth. Echoes of cries of pain reverberate in my heart. Children in famine, victims tortured by oppressors, helpless old people a burden to their sons, and the whole world of loneliness, poverty, and pain make a mockery of what human life should be. I long to alleviate this evil, but I cannot, and I too suffer.

This has been my life. I have found it worth living, and would gladly live it again if the chance were offered me.

(The Autobiography of Bertrand Russell's prologue, 1967)

Introdução e Resumo Alargado

INTRODUÇÃO

A presente dissertação envolve a compilação de artigos publicados no *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, bem como nas *Actas Científicas das IV Jornadas Internacionais da História da Psiquiatria e Saúde Mental*.

O Capítulo 1, *Desenhando a resiliência*, apresenta-a traduzindo as suas características, analisando o Novo Paradigma Psicoterapêutico e o Bimómio Genético-Ambiental expressos no artigo *Resiliência e Trauma: do Amor à Morte*. O artigo *A Resiliência e Satisfação com a Vida na adversidade: As catecolaminas do novo paradigma* compreende um dos dois estudos exploratórios desta dissertação, terminando o capítulo 1. O Capítulo 2 apresenta-nos as ferramentas da resiliência desveladas no artigo *Felicidade: Amor e Arte* que inclui o segundo estudo exploratório e a importância da Arte na prática terapêutica e desenvolvimento da resiliência, no artigo *CatÁrtese: desenho de uma técnica terapêutica*. O Capítulo 3 compreende uma reflexão sobre as patologias que podem emergir após a vivência de situações adversas ou traumáticas, reunindo em subcapítulos *A Perturbação de Pós-Stress Traumático*, *A Perturbação Anti-Social da Personalidade* e *A hipótese do Autismo* como exemplo da importância do sistema da oxitocina na empatia e comunicação humana, primordial à resiliência. O Capítulo 4, *(Di)Gestão Emocional ou Resiliência*, apresenta-nos uma reflexão sobre o poder da emoção na resiliência, educando-nos para melhor a podermos pensar. No Capítulo 5, *Conclusões e Sugestões*, tendo em conta as conclusões mais pormenorizadas estarem afectas a cada capítulo ou subcapítulo

respectivo, desvela-se a importância da vinculação romântica na construção e desenvolvimento da resiliência bem como dos seus sistemas neurobiológicos mais importantes que incluem a oxitocina e vasopressina, do cortisol, dehidroepiandrosterona e glicose, da dopamina, adrenalina, noradrenalina e da serotonina, uma vez que são os sistemas de maior relevância para a empatia e vinculação, medo, motivação e confiança, controlo e planeamento.

O estudo da resiliência inicia-se ainda no âmbito de estudos de Mestrado, em 2010, pela oportunidade oferecida pelo Centro de Saúde Militar de Coimbra de reunir informação de uma amostra específica de uma população militar com vivência traumática, a qual se manifestava substancialmente distinta em termos de integração do trauma quer primário quer secundário. Observa-se como resultado dessa vivência adversa e/ou traumática quer o desenvolvimento de patologias severas, como o caso da Perturbação de Pós-Stress Traumático, quer de mecanismos de manifesto sucesso de adaptação ou resiliência. Desta feita, no âmbito do programa de Doutoramento encetado em 2011, deu-se seguimento aos estudos sobre Resiliência.

É de atentar que ser resiliente difere de ser resistente. Os indivíduos resistentes aguentam, erguem-se e prosseguem a sua vida, todavia, ser resiliente está para além disso. Ser resiliente pressupõe desenvolver a capacidade não só de resistir mas fundamentalmente de não guardar matéria propícia a recalçamento e inerentes sentimentos negativos bloqueadores da felicidade.

Quando assumimos compreender a resiliência, devemos aliar ao seu conceito a competência de elasticidade ou flexibilidade e vontade de ser feliz, de encontrar satisfação com a vida. Devemos compreender que resiliente é quem recupera o seu estado de equilíbrio e prazer,

quem se reergue apesar da adversidade vivenciada e com esperança e confiança no futuro, no mundo e em si.

Esta dissertação ilustra a importância da gestão das emoções e o poder da atitude para alcançar o comportamento desejado e adequado ao bem-estar, por intermédio do desenvolvimento das características da resiliência.

Este estudo traz a luz as características relevantes para o desenvolvimento da resiliência enquanto ferramenta para alcançar satisfação com a vida, apesar da vivência adversa e/ou traumática.

A resiliência é aqui ilustrada quer pela investigação das características dos indivíduos resilientes, quer pelas características dos indivíduos que se encontram nos seus extremos opostos, caso dos indivíduos com Perturbação de Pós-Stress Traumático, do Espectro Autista e Perturbação Anti-Social da Personalidade, o que nos permite ilustrar as competências psico-funcionais e inerentes sistemas e estruturas neuroanatómicas pertinentes para a resiliência.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis constituye una recopilación de artículos publicados en *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, y en *Actas del Simposio Científico Internacional de Historia de la Psiquiatría y Salud Mental IV*.

El Capítulo 1, *Diseño de la resiliencia*, presenta la resiliencia traducida en sus características, analizando el nuevo paradigma psicoterapéutico y el Binomio Genético-Ambiental expresado en el artículo *Resiliencia y Trauma: del Amor a la Muerte*. El artículo *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en la adversidad: Las catecolaminas del nuevo paradigma* comprende uno de los dos estudios exploratorios de esta tesis, y ponen fin al Capítulo 1. El Capítulo 2 nos aporta una serie de herramientas de la resiliencia desveladas en el artículo *Felicidad: Amor y Arte* que incluye el segundo estudio exploratorio y la importancia del arte en la práctica terapéutica, así como el desarrollo de la resiliencia en el artículo *CatÁrtese: diseño de una técnica terapéutica*. El Capítulo 3 incluye una reflexión sobre las patologías que pueden surgir después de la experiencia de situaciones adversas o traumáticas, se reúne en subcapítulos el Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno Antisocial de la Personalidad y la hipótesis del Autismo como un ejemplo de la importancia del sistema de la oxitocina en la empatía y la comunicación humana, esencial para la resiliencia. El Capítulo 4, *(Di)Gestión Emocional y Resiliencia*, nos presenta una reflexión sobre el poder de la emoción en la resiliencia, educándonos para poder pensarla mejor. En el Capítulo 5, *Conclusiones y propuestas*, teniendo en cuenta las conclusiones más detalladas asignadas a cada capítulo o subcapítulo, revela la importancia del apego romántico en la construcción y

desarrollo de la resiliencia, así como sus más importantes sistemas neurobiológicos que incluyen la oxitocina y la vasopresina, cortisol, dehidroepiandrosterona y de la glucosa, la dopamina, la adrenalina, la noradrenalina y la serotonina, ya que son los sistemas más relevantes para la empatía y el apego, el temor, la motivación y la confianza, el control y la planificación.

El estudio de la resiliencia se inicia en estudios Master en 2010, gracias a la oportunidad conferida por el Centro de Saúde Militar de Coimbra de posibilitar la recopilación de información a través de una muestra específica de población militar con experiencia traumática, que se manifestaba sustancialmente diferente no que respeta la integración del trauma sea primario o secundario. Se observa en resultado de esta experiencia adversa y/o traumática el desarrollo de graves trastornos, como es el caso del Trastorno de Estrés Postraumático, o de mecanismos de manifiesto éxito de adaptación o resiliencia.

En el ambito del programa de doctorado que se inició en 2011, se le dio continuación a los estudios sobre resiliencia.

Es de considerar que ser resiliente difiere de ser resistente. Los individuos resistentes pueden soportar, levantarse y continuar con su vida, sin embargo, ser resiliente va más allá. Ser resiliente presupone el desarrollo de la capacidad no sólo de resistir sino fundamentalmente de no guardar material propicio a la represión así como inherentes sentimientos negativos bloqueadores de felicidad.

Cuando asumimos entender la resiliencia, debemos asociar a su concepto la competencia de la elasticidad o la flexibilidad y la voluntad de ser feliz, de encontrar satisfacción en la vida. Debemos entender que el individuo resiliente recupera su estado de equilibrio y placer, se

levanta a pesar de la adversidad, con esperanza y confianza en el futuro, el mundo y en si mismo.

Este trabajo ilustra la importancia de la gestión de las emociones y el poder de la actitud para lograr el comportamiento deseado y adecuado al bienestar, a través del desarrollo de las características de la resiliencia.

Este estudio saca a la luz las características relevantes para el desarrollo de la resiliencia, siendo ésta considerada una herramienta para el logro de la satisfacción con la vida, a pesar de la experiencia adversa y/o traumática.

La resiliencia se ilustra aquí por tanto, a través de una investigación sobre las características de los individuos resistentes y a través de las características de los individuos que están en su extremo opuesto, o sea de aquellos individuos con Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno del Espectro Autista o Transtorno Antisocial de la Personalidad, permitiendo ilustrar las capacidades psico-funcionales y sistemas inherentes, así como las estructuras neuroanatómicas pertinentes en la resiliencia.

INTRODUCTION

The present investigation involves a compilation of articles published in the *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, as in *Actas Científicas das IV Jornadas Internacionais da História da Psiquiatria e Saúde Mental*.

The Chapter 1, *Drawing Resilience*, introduces resilience defined by its characteristics, evaluating the New Psychotherapeutic Paradigm and the Genetic-Environmental Binomial explained in the article *Resilience and Trauma: from Love to Death*. The article *Resilience and Life Satisfaction in adversity: the catecholamines of the new paradigm* understands one of the exploratory studies of this dissertation, closing chapter 1. Chapter 2 presents us the resilience's tools unveiled by the article *Happiness: Love and Art* presenting our second exploratory study and a reflexion of the importance of Art in the therapeutic process and in resilience development by the article *CathArtesis: drawing a therapeutic technique*. Chapter 3 understands a sistematic literature revision about the pathologies that can emerge after traumatic or adverse conditions as Post Traumatic Stress Disorder, Anti-Social Personality Disorder and the hypothesis of Autism Spectrum Disorder as an example of the importance of the oxytocine system in empathy and human communication crucial for resilience. Chapter 4, *Emotional (Di)Gestion or Resilience*, present us a reflexion about the resilience's power of emotion, educating us for better understanding it. Chapter 5, *Conclusions and Sugestions*, considering the detailed conclusions of each chapter and sub-chapter, unveils the importance of romantic attachment for resilience's construction and development as well as the most relevant neurobiological systems: oxytocine and vasopresine, cortisol,

dehydroepiandrosterone and glucose, dopamine, adrenaline, noradrenaline and serotonin – the most relevant systems to empathy and attachment, fear, motivation and trust, control and planning.

The study of resilience begins at Master Degree, 2010, for the opportunity offered by the Military Health Centre of Coimbra, to collect information of a military sample with traumatic experience, demonstrating significant differences in terms of primary and secondary trauma integration. We can observe as a result of that traumatic experience the development of severe pathology as PTSD, as evident mechanisms of successful adaptation or resilience. That so, we persist in this resilience field at the PhD program.

Being resilient differs from being resistant. Resistant individuals can withstand, rise up and pursue their lives, although being resilient is beyond that. Being resilient is meant to develop the ability not only to resist but fundamentally to do not keep material to repression and inherent negative emotion that blocks happiness.

When we assume to understand resilience, we must ally to its concept the elasticity or flexibility ability and the will to be happy. We should understand that resilient is whom bounces back to balance and pleasure state, whom rises up, in spite of adversity, with hope and trust in the future, world and itself.

This investigation illustrates the importance of emotional digestion/management and the power of attitude to achieve the desired and well-being behaviour, by the development of the resilience's characteristics.

We enlightening, by this investigation, the relevant characteristics to the resilience development as a tool to reach satisfaction with life in spite of adversity or traumatic experience.

Resilience is here illustrated as by the resilient individuals characteristics's, as by those who fits in opposite fields, like individuals with PTSD, ASD and ASPD, allowing us to illustrate the psychofunctional abilities and inherent systems and neuroanatomic structures relevant to resilience.

RESUMO ALARGADO

A revisão sistemática da literatura científica confirma a importância da gestão emocional, e tal como sublinham Waite & Richardson (2004) e Karreman & Vingerhoets (2012), as competências emocionais e sociais são de vital importância, uma vez que são estas que permitem responder a situações de crise e/ou de necessidade de adaptação.

Segundo Schwerdtner, Sommer, Weber & Muller (2004, 2006) as áreas envolvidas na emoção são a amígdala, o hipocampo e o córtex medial pré-frontal. Especificamente segundo Bowirrat et al (2010) o trauma produz respostas neuroquímicas com efeitos a longo prazo que incluem a magnitude das catecolaminas e cortisol, e sugerem ainda o estudo dos sistemas seretoninérgicos, glucocorticóides e neuropeptídeo Y. A revisão das patologias com comprometimento do processamento emocional confirma que são relevantes as áreas que envolvem o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), com primordial destaque para a amígdala. No caso da Perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP) existe uma incapacidade para processar a emoção ao ponto de sentir dor ou angústia, medo, empatia ou compaixão, todavia com total capacidade para tomada de decisão e sentir prazer. No caso do Autismo existe também incapacidade em processar a emoção ao ponto de “sentir o outro”, funcionando aqui como agente bloqueador e indicando a literatura, como possível causa, a ineficácia da vinculação precoce na produção de uma mente que aprendesse a pensar, uma vez que não existe uma tendência para satisfação de um desejo – como se verifica no caso extremo dos indivíduos com PASP que se sentem motivados a utilizar a violência como meio de facultar ao organismo o equilíbrio

biológico necessário –, mas uma tendência para aliviar o desconforto como por exemplo na produção de comportamentos com padrão repetitivo. Esta mesma incapacidade verifica-se igualmente nos indivíduos com Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST), revelando-se o trauma o agente bloqueador do processamento da emoção. Nos indivíduos com PPST observa-se uma anestesia de emoções, daí recorrerem ao evitamento de situações, pessoas ou lugares que possam despertar ou lembrar a vivência traumática. O facto é que seja por intermédio de um agente bloqueador como o trauma, ou vinculação precoce ineficaz, o certo é que existe comprometimento emocional que condiciona a vida e o bem-estar do próprio indivíduo e frequentemente com sérias repercussões na vida dos seus próximos. E o certo também é que sabendo quais os sistemas neuronais em desequilíbrio, podemos intervir quer através de psicofármacos que estimulam, activam ou inibem as áreas em causa, consoante a necessária regulação do equilíbrio, quer através da psicoterapia, facultando ao indivíduo o estímulo necessário ao treino das competências emocionais, tão essenciais para a vida individual como colectiva. E aqui neste ponto fundamental, a revisão científica demonstra que os sistemas mais indicados e comuns a estas patologias de défice de gestão emocional são os sistemas da oxitocina e vasopressina (mais directamente implicadas na empatia e vinculação), das catecolaminas (mais directamente envolvidas com a energia e prazer, motivação e recompensa), os glucocorticóides e cortisol (mais directamente envolvidos com o controlo e medo) e se pensarmos na emoção primordial à regulação destes sistemas teremos que reflectir sobre o amor. Pois esta emoção por si só gera o conforto da segurança e esperança no futuro, essencial para enfrentar a adversidade, medo, para

manter a motivação e energia na prossecução dos objectivos para plena realização pessoal.

Esta dissertação conta com dois estudos empíricos de *design* exploratório, com uma amostra do total do universo dos militares de forças especiais (resilientes) e com uma amostra reduzida de indivíduos do domínio das Artes, pela dificuldade de financiamento encontrada. Tendo em conta a revisão sistemática da literatura científica e os dois estudos apresentados sentimos ter contribuído trazendo a luz a importância da gestão das emoções como garante de resiliência e primordial para a percepção de felicidade.

O nosso estudo exploratório que avalia uma amostra de conveniência não probabilística de 18 militares do género masculino das forças especiais dos Rangers, através da escala de avaliação da resiliência CDRISC (Connor & Davidson, 2003, adap. Faria & Ribeiro, 2008 e de duas entrevistas semi-estruturadas elaboradas à luz da revisão científica sobre resiliência e qualidade de reacção ao stress – RtR e SRS (Anexos), bem como os estudos com veteranos de guerra indicam a vinculação romântica como uma das categorias de resiliência.

Os estudos com indivíduos com padrão neurobiológico de anti-socialidade indicam, como factor indelével para o não desenvolvimento de comportamento anti-social, o meio ambiente afectuoso em idade precoce, tal como no autismo é indicado um ambiente afectuoso como primordial ao desenvolvimento de um cérebro que consiga elaborar. E no nosso estudo de exploração do conceito de felicidade surge como variável essencial à felicidade o amor (única resposta unânime, 100% da amostra dos 24 indivíduos, 19 do género masculino e 5 do feminino).

Segundo Cicchetti (2010), os estudos da resiliência têm contemplado sobretudo a avaliação de indivíduos em ambientes hostis,

de forma a provarem a sua “magia adaptativa” ou resiliência. Mais recentemente Bowirrat et al (2010) e Wu et al (2013) referem que são investigados os sistemas neurobiológicos da resiliência, recorrendo a estudos comparativos com indivíduos expostos a trauma que desenvolveram sintomas de perturbação de pós-stress traumático e não desenvolveram (resilientes).

Impõe-se portanto tal como sugerem Bowirrat et al (2010), Cicchetti (2010) e Chan, A.O., Chan, Y.H. & Kee, J.P. (2012) estudar a resiliência em ambientes positivos, daí aliando a resiliência à satisfação com a vida seja enquanto ferramenta fundamental à sobrevivência e de auto-realização ou de afirmação social, uma vez que se devem promover a saúde mental e prever a intervenção na crise, prevendo serviços que facilitem a resiliência e recuperação de situações críticas e/ou de *stress*.

Assim, ao avaliar a resiliência de um indivíduo, avaliando as competências desenvolvidas para lidar com a adversidade e alcançar satisfação com a vida, pretendemos contribuir para a operacionalização da resiliência, trazendo a luz as categorias que melhor a promovem e que melhor permitem recuperar o estado de equilíbrio saudável do indivíduo.

Neste sentido propomo-nos contribuir com o desenvolvimento de um novo modelo de intervenção terapêutica que visa promover ou desenvolver a resiliência, uma vez que a nossa investigação permite reconhecer que promover a resiliência de um indivíduo passa por trabalhar as categorias da resiliência que contribuem simultaneamente para a satisfação com a vida e capacidade de superar a adversidade.

Como referem Werner (1992), Charney (2004), Connor & Davidson (2003), Connor & Zhang (2006), Cicchetti (2010) e Lopez (2011), a

resiliência é determinada por factores genéticos e ambientais, mediante o temperamento, a cultura de origem, idade e género do indivíduo, advém pois de características idiossincráticas e adquiridas na interacção com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos evidenciados quando a adversidade se apresenta, como ressaltou Werner (1992) e Grafton, Gillespie & Henderson (2010) reforçaram referindo ser uma energia inata ou força de vida motivada presente em cada indivíduo em vários graus, exemplificada pela presença de traços ou características particulares que por aplicação de processos dinâmicos, habilita o indivíduo a lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao *stress* ou adversidade, podendo ser desenvolvida através de práticas de transformação cognitiva, educação e apoio ambiental, as quais podem melhorar os efeitos do stress. Segundo Cicchetti (2010), os indivíduos resilientes possuem uma capacidade inata (plasticidade neuronal) superior à norma para recuperar dos traumas ambientais com impacto cerebral, todavia salienta que esta perspectiva centrada no trauma não descreve o impacto de ambientes positivos, de prevenção ou dos apoios sociais na resiliência, sendo imperativa a investigação científica no campo da prevenção, investigando os meios pelos quais as alterações da experiência e o funcionamento psicológico resultantes de intervenções preventivas podem modificar os processos biológicos.

Albuquerque, Soares, Martins de Jesus & Alves (2003) referem que aproximadamente um em cada três indivíduos estará exposto a um trauma severo durante a vida, e como salientam Connor & Davidson (2003), Charney, (2004), Connor & Zhang (2006), Seery, Holman & Silver (2010), Cicchetti (2010) e Ungar (2011), embora em grande medida o ser humano recupere da adversidade e por vezes beneficie da

experiência, desenvolvendo a sua autoconfiança, resistência e as relações interpessoais, pode também desenvolver psicopatologias como a Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST), pois um indivíduo resiliente não é invencível a todos os eventos da vida, mas tem a capacidade de lhes resistir na maioria das circunstâncias. E, uma vez que factores genéticos e ambientais determinam a resiliência, é portanto possível modificá-la, todavia atentando que os factores de vulnerabilidade, risco e de protecção podem facilitar o desenvolvimento da resiliência ou de perturbações do *stress*, como a PPST, pelo que, tal como confirma Lopez (2011), o treino das categorias da resiliência pode ser instrumento de tratamento da ansiedade, depressão e de reacção ao stress e/ou trauma.

A nossa investigação permitiu compreender o papel preponderante do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), bem como reconhecer que os sistemas neurobiológicos mais importantes na expressão da resiliência são os da oxitocina e vasopressina, do cortisol, dehidroepiandrosterona e glicose, da dopamina, adrenalina, noradrenalina e da serotonina, uma vez que são os sistemas de maior relevância para a empatia e vinculação, medo, motivação e confiança, controlo e planeamento e concluímos que as categorias da resiliência a trabalhar nos modelos de intervenção terapêutica de construção e desenvolvimento da resiliência são:

temperamento; auto-estima; autoconfiança; *locus* de controlo (que deve ser interno); flexibilidade; tenacidade; adaptação à mudança; paciência; perspicácia; iniciativa e dinamismo; coerência; capacidade de reflexão, prever e planear objectivos realistas; ver o problema/desafio como uma oportunidade (de crescimento e desenvolvimento); tolerância a emoções negativas; optimismo; inteligência; autonomia e

independência; criatividade; sentido de humor; capacidade de estar só; laços familiares e sociais; fé ou harmonia com uma fonte espiritual; empatia; altruísmo; orgulho/brio; experiência de sucesso e de algum *stress*; e finalmente a vinculação romântica.

PALAVRAS-CHAVE: Resiliência, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Perturbação Anti-Social da Personalidade, Autismo, Vinculação romântica.

Cap.1- Desenhando a Resiliência

1.1- *A resiliência e o desenvolvimento psicológico de acordo com a teoria psicossocial de Erikson*

Resiliência: o novo paradigma. Do Amor à Morte.

RESUMO: A nossa investigação baseia-se no estudo dos temas pertinentes para a compreensão da complexidade do processo da RESILIÊNCIA, ao longo da vida, abrangendo a revisão de investigações recentes sobre o conceito e evolução da Resiliência e da Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST), bem como do papel das Emoções na construção e desenvolvimento do *self* resiliente, trazendo a luz os factores protectores, de risco e vulnerabilidade para a Saúde e Bem-Estar, revelando a importância da exploração das relações sociais e afectivas e da vinculação romântica segura, para atingir a Paz de Espírito necessária à resolução da crise da Gerotranscendência do último estágio da vida, tal como identificado por Erikson (1998). O OBJECTIVO da nossa investigação prendeu-se com o estudo da ginástica mental necessária para fazer face à ginástica *pathosplástica* do trauma, ilustrando a magia de uma adaptação com sucesso ou resiliente. Como JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO apontamos a motivação e curiosidade em obter uma resposta assertiva para uma simples pergunta: *Como e Porque* razão indivíduos com histórias de vida dramáticas, não desenvolveram PSPT, e evidenciaram a sua magia adaptativa. Em CONCLUSÃO é resiliente quem se adapte com sucesso ao meio ambiente, *a vrai dire*, quem se adapta com sucesso, mostrando melhor preparação para lidar com a

adversidade e para a tarefa imperiosa de viver a vida, desenvolvendo a capacidade de “fazer do sofrimento um sorriso”, através do treino das características contributivas da Resiliência.

PALAVRAS-CHAVE: Amor, Morte, Emoções, Trauma e Resiliência.

Resilience: new paradigm. From Love to Death

ABSTRACT: Our investigation was based in the pertinent studies for the long term life complex RESILIENCE process comprehension, by recent scientific articles review about Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) concept and evolution, and emotions role in the construction and development of the resilient self, enlightened the protector, risk and vulnerability factors to Health and Well-being, revealing the importance of social and affective relations exploration and safe romantic relationship, to achieve the necessary Peace of mind to Gerotranscendence crisis resolution, of the last life cycle, as illustrated by Erikson (1998). Our investigation PURPOSE tends to understand the mental gymnastic necessary to cope with the trauma's *pathosplastic* gymnastic, drawing the successful or resilient adaptation magic. As STUDY JUSTIFICATION we point motivation and curiosity to obtain an assertive answer to a simple question: *How* and *Why* individuals with dramatic life stories didn't develop PTSD but reveal their adaptive magic, enlightening protector, vulnerability and risk factors to Health and Well-Being. In CONCLUSION, resilient is who adapts successfully, showing better preparation to cope with adversity and to the imperious task of live life, developing the ability of "building from pain a smile", trough Resilience contributive characteristics training.

KEYWORDS: Love, Death, Emotions, Trauma and Resilience

INTRODUÇÃO

Vivemos numa época de grandes mudanças. O século XXI apresenta-se como um século de grandes transformações pelos inequívocos e grandes progressos da tecnologia e inerente globalização. Podendo o actual paradigma ser considerado como um movimento democrático no que concerne a concepção da natureza humana determinada indissociavelmente pela herança genética e influência do meio ambiente, ou de democratização do conhecimento e esforço por garantir a eficácia e exequibilidade de programas mais de promoção da saúde do que de protecção e prevenção da doença. Como refere Nobre, S. (2011) cada ser é um ser único com as suas idiossincrasias, peculiaridades estruturais cerebrais, e inserido num Sistema organizado e social, logo, Sistema este, agente provocador de inquietações adaptativas e inerentes construções da Realidade. Realidade, esta, sujeita a variações cognitivas, emocionais, enfim psicológicas...e psicopatológicas, obedecendo invariavelmente à necessária ginástica cognitiva e emocional para atingir o Sano ou Pathos-Equilíbrio! Nesta construção permanente e incansável das realidades idiossincriticamente socializadas, obviamente, como em tudo, sabemos ser tudo uma questão de matéria e estratégia: BCBG – Bon Chic, Bon Genre – Bom *coping*, Bom gene! E sabemos que esta construção se elabora enquanto co-cooperação dinâmica entre *self* e meio, pelo que, mais exacto seria admitir não a construção da realidade, ou melhor dizendo, das realidades, pois passíveis de significações, ou subjectividade de interpretação mas, a co-construção das realidades subjectivas. E nesta

co-construção, diversas patologias psicofisiosociais associadas à exposição ou vivência de um trauma podem emergir. Tendo em conta a necessária ginástica cognitiva e emocional para fazer face à *pathosplastia* do trauma, estudámos as características da Resiliência enquanto instrumento primordial para uma vida de Bem-Estar. A investigação salienta que a Resiliência de um indivíduo é determinada por factores genéticos e ambientais, mediante a idade, género e cultura de origem do indivíduo, bem como o contexto e tempo de ocorrência dos eventos por si experienciados. Sendo de vital importância considerar a resiliência, não tão-somente enquanto uma competência idiossincrática, mas também enquanto uma competência aprendida. A Resiliência resulta assim da interacção BCBG, ou seja, da matéria de que é feito o indivíduo e da sua estratégia para vencer, mesmo em território adverso, inimigo. A magia da Resiliência permite resistir, resilir, recuperar o estado de espírito harmonioso, equilibrado e saudável, por intervenção de características idiossincráticas e aprendidas.

RESILIÊNCIA: O NOVO PARADIGMA PSICOTERAPÊUTICO

Em termos psicológicos e entendida à luz das Engenharias, a Resiliência, segundo Nobre, S. (2011), enquadra-se num *continuum* fenomenológico e deriva de factores para os quais contribuíram indelevelmente características idiossincráticas e aprendidas, que conferiram maiores e melhores competências para um indivíduo resistir à ruptura/rotura, mediante a sua idade, género e cultura de origem, bem como o contexto e tempo de ocorrência dos eventos por si experienciados. A resiliência surge, enquanto conceito da disciplina das

áreas das Engenharias da Resistência dos Materiais, e é entendida enquanto a capacidade de um material resistir ao ponto de cedência, após sucessivas exposições a factores considerados críticos¹, mantendo a sua capacidade de recuperação, de resilir, retornando ao seu estado inicial de harmonia². Traduzindo para a Psicologia, significaria submeter alguém a uma determinada pressão física ou psicológica e retirá-la desse constrangimento antes de ser atingido o seu ponto de cedência. O efeito temporal dessa retirada permite, tal como nos materiais, evidenciar o desfecho: no limite total da dor suportável, será a rotura. No início próximo: totalmente recuperável, “devidamente acompanhada” há um aumento de resiliência. No fundo, como o valor resistente com que se trabalha é a tensão limite de elasticidade (cedência), aumentar este valor é conferir um aumento de resistência, e da resiliência³. Traduzindo para o indivíduo: quem se submete a uma terapia de prevenção de riscos eficaz recebe um conjunto de indicadores que sinalizam o perigo, o trauma, ou a eventualidade de vivenciar um trauma. Pese embora a terapia permita um convívio mais íntimo e controlado com a situação perigosa (aumento da resistência), todavia na

¹ Aumenta-se a resiliência adquirindo-se assim menor ductilidade (capacidade de deformação e por isso menor esforço visível, e pré-aviso de rotura) mas aumento de resistência a situações críticas futuras.

² Sendo a resiliência de um material a energia necessária para provocar a cedência do material, a energia necessária para lhe provocar a rotura designa-se tenacidade. Pode aumentar-se a resiliência com a consequente diminuição da tenacidade – carregamento a ultrapassar o valor de cedência e descarregar antes da rotura. Em termos psicológicos, a resiliência de um indivíduo é medida pela sua capacidade de tenacidade que é proporcional à resiliência.

³ Nota: o aumento de resiliência torna o material mais frágil, i.e. a deformação que se poderia observar no material, enquanto pré-aviso de rotura, é menor. Assim o tempo a que podemos sujeitar o material a um aumento de carga é menor.

re-experienciação de um trauma, **o indivíduo poderá, ao mínimo descontrole estrutural temporal ou contextual, tender para o colapso sem aviso prévio.** Um indivíduo sujeito a um trauma, necessitará assim de tempo de recuperação suficiente, para poder elaborar voltar a uma situação traumática.

É assim perceptível que por este motivo a exposição a elevados eventos stressantes seja um factor de vulnerabilidade, e moderadamente ofereça um aumento de resiliência. No que concerne o tema da recuperação de um evento stressante, Charney (2004) constatava que a Resiliência tem determinantes neurobiológicos e referia o modelo de adaptação fisiológica – alostasia – como resposta ao *stress* agudo, onde o meio interno flutua para responder ao *stress* reconhecido ou antecipado, na tentativa de manutenção da homeostasia (relacionada com a tentativa de invariabilidade do sistema, ou manutenção do equilíbrio e alostasia relacionada com a variabilidade do sistema, i.e., com a adaptação à mudança). Falha nestes mecanismos, ou seja, se a resposta adaptativa de recuperação do evento stressante não for acompanhada pela resposta homeostática adequada que ponha termo a essa resposta alostática, provoca no corpo e cérebro um fardo de adaptação aos desafios fisiológicos e psicológicos. Este fardo foi denominado “carga alostática” (do grego, significa "encontrar estabilidade através da mudança", termo usado para explicar a adaptação que o organismo encontra quando é submetido a um *stress* agudo) e representa a soma das cargas fisiológicas suportadas pelo corpo e cérebro. Em termos de perfil neuro-químico, a carga alostática ocorre quando a resposta de adaptação ao *stress* é necessária em longos períodos de tempo, a alostasia e a carga alostática podem ser concebidas através do princípio biológico geral: os sistemas que ajudam o corpo na adaptação ao *stress* e

servem a função protectora em curtos prazos de tempo, também servem o desenvolvimento de processos patológicos quando abusados ou usados de forma ineficaz. E tal como observaram Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás & Taylor (2007), a resiliência das crianças é influenciada pelos papéis atribuídos aos diferentes factores de risco a que foram sujeitas e seus factores protectores, e que características idiossincráticas como a inteligência e temperamento descontraído distinguem crianças resilientes das não-resilientes, quando expostas a *algum* mas não a *elevado stress* e Seery, Holman & Silver (2010) corroboram que indivíduos com *alguma* história de condições de vida adversas relataram melhor saúde mental e bem-estar do que indivíduos com *grande* ou *sem* qualquer histórico de adversidades. Além disso, indivíduos com experiência anterior de adversidade eram os menos afectados por recentes eventos adversos. Embora, experienciar mais eventos traumáticos prediga piores resultados, alguma experiência adversa pode promover a resiliência, retornando benefícios para a saúde mental e bem-estar, ilustrando que moderadamente o que não nos mata pode realmente tornar-nos mais fortes.

RESILIÊNCIA: O BINÓMIO GENÉTICO-AMBIENTAL E PSICOTERAPIA: O PAPEL DOS FACTORES PROTECTORES

Werner & Smith (1982) demonstraram que determinados factores protectores (internos: temperamento, capacidades cognitivas, auto-estima,... e externos: fontes não oficiais de apoio, tais como família alargada, bairro e os recursos comunitários) parecem ter maior efeito

geral na adaptação que os factores de vulnerabilidade, e Werner (1992) nos seus estudos sobre gémeos concluiu que a ternura materna, actividades estimulantes para a criança e temperamento descontraído promoviam uma adaptação positiva nas crianças expostas a privações socioeconómicas. Anaut (2005) alertava que os factores de protecção permitem perspectivar de forma diferente as situações de risco, diminuindo o impacto e inerentes reacções negativas e que a resiliência assenta em factores de protecção individuais (temperamento, capacidades cognitivas, emocionais e sociais), familiares (família nuclear e alargada) e redes de apoio social (pares, educadores, comunidade) que providenciam afectividade, segurança e coesão. As intervenções terapêuticas devem portanto visar o desenvolvimento e consciencialização das capacidades de resiliência do indivíduo, respeitando três domínios: o indivíduo (intrapsíquico, personalidade), os comportamentos e o meio relacional, trabalhando os processos individuais defensivos e a auto-estima, encorajando o êxito em domínios importantes para o sujeito, trabalhando as potencialidades da família real e interiorizada susceptíveis de apoiar a resiliência; desenvolvendo a autoconfiança e o sentimento de esperança, a autonomia e a independência (a capacidade de se esforçar e satisfazer as suas próprias necessidades), a resistência e a capacidade de combater o *stress*, a sociabilidade e capacidade de se relacionar com os outros e comunicar positivamente, a capacidade de experimentar uma gama variada de emoções, atitudes positivas que permitam enfrentar problemas e resolvê-los e prever as consequências, a elaboração da culpa e da vergonha.

Connor & Zhang (2006) referem que a Resiliência é determinada por factores genéticos e ambientais, e o ser humano reage de forma

diferente a experiências de vida stressantes, todavia como é que genes específicos e redes genéticas, conjuntamente com variáveis ambientais agravam ou escudam os efeitos do *stress* é desconhecido, e o que tem sido demonstrado é que os genes influenciam a etiologia da maioria das perturbações e que a hereditariedade é complexa, sendo raro existirem variações genéticas únicas. Kim-Cohen, Moffitt, Caspi & Taylor (2004) forneceram mesmo evidências sobre um *gene_by_interacção-ambiental*, em que a resposta individual a agressões ambientais, quer em idade precoce quer em idade adulta, é mediada pela composição genética e a maioria das doenças psiquiátricas pode ser atribuída às acções conjuntas de redes genéticas e factores ambientais de risco, que têm um impacto no desenvolvimento e função cerebral, e em última instância influenciam o comportamento.

Grafton, Gillespie & Henderson (2010) definem resiliência como uma energia inata ou força de vida motivada presente em cada indivíduo em vários graus, exemplificada pela presença de traços ou características particulares que por aplicação de processos dinâmicos, habilita o indivíduo a lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao *stress* ou adversidade, podendo ser desenvolvida ou aumentada através de práticas transformacionais cognitivas, educação e apoio ambiental. Lyssenko, Rottmann & Bengel (2010) referem que a investigação da resiliência e seus factores protectores deve centrar-se na pergunta "O que mantém as pessoas saudáveis?", tendo observado que os factores protectores pessoais, familiares e sociais contribuem para o desenvolvimento resiliente da criança e adolescente e que os efeitos desses factores dependem das constelações de risco e ambientais, sugerindo o reforço dos factores protectores, como intervenção de prevenção. Stewart (2010) complementa que as intervenções devem

operar colocando o foco nas competências (pontos fortes) ao invés dos défices, explorando os factores protectores, considerando o indivíduo e o seu ambiente, promovendo percursos, atitudes, gestão das emoções e não apenas comportamentos resilientes. Considerando também que a intervenção psicoterapêutica deve visar despertar os mecanismos protectores. Johnson, D.C. et al (2011) sugeriram 5 Factores Protectores para a Resiliência, que vieram à luz com o desenvolvimento e validação inicial da RSES⁴, sendo estes: capacidade de criar novos significados, *coping* activo, flexibilidade cognitiva, espiritualidade e auto-eficácia. Ungar M. (2011) reconhece que o curso do desenvolvimento da criança depende do grau de facilitação ambiental e inerentes trocas e ganhos disponibilizados e curiosamente, apesar da privação precoce causar atrasos, um ambiente facilitador na forma de lar adoptivo pode resultar em aceleração do desenvolvimento. E que apesar dos vários desafios associados ao estudo da resiliência, começam a ser evidenciados os processos que explicam como uma criança alcança um desenvolvimento positivo perante situações de grande adversidade. O estudo da resiliência deve ser assim menos focado no constructo da resiliência da criança, e mais orientado pelo processo que leva a criança a alcançar um desenvolvimento positivo, focando a nossa atenção nas condições ecológicas que contribuem para o bom crescimento sob adversidade. Embora o estudo da resiliência se tenha baseado sobretudo em traços e processos, tais como a inteligência, a vinculação, a performance educacional ou empenho social, e ocasionalmente se tenham discutido os instrumentos de medida dos níveis de resiliência do indivíduo, família e comunidade, estes estudos ajudaram a identificar a resiliência,

⁴ RSES: Escala de Resposta a Experiências Stressantes que é uma medida fidedigna das diferenças individuais de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais aos eventos mais stressantes da vida.

nomeadamente de crianças em meios de pobreza e expostas a grande adversidade, demonstrando a “magia” do seu sucesso desenvolvimental e adaptativo resultante da influência genética e ambiental.

Wu et al (2013), admitindo que a compreensão da resiliência ainda se encontra num estágio inicial, apresentaram as recentes descobertas de factores genéticos, epigenéticos, desenvolvimentais, psicossociais e neuroquímicos (neuropeptídeo Y, corticotrofina e adrenocorticotrofina, cortisol e dehidroepiandrosterona) considerados contributos essenciais para o desenvolvimento de resiliência, que esperam poder contribuir para o desenvolvimento de intervenções psicológicas e farmacológicas. E sublinham que os circuitos neuronais envolvidos na resiliência (sistemas noradrenérgicos e dopaminérgicos, serotoninérgicos, glutamato e gabaérgicos, e adicionalmente os envolvidos no comportamento social, particularmente gestão das emoções, empatia e altruísmo – oxitocina e vasopressina) podem ser modificados vários anos após a vivência da adversidade, através de intervenção psicoterapêutica (terapia cognitivo-comportamental com reabilitação cognitiva, exercícios de emoções positivas, treino de competências, terapia de bem-estar, meditação *mindfulness*).

CARACTERÍSTICAS DA RESILIÊNCIA

A Resiliência advém pois de características idiossincráticas e aprendidas do indivíduo, e inerentes estratégias adquiridas em interacção com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos (competências, motivações,

prioridades, apoio, oportunidades,...) evidenciados quando a adversidade se apresenta.

Connor & Davidson (2003) desvelaram que as características de indivíduos resilientes, trazidas a luz, pela escala CD-RISC⁵ – por ambos desenvolvida, e reconhecida por Windle, Bennett & Noyes (2011), após a investigação de 15 escalas psicométricas de avaliação da resiliência como uma das melhores – são: ver a mudança ou o *stress* como um desafio ou oportunidade, noção de compromisso e controlo dos limites, empenho em apoiar os outros, vinculação próxima e segura, ter objectivos pessoais ou colectivos, auto-eficácia, resistência aos efeitos do *stress*, experiências de sucesso no passado, consciência de haver alternativas ou opções/sentido realístico de controlo, orientação para a acção, paciência, tolerância às emoções negativas, adaptabilidade à mudança, optimismo, fé ou harmonia com uma fonte espiritual e sentido de humor. A respeito do sentido de humor, Seaward (1992), Strickland (1993), Wooten (1996) e Wilkins & Eisenbraun (2009), verificaram que quer o humor quer o riso podem ser importantes estratégias de *coping* do *stress*. A capacidade de conseguir sentir uma situação adversa com humor renova as perspectivas dos problemas. O riso é um bom veículo de libertação da tensão acumulada e com reflexos nas funções imunitárias e resiliência ao *stress*. Veselka, Schermer, Martin & Vernon (2010) observaram correlações positivas entre os perfis de humor positivo (vinculativo, auto-reforço) e os oito

⁵ Escala da resiliência CD-Risc de Connor & Davidson, 2003, adaptada para a população portuguesa por Faria & Ribeiro, 2008. Escala ordinal de auto-resposta com 25 itens - 0 (nada verdadeira), 1 (raramente verd.), 2 (algumas vezes verd.), 3 (geralmente verd.) e 4 (quase sempre verd.). A pontuação vai desde 0 a 100. A pontuação mais elevada corresponde a maior nível de resiliência. A escala foi construída à luz da investigação sobre tenacidade, orientação para a acção, auto-eficácia, confiança, adaptabilidade, paciência e resistência face à adversidade, assim como baseada nas características de figuras marcantes da história, reconhecidas pela sua resiliência.

factores cognitivos (sentido de compromisso, de controlo dos limites, controlo emocional, controlo da vida, confiança, confiança nas competências, confiança interpessoal, noção de desafio) e correlações negativas entre todos os factores cognitivos e os perfis de humor negativos (agressivo, autodestrutivo) e as análises genéticas comportamentais subsequentes revelaram que estas correlações fenotípicas são atribuídas à genética e factores ambientais.

De acordo com Cicchetti (2006, 2010), a investigação da Resiliência através da análise do funcionamento competente do indivíduo face a ameaça, adversidade ou trauma, inclui estudos sobre a personalidade, sistema neuronal e neuro-endócrino e genética molecular que contribuem para uma adaptação resiliente, conceptualizando a resiliência como a habilidade de recuperar o funcionamento após exposição a extremo *stress*, e que a resiliência não é “algo que se tenha”, é um processo de desenvolvimento, múltiplo determinado, que não é fixo ou imutável.

Connor & Zhang (2006) referem que, numa 1ª fase, a investigação reconhece um padrão de características da resiliência associadas a facilidade ou sucesso na adaptação, mesmo em condições adversas, salientando que as características mais significativas incluem compromisso, dinamismo, humor face à adversidade, paciência, optimismo, fé e altruísmo. Numa 2ª fase, a Resiliência é entendida como uma força interior que desafia cada indivíduo a procurar auto-realização, altruísmo, sabedoria e harmonia com uma fonte de força espiritual. Nesta 3ª Fase, a questão a que se tenta responder é “Qual a motivação para reintegrar de forma resiliente e onde a encontro?”. Esta fase de acordo com os cépticos é muito menos quantitativa e mais “nebulosa”. Responder a esta questão surge de argumentos de há

séculos e originários em parte da medicina oriental, teologia e filosofia. Referem que as características associadas a adaptação bem-sucedida incluem funcionamento intelectual, habilidade para lidar com emoções, auto-estima, optimismo, altruísmo, humor e estilo de *coping* activo e empenhado face a adversidade; e que indivíduos resilientes ou seja, que lidam com sucesso com o *stress* e se adaptam, conseguem manter as expectativas de recompensa mesmo em meio ingrato, regular ou extinguir o medo, ainda que perante *stress* dificilmente controlável e manter vínculos efectivos mesmo após abusos ou perdas e, que indivíduos e comunidades resilientes se empenham em apoiar os outros, conseguem tolerar as emoções negativas, adaptam-se, identificam e trabalham para atingir os seus objectivos. Referem ainda que a resiliência na infância e adolescência tem sido associada aos resultados positivos em idade adulta: sucessos no passado servem de alicerce ou fonte de esperança no sucesso a alcançar no presente ou futuro e que o *stress* é interpretado pelos resilientes como um desafio, ou oportunidade de mudança, crescimento e desenvolvimento pessoal, não como um problema; o foco é assim colocado na solução e não no problema e os resultados também demonstraram que a Resiliência é parcialmente hereditária e que os processos protectores e de risco operam através dos efeitos genéticos e ambientais. Também observaram que crianças com os maiores problemas comportamentais internalizados e externalizados, criadas em ambientes familiares altamente conflituosos, tinham temperamento mais difícil, e crianças com menos problemas comportamentais, independentemente do ambiente familiar, tinham temperamento descontraído (afável, activo, ...), sugerindo que o temperamento pode ser factor protector ou de vulnerabilidade.

Lopez, A. (2011) definindo Resiliência como a capacidade de um indivíduo perseverar mesmo em condições adversas, faz emergir Resiliência e Vulnerabilidade não enquanto conceitos absolutos mas enquanto constructos psicossocioemocionais de um *continuum* fenomenológico. Um indivíduo resiliente não é invencível a todos os eventos da vida, mas tem a capacidade de lhes resistir na maioria das circunstâncias. Factores genéticos e ambientais determinam a resiliência que portanto pode ser modificável individualmente e culturalmente, emergindo como factores de vulnerabilidade, de risco ou de protecção no desenvolvimento de Perturbações de Stress e que o treino das características da Resiliência e as estratégias de *coping* do *stress* podem ser instrumentos de tratamento da Ansiedade, Depressão e de reacção ao *stress* e trauma.

RESILIÊNCIA E TRAUMA: DO AMOR À MORTE

Afonso de Albuquerque et al (2003) refere que a percentagem da população adulta portuguesa que foi exposta a pelo menos uma situação traumática foi de 75,7%, e a mais do que uma situação traumática foi de 43,5%. À data da recolha de informação, a prevalência de PSPT foi de 5,3%, correspondendo esta a 440 395 casos. Estes resultados, ainda que possam parecer surpreendentes, são da mesma ordem de grandeza de ocorrência de PSPT ao longo da vida, na população adulta de países desenvolvidos (uma em cada doze pessoas) e a sua duração é com frequência prolongada (5,3% mantinha os critérios de diagnóstico à data da entrevista), refere ainda que outro estudo (Solomon, 1997), estima que aproximadamente um terço da

população estará exposta a um trauma *severo*, durante a vida e como se calcula que entre 10% a 20% irão desenvolver PSPT, a estimativa para a população geral oscilará entre os 3% e os 6% (Zohar, 1998, 2008) ainda que muitos não sejam diagnosticados e conseqüentemente não sejam tratados. Os resultados de Iversen et al (2008), na sua investigação com militares, indicaram os seguintes factores como estando associados ao desenvolvimento de sintomas de PPST: com a menor classificação: “estar não-casado”, ter “baixo nível de estudos” e “história de adversidade na infância”; seguidamente: “exposição a potenciais eventos traumáticos”, em particular, “ser mobilizado para frentes inimigas”; fortemente associados: “experiências envolvendo potencial ameaça da própria vida” e “percepção de impotência”; e com o maior risco de PPST: “não receber as *boas-vindas* a casa” e “baixo moral e pobre apoio social da Unidade”. Resultados estes que sugerem o relevante impacto das emoções na gestão do *stress* e promoção do Bem-estar. Porque as emoções co-operam no sistema complexo do aparelho mental cognitivo, fisiológico e social, tendo um papel relevante na psicopatologia, ou na *pathosplastia* do trauma, e porque o conteúdo de qualquer vivenciação é passível de interpretação emocional, ou seja a informação dessa vivenciação é “sentida” e o seu conteúdo será traduzido em aspectos relativos ao “conforto ou desconforto” e à “segurança ou ameaça” de uma situação vivenciada, é absolutamente necessário entender as emoções ou vivenciação emocional enquanto factores de protecção, de risco ou vulnerabilidade.

Sabemos que um trauma (APA, 2000) é um sentimento gerador de *stress*, fonte de ameaça, de sensação de perigo, causador de extrema ansiedade e dor. Importa perceber que o trauma é substancialmente alimentado pela ginástica *pathosplástica* da construção de uma história à

qual vão sendo atribuídos os mais variados significados cognitivos e emocionais, com os fundamentos – sentimentos, crenças e razões – mais diversos. Pelo que é normal reagir com reactivação fisiológica e emocional a um evento traumático, seja qual for a natureza, contexto, tempo de ocorrência do evento e idade, género e cultura de origem do indivíduo que o experiencia. Todavia, as estratégias de *coping* que cada um adquire, as habilidades, as competências que cada um desenvolve para fazer face ao trauma diferenciam-se e distanciam-se consoante a sua resiliência, a sua capacidade de resilir, ou seja, a capacidade de recuperar do evento traumático, do choque, e retornar ao seu estado de equilíbrio homeostático e de harmonia com o mundo, preparado para a vida, preparado não apenas enquanto *ser* sobrevivente, mas enquanto *ser* digno de viver em bem-estar e felicidade.

O papel das emoções é pois preponderante, fundamental e crucial. O *self* pós-traumático reaprende a viver em coabitação razoável e saudável com o trauma consoante a sua resiliência e capacidade de integração – coabitação razoavelmente harmoniosa – do trauma, e da sua inerente ginástica *pathosplástica*, à qual a resiliência do *self* pós-traumático faz face. E quando consideramos como atributo de trauma, a *pathosplastia*, pretendemos considerar a ginástica mental, cognitiva e emocional que opera na construção da estrutura resiliente, capaz de resilir ao trauma e recuperar o equilíbrio saudável e não a estrutura patológica do *self*. Esta capacidade de resilir, recuperar de um trauma, é a Resiliência. É resiliente quem consciencializa que vencer o trauma passa por conseguir consciencializar que o trauma não se apaga, não se resolve, não se esquece, ou se redesenha. O *self* pós-traumático reconstrói-se como se reconstrói uma pintura queimada pelo tempo, com amor, tolerância, motivação e energia. Esta reconstrução necessária é de

preparação para a paz lúcida, de consciencialização das cicatrizes eternas, porém não de eterna dor e culpa, anestesia de emoções, depressão, vazio, mas de aprendizado de coragem, gratidão ou amor pela vida. Esta reconstrução do *self* pós-traumático deriva pois do que se entende por personalidade resiliente ou aptidão para fazer face ao evento traumático experienciado. Gerir o trauma passa por aprender a gerir o conflito interno e aprender a lidar com as cargas afectivas dos significados atribuídos aos objectos ou acontecimentos e adoptar atitudes mais adequadas. Viver, consciencializar o trauma passa por assumir as eternas cicatrizes, assumindo o momento de crise, assumir uma guerra interna ou conflito interno. Só assim, se poderá passar da fase de *negação* ou *evitamento*, para a de *aceitação* e subsequente *confrontação e resolução*. O trauma enquanto vivenciação de evento ou acontecimento carregado de emoções indigestas e negativas, resulta em grande sofrimento e frustração. Sendo de sublinhar que a sinalização imediata ou no espaço de tempo mais curto possível do trauma é condição para o sucesso do tratamento e ainda referir que a reversibilidade dos sintomas se deve sobretudo à capacidade de consciencialização do desafio a vencer, para a qual, é soberano, o treino de habilidades emocionais e cognitivas, contribuindo aspectos relevantes da motivação, primordialmente intrínseca. Para esta digestão é primordial reflectir sobre a preparação fisiológica, cognitiva, emocional e social do Ser Humano exposto ao trauma e sua capacidade de lidar com essa carga emocional, suas competências e habilidades, motivação e energia traduzidas na sua capacidade de resilir, de recuperar o bem-estar inicial, ou seja traduzidas na sua resiliência. Pois, a categorização das funções cerebrais transformadoras do mundo sensorial em informação cerebral, passa pela atenção e concentração lhe dedicada, ignorando uns

elementos, elaborando, *significando* – pensando e sentindo – outros. (Nobre, S., 2011)

Sommer, Müller, Weber & Hajak (2004) referem que as emoções negativas aumentam a carga de processamento da informação, esgotando os recursos da atenção, para compensar este efeito as áreas relacionadas com a emoção tentam atenuar a sua actividade. Schwerdtner, Sommer, Weber & Müller (2004, 2006) concordam que a emoção induz diferentes padrões de activação cortical, em áreas cerebrais relacionadas com a emoção como a amígdala, hipocampo e córtex medial pré-frontal e o comprometimento neuronal dessa base emocional pode levar a disfunção dessas áreas. Como escreve Pio Abreu (2006), se a Consciência é o palco da nossa actividade psíquica, se a Atenção é a zona iluminada do palco, o Sentimento é, pelo menos, o cenário (ambiente e decoração do palco) perante o qual os diversos protagonistas – Pensamento, Imaginação, Percepção, Vontade – se exibem e interagem em simultâneo. Lebrecht & Badre (2008) referem o papel do córtex pré-frontal na regulação das emoções, em que via amígdala é previsível uma resposta emocional negativa e via núcleo accumbens/ventral estriado, uma resposta positiva e protectora.

Won Kim et al (2009) referem que o Amor está frequentemente associado a uma profunda emoção que prevalece como actividade humana universal, sendo frequentemente descrito como a experiência de maior motivação e recompensa. Quem ama tem tendência a focar a sua atenção no ente amado, é tipicamente mais energético, embora também sujeito a alterações de humor. O Amor não tem um circuito de funções claro e definido, activa colecções de sistemas neuronais convergentes na região do caudado, a qual tem sido referida de integração especializada de diversos estímulos. Quer o amor romântico, quer o materno, activam

o sistema de recompensa meso-límbico, que coincide com áreas ricas em receptores da oxitocina e vasopressina. A descoberta mais significativa deste estudo é que a actividade neuronal do Amor se altera com o tempo, o fogo da paixão arrefece com o tempo e as regiões subcorticais da recompensa ricas em dopamina exibem gradualmente menor actividade, resultando em redução da motivação e necessidade de recompensa. O seu estudo sugere, que quando a paixão se atenua, a actividade neuronal dorsal e ventral do caudado decresce. O núcleo caudado é uma das mais referidas regiões com intervenção em várias emoções, resposta sexual e no processamento multi-modal e inibição de informação. Referem que lesões, destruição ou atrofia – 1-da parte ventral do caudado: pode resultar em negligência sensorial, agitação, hiperactividade e distração; 2-da parte lateral esquerda: em perturbação bipolar; 3- direita: em hipermetabolismo e perturbações obsessivo-compulsivas, o que é interessante pelas semelhanças com a paixão e as psicoses maníacas, em termos de exuberância e fuga da realidade. E o seu estudo também demonstra que o giro cingulado – parte do córtex límbico que liga as áreas límbicas com as regiões corticais e lida tanto com emoções como cognições – está mais activo após 180 dias do que na medição inicial, o que é consistente com as descobertas anteriores de maior activação desta área nos amantes de longa duração. O Amor pode assim ser definido enquanto emoção⁶ mediante um estado motivacional, para o qual a adquirida competência de tolerância à frustração e emoções negativas assume um papel crucial. Ora, Esch & Stefano (2005), mostraram que o amor, o prazer, a luxúria eram factores protectores, potenciais promotores de saúde e redutores do *stress*, já que têm a capacidade de

⁶ Não nos estendemos em destrinças se é uma emoção, sentimento ou afecto, pois passível de controvérsia entre filósofos e poetas, psicólogos, psiquiatras e neurologistas e demais cientistas.

curar ou facilitar a motivação para comportamentos benéficos ao bem-estar. O amor activa as regiões do sistema de recompensa no límbico, envolvendo a oxitocina, vasopressina, dopamina e serotonina. As actividades de recompensa e de prazer são necessárias à sobrevivência e motivação, pois implicadas em comportamentos biológicos essenciais como comer, sexo e reprodução, e o amor protege e favorece-os, sendo um fenómeno neurobiológico complexo, baseado nas capacidades de confiar e acreditar, e de prazer. Como refere Richardson (2002), a vinculação segura é um factor contributivo da resiliência, assim como Sroufe, Egeland, Carlson & Collins (2005), no seu estudo de três décadas com 180 crianças em meios de pobreza, demonstraram que a grande diferença entre os jovens que alcançavam sucesso se devia à história de vida precoce e que quanto mais segura fosse a vinculação dos indivíduos, menor seria a vulnerabilidade emocional, e demonstravam ter adquirido maiores competências sociais e autoconfiança, como também revelaram melhor qualidade das relações de amizade. Também Ghafouri, Hierholzer, Howsepian & Boardman (2008) exploraram, em termos de teoria da vinculação, a vinculação adulta romântica, a vinculação parental e amor de Deus, enquanto factores protectores na adaptação, para prevenir o desenvolvimento de PSPT, e investigaram as associações entre vinculação e percepção de relacionamentos importantes, resultando que existem diferenças significativas relativamente à percepção de relacionamentos importantes nos grupos com e sem PSPT; não existem diferenças significativas na vinculação parental ou amor divino; e que comparativamente aos veteranos com e sem PSPT, os sujeitos sem PSPT tinham maior vinculação romântica segura. E Karreman & Vingerhoets (2012), no seu estudo com uma amostra de 632 indivíduos de ambos os géneros, demonstraram que a

vinculação segura está fortemente associada à resiliência. E como sublinham Wu et al (2013) os resultados indicam fortemente que os factores-chave da resiliência incluem capacidade para estabelecer laços românticos e sociais, funcionamento familiar positivo, planeamento, autodisciplina e habilidade cognitiva.

De facto, quer no estudo exploratório de Nobre, S., Reis, S., Vicente, F.C. & Esteves, L.M. (2013) sobre felicidade, com uma amostra de 24 indivíduos com idade superior a 55 anos, resultou como resposta unânime o amor como essencial para uma vida feliz, quer no estudo exploratório em desenvolvimento de Nobre, S., Vicente, C. F. & Esteves, L.M. (2013) com os militares operacionais em preparação para missão, sobre resiliência, o amor resulta como um dos grandes contributos do elevado grau de resiliência.

Reflectindo sobre os ciclos que compõem a vida, à luz de Erikson (1998), sucedem num *continuum* e representam diferentes estágios de desenvolvimento, estando-lhes associada uma crise ou um conflito a resolver. E é de salientar que a cada ciclo corresponde a (di)gestão entre expectativa e realização, para a qual é de considerar a oportunidade disponibilizada e criada de aprendizagem, desenvolvimento e inerente realização, bem como os eventos adversos aos quais se fez face, mediante a capacidade de resiliência adquirida ou desenvolvida. Na Teoria Psicossocial que formulam em 9 estágios, centremo-nos nos três últimos estágios. O 7º estágio (30 aos 60 anos) consiste na resolução do conflito ou crise da *geratividade* versus *estagnação*: preocupação com a nova geração, e com a realização pessoal e afirmação social, evidenciando o sucesso das dimensões familiar, profissional e social. *Cuidar* é a virtude deste estágio, operando o Amor, como a distinção das relações estabelecidas e dos laços criados, como prova de satisfação

e realização pessoal. Esta virtude remete também para as conquistas pessoais não somente na dimensão de harmonia e satisfação sentimental, emocional, mas profissional e social. Sendo que a não resolução nas ou em alguma das várias dimensões que conferem o estatuto do indivíduo no mundo, nas relações com este e consigo próprio, pode levar à estagnação, desvalorização pessoal com ausência de socialização, ou por outro lado, o excessivo comprometimento em alcançar os objectivos propostos podem levar ao egoísmo e inerente preocupação exclusiva com o seu bem-estar, traduzida por acumulação de bens materiais, reflexo de sucesso profissional e relações superficiais. O 8º estágio (60-79) consiste na resolução de *integridade versus desespero*, em que *integridade* indica que o indivíduo considera como positivo o seu percurso vital, mesmo que nem todos os sonhos se tenham realizado, providenciando as ferramentas necessárias para uma aceitação da fase etária e inerentes desafios, bem como de satisfação pela missão cumprida, ainda que não plenamente, e *desespero* quando é concebido ser demasiado tarde para agir, corrigir, remediar ou se redimir, abrindo espaço ao desgosto, angústia, e pânico da morte, questionando se a vida terá valido a pena. Sendo a virtude deste estágio, a *sabedoria*, torna-se vital fazer uso da sabedoria alcançada ao longo da vida e principalmente os objectivos alcançados na anterior fase, para garantir a harmonia necessária à felicidade e bem-estar subjectivos. Sendo fundamental estar em paz com o passado, reflectindo sobre o que se alcançou e como, avaliando ganhos e perdas de forma positiva, considerando as características genéticas e competências aprendidas, bem como as oportunidades que o meio ambiente ofereceu para treino e desenvolvimento de competências. Quando são mais os objectivos, desejos, sonhos não realizados do que

os alcançados e a frustração supera a capacidade de sublimação, colocando o foco nos fracassos, no déficit de capacidades físicas, cognitivas, emocionais ou sociais, não se resolve o conflito deste estágio. No 9º estágio (idade superior a 80 anos) emergem todas as crises anteriores, e estamos assim perante a *gerotranscendência*. Neste estágio são fundamentais as recordações. Quanto melhores e maior número de boas recordações e vivências felizes houver, melhor. Estão reunidas as condições para desenhar “the big picture” do que foi a vida, os desafios vencidos e por vencer, os sucessos alcançados, os fracassos, as relações interpessoais e os laços estabelecidos, as estratégias adoptadas e a capacidade de adaptação às mudanças intrínsecas e extrínsecas, a percepção das relações consigo e com o mundo, e finalmente de preparação ou aceitação da morte.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

É fundamental considerar a influência genética e do meio ambiente na construção do *self* resiliente, considerando a predisposição genética e hereditária, o temperamento e a aprendizagem pela experiência, bem como a avaliação das competências adquiridas nos vários contextos do indivíduo: familiar, conjugal, social, educacional, profissional e ainda a avaliação da vivenciação e/ou experienciação de eventos traumáticos e exploração das estratégias de *coping* adoptadas, das catarses denunciadas, bem como da exploração do processo dialéctico e construção de metáforas, para fazer face à adversidade ou trauma.

Ainda sobre o conceito de resiliência, Anaut (2005) refere que a resiliência é abordada tanto como um conceito, um traço de carácter, o resultado de um processo, o próprio processo ou um modo específico de funcionamento (comportamental ou psíquico) e sendo apresentada como um fenómeno, um funcionamento, um processo, ou ainda, por vezes, como uma característica que revela uma capacidade, atendendo a que a resiliência se constrói na interacção sujeito-meio, o sujeito desenvolveria a sua capacidade de resiliência nesta relação. Mas também diz, poderemos concebê-la enquanto característica-chave do sujeito, o que determinaria a maneira como o sujeito apreende e se apropria do seu mundo (interno e externo), o que se assemelha ao desencadear de um processo, e o resultado deste processo – a resiliência – surgiria do encontro entre as faculdades internas e os potenciais externos incluindo os laços intersubjectivos e o contexto social e cultural. Ou resumindo, a resiliência emerge da necessária gestão cognitiva e emocional face à ginástica *pathosplástica* do trauma.

Se na avaliação da Resiliência (Nobre, S., 2011) é fundamental reconhecer as suas características contributivas e avaliar o sucesso na adaptação ao meio, mesmo em condições adversas, admite-se que só alguém *descondicionado* e com uma *atitude positiva* direccionada para a *solução*, se pode assumir *Resiliente*. Assim, fruto de revisão científica, podemos constatar que a Resiliência tem determinantes genéticos, neurobiológicos, temperamentais e ambientais, e apontar como características contributivas da Resiliência: fácil temperamento; boa auto-estima; auto-confiança; auto-eficácia e auto-realização; *locus* de controlo interno; capacidade de reflexão e de orientação para a acção: prever, planificar e traçar objectivos; dinamismo; experiências de sucesso; sentido de humor; optimismo; paciência; sentido de

compromisso; perseverança; autonomia e independência; laços familiares e sociais fortes e afectivos; vinculação romântica segura; tolerância a emoções negativas e resistência ao *stress*; altruísmo; empatia; fé; inteligência; criatividade; capacidade de reconhecer oportunidades e alternativas; e adaptabilidade à mudança.

E também conseguimos perceber que promover a Resiliência passa por aprender a ter atitude adequada ao Bem-Estar: relativizando; consciencializando as prioridades, alimentando os afectos, particularmente o amor; fomentando o sentido de humor, reflectindo, planeando e traçando objectivos realistas; valorizando as competências e aspectos positivos (em detrimento das fragilidades, ou aspectos negativos); criando diferentes perspectivas, alternativas e novos e adequados significados; mantendo o *focus* no objectivo e na solução; aceitando a mudança como uma oportunidade ou desafio; vendo o Todo e não somente as suas partes, acreditando, tendo espírito de corpo: sendo parte da Unidade.

Acreditamos que nos devemos e podemos empenhar em visar o equilíbrio e a felicidade, a paz de espírito, preservando o bem-estar físico e psicológico, indissociáveis, lutando por recuperar o equilíbrio, recuperando o prazer de viver, não evitando viver, sobrevivendo ou aguentando ou estagnando, focando o problema e o equilíbrio perdido, em vez da solução e visualização das alternativas e competências adquiridas e a adquirir. Acreditamos que em certas fases da vida, o cansaço, a fadiga, a angústia, a desesperança possam atingir níveis mais elevados do que o que seria expectável suportar e que apeteça fugir. E é preocupante esse estado de alma. Preocupa-nos. Várias vezes ao longo da vida podemos ser sujeitos a elevado *stress*. Várias vezes conseguimos resistir, outras tantas evitamos e aguentamos ou enganamo-nos

acreditando que conseguimos aguentar, todavia o corpo dá-nos sinais que estamos equivocados, somatizando, sentindo as dores físicas das dores psicológicas. Daí que seja imperioso concentrarmo-nos no que queremos, procurar o que queremos, controlando devaneios ou falsas esperanças de que se aguenta qualquer crise. Ser feliz e lutar por ser feliz, em todos os ciclos da vida, é o melhor ensinamento que se pode proporcionar ao mundo. É também o menos fácil, exige resiliência, capacidade de projectar o futuro, noção realística de controlo (o que se pode controlar, o que depende do próprio) e orientação para a acção.

Só se vive UMA vida. E ela é preciosa e maravilhosa também. Tentar aprender como aguentar é evitar viver. Poderemos fazer um terrível e eficaz exercício: - Se tivermos apenas 5 anos de vida como os queremos viver?

What I Have Lived For

*Three passions, simple but overwhelmingly strong, have governed my life:
the longing for love,
the search for knowledge,
and unbearable pity for the suffering of mankind.*

(The Autobiography of Bertrand Russell, 1967)

1.2- *As catecolaminas e outros marcadores biológicos relevantes para o desenvolvimento da resiliência*

De acordo com Lesak, Howieson, Bigler & Tranel (2012), as novas tecnologias apoiaram muitas crenças tradicionais sobre o cérebro e desafiaram outras. A crença de que os neurónios não proliferavam após precoces estágios de desenvolvimento é incorrecta. Actualmente é reconhecido que novos neurónios são produzidos em algumas regiões cerebrais de adultos num determinado número de espécies de mamíferos, incluindo a humana, desempenhando eventualmente um papel na reconstrução de lesões, nova aprendizagem, e manutenção de saudável funcionamento neural (Basak & Taylor, 2009). A *neurogenesis* do adulto foi identificada no hipocampo e bulbo olfactivo em cérebros de mamíferos - incluindo humanos - e implicada em outras regiões do límbico, no neocortex, estriado, e substância nigra (E. Gould, 2007). A neurogenesis no hipocampo é entendida enquanto especialmente crítica para a manutenção de normal cognição e bem-estar emocional (Alleva & Francia, 2009; Elder et al., 2006). A importância destas descobertas para a neuropsicologia, envelhecimento e doenças, começa apenas agora a emergir.

Tendo em conta que a resiliência é a capacidade de adaptação com sucesso a eventos de *stress*, mantendo o bem-estar psicológico perante a adversidade, e que as recentes investigações têm vindo a trazer a luz os factores e mecanismos neurobiológicos e psicológicos que caracterizam os indivíduos resilientes, torna-se possível identificar e tratar

indivíduos em risco de desenvolver psicopatologia pós-stress traumática. (Haglund, M.E., Nestadt, P.S., Cooper, N.S., Southwick, S.M. & Charney, D.S., 2007).

Charney (2004) identificou onze possíveis mediadores neuroquímicos, neuropeptídeos, e hormonais da resposta psicobiológica ao extremo *stress* e relacionou-os com a resiliência e a vulnerabilidade. Os mecanismos relevantes para os traços de carácter associados à resiliência são os da recompensa e motivação (hedonia, optimismo, e *helpfulness* aprendida), de resposta ao medo (comportamentos eficazes apesar do medo) e do comportamento de adaptação social (altruísmo, vinculação e cooperação). Charney salienta que compreender a base neurobiológica do comportamento permite prever, prevenir e tratar psicopatologias relacionadas com o *stress*.

Bowirrat, A. et al (2010) referem que apesar da complexidade das respostas relacionadas ao trauma, 40 anos de pesquisa demonstraram que o trauma, particularmente em idade precoce produz respostas neuroquímicas com efeitos a longo termo. Estes efeitos incluem a magnitude da resposta das catecolaminas e cortisol, bem como um número considerável de outros sistemas biológicos, como as estruturas do mesolímbico e vários neurotransmissores. Assim os resultados desta investigação sugerem que sejam testados os sistemas seretoninérgico, dopaminérgico, glucocorticóide, gabaérgico, neuropeptídeo Y, entre outros, os quais desempenham um marcante papel para a resiliência.

Estudo exploratório em desenvolvimento
A Resiliência e Satisfação com a Vida na adversidade:
As catecolaminas do novo paradigma

RESUMO: Enunciamos o estudo exploratório em desenvolvimento, para o qual pretendemos correlacionar a resiliência, perfil de personalidade e satisfação com a vida dos indivíduos com os seus marcadores biológicos, nomeadamente catecolaminas, glicose e cortisol. Aferindo a sua satisfação com a vida e resiliência face ao stress ou trauma, considerando os vários contributos das características e competências cognitivas, emocionais e relacionais do indivíduo desenvolvidas na adequação do seu mundo interno com o externo.

A presente investigação abrange neste primeiro momento a população militar em preparação para ingressar nas forças especiais dos Rangers, entendida enquanto garante de perfil resiliente, pelo seu desempenho em funções e inerente treino de resistência física e psicológica traduzidos no sucesso das missões e bem-estar físico e mental registados.

PALAVRAS CHAVE: Resiliência, Satisfação com a Vida, Catecolaminas, Glicose e Cortisol

Exploratory Study in development

*Resilience and Life Satisfaction face adversity: the catecholamine of
the new paradigm*

ABSTRACT: We enunciate the exploratory study in development, for which we intend to correlate individual's resilience, personality profile and life satisfaction with their biological markers, including catecholamines, glucose and cortisol. Assessing their satisfaction with life and resilience to stress or trauma, considering the contributions of their characteristics and cognitive, emotional and relational competences developed to adequate their internal with external world.

This present investigation, in this first moment, regard the military population in preparation to ingress in the Rangers special military force, recognized by their resilience as demonstrated in their line of duty and inherent physical and psychological resistance training, proved in their mission's success and their physical and mental well-being observed.

KEYWORDS: Resilience, Life Satisfaction, Catecholamines, Glucose and Cortisol.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

A presente investigação pretende analisar a correlação entre os marcadores biológicos e a resiliência de 18 indivíduos que constituem o universo de militares em preparação para ingressar nas forças especiais dos Rangers de Lamego. Recorrendo ao SPSS (Statistical Package for Social Sciences) analisamos se há correlação entre as análises clínicas colhidas (dos níveis de cortisol, glicose e catecolaminas) e a resiliência avaliada pela escala de medida da Resiliência CD-RISC (Connor & Davidson, 2003, traduzida e aferida para a população portuguesa por Faria & Ribeiro, 2008), e analisamos se há diferenças entre os dois momentos, antes e após o treino militar de preparação para a missão.

O nosso estudo de desenho exploratório e de observação pretende assim trazer a luz as características biopsicológicas dos indivíduos resilientes à adversidade ou trauma.

ESTADO DA ARTE

A nossa revisão bibliográfica abrange investigações recentes sobre o conceito e evolução da Resiliência, bem como do papel das Emoções na construção e desenvolvimento do *self* resiliente que se revelou de primordial importância, particularmente, a exploração das relações sociais e afectivas e da vinculação romântica segura. Com uma revisão bibliográfica de 53 artigos científicos sobre Resiliência, Stress, Trauma e

Emoções, foi possível trazer a luz os factores protectores, de vulnerabilidade e risco para a Saúde e Bem-Estar. Pudemos assim compreender melhor a ginástica mental necessária para fazer face à ginástica *pathosplástica* do trauma, ilustrando a magia de uma adaptação com sucesso ou resiliente. Conseguindo concluir que é resiliente quem se adapta com sucesso ao meio ambiente, a *vrai dire*, quem tenha melhor preparação para superar as adversidades, ou melhor dizendo, melhor preparação para a tarefa imperiosa de viver a vida, adquirindo a capacidade de “fazer do sofrimento um sorriso”, através do treino das características contributivas da Resiliência, neste estudo a correlacionar com os marcadores fisiológicos.

De facto, a maioria dos seres humanos, mais ou menos resilientes depararam-se, no decurso da sua vida, ao longo dos vários ciclos que a compõem, com eventos, mais ou menos complexos, mais ou menos adversos, por vezes, mesmo percebidos, sentidos, como desesperantes, intangíveis. Os mecanismos explorados e activados, para lhes fazer face, são tanto melhores quanto maior o nível de resiliência alcançado, adquirido, aprendido, experimentado e reforçado. A Resiliência advém pois de características idiossincráticas e aprendidas do indivíduo, e inerentes estratégias adquiridas em interacção com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos (competências, motivações, prioridades, apoio, oportunidades,...) evidenciados quando a adversidade se apresenta.

Segundo Connor & Zhang (2006) numa 1ª fase, a investigação reconhece um padrão de características da resiliência associadas a facilidade ou sucesso na adaptação, mesmo em condições adversas, salientando que as características mais significativas incluem compromisso, dinamismo, humor face à adversidade, paciência,

optimismo, fé e altruísmo. Numa 2ª fase, a Resiliência é entendida como uma força interior que desafia cada indivíduo a procurar auto-realização, altruísmo, sabedoria e harmonia com uma fonte de força espiritual. Nesta 3ª Fase, a questão a que se tenta responder é “Qual a motivação para recuperar de forma resiliente e onde a encontro?”. Esta fase de acordo com os cépticos é muito menos quantitativa e mais “nebulosa”. Responder a esta questão surge de argumentos de há séculos e originários em parte da medicina oriental, teologia e filosofia. Referem que as características associadas a adaptação bem sucedida incluem funcionamento intelectual, habilidade para lidar com emoções, auto-estima, optimismo, altruísmo, humor e estilo de coping activo e empenhado face a adversidade; e que indivíduos resilientes ou seja, que lidam com sucesso com o Stress e se adaptam, conseguem manter as expectativas de recompensa mesmo em meio ingrato, regular ou extinguir o medo, ainda que perante stress dificilmente controlável e manter vínculos efectivos mesmo após abusos ou perdas e, que indivíduos e comunidades resilientes se empenham em apoiar os outros, conseguem tolerar as emoções negativas, adaptam-se, identificam e trabalham para atingir os seus objectivos, e ainda que as características de indivíduos resilientes, trazidas a luz, pela CD-RISC são: ver a mudança ou o stress como um desafio ou oportunidade, noção de compromisso e controlo dos limites, empenho em apoiar os outros, vinculação próxima e segura aos outros, objectivos pessoais ou colectivos, auto-eficácia, resistência aos efeitos do Stress, experiências de sucesso no passado, consciência de haver alternativas ou opções/sentido realístico de controlo, sentido de humor, orientação para a acção, paciência, tolerância às emoções negativas, adaptabilidade à mudança, optimismo e fé.

Da sua investigação sobre resiliência, Werner & Smith (1982) demonstraram que determinados factores protectores parecem ter maior efeito geral na adaptação que os factores de vulnerabilidade. E tal como existe quem nasça com um talento inato, também a resiliência, pode ser encarada como um talento inato e natural, pois há crianças que pese embora as vivências traumáticas (Werner, 1992) lidam com o stress de forma mais natural, podendo esta forma ser avaliada através da observada tolerância à frustração e motivação. Marie Anaut (2005) refere que os factores de protecção permitem perspectivar de forma diferente as situações de risco, diminuindo o impacto e inerentes reacções negativas. A resiliência assenta em factores de protecção individuais (temperamento, capacidades cognitivas, emocionais e sociais), familiares (família nuclear e alargada) e redes de apoio social (pares, educadores, comunidade) que providenciam afectividade, segurança e coesão. Segundo Ghafoori, Hierholzer, Howsepian e Boardman (2008) é importante identificar os factores protectores, para prevenir o desenvolvimento de Perturbação de Pós-Stress Traumático. Exploraram, em termos de teoria da vinculação, a vinculação adulta romântica, a vinculação parental e amor de Deus, enquanto factores protectores na adaptação, e investigaram as associações entre vinculação e percepção de relacionamentos importantes, resultando que: - existem diferenças significativas relativamente à percepção de relacionamentos importantes nos grupos com e sem Perturbação de Pós-Stress Traumático; - não existem diferenças significativas na vinculação parental ou amor divino; - e que comparativamente aos veteranos com e sem, os sujeitos sem tinham maior vinculação romântica segura. Os resultados de Iversen et al (2008), na sua investigação com militares, sugerem a relevância da função emocional na determinação da

capacidade de fazer face a situações traumáticas. Indicaram os seguintes factores como estando associados ao desenvolvimento de sintomas de Perturbação de Stress Pós Traumático:- com a menor classificação: “estar não-casado”, ter “baixo nível de estudos” e “história de adversidade na infância”;- seguidamente foram associados: “a exposição a potenciais eventos traumáticos”, em particular, “ser mobilizado para frentes inimigas”;- fortemente associados: “experiências envolvendo potencial ameaça da própria vida” e “percepção de impotência”;- e com o maior risco: “não receber as boas-vindas a casa” e “baixo moral e pobre apoio social da Unidade”. Johnson, D.C. et al (2011) sugeriram 5 Factores Protectores para a Resiliência, que vieram a luz com o desenvolvimento e validação inicial da RSES⁷, sendo estes: capacidade de criar novos significados, coping activo, flexibilidade cognitiva, espiritualidade e auto-eficácia.

Para Seaward (1992), Strickland (1993), Wooten (1996) e Wilkins & Eisenbraun (2009), quer o humor quer o riso podem ser importantes estratégias de coping do stress. A capacidade de conseguir sentir uma situação adversa com humor renova as perspectivas dos problemas. O riso é um bom veículo de libertação da tensão acumulada e com reflexos nas funções imunitárias e resiliência ao stress. Veselka, Schermer, Martin & Vernon (2010) observaram correlações positivas entre os perfis de humor positivo (vinculativo, auto-reforço) e os oito factores cognitivos (sentido de compromisso, de controlo dos limites, controlo emocional, controlo da vida, confiança, confiança nas competências, confiança interpessoal, noção de desafio) e correlações negativas entre todos os factores cognitivos e os perfis de humor

⁷ RSES: Escala de Resposta a Experiências Stressantes que é uma medida fidedigna das diferenças individuais de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais aos eventos mais stressantes da vida.

negativos (agressivo, auto-destrutivo) e as análises genéticas comportamentais subsequentes revelaram que estas correlações fenotípicas são atribuídas à genética e factores ambientais. No seu estudo de três décadas com 180 crianças em meios de pobreza, Sroufe, Egeland, Carlson & Collins (2005) demonstraram que a grande diferença entre os jovens que alcançavam sucesso se devia à história de vida precoce. Quanto mais segura fosse a vinculação predizia menor vulnerabilidade emocional, e revelavam ter adquirido maiores competências sociais e auto-confiança, como também revelaram melhor qualidade das relações de amizade.

Connor & Zhang (2006), na sua investigação, referem que a resiliência na infância e adolescência tem sido associada aos resultados positivos em idade adulta: sucessos no passado servem de alicerce ou fonte de esperança no sucesso a alcançar no presente ou futuro e o Stress é interpretado como um desafio, ou oportunidade de mudança, crescimento e desenvolvimento pessoal, não como um problema; o foco é assim colocado na solução e não no problema. Jaffe, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás e Taylor (2007) referem que a resiliência das crianças é influenciada pelos papéis atribuídos aos diferentes factores de risco a que foram sujeitas e seus factores protectores, e que características idiossincráticas como a inteligência e temperamento descontraído distingue crianças resilientes das não-resilientes, quando expostas a algum mas não a elevado *stress*. Seery, Holman & Silver (2010) também observaram que indivíduos com alguma história de condições de vida adversas relataram melhor saúde mental e bem-estar do que indivíduos com grande ou sem qualquer histórico de adversidades. Além disso, indivíduos com experiência anterior de adversidade eram os menos afectados por recentes eventos adversos. Embora, experienciar mais

eventos traumáticos prediga piores resultados, alguma experiência adversa pode promover a resiliência, retornando benefícios para a saúde mental e bem-estar. Assim, estes resultados sugerem que moderadamente o que não nos mata, pode realmente tornar-nos mais fortes. Ungar M.(2011) reconhece que o curso do desenvolvimento da criança depende do grau de facilitação ambiental e inerentes trocas e ganhos disponibilizados e curiosamente, apesar da privação precoce causar atrasos, um ambiente facilitador na forma de lar adotivo pode resultar em aceleração do desenvolvimento. E que apesar dos vários desafios associados ao estudo da resiliência, começam a ser evidenciados os processos que explicam como uma criança alcança um desenvolvimento positivo perante situações de grande adversidade. O estudo da resiliência deve ser assim menos focado no constructo da resiliência da criança, e mais orientado pelo processo que leva a criança a alcançar um desenvolvimento positivo, focando a nossa atenção nas condições ecológicas que contribuem para o bom crescimento sob adversidade. E embora o estudo da resiliência se tenha baseado sobretudo em traços e processos, tais como a inteligência, a vinculação, a performance educacional ou empenho social, e ocasionalmente se tenham discutido os instrumentos de medida dos níveis de resiliência do indivíduo, família e comunidade, estes estudos ajudaram a identificar a resiliência, nomeadamente de crianças em meios de pobreza e expostas a grande adversidade, demonstrando a “magia” do seu sucesso desenvolvimental e adaptativo resultante da influência genética e ambiental.

De acordo com Cicchetti (2006, 2010), a investigação da Resiliência através da análise do funcionamento competente do indivíduo face a ameaça, adversidade ou trauma, inclui estudos sobre a personalidade,

sistema neuronal e neuroendócrino e genética molecular que contribuem para uma adaptação resiliente, conceptualizando a resiliência como a habilidade de recuperar o funcionamento após exposição a extremo stress, e que a resiliência não é “algo que se tenha”, é um processo de desenvolvimento, múltiplo determinado, que não é fixo ou imutável. Cicchetti (2010) sugeria que indivíduos resilientes, possuiriam uma capacidade inata (plasticidade neuronal) superior à norma, para recuperar dos traumas ambientais com impacto cerebral. Esta perspectiva de resiliência concebe a adversidade ambiental como “má” para o cérebro, levando a uma recuperação como propriedade inata do próprio cérebro. Esta perspectiva todavia, não considera o impacto de um *ambiente positivo* (i.e., presença de apoios sociais), ou o estilo de *coping* activo e empenhado dos indivíduos ou a plasticidade/protectiva dos genes nessa recuperação. Outra conceptualização de resiliência seria a de uma resistência ao impacto no cérebro da adversidade ambiental, maior que a norma, de tal forma que os indivíduos não sucumbiriam aos potenciais efeitos nefastos que a adversidade teria no cérebro e noutros sistemas biológicos. Esta perspectiva da interacção cérebro-adversidade não seria estritamente classificada como envolvendo a plasticidade neuronal. Pois, para estes indivíduos o termo recuperação do funcionamento poderia não ser aplicável, uma vez que não teriam “perdido” qualquer função. Referindo ainda que o sistema biológico recupera em resposta à intervenção, servindo assim de apoio ao argumento de que é sensível ao *input* ambiental durante o desenvolvimento, salientando que as intervenções preventivas podem contribuir para a recuperação ou reabilitação de sequelas biológicas de formas que só agora começam a ser entendidas. Alertando para a importância de investigação científica

no campo da prevenção, investigando os meios pelos quais as alterações da experiência e o funcionamento psicológico resultantes de intervenções preventivas podem modificar os processos biológicos.

Grafton, Gillespie & Henderson (2010) definem resiliência como uma energia inata ou força de vida motivada presente em cada indivíduo em vários graus, exemplificada pela presença de traços ou características particulares que por aplicação de processos dinâmicos, habilita o indivíduo a lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao stress ou adversidade, podendo ser desenvolvida ou aumentada através de práticas transformacionais cognitivas, educação e apoio ambiental. Lopez, A. (2011) define Resiliência como a capacidade de um indivíduo perseverar mesmo em condições adversas, surgindo Resiliência e Vulnerabilidade não enquanto conceitos absolutos mas enquanto constructos psicossocioemocionais de um *continuum* fenomenológico. Um indivíduo resiliente não é invencível a todos os eventos da vida, mas tem a capacidade de lhes resistir na maioria das circunstâncias. Factores genéticos e ambientais determinam a resiliência que portanto pode ser modificável individualmente e culturalmente, emergindo como factores de vulnerabilidade, de risco ou de protecção no desenvolvimento de Perturbações de Stress, pelo que o treino das características da Resiliência e as estratégias de *coping* do stress podem ser instrumentos de tratamento da Ansiedade, Depressão e de reacção ao Stress e Trauma.

Fruto da revisão científica, concluímos que os factores contributivos da resiliência são, segundo Stewart, D. (2010) e Veselka, L., Schermer, J.A., Martin, R.A. & Vernon, P.A. (2010), bom temperamento, sentido de humor, optimismo, bem como, segundo Connor & Davidson (2003), Anaut (2005), Connor & Zhang (2006),

Szubert, S., Florkowski, A. & Bobinska, K. (2008), Lyssenko, Rottmann & Bengel (2010), boa auto-estima e autoconfiança, locus de controlo interno, adaptabilidade à mudança, orientação para a acção em função de objectivos, a fé ou harmonia com uma fonte espiritual, a inteligência, a criatividade, a autonomia e independência, a capacidade de estar só, a tolerância a emoções negativas, a empatia, a perseverança, a sociabilidade, o altruísmo, a paciência, a coerência, o sentido de compromisso, o orgulho e brio, a capacidade de reconhecer oportunidades e alternativas, a procura de auto-realização, experienciação de sucesso no passado e, segundo Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás e Taylor (2007) e Seery, Holman e Silver (2010), experienciação de algum stress, bem como, segundo Ghafoori, B., Hierholzer, R., Howsepian, B. & Boardman, A. (2008), Ungar, M (2011), laços familiares e sociais fortes e afectivos e vinculação romântica segura.

A resiliência treina-se actuando sobre os factores descritos acima, nomeadamente a auto-estima, autoconfiança, *locus* de controlo, adaptabilidade à mudança, orientação para a acção e reconhecimento de alternativas, etc. E o treino militar actua sobre estes mesmos factores.

Daí pretendermos analisar a resiliência e os seus marcadores biológicos, em dois momentos distintos, antes e depois do treino militar de preparação para missão para que possamos correlacionar os dados e analisar se existem diferenças antes e depois do treino.

AMOSTRA E METODOLOGIA

A nossa amostra de conveniência conta com indivíduos expostos a trauma, segundo o critério A do DSMIV-TR para a Perturbação de Pós

Stress Traumático e que todavia não preenchem qualquer critério da patologia ou manifestam qualquer grau de incapacidade e disfuncionalidade. Ou seja, contamos com uma amostra resiliente, a qual contudo será confirmada através da escala de medida da resiliência Cd-Risc (Connor & Davidson, 2003, trad. por Faria & Ribeiro, 2008), uma vez que Windle, Bennett e Noyes (2011) concluíram, após a investigação de 15 escalas psicométricas de avaliação da resiliência que as melhores escalas de medida são a CD-RISC⁸, RSA⁹, BRS¹⁰.

Os participantes serão também avaliados relativamente ao seu perfil de personalidade, nomeadamente à sua sensibilidade emocional, traduzida pela avaliação da dimensão de desvio psicopático (hostilidade), observada no SCL-90-R (Derogatis, 1993, tradução e adaptação de Galhardo, Castilho & José Pinto Gouveia, 1999), bem como pela análise do conteúdo das entrevistas efectuadas.

Adicionalmente serão sujeitos a testes clínicos, em dois momentos distintos - no início e após o período de treino militar - de análise à urina e plasma, no que respeita a presença de catecolaminas, bem como de glicose e cortisol - medidas estas associadas a níveis de *stress* - segundo os seguintes procedimentos, a analisar laboratorialmente pelos técnicos hospitalares:

- Urina de 24h
- Colheita de plasma à primeira hora da manhã.

⁸ CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003).

⁹ RSA: Resilience Scale for Adults (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge e Martinussen, 2003).

¹⁰ BRS: Brief Resilience Scale (Smith et al, 2008).

Os participantes serão sujeitos a avaliação relativamente ao uso de substâncias psicoactivas legais e ilegais, resultando em exclusão, caso se verifique.

A nossa amostra inicial, para aferição das competências da resiliência e estratégias de *coping*, bem como de despistagem de psicopatologia, abuso de substâncias é constituída inteiramente pelo género masculino com uma média de idades de 29,4 anos, sendo que um dos sujeitos com 38 anos é factor desse resultado, aos 17 sujeitos avaliados a média resultaria em 27,3 anos de idade. Inserem-se neste grupo patentes da classe dos sargentos e oficiais, os quais foram previamente seleccionados pela hierarquia militar mediante os resultados obtidos na avaliação de resistência física e psicológica e motivação manifestada, no intuito de assegurar o requerido sucesso do treino que visa a preparação para missões de paz em territórios hostis.

Também analisaremos quais as variáveis contributivas à Resiliência que são mais relevantes para fazer face ao *stress* ou trauma e os mecanismos de *coping* adoptados, para alcançar satisfação com a vida, através de uma entrevista semi-estruturada, com recolha de dados sociodemográficos, e perguntas abertas e semi-abertas, elaborada para o efeito e à luz da revisão bibliográfica efectuada a mais de 50 artigos científicos e da escala de satisfação com a vida SWLS (Diener et al, 1985, traduzida e aferida por Simões, 1992)

Ainda incluímos, para despiste de psicopatologia, o questionário, a preencher antes e depois do treino militar de preparação para a missão, de auto-resposta SCL-90-R (Derogatis,1993, tradução e adaptação de Galhardo, Castilho & José Pinto Gouveia, 1999), uma vez que é o instrumento adoptado pelo Centro de Saúde Militar,

nomeadamente incluído no protocolo de avaliação psicológica das consultas de peritagem médico-legal.

O protocolo de avaliação clínica contempla assim:

- Recolha de dados sociodemográficos: idade, naturalidade, origem étnica, género, profissão/posto, estado civil, habilitações literárias, patologias clínicas diagnosticadas, hábitos comportamentais de risco, estratégias de *coping* adoptadas, ocupação dos tempos livres, vivências adversas/traumáticas.

- Entrevistas exploratórias elaboradas à luz da revisão científica sobre resiliência e trauma para avaliação da percepção de competências para fazer face ao stress ou trauma e simultaneamente de satisfação com a vida.

- Escala da resiliência CD-Risc (Connor & Davidson, 2003, trad. por Faria & Ribeiro, 2008). Questionário de auto-resposta com 25 itens ordinais, desde 0 (nada verdadeira), 1 (raramente verdadeira), 2 (algumas vezes verdadeira), 3 (geralmente verdadeira) e 4 (quase sempre verdadeira). A pontuação vai desde 0 a 100. A pontuação mais elevada corresponde a maior nível de resiliência. A escala foi construída à luz da investigação sobre tenacidade, orientação para a acção, auto-eficácia, confiança, adaptabilidade, paciência e resistência face à adversidade, assim como baseado nas características de figuras marcantes da história, reconhecidas pela sua resiliência.

- SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R de Derogatis, 1993, trad. por Galhardo, Castilho e Pinto-Gouveia, 1999). Questionário de auto-

resposta com 90 itens ordinais com resposta de nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes, que avaliam 9 dimensões da personalidade: a somatização, a depressão, a ansiedade, a fobia, a obsessão/compulsão, hostilidade, paranóia, psicose e sensibilidade interpessoal.

- Escala de avaliação da satisfação com a vida em geral SWLS (Satisfaction with Life Scale de Diener et al, 1985, validada por Simões, 1992). Questionário de auto-resposta com 5 itens ordinais, com respostas de 1 (discordo muito), 2 (discordo um pouco), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo um pouco) e 5 (concordo muito).

- Análises ao plasma e urina, para identificação dos níveis de cortisol e glicose e catecolaminas presentes, bem como outros marcadores com relevância.

Recolhemos a informação, para posterior tratamento estatístico de dados, recorrendo ao Spss.

INTERESSE DO ESTUDO E CONCLUSÕES

Sabemos que a Resiliência tem como seus determinantes a neurobiologia, a genética, o ambiente e temperamento de um indivíduo, mediante a sua idade, género e cultura de origem, bem como o contexto e tempo de ocorrência dos eventos por si experienciados, estando também reconhecidos os seus factores protectores, de risco e vulnerabilidade.

Sabemos ainda que o estilo de *coping* activo e empenhado define a personalidade resiliente. E sabe-se que para a construção da resiliência concorrem vários factores como bom temperamento, boa auto-estima e auto-confiança, *locus* de controlo interno, adaptabilidade à mudança, orientação para a ação em função de objectivos, a fé ou harmonia com uma fonte espiritual, o sentido de humor, o optimismo, a inteligência, a criatividade, a autonomia e independência, a capacidade de estar só, a tolerância a emoções negativas, laços familiares e sociais fortes e afectivos, a vinculação romântica segura, a empatia, a perseverança, a sociabilidade, o altruísmo, a paciência, a coerência, o sentido de compromisso, o orgulho e brio, a capacidade de reconhecer oportunidades e alternativas, a procura de auto-realização e a experienciação de sucesso e de algum stress.

Nesta fase de investigação da resiliência como salientam Connor & Zang (2006), a investigação deve encontrar respostas para a pergunta “Qual a motivação para recuperar de forma resiliente e onde a encontro?”. A nossa investigação pretende contribuir para essa resposta, formulando que a grande motivação poderá advir do Bem-estar endócrino. Os estudos da resiliência têm contemplado sobretudo, como refere Cicchetti (2010) a avaliação de indivíduos em ambientes hostis, de forma a provarem a sua “magia adaptativa” ou resiliência. Impõe-se portanto estudar a resiliência em ambientes positivos, aliando a resiliência à satisfação com a vida.

Assim, ao avaliar a resiliência de um indivíduo, avaliando as competências desenvolvidas para lidar com a adversidade e alcançar satisfação com a vida, aliada à investigação dos dados fisiológicos do indivíduo resiliente, pretendemos ilustrar o que melhor promove a saúde e protege da doença, permitindo perspectivar novos modelos de

intervenção terapêutica e conhecer o que conduz a melhor qualidade de vida da sociedade em geral.

Anunciam-se assim ganhos futuros quer em termos de saúde quer económicos, pois melhor saúde garante não só redução de riscos e custos, traduzidos pelo decréscimo do consumo de medicação e serviços do sistema nacional de saúde bem como de perspectiva de aumento de produtividade e desempenho nas empresas e instituições.

Importando ainda referir que este estudo pode beneficiar não somente a sociedade em geral, nos termos supra referidos, mas também quem intervenha em missões de emergência e risco, quem preste cuidados de saúde e paliativos, educadores e investigadores.

Pois tal como refere Afonso de Albuquerque et al (2003), a percentagem da população adulta portuguesa que foi exposta a pelo menos uma situação traumática foi de 75,7%, e a mais do que uma situação traumática foi de 43,5%. À data da recolha de informação, a prevalência de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST) foi de 5,3%, correspondendo esta a 440395 casos. Estes resultados, ainda que possam parecer surpreendentes, são da mesma ordem de grandeza de ocorrência de PPST ao longo da vida, na população adulta de países desenvolvidos (uma em cada doze pessoas) e a sua duração é com frequência prolongada (5,3% mantinha os critérios de diagnóstico à data da entrevista), refere ainda que outro estudo (Solomon, 1997), estima que aproximadamente um terço da população estará exposta a um trauma severo, durante a vida e como se calcula que entre 10% a 20% irão desenvolver PPST, a estimativa para a população geral oscilará entre os 3% e os 6% (Zohar, 1998), ainda que muitos não sejam diagnosticados e conseqüentemente não sejam tratados. Sareen et al (2007) indicaram uma prevalência de perturbação mental e percepção

de necessidade de cuidados de saúde de 14,9% e 23,2% respectivamente, sendo que a maioria dos indivíduos que reuniam critérios de diagnóstico para perturbação mental nunca recorreram aos serviços de saúde mental e operacionais de combate e testemunhas de atrocidades foram associados com maior prevalência de doença mental e percepção de necessidade de cuidados, tendo este estudo de amostra representativa de militares sido o primeiro a examinar a relação entre experiências relacionadas com combate e saúde mental, fornecendo evidências de associação positiva entre exposição a combates e testemunho de atrocidades, e perturbações mentais e percepção de necessidade de tratamento.

E como defendem Raphael & Ma (2011) a compreensão do rosto humano do desastre, das suas forças e resiliência e simultaneamente proteger e cuidar de quem sofre profundos traumas e dores são assuntos centrais e a ciência deve preparar-se para intervir na sobrevivência, ajuda e gestão de emergências e recuperação. Windle, Bennett e Noyes (2011) concluíram que um grande número de escalas de medida está na sua fase inicial, requerendo mais trabalho de validação transcultural, adaptação para crianças e adolescentes.

Torna-se vital trazer a luz os marcadores biológicos da resiliência, no actual paradigma que privilegia a promoção da saúde em complemento do anterior que privilegiava a prevenção da doença, traduzido pelos estudos significativos no reconhecimento de marcadores biológicos das patologias, particularmente da PSPT. Também é de incentivar a elaboração de estudos longitudinais antes e depois do(s) evento(s) potencialmente traumático(s), efectuar acções de formação sobre Resiliência, promoção da Saúde e Bem-Estar, bem como de prevenção de comportamentos de risco e vulnerabilidade, e ainda

validar escalas de resiliência para as diversas populações, de forma a confirmar a universalidade dos aspectos promotores da resiliência e consequentemente capacitar o indivíduo das vantagens do treino da resiliência. Treino este adaptado a características idiossincráticas e contextos desenvolvimentais, tendo em consideração aspectos de ordem social e emocional, como a importância dos apoios sociais e comunitários recebidos e avaliação dos laços afectivos estabelecidos, ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo, de forma a melhorar os aspectos a treinar na vida adulta que estiveram ausentes na formação psicossocioemocional em criança. Pois os estudos indicam uma correlação positiva entre resiliência infantil e adulta. A Psicologia enquanto treino de competências e desenvolvimento das capacidades inatas traz múltiplas vantagens, seja avaliando as competências biológicas e psicológicas dos indivíduos, assim como as suas dificuldades, avaliando quem tem condições para treino básico ou de treino avançado, para o sucesso do seu desenvolvimento pessoal e inerente adaptabilidade ambiental. O objectivo fundamental do treino é assim promover o Bem-Estar, e a prevenção da doença, tomando para avaliação as medidas fisiopsicossocioemocionais traduzidas nas performances dos domínios fisiológico, cognitivo, social/relacional e afectivo/emocional.

Cap.2 – As ferramentas da resiliência

2.1- O Amor e a Arte na construção da resiliência e satisfação com a vida

Felicidade: Amor e Arte

RESUMO: Sabendo que a Arte é um processo de exploração criativa ou de criação, construção, significação, simbolização, e incessante re-exploração, re-criação, re-construção, re-significação, re-simbolização, torna-se instrumento para promover o autoconhecimento ou auto-consciencialização, seja por via catártica, vômito do ventre visceral, ou de sublimação, expurgação, ambas vias de purificação do impuro, libertação das emoções recônditas, reféns, recalçadas. Com o objectivo de desvelar o segredo da felicidade em idade avançada, percorremos a literatura científica, sobre os temas pertinentes à arte de envelhecer: as emoções e sua (di)gestão, a resiliência e porque conceptualizada por Freud enquanto sublimação, recorremos ao método da entrevista, num estudo exploratório com 19 indivíduos artistas e 5 não artistas com idade superior a 50 anos, formulando 2 questões abertas: 1- De 1 a 10 como avalia a sua felicidade? e 2- Quais são os cinco maiores aspectos que contribuem para uma vida feliz? Os resultados deste estudo exploratório vão de encontro com a literatura, demonstrando que a variável concebida enquanto primordial à felicidade fora com unanimidade o Amor, seguidamente a Arte

(unanimidade nos artistas e nenhum não-artista), Saúde surge 12 vezes, Família e Filhos com 10, Sucesso 9, Dinheiro 8. Obtivemos ainda as respostas: Tempo, Comunicação, Conexão e Comunhão com os outros, Empatia, Inspiração, Generosidade, Beleza (associada à Arte), Natureza, Animais, Sonhar, Perseverança, Autenticidade, Sinceridade, Vivacidade e Curiosidade, Alegria, Viajar, Crescimento activo, Auto-estima, Inteligência, Liberdade, Música, Ciência, Boa comida, Relativização (“Consciência de que as condições de saúde e económica podiam ser piores”), Saber aproveitar a vida com consciência das alternativas e oportunidades e realismo (“Ter feito quando pude: viagens, aventuras, loucuras tudo o que fiz e que hoje não poderia fazer devido à idade e condições físicas”), Harmonia, Paz, Tolerância, Fé e Espiritualidade. Resultando deste estudo a Arte como fonte de purificação, alívio e galvanizadora, essencial à Felicidade, parece-nos prudente retomar a aliança entre Psicologia e Arte.

PALAVRAS-CHAVE: Velhice, Felicidade, Resiliência, Sublimação e Arte.

Well-Aging Art

ABSTRACT: Knowing that Art is a creative exploration process or creation, construction, signification, symbolization process, and permanent re-exploration, re-creation, reconstruction, re-signification, re-symbolization, became an instrument to promote self knowledge or self conscience, by cathartic way, vomiting visceral rotten or by sublimation, expurgation, both ways of impure purification, remote, hostages, repressed emotions liberation. With the purpose to reveal the secret of happiness for older age, we reviewed the pertinent scientific literature: emotions and its management digestion, resilience and as conceived by Freud as sublimation, we interviewed 19 artists, and 5 non-artists individuals, with more than 50 years old, in a exploratory study, asking them 2 open questions: 1- From 1 to 10 how do you evaluate your happiness? and 2- which are the 5 major aspects that contribute to an happy life?. Results from this exploratory study were consistent with the literature, revealing that the variable conceived as primary to happiness was unanimously Love, followed by Art (unanimously among artists and none non-artist), Health was answered by 12 individuals, Family and Sons 10, Success 9, Money 8. We obtain other answers as: Time, Communication, Connection and Communion with others, Empathy, Inspiration, Generosity, Beauty (associated to Art), Nature, Animals, Dreaming, Perseverance, Authenticity, Sincerity, Vivacity and Curiosity, Joy, Travel, Active Growing, Self-esteem,

Intelligence, Freedom, Music, Science, Good food, Relativization (“Conscience that health and economic conditions could be worst”), Seize life with realism and conscience of alternatives and opportunities (“Had made when I had the chance: travels, adventures, crazy things, everything that today I couldn’t anymore due to my age and physic conditions”), Harmony, Peace, Tolerance, Faith and Spirituality. Resulting from this study Art as the purification, relief and galvanizing source, essential to Happiness, it seems to us prudent renewing the alliance between Psychology and Art.

KEYWORDS: Old age, Happiness, Resilience, Sublimation and Art.

INTRODUÇÃO

O Peace&Love dos anos 60 marcou indelevelmente a sociedade pela mudança exigida de paradigma ideológico, mais consciente da rápida transformação do mundo, operada pelos avanços tecnológicos, e suas consequências tão maravilhosas como potencialmente avassaladoras. Esta nova consciencialização da condição efémera da vida, obrigou a uma profunda reflexão sobre a direcção da humanidade, se em direcção à luz ou às trevas. A vida devia ser preservada e a doença prevenida. Neste sentido também o envelhecimento saudável mereceu a atenção da Gerontologia. Assim e segundo Neri (2003) envelhecer ou ser velho não obrigava a uma associação com doença, inactividade, impotência ou dependência, esta tão bem traduzida pela frequente expressão de que “a velhice é o retorno à infância”, pois casos de velhice bem-sucedida revelam os aspectos positivos da idade avançada. Compreender o sucesso de envelhecer saudavelmente obedece a avaliação das características inerentes ao ser humano, idiossincraticamente social. Todavia chegar a idade avançada, ou melhor dizendo, ter em conta a longevidade de um indivíduo não deve ser critério de fundamentação para o envelhecimento saudável, activo e bem-sucedido. Como reflecte Neri (2008), o processo envolve múltiplos factores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde. O conceito gera debates porque depende de uma apreciação individual que é justificada no bem-estar subjectivo. São infinitas as formas de sentir e avaliar a própria vida, de maneira que a interpretação literal da expressão “bem-

sucedido” sugere uma noção simplista de sucesso ou fracasso. Para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as competências dos idosos, as pesquisas sobre o tema devem ser conduzidas pela perspectiva integrada: análise dos dados objectivos e das percepções pessoais. O envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objectividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas. Envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenómeno. O objectivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, activo ou bem-sucedido.

TEORIAS - A FELICIDADE DE ENVELHECER

A religião, a ciência, a arte, a filosofia, a natureza, a educação e a literatura são caminhos para se chegar a uma transformação pessoal. É a partir desse princípio que a vida de uma pessoa idosa pode vir a ser de grande riqueza interior em relação ao encontro com o próprio *self*, com a sua essência. Então, com maior conhecimento, se pode exercitar o corpo e a mente até chegar à plenitude de capacidades e cultivar modos mais livres e positivos de ser, competências estas que permitem uma

melhor apreciação das dimensões da vida humana (Sad, 2001).

De acordo com um estudo realizado, sobre vivências de felicidade de pessoas idosas, Luz & Amatuzzi (2008) constataram que a dimensão familiar e a dimensão laboral possuem grande importância, sendo fontes de felicidade. Verificou-se que a velhice pode ser um período prazeroso, com projectos e realizações, embora esteja directamente ligada à qualidade de vida, a velhice pode ser um período de liberdade e de experiência acumulada, ocasionando maior grau de especialização e capacitação, com o desenvolvimento de projectos de vida e de potencialidades. Portanto podemos constatar que desde o dia em que nascemos estamos em contacto com muitas pessoas, passando por vários grupos e desempenhando diversos papéis sociais, proporcionando-nos a sensação de pertença a algo, a alguém, bem como de valorização ao desempenhar este ou aquele papel. Além do aspecto da convivência social, outro importante é a estimulação inerente a pensar, fazer, discutir e aprender. O desempenho de actividades e o contacto social podem contribuir para o reforço do sentimento de valor pessoal, do autoconceito e da auto-eficácia, facilitando a adaptação do idoso às suas perdas (Deps, 2003; Zimmerman, 2000).

É importante reconhecer, no idoso, o seu papel mediador na vida social, nos diversos tempos e espaços. Partindo deste princípio, a velhice constitui um tempo estratégico da vida em sociedade. Porém, o que a velhice representa está em nós e na imagem que construímos (Gusmão, 2001).

Segundo Bearon (1996), de acordo com a Teoria da Continuidade (Continuity Theory; Atchley, 1972) as pessoas que envelhecem com mais sucesso são aquelas que mantêm a sintonia dos hábitos e

preferências, bem como os estilos de vida desenvolvidos na meia-idade. Esta teoria tem bastante apoio por parte de estudos longitudinais que têm mostrado que variáveis medidas na meia-idade predizem resultados consistentes para a velhice, e que muitas características psicológicas e sociais são estáveis ao longo da vida. Os alicerces da velhice bem-sucedida são fundados em estilos de vida que mantêm o corpo e a mente saudável através do exercício, bons hábitos de nutrição e envolvimento em actividades interessantes que desafiam a mente. O desenvolvimento desses hábitos relaciona-se com a educação e as atitudes da família e amigos que valorizam a vida saudável e produtiva. O envelhecimento adequado também se relaciona com o facto de, na meia-idade, se aprenderem técnicas de redução do *stress*, de coping face a mudanças, e se ingressar em actividades de lazer que não sejam demasiado exigentes em termos de força física e de endurance. Outra estratégia importante é a manutenção de um sistema de apoio social e a capacidade de estabelecer novas amizades, de forma a fazer face ao processo de luto exigido pela mais frequente perda de amigos nesta fase de vida de idade avançada. A preservação da auto-estima surge como primordial ao envelhecimento bem-sucedido. A terceira idade não obriga a um corte radical com o passado, visto que as mudanças ocorrem gradualmente e, muitas vezes, imperceptivelmente. Concorrentemente, teóricos e investigadores do domínio da biomedicina têm também vindo a propor modelos de envelhecimento bem-sucedido, se bem que até 1980, muitos investigadores definiam o envelhecimento bem-sucedido em termos de duração da vida. Alguns estudaram os factores que propiciavam vidas extraordinariamente longas. Outros fizeram investigações em laboratório explorando as possibilidades de aumentar a vida humana controlando variáveis como

a alimentação. Mais recentemente o enfoque da investigação assenta nas formas de atrasar os declínios a favor de uma “esperança de vida activa”, ou seja, o número de anos passados sem doenças e incapacidades (Fries & Crapo, 1981, American Federation for Aging Research & the Alliance for Aging Research, 1995), salientando que a qualidade de vida é tão importante como a quantidade de vida, ou é no mínimo necessária para o envelhecimento bem-sucedido. Dois novos modelos de envelhecimento bem-sucedido surgem na década de 90. Um, enfatizando o potencial de crescimento e os pontos fortes dos indivíduos que estão a envelhecer (Sullivan & Fisher, 1994), e outro assente no modelo "loss-deficit", utilizando conceitos como auto-eficácia (Bandura, 1982), mindfulness (Langer, 1989), eus possíveis (Markus & Nurius, 1986), enriquecimento de vida (Manheimer, 1994) e empowerment (Myers, 1990) para descrever o estilo e estágio de vida caracterizados pela auto-actualização. E surgem inúmeras publicações com títulos sugestivos e positivos como *The Ageless Self* (Kaufman, 1986), *The Fountain of Age* (Friedan, 1993), *Vital Involvement in Old Age* (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986), *Reclaimed Powers* (Gutmann, 1987), *In Full Flower: Aging Women, Power and Sexuality* (Banner, 1992), *Productive Aging* (Butler & Gleason, 1985) assim como artigos sobre envelhecer-bem (George & Clipp, 1991; Fontane & Solomon, 1995/1996). Embora, à semelhança da Teoria da Actividade de Neri, com o seu enfoque na acção e da Teoria da Continuidade de Atchley, com a sua orientação desenvolvimental, estes modelos, focando os pontos fortes, dão ênfase às dimensões internas da experiência e ao papel-chave da motivação intrínseca como fundamentação da acção e fonte de resiliência para os indivíduos que estão a envelhecer.

RESILIÊNCIA & SUBLIMAÇÃO: PSICANÁLISE & ARTE

Segundo a revisão científica de Nobre, S. (2011), Werner & Smith (1982) e Werner (1992) pioneiros no estudo da resiliência, Resiliência é a capacidade do indivíduo se reerguer, recuperando o seu equilíbrio, mesmo após vivências de extrema dor e perda. Grafton, Gillespie & Henderson (2010) definem resiliência como uma energia inata ou força de vida motivada, presente em cada indivíduo em vários graus, exemplificada pela presença de traços ou características particulares que por aplicação de processos dinâmicos, habilita o indivíduo a lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao *stress* ou adversidade, podendo ser desenvolvida ou aumentada através de práticas transformacionais cognitivas, educação e apoio ambiental. Ungar M. (2011) define resiliência como a “magia” do sucesso desenvolvimental e adaptacional dos indivíduos mesmo expostos a grande adversidade, resultante da influência genética e ambiental. Lopez, A. (2011) define Resiliência como a capacidade de um indivíduo perseverar mesmo em condições adversas, surgindo Resiliência e Vulnerabilidade não enquanto conceitos absolutos mas enquanto constructos psicossocioemocionais de um *continuum* fenomenológico. **Um indivíduo resiliente não é invencível a todos os eventos da vida, mas tem a capacidade de lhes resistir na maioria das circunstâncias.** Factores genéticos e ambientais determinam a resiliência que portanto pode ser modificável individualmente e culturalmente. A resiliência não encerra em si a capacidade de resistir a situações difíceis ou mesmo traumáticas, mas de lhes corresponder com uma eficácia adaptativa, resultante de um coping activo, empenhado e orientado para a felicidade.

Da literatura sobre resiliência, uma das suas características é a

criatividade que nos merece um particular destaque dado o tema a abordar: A Arte de Bem Envelhecer.

E reflectindo na importância da criatividade, imediatamente recordamos a importância da capacidade de *rêverie* e continência enunciada por Melanie Klein (1975) e posteriormente destacada por Bion (1975), bem como da curiosidade de Freud (1911) e Lacan (1966) pela Arte e seus artistas. Freud (1911) no conceito de sublimação enunciou a resiliência, e posteriormente Lacan (1966) formulando que a forma de expressão ou elaboração dos conteúdos mais indigestos pode passar pela sua transformação em arte, consoante a criatividade do sujeito. A capacidade de resilir é fundamental enquanto via de tolerância à frustração e sublimação, e esta da sua capacidade criativa, resultando no impacto positivo de construção da felicidade. De facto, pelo estudo aprofundado de emoções, motivações e inerentes competências idiossincráticas e aprendidas para lidar com a frustração, a sublimação enunciada enquanto processo de resiliência surge como via catártica da frustração. (Nobre, S., Vicente, F., Esteves, L.M., 2012)

A relação entre Psicanálise e Arte, à luz de Freud (1911, 1980, 1989), Kon (1996) e Roudinesco, & Plon (2000), nasce da compreensão da valia terapêutica da catarse. Da mesma forma que o Psicanalista tenta libertar as forças das trevas e sombras instaladas no inconsciente para defesa do ego, trazendo para o consciente de forma mais iluminada e digestiva os elementos indigestos, também a produção artística serve esse mesmo propósito de libertar os elementos indigestos, pelo vômito visceral, reformulado enquanto obra que sai do ventre, como concepção, gestação e por fim no acto do nascimento, como se eternamente se tratasse de um primogénito, ao dar à luz a obra-prima, ora visível, alcançável e palpável e por isso passível de

aceitação e compreensão. Como o artista plástico Paul Klee dizia "**A arte não reproduz o visível, faz visível**", Freud pretendia que o Psicanalista também ele fizesse o seu trabalho como o artista que simplesmente abrisse o horizonte à libertação das metáforas criadas pelos analisandos, desvendando os conteúdos latentes e mais carregados, expressos pelas narrações, histórias mais realistas ou confabuladas, comportamentos e sintomas, desejos, sonhos, e produções artísticas. (Nobre, S., Vicente, F. & Esteves, L. M.)

Também por isso, nos pareceu de crucial importância reflectir sobre o papel da criação artística e seu efeito terapêutico ou de "escape à loucura", de resolução da frustração por via catártica ou de sublimação, dando voz aos autores desta sentença: os artistas, que encontram no acto criativo não somente uma via de purificação e expurgação: sublimação mas uma fonte de felicidade.

METODOLOGIA: OS ARTISTAS REVELAM A FELICIDADE

As entrevistas foram recolhidas por intermédio da rede social *facebook* com observação de *posts* e comentários nos grupos artísticos a que pertenciam os sujeitos. A autora Sofia Nobre criou assim na supra citada rede, um grupo criativo, que denominou *PsycretsUnderFineArt*, convidando e convocando os utilizadores reconhecidamente artistas para responder a 2 perguntas sobre felicidade. Todos os participantes aceitaram participar no estudo através de consentimento informado, autorizando o uso e publicação da informação recolhida.

Quando investigamos os ciclos de vida é de salientar que o mais importante são as associações entre as expectativas que se enunciam

para determinada idade e as efectivas realizações nessa idade ou ciclo de vida. Ciclos estes que se sucedem num *continuum*, e à luz de Erickson (1982), os vários ciclos que compõem a vida, representam diferentes estágios de desenvolvimento, estando-lhes associada uma crise ou um conflito a resolver. Na sua Teoria Psicossocial, que formula em 9 estágios, a não resolução do conflito do 7º estágio (30 aos 60 anos) tem grande impacto nos seguintes, daí ter-se optado por questionar artistas com idade a partir de 50 anos. E gerando-se a oportunidade de obter respostas de artistas de diversas nacionalidades, e para se conseguir um razoável carácter de universalidade, este mesmo texto foi traduzido para inglês, francês, espanhol e italiano.

Esta ambição de universalidade, à data, não foi realizada, pois a amostra conta no total com 24 indivíduos, a saber 19 artistas, dos quais 16 homens e 3 mulheres e 5 não-artistas, dos quais 3 homens e 2 mulheres, contando com nacionalidades Portuguesa, Brasileira, Espanhola, Argentina, Mexicana, Italiana, Norte-Americana, Inglesa, Alemã e Holandesa.

As entrevistas foram formuladas nos seguintes termos, adequando apenas o texto tendo em conta se o indivíduo tem ou não produção artística: Se é artista (Se não é artista) e tem pelo menos 50 anos de idade, por favor, responda às 2 questões seguintes, por mensagem privada, de forma a evitar a sugestão de respostas, precedidas pelo texto introdutório: autorizo Sofia Nobre Frank, Doutoranda em Psicologia na Universidad de Extremadura, a usar e publicar as minhas respostas, preservando os meus direitos de anonimato e confidencialidade, para o seu estudo sobre "Felicidade após os 50 anos".
Obrigada

1- De 1 a 10 como avalia a sua felicidade?

2- Quais são os cinco maiores aspectos que contribuem para uma vida feliz?

___ anos, ___ género.

De fazer a ressalva que fora também solicitado que se enviassem as respostas por e-mail, de forma privada, para evitar a sugestão aos restantes respondentes.

Na voz de um artista, apresentamos a definição de Arte como aliada da Felicidade: “A Arte, para qualquer artista de qualquer expressão artística, é um Meio para a expressão aberta dos seus Sentimentos/Desejos, que de outra forma, não consegue dizer ou discutir ou fazer compreender. Nesse sentido, o artista narra em plenitude as expressões mais profundas da sua alma, ao mundo, de forma simples mas efectiva e toca o coração dos mais racionais, libertando-se, aliviado da pressão ou dor ou fardo que de outra forma carregaria sozinho. Assim as sensações, os sentimentos que a sua arte proporciona são as respostas para a felicidade do próprio artista.”

Os nomes dos indivíduos foram codificados, e as suas respostas aqui transcritas em tabela (Tabela 1), foram traduzidas para o Português, com supervisão especializada. Saliente-se que não foi questionado o grau de importância dos aspectos a considerar para a felicidade, pelo que a apresentação ordenada de 1 a 5, não confere com propriedade correlação com a importância atribuída a cada aspecto para a felicidade.

QUADRO 1

Artistas

Mulheres

Indivíduo Idade Perg. 1

Pergunta 2

16.19	54	4,0	Dinheiro	Criar	Animais	Tempo	Amor e Família
8.5.5	70	9,0	Criação/ Criatividade	Amar (fazer amor)	Natureza	Comunicação	Comunhão com o outro
8.1.7.19	58	9,0	A minha filha	Trabalho	Comunicação	Amar e Sonhar	A minha capacidade de realização, mesmo se demorar a acontecer

Homens

Indivíduo Idade Perg. 1

Pergunta 2

1.2	61	7,0	A minha viva e curiosa mente	Sucesso: o meu desejo para Criar e a Habilidade de o fazer	A minha Saúde física	Comunhão: Ter conexão espiritual com os outros e com o universo	Amor: A minha relação com a minha mulher
23.12	55	10,0	Tempo	Amor	Intensidade	Sucesso: Realização	Família
10.23	58	7,0	Saúde	Criatividade	Inspiração	Viajar	Amor
19.12.11	55	4,0	Saúde	Trabalho	Os meus filhos	Sonhos	Amor: Estabilidade emocional

20.8	50	7,0	Amor a minha mulher	A minha filha	Arte	Música	Ciência
2.20	53	8,0	Criar	Sinceridade	Autenticidade	Viajar	Amar e Ser amado
6.1	62	6,0	Saúde	Amor - Afectos	Trabalho	Tempo	Dinheiro
4.12	53	4,0	A liberdade da minha arte	Amor	Família e amigos	Consciência de que as condições de Saúde e Económica podiam ser piores	Ter feito quando pude (viagens, aventuras, loucuras) tudo o que fiz e que hoje não poderia fazer devido à idade e condições físicas
25.12	59	5,0	Saúde para mim, para os meus entes queridos e amigos.	Crescimento, descobrindo e compreendendo coisas novas todos os dias neste mundo.	Sucesso: A capacidade de expressar a vida através do meu trabalho reconhecido.	A felicidade de todos que me rodeiam	Amor para todos e todas as coisas que existem
22.3	56	7,0	Auto-estima	Beleza	Inteligência	Generosidade	Amor
7.19	57	10,0	Sucesso: Ter vivido fazendo o que queria e em que acreditava, fazendo Arte	Generosidade: ajudar os outros através do ensino e fazendo-os acreditar neles próprios enquanto artistas	Criar: o acto criativo torna a minha vida mais interessante e mantém me curioso e em constante aprendizagem	Ser artista, ser quem sou, viver em autenticidade	Amor
3.20	65	8,5	Arte	Amor	Dinheiro	Sucesso: Realização profissional	Família
14.13	54	7,0	Saúde	Amigos	Família	Sucesso através da minha Arte	Amar
13.2	55	3,0	Arte	Família	Amor	Amigos	Sucesso
18.19	69	8,0	Amor	Liberdade	Natureza	Criatividade	Comunicação
1.4	72	5,0	Amor	Saúde	Dinheiro Segurança financeira	Criar	Boa comida

Não-artistas

Mulheres

Indivíduo **Idade** **Perg. 1**

Pergunta 2

13,0	66	8,0	Saúde	Sorte	Amor - Afectos	Dinheiro	Alegrias para toda a Família
13.1	66	9,0	Saúde	Paz	Família	Harmonia com todas as pessoas	Fé Espiritualidade

Homens

Indivíduo **Idade** **Perg. 1**

Pergunta 2

13.18.3	58	6,0	Amor/Harmonia	Empatia	Diálogo Comunicação	Tolerância	Generosidade
10.22	54	7,0	Saúde: bem-estar físico	Sucesso: Realização pessoal	Dinheiro: independência financeira	Amor: independência emocional	Liberdade: fazer o que se quiser
16.1	65	7,0	Dinheiro	Saúde	Tempo	Filhos	Amor

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Da análise das entrevistas, e apesar do número reduzido da amostra mas de acordo com a literatura, surge a variável **Saúde** com grande expressão, identificada por 12 indivíduos como essencial à felicidade. A Arte obtém unanimidade entre os artistas (19), surgindo quatro vezes associada ao Sucesso, contudo um dos indivíduos identifica quer o sucesso através da arte, quer o acto criativo, como relevantes para a sua felicidade, os restantes três indivíduos associam a sua arte ao sucesso inerente à capacidade/habilidade de satisfazer o desejo de criar e de expressar a vida através do trabalho. Surge ainda uma vez associada à Beleza, uma vez associada à variável Tempo (Tempo para criar), uma vez associada a Liberdade, sendo entendida pela maioria dos artistas enquanto Trabalho, por ser de facto a sua profissão, bem como enquanto Criação e Criatividade. O **Sucesso** surge assinalado por 9 indivíduos, também entendido enquanto Realização Profissional, de Satisfação do desejo para criar e ter habilidade para o fazer, ainda enquanto Capacidade de expressar a vida através de trabalho reconhecido, e enquanto Sorte. Seguidamente **Família e Filhos** surgem no espectro da fonte de afectos, da graça de os dar e de receber (10) e relativamente a Amizade, 3 indivíduos assinalaram **Amigos**, sendo que um deles associado a Família.

Também a importância do Dinheiro é reconhecida, surgindo com alguma expressão, como forma de garantir saúde, segurança, e liberdade (8 indivíduos).

Outras variáveis contributivas à felicidade identificadas foram: Comunicação, Conexão e Comunhão com os outros, Empatia, Inspiração, Generosidade, Natureza, Animais, Música, Ciência, Sonhar,

Perseverança (A minha capacidade de realização, mesmo se demorar a acontecer), Vivacidade e Curiosidade, Alegria, Autenticidade, Sinceridade, Viajar, Crescimento activo (crescer, descobrindo e compreendendo coisas novas todos os dias), Auto-estima, Inteligência, Boa comida, Relativização (Consciência de que as condições de saúde e económica podiam ser piores), Saber aproveitar a vida com consciência das alternativas e oportunidades e realismo (Ter feito quando pude (viagens, aventuras, loucuras) tudo o que fiz e que hoje não poderia fazer devido à idade e condições físicas), Harmonia, Paz, Tolerância, Fé e Espiritualidade.

Todavia é o **Amor** que se destaca e surge com unanimidade como um dos grandes contributos e aliado da felicidade, concebido enquanto Afecto, Amor romântico, expressão de Sexualidade com satisfação e plenitude, e associado a Família, Mulher, Paz, Harmonia, Independência Emocional, Estabilidade Emocional e ao Sonho.

A relevância da expressão de unanimidade da vivência de amor enquanto primordial à felicidade remete-nos para a expressão de vinculação romântica na co-promoção da resiliência.

Efectivamente a resiliência promove o sucesso na relação e vinculação com o outro, como meio de superar as adversidades, aprendizagem e desenvolvimento harmonioso e feliz do *self*. A Resiliência e o Amor em co-construção de uma realidade feliz, que também se pode traduzir na atitude motivada de conservar a vinculação romântica segura, conservar o sentir a emoção de amor, fonte de energia e prazer. (Nobre, S., 2011)

A literatura científica, embora não profícua, tem provas dadas do benefício do amor, na saúde. A este respeito recordamos Ghafoori, Hierholzer, Howsepian & Boardman (2008) que exploraram com

veteranos de guerra, com e sem diagnóstico de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST), a vinculação romântica, vinculação parental e vinculação a Deus, enquanto factores protectores na adaptação, e investigaram as associações entre vinculação e percepção de relacionamentos importantes, resultando que: existem diferenças significativas relativamente à percepção de relacionamentos importantes nos grupos com e sem PPST; não existem diferenças significativas na vinculação parental ou divina; e que comparativamente aos veteranos com PPST, os sujeitos **sem** PPST tinham maior vinculação romântica segura. Já Esch & Stefano (2005) referiam que o amor, o prazer, a luxúria são potenciais promotores de saúde e redutores do stress, já que têm a capacidade de curar ou facilitar a motivação para comportamentos benéficos ao bem-estar. O amor protege e favorece comportamentos biológicos essenciais como comer, sexo e reprodução, sendo um fenómeno neurobiológico complexo, baseado nas capacidades de confiar e acreditar, e de prazer. Won Kim et al (2009) definem o amor como uma profunda emoção que prevalece como actividade humana universal, sendo frequentemente descrita como a experiência de maior motivação e recompensa. Quem ama tem tendência a focar a sua atenção no ente amado, é tipicamente mais energético.

Parece-nos, dos resultados obtidos neste estudo exploratório e revisão da literatura, óbvio que a melhor protecção da vida ainda é amar!

2.2- *A importância da Arte na prática terapêutica e desenvolvimento da resiliência*

CatÁrtese: desenho de uma técnica terapêutica

RESUMO: Num mundo material, de crises, nomeadamente de valores, com padrões educacionais assentes na superficialidade e consumismo e tal como nos materiais na obsolescência, onde um produto, um bem ou serviço é rapidamente substituído ainda que se encontre em estado de boa utilização e uso, urge, repensar o modelo terapêutico adequado a um *aqui e agora*, todavia de acumulação inevitável de frustração pelo indivíduo actual, que no fundo se torna repositório de recalcamientos pelo crescente alvo em que se tornou, neste mundo rápido, célere e de evolução, transformação e substituição, de permanentes avaliações e julgamentos, discriminações, exigências várias, quer em termos pessoais, de talentos pessoais, como profissionais, para os quais não foi preparado ou treinadas as competências. Neste sentido, propomos uma técnica que nos atrevemos apenas a desenhar, de aliança entre Psicologia e Arte. Nomeamos a técnica de CatÁrtese pela associação dos ensinamentos revistos da Psicanálise, fundamentalmente no conceito de catarse, de sublimação enquanto apanágio e/ou fonte de resiliência, e sua curiosidade na Arte, Criação Artística e Artistas.

PALAVRAS-CHAVE: Técnica terapêutica, Arte, Catarse, Sublimação e Resiliência.

CathÁrtesis: *therapeutic thecnique draw*

ABSTRACT: In a material world, of crisis, significantly of values, with educational patterns based on superficiality and consumerism and as in materials in obsolescence, where a product, good or service is rapidly substituted even if it is in a good state of use, urge a reflexion about the adequate therapeutic model to the *here and now*, although of inevitable frustration accumulation by the individual who became a repository of repressions, of this evolution, transformation and substitution fast world, as an increasing target of evaluations and judgments, discriminations, several requirements, both in terms of personal, and professional talents, for what he didn't been prepared or their competences been trained. In this sense, we propose a technique that we just dare to draw, of alliance between Psychology and Art. We named the technique as CathÁrtesis due to the revised Psychoanalysis knowledge association, mainly the catharsis concept, sublimation as resilience's attribute and/or source, and due to its curiosity about Art, Art Creation and Artists.

KEYWORDS: Therapeutic technique, Art, Catharsis, Sublimation and Resilience.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: APRE(E)NDENDO O ARTISTA

Uma das grandes curiosidades na obra de Freud é a frequente associação da Arte à Terapia.

São inúmeras as referências a artistas plásticos e visuais, poetas e romancistas. Também é de destacar a sua qualidade literária digna de um criador, de um artista e reconhecida pela atribuição, em 1930, do único prémio oficial recebido em vida, o Prémio Goethe, simultaneamente Literário e Científico.

A relação entre Psicanálise e Arte, à luz de Freud (1911, 1980, 1989), Kon (1996) e Roudinesco, & Plon (2000), nasce da compreensão da valia terapêutica da catarse. Da mesma forma que o Psicanalista tenta libertar as forças das trevas e sombras instaladas no inconsciente para defesa do ego, trazendo para o consciente de forma mais iluminada e digestiva os elementos indigestos, também a produção artística serve esse mesmo propósito de libertar os elementos indigestos, pelo vômito visceral, reformulado enquanto obra que sai do ventre, como concepção, gestação e por fim no acto do nascimento, como se eternamente se tratasse de um primogénito, ao dar à luz a obra-prima, ora visível, alcançável e palpável e por isso passível de aceitação e compreensão.

Como o artista plástico Paul Klee (1973) dizia "**A arte não reproduz o visível, faz visível**", Freud (1911) pretendia que o Psicanalista também ele fizesse o seu trabalho como o artista, que simplesmente abrisse o horizonte à libertação das metáforas criadas pelos analisandos, desvendando os conteúdos latentes e mais

carregados, expressos pelas narrações, histórias mais realistas ou confabuladas, comportamentos e sintomas, desejos, sonhos, e produções artísticas.

Recordando Christian Boltanski, um artista contemporâneo, que nos anos setenta elegia para a construção/elaboração das suas obras artísticas, pequenos objectos residuais recolhidos do quotidiano comum, e coleccionando-os, expunha como sendo a sua própria arte (“objectos transitivos”). Um dia, um jornalista, não resistiu a comentar-lhe: “Os objectos que apresenta como arte são idênticos aos que colecionam os loucos!” ao que Boltanski replicou: **“Os objectos recolhidos pelos loucos são fruto da sua própria loucura, enquanto que o meu acto [performativo] de os guardar, permite-me escapar à loucura.”**

A Arte é pois um processo de exploração criativa ou de criação, construção, significação, simbolização, e incessante re-exploração, re-criação, re-construção, re-significação, re-simbolização; potenciando-se ou promovendo-se o auto-conhecimento ou auto-consciencialização, seja por via catártica, vómito do podre visceral ou de sublimação, expurgação, sempre via da purificação do impuro, libertação das emoções recônditas, reféns, recalçadas.

Arte é tudo e tudo o resto é nada
(Eça de Queirós, 1884)

Apr(e)endendo o artista, reconhecemos que a interiorização de conceitos nem sempre se elabora enquanto processo consciente, é

manifestada pelo artista ou pensador enquanto veículos de expressão de sentimentos, pensamentos, tantas vezes não consciencializados senão após oportuno distanciamento e reinterpretação da catarse.

O objecto artístico ou a criação, produção de objecto de arte, é um acto fecundo e vital, catártico e extático, sai do ventre, sente-se. E Sentir é pois um Pensar maior, uma reflexão dentro d'alma, uma espiral entre razão e emoção, espiritual e carnal, negra e cândida, visceral e viva.

“A Poesia precisa de ter quem a entenda e quem a faça;
e olha que nem sempre os que a entendem a fazem, nem os
que a fazem a entendem”

(Júlio Diniz *in* A Morgadinha dos Canaviais, 1868)

Pois na grande maioria das vezes mecanismos puramente inconscientes operam nas expressões artísticas, porquanto ser insensato, “desmontar” manifestações de arte, sem estudar o artista. O artista será porventura, (sem ventura!) um adulto adverso à socialização mascarada de indiferença generalizada, que tal como a criança, sem real consciência do que “faz”, do que cria. Pois arte não se faz, arte sente-se. Tanto lhes devemos aos poetas, aos escultores, músicos e pintores, criadores, seres superiores, ou de supra-consciência, bem denunciada, na expressão do mais brilhante aforista, Óscar Wilde: Não é a arte que imita a natureza, é a natureza que imita a arte.

Apre(e)nder o Artista implica ter presente que a linha de raciocínio a seguir é a linha do metasentimento, ou do “despertar o que está para além do que se pensa sentir”, ou mais simplesmente do “pensar o sentimento” e encontrar as competências para desenhar o

Sonho, este definido como Objectivo concreto, plausível com dimensão real em crescendo até à sua materialização plena, seja através de singela expressão de arte, seja em explosão de arte catártica.

O ser humano, enquanto ser idiossincraticamente social, dotado de consciência, e por conseguinte equipado com um aparelho mental, racional e emocional e de plástica neuronal, daí também relacional, com os inerentes condicionalismos situacionais e disposicionais, encontra-se em processo contínuo de reformulação de si, do mundo circundante, e da sua relação com este. Ou seja, cada indivíduo, enquanto arquitecto do seu próprio mundo, quer externo quer interno, é senhor das suas significações (embora não o seja em plena verdade!) uma vez que estas resultam, consoante as suas emoções, explorações, manifestações, explosões e catarses. As suas edificações de conteúdo são elaboradas mediante esse processo de relação e co-construção de significações, em constante evolução, mediante a interacção do arquitecto consigo mesmo e com o mundo, e mediante a sua resiliência ou capacidade de se adaptar, lidar consigo próprio e com o mundo. Convém assim sublinhar a relevância do estado emocional em co-criação do estado motivacional que tem uma influência extraordinária para vencer qualquer desafio, traduzindo-se em fonte de energia, prazer e satisfação, convocando a mais grata sensação, a de bem-estar, essencial a uma vida saudável ou não! (Nobre, S, 2011)

O ser humano é assim um objecto complexo, versátil, em constante mutação, assente em processos superiores de racional emocionalidade, ou emotiva racionalidade, em que o jogo dos contrastes é apanágio de humanidade, jogo esse fomentado pelos aparelhos, consciente e inconsciente, tanto de coerências como de inconsistências.

O ser humano e sua condição humana conflituosa *per si* remete-nos para a sua perpétua e iminente vulnerabilidade à perturbação. O ser humano é pois um dilema de definição, um ser *performativo*, em constante ebulição, mesmo que estável ebulição. Um ser à procura de si nos seus encontros e desencontros, no palco da vida, em jeito de sublime brincadeira, actua, explora, sente, desperta a catarse, pensa o que sente, integra, intui, resolve, cresce.

Nesse movimento de crescer e no início do processo de desenvolvimento da aprendizagem, na criança, inscreve-se a capacidade de representação activa, ou seja, a aprendizagem é mediada pela acção, em que “saber é principalmente saber fazer” (Bruner, 1966); num segundo plano, as ideias coabitam o espaço das emoções e motivações (até aos onze anos as crianças podem bloquear, sempre que remetidas para espaços de pensamento ou idealização de objectos que não gostem ou receiem) e quando a aprendizagem se insere em contextos de conflito, seja como obtenção de aprovação ou amor dos pais, ou como agente provocador de rivalidade entre irmãos, como Freud desenhou, torna-se carregada ou libidinizada, e estes laços afectivos que relacionam conceitos e ideias são frequentemente fortes e de difícil descongestionamento. Uma vez que sentimento, acção e pensamento podem entrelaçar-se de tal forma que ou se misturam de forma harmoniosa, ou se misturam formando massas disformes ou camadas desordenadas, e se bem que do caos nasce a ordem, a amálgama de sentimentos, pensamentos e acções pode armar a dissonância no indivíduo, levando-o à ruptura. Todavia se em vez de atropelo, se reunirem as condições para a boa contenção dos elementos (Klein, 1946, Bion, 1975), pode gerar-se a catarse, criando-se e revelando-se o objecto artístico, ou simplesmente, “fazendo-se” arte. E

quando colocamos entre aspas fazer, é profundamente voluntário, porque arte não se faz, arte cria-se, gera-se, faz-se-lhe o parto como a um filho, sente-se. O objecto artístico ou a criação, produção de objecto de arte, é um acto fecundo e vital, catártico e extático, sai do ventre.

SENTIR: PENSAR MAIOR

Recordando Damásio (1995, 2003), sentir é pois um pensar maior, uma reflexão dentro d'alma, espiritual e cândida, visceral e viva, pois concluiu "ser a emoção precedente à cognição e esta depender principalmente daquela" e que "a emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro, resultando em alterações mentais adicionais" e ainda que "as emoções propriamente ditas – o medo, a felicidade, a tristeza, a simpatia e a vergonha – visam a regulação da vida, directa ou indirectamente. Não quer isto dizer que cada vez que nos emocionamos estejamos a contribuir imediatamente para a nossa sobrevivência e bem-estar. Nem todas as emoções são iguais no que diz respeito à sua capacidade de promover sobrevivência e bem-estar, e tanto o contexto em que a emoção ocorre como a sua intensidade tem muito a ver com os possíveis benefícios da emoção. Mas o facto de que certas emoções acabem por ser pouco ou nada adaptativas, em certas circunstâncias humanas actuais, não nega de forma alguma o papel adaptativo que essas funções desempenham na regulação da vida em fases bem diferentes da evolução". A objectividade cartesiana, como no

aforismo “penso, logo existo”, vai sendo substituída por: “Sou, sinto, mais logo penso”. As emoções são os grandes condicionantes dos pensamentos.

E Daniel Goleman (1995) escrevia que “na realidade, há muito mais subtilezas de emoção que palavras para as descrever” e que “todas as emoções são essencialmente impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida”, que “cada emoção representa uma diferente predisposição para a acção, cada uma delas aponta-nos uma direcção que já noutras ocasiões resultou bem para enfrentar o mesmo tipo de problema” e que “as nossas emoções afirmam, guiam-nos quando temos de enfrentar situações e tarefas demasiado importantes para serem deixadas apenas a cargo do intelecto – perigo, grandes desgostos, persistir na prossecução de um objectivo malgrado todas as frustrações, ligarmo-nos a um companheiro ou companheira, fundar uma família”. Em 2006 escreve: “sem dúvida que muito do que torna a vida digna de ser vivida se resume ao que nos faz sentir bem-estar – a felicidade e a sensação de plenitude. E os relacionamentos de qualidade são uma das grandes fontes desses sentimentos. O contágio emocional significa que uma boa parte dos nossos estados de espírito nos chega através das interacções que temos com outras pessoas. Num certo sentido, os relacionamentos ressonantes são como vitaminas emocionais que nos dão força nos momentos difíceis e nos alimentam diariamente. Para pessoas do mundo inteiro, os relacionamentos alimentadores são a característica mais unicamente reconhecida de uma boa vida. Embora os aspectos específicos possam variar de cultura para cultura, toda a gente considera que um bom relacionamento com os outros é o factor crucial de uma ‘existência óptima’. A vitalidade nasce do contacto humano, especialmente das conexões em que existe amor. As pessoas

de quem gostamos são uma espécie de elixir, uma inesgotável fonte de energia. As trocas neurais entre pai e filho, avô e neto, entre amantes ou entre um casal satisfeito, ou entre bons amigos, têm virtudes palpáveis.”

A categorização das funções cerebrais transformadoras do mundo sensorial em informação cerebral, passa pela atenção e concentração lhe dedicada, ignorando uns elementos, elaborando, significando – pensando e sentindo – outros. Como escreve Pio Abreu (2006), se a Consciência é o palco da nossa actividade psíquica, se a Atenção é a zona iluminada do palco, o **Sentimento** é, pelo menos, o cenário (ambiente e decoração do palco) perante o qual os diversos protagonistas – Pensamento, Imaginação, Percepção, Vontade – se exibem e interagem em simultâneo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENUNCIÇÃO DA TÉCNICA CATÁRTESE

CatÁrtese é o nome da técnica psicoterapêutica via Arte que deverá contemplar exposição ao sentimento-chave stressor de forma gradual, através de uma estimulação/proposta para realização/produção ou criação de objecto artístico, com nível de ansiedade crescente em doses razoáveis de provocação e desafio de limites ou despertares sensoriais.

Importa reflectir sobre o treino de resiliência a propor. Pois estamos no domínio terapêutico, que se quer de construção e edificação em alicerces consistentes de um mundo saudável e gerador de felicidade, não somente de alívio de sofrimento. Estamos no domínio terapêutico em que é crucial encontrar os meios de munir o

cliente/analizando das ferramentas adequadas à sua idiosincrasia, e de treino das suas competências. Estamos pois no domínio de facilitação da catarse, da sublimação. E reflectindo na importância da criatividade, imediatamente recordamos a importância da capacidade de *rêverie* e continência enunciada por Melanie Klein (1975) e posteriormente destacada por Bion (1975), bem como da curiosidade de Freud (1911) e Lacan (1966) pela Arte e seus artistas. Freud (1911) no conceito de sublimação enunciou a resiliência, e posteriormente Lacan (1966) formulando que a forma de expressão ou elaboração dos conteúdos mais indigestos pode passar pela sua transformação em arte, consoante a criatividade do sujeito. A capacidade de resilir é fundamental enquanto via de tolerância à frustração e sublimação, e esta da sua capacidade criativa, resultando no impacto positivo de construção da felicidade. De facto, pelo estudo aprofundado de emoções, motivações e inerentes competências idiossincráticas e aprendidas para lidar com a frustração, a sublimação enunciada enquanto processo de resiliência surge como via catártica da frustração.

Todavia, para que se reúnam condições favoráveis aos despertares, importa saber-se sobre alguma coisa, e esse saber constitui pois uma interpretação pessoal sobre essa coisa, supõe uma transformação equivalente à do artista quando cria, tal como na prática psicanalítica, em que uma interpretação é uma transformação, em que uma experiência vivida de uma maneira é considerada segundo um determinado registo e transformada, contida e devolvida mediante a criatividade e capacidade contentora do terapeuta.

Atendendo ao trabalho de revisão da literatura sobre Resiliência de Nobre, S. (2011) podemos desenhar o treino das características contributivas da resiliência, sabendo que a resiliência não encerra em si

a capacidade de resistir a situações difíceis ou mesmo traumáticas, mas de lhes corresponder com uma eficácia adaptativa, resultante de um *coping* activo, empenhado e orientado para a felicidade. A resiliência tem determinantes biológicos e ambientais e revela-se pelas características que lhe estão associadas ou para a qual contribuem as seguintes características: bom temperamento, boa auto-estima e auto-confiança, auto-eficácia e auto-realização; *locus* de controlo interno; inteligência; interesse em vários domínios ou áreas de conhecimento; criatividade; sentido de humor; optimismo; paciência; sentido de compromisso; noção de brio; perspicácia; tenacidade; coerência; capacidade de reflexão, prever, planificar e traçar objectivos; espírito de iniciativa; dinamismo; autonomia e independência; capacidade de estar só; flexibilidade/versatilidade/ plasticidade; laços familiares e sociais fortes e afectivos; vinculação romântica segura (confiança e segurança no amor); altruísmo; empatia; tolerância a emoções negativas; sociabilidade; capacidade de atitude de charme (cativar); experiências de sucesso (êxito académico, profissional, familiar,...); fé (harmonia com uma fonte espiritual); noção de oportunidade (ver as oportunidades, a mudança como oportunidade, o problema ou desafio como oportunidade de aprender, evoluir); consciência de alternativas e adaptabilidade à mudança.

Importa agora reflectir sobre a duração das sessões terapêuticas, as quais devem estar previstas para 90 min, e organizadas de forma a libertar, conter e devolver os conteúdos trabalhados. Embora cada caso seja um caso, consideramos ideal sessões previstas uma vez por semana. Pois tendo em conta o ritmo de vida da população, e sua disponibilidade para incluir quaisquer outro tipos de actividade no seu *modus vivendi*, pensar em sessões clínicas mais do que uma vez por

semana, põe em causa o resultado, uma vez que se ambiciona providenciar um ambiente quer de libertação e alívio como de real prazer. Todavia, considerando, que o analisando deseje aumentar o número de sessões clínicas, há que explorar/perscrutar a relação terapêutica estabelecida, a real motivação, o grau de vinculação estabelecido, se dependente e/ou manipulador. Não sendo aconselhável grande intensidade terapêutica, traduzida em aumento significativo quer do tempo de sessão, quer do número de sessões previstas por mês, uma vez que esta técnica terapêutica, tendo como veículo a dinâmica do inconsciente na criação de objecto artístico, é passível de despoletar catarses intensas e de menos fácil contenção. Propomos assim, como ideal a marcação semanal, considerado ser o ritmo adequado ao equilíbrio de digestão dos conteúdos físico e mental.

Embora apenas tenhamos desenhado esta técnica terapêutica CatÁrtese, certo é ser a Arte, tal como a Psicanálise sempre o denunciou, inegável instrumento de exploração do Eu, enquanto Eu-comigo, Eu em mim, Eu com o outro, Eu no outro, Eu e o Mundo, o Mundo em mim.

É imperioso aprender-ensinar, desenvolver, partilhar estratégias e técnicas eficazes de lidar com o mundo exterior, todavia torna-se tanto ou mais urgente aprender a lidar com o mundo interior, descobrindo as motivações intrínsecas, auto-reforços, sonhos, e “máscaras e ‘máscaras’” como ilumina o artista António Barros (2012) – a desmascarar, encontrando alternativas plausíveis às erróneas atribuições, carregadas de emoção, pilha a rebentar pelo pólo positivo ou negativo, seja então por excesso, ou por defeito, aceitando a condição de normalidade, mas para cada um, idiossincrática, peculiar e natural, adoptando a Atitude mais positiva ou consonante com a natureza, o todo, do qual todos

somos a ínfima parte, a atitude de aceitação, harmonia e respeito de todas as partes.

Como iluminou Jung (1921):

Quem olha para fora sonha e quem olha para dentro acorda.

O plano é para implementar agora. A terapia é o despertar sensorial, o despertar para a vida que se quer, que se deseja, que se tem direito. A terapia é um veículo facilitador da concretização do sonho de realmente viver, aprender a viver, não apenas sobreviver, mas viver com felicidade. O sonho é o objectivo de vida, um objectivo de vida para o qual é fundamental desenhar desde os alicerces e fundações, às paredes e tectos, janelas e portas, para que a edificação, a construção seja, senão eterna, de fundada segurança e satisfação, esta alcançada em plenitude quando em fase de decoração, arcos e portadas, relevos e cores, texturas e sensações!

**Cap. 3- Reflexão sobre as patologias que
podem emergir após a vivência de situações
adversas ou traumáticas**

3.1- *A Perturbação de Pós-Stress Traumático*

A investigação sobre resiliência assenta significativamente no estudo desta perturbação, através da recolha de dados da população exposta a extremo *stress* ou vivência traumática. (Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D., 2000; Bisson, J.L., 2008; Bugg, A., Turpin, G., Mason, S. & Scholes, C., 2009; Bauer, M.E., Wiek, A., Lopes, R.P., Teixeira, A.L & Grassi-Oliveira, R., 2010; Johnson, D.C et al, 2011; Lopez, A., 2011...)

Estudar a resiliência significa compreender quais as incapacidades evidenciadas na sua ausência, daí ser pertinente investigar a PSPT, à semelhança do que a investigação neuroanatômica demonstra, estudando as lesões das estruturas cerebrais e observando as consequentes incapacidades.

Perturbação de Pós-Stress Traumático

INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), o diagnóstico para Perturbação de Pós- Stress Traumático (PPST) implica que:

- A. A pessoa tenha sido exposta a um acontecimento em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:
 - 1. a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;
 - 2. a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror.
- B. O acontecimento traumático seja reexperienciado de forma persistente de 1 (ou mais) dos seguintes modos:
 - 1. lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções;
 - 2. sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento;
 - 3. actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a re-ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência,

- ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado);
4. mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático;
 5. reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
- C. Evitamento persistente de estímulos associados ao trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por 3 (ou mais) dos seguintes itens:
1. esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
 2. esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;
 3. incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma;
 4. interesse ou participação em actividades significativas fortemente diminuídos;
 5. sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
 6. gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
 7. expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).
- D. Sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:
1. dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
 2. irritabilidade ou acessos de cólera;

3. dificuldade de concentração;
 4. hipervigilância;
 5. resposta de alarme exagerada.
- E. Duração da perturbação (sintomas nos critérios B, C e D) superior a 1 mês.
- F. A perturbação cause mal-estar clinicamente significativo ou incapacidade no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

FACTORES DE RISCO, VULNERABILIDADE E NEUROBIOLOGIA DA PPST

Em revisão de 38 estudos publicados, Shalev (1996) agrupou os factores de risco para o desenvolvimento de PPST, em categorias gerais de: vulnerabilidade pré-trauma, preparação para o evento, características evento-relacionadas, magnitude do *stressor*, reacções imediatas ao evento e factores pós-trauma.

De facto, Brewin, Andrews & Valentine (2000) agruparam os factores preditivos de PPST em 3 categorias: factores preditivos da PPST *em algumas mas não em outras populações* são: género, idade no momento do trauma e raça; factores que prediziam a PPST *com maior consistência mas com variabilidade dependendo da população e métodos aplicados* são: a educação, trauma prévio e adversidade geral na infância; e factores com efeitos preditivos *mais uniformes* são: a história psiquiátrica, o relato de abuso sexual na infância e a história psiquiátrica familiar.

Lopez, A. (2011) afirma que indivíduos feridos no seguimento de evento(s) traumático(s) ou testemunhas de tais eventos têm maior vulnerabilidade a Perturbações de Stress, como a PPST. Skelton,

Ressler, Norrholm, Jovanovic & Bradley-Davino (2011) descrevem a PPST enquanto uma Perturbação da Ansiedade que pode ser desenvolvida como resultado de exposição a um evento traumático e está associada à adaptação funcional, referindo que os estudos baseados em gémeos e famílias indicam que o risco de PPST está associado a vulnerabilidade genética e que mais de 30% da variância associada à PPST está relacionada com a hereditariedade, sendo três os sistemas neurológicos primários que envolvem a etiologia e manutenção da PPST: o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), o sistema noradrenérgico do *locus-coeruleos* e o neuro-circuito de interconexão do sistema límbico com o córtex frontal.

Tal como salienta Yehuda (2004), a PPST pode ser desenvolvida após exposição a um evento traumático, em que o indivíduo experiencia, testemunha ou é confrontado com morte ou ameaça de vida ou graves ferimentos. Indivíduos com PPST frequentemente re-experienciam memórias intrusivas do evento de forma extremamente perturbadora e viva, sendo frequente recorrerem ao evitamento, na tentativa de escapar a essas memórias (pensamentos, sentimentos, lugares e conversas) relacionadas com o trauma, assim como experienciam sintomas de hipervigilância associados a dificuldade de concentração e de híper responsividade, sendo sugerido que a exposição prévia a trauma e intensidade da resposta podem influenciar o desenvolvimento de PPST, e que alterações neuroendócrinas como menores níveis de cortisol podem influenciar a formação e processamento das memórias traumáticas. Todavia os indivíduos que desenvolvem PPST representam apenas um pequeno subconjunto daqueles que foram expostos a trauma, tornando-se uma questão de sério interesse pela oportunidade de compreender porque certos

indivíduos se encontram em risco de desenvolver esta patologia, enquanto outros parecem mais resilientes aos efeitos do trauma. Cicchetti & Rogosch (2007) examinaram a resiliência de crianças desfavorecidas que sofreram e não sofreram maus tratos, em relação à regulação da resposta ao *stress* do cortisol e dehidroepiandrosterona (DHEA), assim como os constructos da personalidade de ego-resiliência e ego-controlo, tendo concluído que considerados conjuntamente prediziam a resiliência dos jovens em risco. Yehuda et al (2007), embora não tenham encontrado diferenças de volume do hipocampo, nos indivíduos com e sem PPST, avançam que os volumes menores do hipocampo observados em indivíduos com PPST podem estar associados a factores específicos de risco e resiliência, todavia estes indivíduos apresentavam significativamente menor nível de cortisol na urina, bem como menor memória. Szubert, Florkowski & Bobinska (2008) afirmam que a excessiva segregação de cortisol provocada por *stress* agudo parece ser a hipótese que explica a capacidade diminuída do hipocampo (correlacionado com as capacidades da memória). Gill, Saligan, Woods & Page (2009) observaram que indivíduos expostos a situações traumáticas, vulneráveis a PPST, apresentam altos níveis de citocinas inflamatórias e encontraram evidências de que a inflamação excessiva é, em parte, devida a insuficiente regulação do cortisol. Como implicações práticas admitiram que um excesso inflamatório da actividade imunitária dos indivíduos com PPST contribui para o declínio do seu estado de saúde, pelo que tratar os sintomas de PPST pode reduzir os riscos para a saúde. Radant et al (2009) sugerem que a ocorrência de defeitos na função do HPA na PPST pode ser uma resposta específica a combinações particulares do tipo de trauma, susceptibilidade genética e de história individual. Wittlevén et al

(2010) observaram que a exposição ao desastre está significativamente correlacionada com o desenvolvimento de PPST e nível de cortisol. E os principais sintomas de intrusão e hiperactividade foram associados com baixos e altos níveis de cortisol, respectivamente. Segundo Jovanovic et al (2010) um dos problemas centrais na PPST é a incapacidade em suprimir o medo em condições seguras, tendo demonstrado que pacientes com PPST não conseguem inibir o medo condicionado. Outro aspecto relevante encontrado na PPST é a hipersensibilidade da resposta do eixo HPA associada à inibição ao medo. Os resultados sugeriram que o comprometimento da função inibitória ao medo e as associadas alterações da resposta do eixo HPA podem reflectir a hiperactividade na amígdala apresentada em sujeitos com PPST. Pervanidou & Chrousos (2010) reconhecem na neuroendocrinologia da PPST que a desregulação do sistema do *stress*, que inclui o eixo HPA e o sistema noradrenérgico do *locus-coeruleus* do Sistema Nervoso Simpático (SNS), está envolvida na pathofisiologia da PPST e que a actividade do eixo HPA (hyper ou hipo-activação), evidenciada pelo nível de cortisol, pode depender de variáveis como a vulnerabilidade genética e mudanças epigenéticas, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo, tipo e cronicidade do trauma, depressão comórbida ou outras psicopatologias, abuso de álcool ou outras drogas e ainda do tempo passado desde a experiência traumática. Por outro lado, os biomarcadores da actividade do sistema nervoso simpático (SNS) são mais consistentes, mostrando após 24h um aumento de catecolaminas na urina ou plasma dos pacientes com PPST em comparação ao grupo de controlo. Assim a disfunção hormonal na PPST pode induzir alterações cerebrais, sintomas emocionais e comportamentais e por conseguinte desenvolvimento de outras perturbações, e ainda potenciar

o risco cardio-metabólico. De acordo com Nowotny et al (2010), perante *stress* psicológico agudo, o eixo HPA e o SNS são ativados. A libertação das hormonas do *stress* influenciam o metabolismo da glicose e podem activar as células imunitárias, influenciando assim o sistema imunitário, modelando o processo de inflamação. Após a exposição a *stress* agudo, os níveis de cortisol e frequência cardíaca tendem a aumentar. Altos níveis de glicose e insulina no sangue, após exposição a *stress*, também são observados ($p < 0.05$). Em conclusão, o *stress* agudo induz picos de glicémia e níveis elevados de insulina no sangue e um decréscimo dos marcadores do sistema imunitário e infamatório que estão associados com a diabetes do tipo 2. Apontando assim para um efeito do *stress* psicológico agudo sobre o metabolismo da glicose e processo inflamatório. Bauer, Wiek, Lopes, Teixeira & Grassi-Oliveira (2010) afirmam que a PPST parece estar associada a significativas alterações biológicas relacionadas com deficiências das funções cognitivas, da função atenuada (hypocortisolismo) do eixo HPA e activação das respostas imunitárias inatas (baixo grau de inflamação). A experiencição de situações de *stress* em idade precoce tem sido sugerida como meio de analisar a vulnerabilidade a Perturbações Afectivas. Eventos traumáticos experienciados na infância, tais como abusos sexuais e/ou negligência física, podem conduzir a doenças psiquiátricas na idade adulta, incluindo a PPST.

TERAPÊUTICA

Connor et al (1999) indicaram a fluoxetina como possível terapêutica à PPST. Southwick, Vythilingam & Charney (2005)

discutiram os factores neurobiológicos e psicossociais associados ao *stress*, comparando-os com os factores que caracterizam a resiliência. Dentre os factores neurobiológicos ressaltam os papéis da serotonina, noradrenalina, receptores da adrenalina, dopamina, neuropeptídeo Y, dehidroepiandrosterona (DHEA), corticotropina (CHR) e cortisol, e resultam como principais factores psicossociais associados ao *stress* e resiliência: emoções positivas e optimismo, humor, flexibilidade cognitiva, aceitação, espiritualidade, altruísmo, apoio social, papel dos modelos, estilo de *coping*, estilo cognitivo explanatório e de reavaliação, exercício, capacidade de recuperar de eventos negativos e inoculação de *stress*. Concluindo que as abordagens com maior potencial terapêutico, para o tratamento de psicopatologias induzidas pelo *stress*, centram-se nas dimensões psicológica, social, espiritual e neurobiológica. Zohar et al (2008) reconheceram os avanços na elucidação sobre a neurobiologia da PPST, e que os recentes estudos se focavam nos processos da Memória e no papel terapêutico desempenhado pela plasticidade do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) e em como pode ou não ser importante na actual intervenção terapêutica. Bisson (2008) refere que os tratamentos farmacológicos têm de facto um papel no tratamento da PPST, pois diversos princípios activos apresentaram-se superiores a um placebo e muitos indivíduos com PPST parecem beneficiar da medicação. Os efeitos colaterais são relativamente pequenos, sendo de esperar que no futuro surjam melhores medicamentos. Sabemos que certas áreas do cérebro se activam com o trauma, resultando em respostas emocionais e comportamentais, e alterações neuroquímicas e hormonais. A amígdala (Hairiri et al, 2002) está envolvida na resposta normal ao medo, na determinação de significado dos estímulos externos e desencadeia respostas de luta, fuga ou bloqueio. Estas

respostas levam ainda a alterações da actividade noutras áreas do cérebro, como o hipocampo e o córtex medial pré-frontal. Uma hipótese é que na PPST haja uma falha na regulação da reactividade da amígdala, resultando em hiper-reatividade a uma ameaça normal, tal como frequentemente se observa em indivíduos com PPST. Referem que alguns estudos, mas não todos, sugeriram que o nível de cortisol é menor em indivíduos com PPST que sem PPST, e que se observa hiperactividade adrenérgica pouco depois do evento traumático. Embora não completo o actual conhecimento sobre a neurobiologia da PPST sugere que certas drogas podem prevenir o seu desenvolvimento e reduzir os seus sintomas. Quervain & Margraf (2008) sugerem que a administração de glucocorticóides pode inibir a recuperação de memórias aversivas, pois a recuperação persistente e conseqüente reconsolidação de memórias traumáticas é um processo de manutenção das memórias vivas e por conseguinte de manutenção da perturbação viva. Assim, inibindo a recuperação da memória, podem enfraquecer-se os traços traumáticos da memória e portanto reduzir os sintomas. No tratamento de sujeitos com aracnofobia, a administração oral de glucocorticóides, 1 hora antes da exposição dos sujeitos a fotografias de aranhas, resultou na redução progressiva do medo induzido pelo estímulo. Tendo sido mantido este efeito mesmo quando os sujeitos foram expostos ao estímulo dois dias após a última administração de glucocorticóides, indicando que são facilitadores da extinção de um medo fóbico. Em conclusão, através de um mecanismo vulgar de redução da recuperação de memórias aversivas, os glucocorticóides podem ser adequados no tratamento tanto de fobias como PPST. Todavia são necessários mais estudos para avaliar a eficácia terapêutica dos glucocorticóides no tratamento de Perturbações da Ansiedade e

explorar a potencialidade da combinação do tratamento à base de glucocorticóides e a Psicoterapia. Os resultados obtidos por Miller et al (2011) sugerem que a elevação do cortisol provocada pela administração de hidrocortisona pode ter efeitos na inibição do medo e que estes resultados podem ainda permitir compreender o papel da função do eixo HPA na vulnerabilidade e resiliência a *stress* traumático.

Para Osuch et al (2009) o tratamento das Perturbações da Ansiedade e de Pós-Stress Traumático inclui medicação e Terapia de Exposição, existindo poucos estudos sobre a repetida estimulação magnética transcranial (rTMS) enquanto terapia para a ansiedade e PSPT, assim combinaram a rTMS, com a Terapia de Exposição e concluíram poder produzir efeitos sintomatológicos e fisiológicos. Já Bugg, Turpin, Mason & Scholes (2009) demonstraram que os efeitos da escrita e da informação de auto-ajuda indicam melhoria sobre a severidade dos sintomas psicológicos de indivíduos em risco de desenvolver PPST.

CONCLUSÃO

A Perturbação de Pós-Stress Traumático é uma Perturbação Psicopatológica da Ansiedade resultante de vivenciação ou testemunho de evento(s) traumático(s), com ameaça de vida ou da integridade física, com sintomatologia característica e repercussões de ordem psicofisiofuncional ao longo da vida. É um exemplo de perturbação grave com comprometimento da capacidade adaptativa, de gestão de emoções e de lidar com o *stress*, que todavia pode melhorar com tratamentos farmacológico e psicoterapêutico, facilitando a promoção

de atitudes e comportamentos saudáveis e mais adequados ao bem-estar, treinando as competências de adaptabilidade e resistência ao *stress*, ou seja, treinar ou desenvolver a resiliência, tal como defende Lopez, A. (2011), pode representar um instrumento de tratamento.

Todavia, importa pois reconhecer que o trauma é substancialmente alimentado pela ginástica *pathosplástica*, de construção de uma “história” à qual vão sendo atribuídos os mais variados significados cognitivos e emocionais, com os fundamentos – sentimentos, crenças e razões – mais diversos, consoante as competências do indivíduo, sendo normal reagir com reactivação fisiológica e emocional a um evento traumático, seja qual for a natureza, contexto, tempo de ocorrência do evento e idade, género e cultura de origem do indivíduo que o experiencia. Todavia, as estratégias de *coping* que cada um adquire e manifesta, as habilidades, competências que cada um desenvolve para fazer face ao trauma, diferenciam-se e distanciam-se consoante a resiliência, a capacidade de resilir de cada um. Ou seja, a capacidade de recuperar do evento traumático e retornar ao seu estado de equilíbrio homeostático e de harmonia com o mundo, preparado para a vida, preparado não apenas enquanto ser sobrevivente, mas enquanto ser digno de viver em bem-estar e felicidade, depende sobretudo da capacidade de (di)gestão das emoções.

Na nossa escassa experiência com a população de veteranos de guerra diagnosticados com PPST (três anos na Consulta de Psicologia do Centro de Saúde Militar de Coimbra), uma das emoções a ressaltar é a *culpa*, quer pelo que fizeram e/ou se sentiram obrigados a ver enquanto testemunhas e cúmplices, quer pela culpa atribuída “a quem para lá os mandou” de forma contrária à sua vontade. Assim o papel

das emoções é pois preponderante, fundamental e crucial para a libertação e integração da culpa. O que ressalta também é o factor protector dos afectos, uma vez que os indivíduos com relações familiares seguras, nomeadamente vinculação romântica, mostravam menor dificuldade em conviver com o trauma, o que vai de encontro com a literatura particularmente com os estudos de Ghafoori, Hierholzer, Howsepian & Boardman (2008) e Iversen et al (2008).

3.2- *A Perturbação Anti-Social da Personalidade*

Para se estudar com rigor a resiliência que contempla a necessária gestão e resistência ao *stress* é preciso estudar também a vulgo *psicopatia*, ou perturbação anti-social da personalidade. Os vulgo *psicopatas*, no caso dos bem-sucedidos, demonstram grande resistência ao *stress*, uma vez que em termos psicobiológicos não esgotam os recursos cognitivos, como a atenção e memória, ou processamento superior mesmo quando perante grande carga emocional ou em situações adversas; muito pelo contrário, tal como um animal predador preparam-se para a luta, activando os mecanismos de defesa. Tais indivíduos conseguem manter a temperatura, a tensão arterial, o batimento cardíaco em estados equilibrados e controlados, observando-se ainda um aumento de adrenalina e activação muscular, o que lhes confere grande resistência ao *stress*.

A ginástica pathosplástica da Perturbação Anti-social da Personalidade

RESUMO: O nosso estudo baseou-se na revisão bibliográfica de 28 artigos científicos sobre a Perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP). O objectivo da nossa investigação prendeu-se com a necessidade de compreender o processo de *boa-adaptação* do psicopata ao meio social. Como justificação do estudo, apontamos a necessidade de compreensão da complexidade do processo de desenvolvimento e moldura penal da PASP, bem como do papel das emoções na construção e desenvolvimento do *self* patológico destes indivíduos, tendo sido de primordial importância a exploração dos mecanismos de defesa e de *coping*, particularmente no que concerne a consciência da realidade, metabolização da ansiedade e medo. Em conclusão, as estruturas cerebrais de indivíduos com PASP revelam diferenças em termos de processamento da informação, emoção, motivação, atenção e vontade para as processar. Indivíduos com PASP apresentam um volume reduzido da amígdala e reconhecem-se como principais lobos envolvidos no desenvolvimento desta patologia os límbico-temporo-pré-frontal. A construção da realidade e inerente adaptação, obviamente, como em tudo, é tudo uma questão de matéria e estratégia: BCBG – bom *coping*, bom gene! Que, no caso de indivíduos com PASP se traduz numa anti-social adaptabilidade ao mundo externo, desvelando-se as fantásticas máquinas de guerra que são estes indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão científica, Perturbação Anti-Social da Personalidade, lobos límbico-temporo-pré-frontal, influência genética e ambiental, emoções.

Anti-Social Personality Disorder Pathosplastic Gymnastic

ABSTRACT: Our study was based in the scientific literature revision of 28 articles of Anti Social Personality Disorder (ASPD). The objective of our investigation intends to understand the process of the psychopath successful adaptation. We point as our study justification the need of understand the development process and penal draw complexity of ASPD, as well the role of emotions in the pathological construction and development of this individuals self, being of primary importance the exploration of defence and coping mechanisms, particularly concerning the reality conscience, anxiety metabolism and fear. In conclusion, cerebral structures of ASPD individuals present differences in terms of information process, emotion, motivation, attention and will to process them. ASPD individuals show reduced amygdala volume, and the principal lobes involved in this pathology development are the limbic-temporal-prefrontal. The reality construction and adaptation obviously, as in all, it's all a matter of strategy and gene: BCBG – Bon Chic, Bon Genre with good Coping and good Gene! Knowing that ASPD individuals have an anti-social adaptability to the external world, performing as exquisite war machines as they are.

KEYWORDS: Scientific literature revision, Anti-Social Personality Disorder, limbic-temporal-prefrontal lobes, genetic and environmental influence, emotions.

INTRODUÇÃO

Se a consciência é o palco da nossa actividade psíquica, se a atenção é a zona iluminada do palco, o sentimento é, pelo menos, o cenário (ambiente e decoração do palco) perante o qual os diversos protagonistas – pensamento, imaginação, percepção, vontade – se exibem e interagem em simultâneo. (Pio Abreu, 2006)

A Perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP) é certamente das perturbações mais inquietantes e intrigantes, e de dimensão quiçá insondável, quando avaliamos o número crescente de psicopatas bem adaptados socialmente! Os indivíduos com PASP processam as emoções todavia sem empatia e sem permitir que estas interfiram na sua actividade cognitiva e esgotem os seus recursos de energia e atenção, tendo total consciência e *adaptabilidade plástica* às regras sociais. Ora se adaptam com tal sucesso que se tornam de difícil captura, ora profundamente contra as regras e com um *rasto* de manifestações ao longo das suas vidas. Apesar da sua elevada superficialidade, reconhecem expressões faciais de emoção. Os *bem-sucedidos* são mestres na arte de sedução e manipulação asseguradas pela integridade das

suas funções cognitivas superiores, podendo expressar devoção pela elegância e educação, exibindo comportamentos absolutamente e voluntariamente anti-sociais.

Tal como, os pensamentos dos indivíduos com Esquizofrenia são *delirantemente lavrados fora do sulco da realidade*, o mesmo se verifica no vulgo psicopata, com a diferença de serem “adequadamente” adaptados ao real, com intenção de provocar dor e sem qualquer manifestação de remorso ou sentimento. O meio ambiente insuficientemente acolhedor de afectividade, desde a infância, e essencial à aprendizagem com a experiência, “proporciona” o desenvolvimento de PASP. Esta aprendizagem resultante desde os primeiros fôlego e sopro sorvidos nesta vida, e do primário ensinamento da frustração, que nos ensina a pensar o objecto, até ao *pensar o pensamento* (Bion, 67), e nos permite reagir, interagir, ir sentindo e convivendo, co-construindo um mundo, uma realidade, uma verdade subjectiva, bem como o próprio “ser sendo” *self*, podemos dizer que, se o meio ambiente não for favorável e privar o indivíduo de afectividade e reforço social, colocá-lo-á em situação de vulnerabilidade à PASP.

DESENVOLVIMENTO

PATHOSPLASTIA DA PASP

Pridmore, Chambers & McArthur (2005) referem que a base biológica da PASP permanece obscura, havendo evidência de contribuição genética e disfunção do sistema seretoninérgico. Através

de estudos de neuro-imagem estruturais observaram, em indivíduos com PASP, reduzida matéria cinzenta no lobo pré-frontal, reduzido volume hipocampal posterior e aumento de matéria branca calosal, tendo observado disfunção nos lobos frontal e temporal, quando sujeitos a condicionamento clássico e de inibição de resposta, bem como no processamento de palavras e imagens com evocação emocional. Concluindo que as respostas dependem de factores genéticos, experiência de vida precoce, do contexto sociocultural e do nível de significado atribuído pelo indivíduo a cada estímulo.

Deeley et al. (2006) verificaram no seu estudo que o grupo com PASP evidenciava reduzida activação no giro fusiforme e estriado quando processavam quer expressões faciais de medo ou de felicidade e reduzida actividade no córtex visual em resposta a ambas, contudo, mostrando um padrão normal de aumento de resposta no córtex visual a expressões felizes em comparação a neutras, contrastando com um atípico padrão de diminuição de respostas no córtex visual para expressões de medo, em comparação com neutras. Weber, Habel, Amunts & Schneider (2008), confirmaram que a PASP está associada a anomalias no sistema límbico-temporo-pré-frontal, com forte correlação entre a amígdala e a emergência da PASP. O lobo pré-frontal, particularmente o orbitofrontal é decisivo no controlo dos impulsos, tomada de decisão, aprendizagem emocional, especialmente na adaptação comportamental a mudanças. As estruturas límbico-temporais estão envolvidas nas experiências interpessoais afectivas e na regulação do desenvolvimento do comportamento emocional. Porém, os indivíduos com PASP não apresentam a usual reforçada activação do circuito límbico-pré-frontal (amígdala, córtex orbitofrontal, ínsula,

córtex anterior cingulado) durante um procedimento de condicionamento pelo medo.

Hansen, Johnsen, Hart, Waage & Thayer (2007, 2008), verificaram que às diferentes personalidades se associavam diferentemente as funções fisiológica e cognitiva, e que a personalidade narcísica explicava a maioria da variação da informação fisiológica que na PASP está “lentificada” ou sobre-controlada até face ao medo. Sugerindo que os comportamentos anti-sociais resultavam da necessidade de recuperação do equilíbrio homeostático, procurando os estímulos necessários para combater a desagradável sensação de baixa frequência cardíaca. Também evidenciaram a capacidade de reconhecimento emocional das expressões faciais corroborada por Hoff, Beneventi, Galta & Wik (2009) concluindo que indivíduos com PASP, quando expostos a expressões faciais, as regiões cerebrais mais primitivas se activavam, enquanto no grupo de controlo se activavam as neocorticais, apoiando assim um processamento dos estímulos emocionais atípico nos indivíduos com PASP.

Dada a controvérsia das habilidades dos indivíduos com PASP – para os quais se encontra resposta emocional e empatia em défice – em termos de Teoria da Mente, e as bases neuro-anatómicas dos seus comportamentos, Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz & Levkovitz (2009) observaram semelhanças nos indivíduos com lesões no córtex orbitofrontal (COF) e com PASP no quadro da Teoria da Mente Afectiva, mas não na Cognitiva. Concluíram assim, que este deficiente padrão de mentalização apoia a noção de disfunção da amígdala-COF, na PASP. Assim, Völlm et al. (2009) reconheceram que uma modelação da serotonina nas vias de recompensa, nos indivíduos com PASP, pode

ser terapêutica, dado que o córtex dorsolateral prefrontal, córtex anterior cingulado e cortex orbitofrontal estão envolvidos na PASP.

DO DIABÓLICO NORMAL AO PATOLÓGICO DOENTE

First principle, Clarice: - Simplicity.

Read Marcus Aurelius. Of each particular thing ask:

What is it in itself?

What is its nature?

What does he do, this man you seek?

(“Hannibal”, *O Silêncio dos Inocentes*)

Hinterhuber (2008) concluiu que indivíduos “diabólicos” são um grupo bastante heterogéneo, com perfis de personalidade diversos, com condições de socialização familiar desfavorável e frequentemente várias perturbações neuro-fisiológicas.

Lahey, Michalska & Akitsuki (2008) sugeriram que os indivíduos com PASP sentem prazer na dor infligida a outros, pois activa-se a área da recompensa (amígdala e ventro-estriado). A resposta ao stress é uma resposta adaptativa, de *coping*, que permite antecipação, todavia, embora indivíduos com PASP estejam menos susceptíveis ao stress, também estão menos *sensíveis* aos afectos e reforços sociais.

Kumari et al. (2009), num estudo com indivíduos esquizofrénicos e com PASP, concluíram que a actividade disfuncional nos lobos occipital e temporal de ambos está associada a predisposição para a violência, porém reflectida em padrões opostos de alteração da actividade

talâmica-estriada, face a ameaça exacerbada na esquizofrenia e atenuada na PASP.

Lobbestael, Arntz, Cima & Chakhssi (2009), nos seus estudos de indução de raiva a indivíduos borderline (PBP), tipo C e PASP, demonstraram que, os indivíduos com PASP não diferem significativamente dos outros, em comparação ao grupo de controlo, quanto aos esquemas de raiva, não mostrando reactividade anormal, porém diferenciam-se pela hiper-responsividade cognitiva, em contraste com a hipo-responsividade fisiológica, exibindo uma diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial, o que transparece ser um comportamento predatório animal do tipo de “preparação para a luta”.

Diamantopoulou, Verhulst & van der Ende (2009) encontraram argumentos que sugerem um desenvolvimento hierárquico de comportamentos anti-sociais desde a adolescência à fase adulta, sem encontrar correlação de conduta anti-social e género, embora, os índices de testosterona sejam mais elevados no género masculino. A esse respeito Terburg, Morgan & Van Honk (2009) sugerem a razão entre maior nível de testosterona e menor nível de cortisol como um marco de tendências agressivas e criminais. Fontaine, Yang, Dodge, Pettit & Bates (2009), num estudo longitudinal com 585 jovens, dos quais 48% do género feminino, 17% Afro-Americanos e 2% de outras etnias minoritárias, analisando o desenvolvimento de Resposta-Avaliação-Decisão social (RAD), durante a infância e adolescência, mostraram resultados em como RAD se vai diferenciando (ou se torna cada vez mais específica a um estilo de resposta) e está intimamente correlacionada com o comportamento anti-social nos jovens, ao longo do seu desenvolvimento. Hawes, Brennan & Dadds (2009),

demonstraram que a adversidade precoce representa um papel crucial para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais crónicos, em crianças com baixos níveis de insensibilidade emocional e hiperactividade na região hipotalâmica-pituitária-adrenal (HPA), enquanto altos níveis de insensibilidade emocional e hipo-actividade na região HPA, caracteriza um subgrupo, no qual se desenvolvem comportamentos anti-sociais independentemente da adversidade vivenciada.

PRESUMÍVEL INOCENTE: GINÁSTICA SANO OU PATHOS-PLÁSTICA?

Estudos assentes em fMRI, de indução de emoção, confirmaram a Sommer et al. (2006) e Schwerdtner, Sommer, Weber & Müller (2006) o papel da amígdala, do hipocampo e córtex medial-prefrontal, cuja actividade deve ser atenuada no caso do processamento de emoções negativas tendendo a aumentar a carga do processamento de informação e a esgotar os recursos da atenção. Para compensar este efeito de sobrecarga e gestão de recursos da atenção, as áreas relacionadas com a emoção devem atenuar a sua actividade. Este efeito regulador, de activação atenuada face a emoções negativas, no entanto, não se encontra nos indivíduos com PASP, efectivamente as emoções negativas não causam impacto no seu processamento cognitivo, estudo este corroborado por Glass & Newman (2009) cujos resultados indicaram que sujeitos com PASP processam e são menos influenciados pela informação emocional, pois o impacto da emoção na memória é modelado por factores da atenção. Levitt & Manson (2007) abordaram a questão da ideia de responsabilidade das acções enquanto concepção

central do que significa ser uma pessoa. A investigação genética comportamental questiona a responsabilidade individual no sistema criminal, sugerindo implicações de “genes criminais” na culpa. Wahlund & Kristiansson (2009) consideram que o comportamento violento parece resultar de uma complexa rede de interação genética e ambiental, evidenciando a correlação entre os comportamentos violentos e disfunções nos lobos frontal e temporal. Reyes & Amador (2009) confirmaram, através de estudos de EEG, consideráveis anomalias cerebrais, com destaque para o lobo frontal, nos sujeitos com PASP. Yang, Raine, Narr, Colletti & Toga (2009a, 2009b) verificaram mesmo uma significativa redução bilateral do volume da amígdala, em indivíduos com PASP, (esquerdo 17,1%, direito 18,9%) e deformações nas regiões vizinhas da basolateral, bem como nos núcleos lateral, cortical e central da amígdala.

Shirtcliff et al. (2009) oferecem-nos um entendimento sobre os mecanismos subjacentes ao comportamento anti-social e o processo moral de tomada de decisão. Quer a vulgo hormona do *stress*, o Cortisol – que surge com pouca expressão tanto em indivíduos com sintomas de insensibilidade, como com PASP – quer as regiões da ínsula, cíngulo anterior, amígdala e córtex, estão relacionadas com a empatia, a psicopatia e o comportamento anti-social. Os resultados demonstraram que a reduzida empatia do indivíduo, não se deve necessariamente à sua incapacidade ou reduzida capacidade para compreender as emoções dos outros, em vez disso, os indivíduos que apresentam reduzido entusiasmo pela angústia dos outros, apresentam igualmente reduzida manifestação fisiológica face ao seu próprio sofrimento. Na revisão bibliográfica do estado da arte da PASP, Gallardo-Pujol, Forero, Maydeu-Olivares & Andrés-Pueyo (2009) confirmaram que o

comportamento violento estava ligado a determinadas alterações cerebrais, em termos estruturais ou funcionais e níveis bioquímicos, salientando todavia a importância da influência dos factores ambientais, observando que indivíduos com estas alterações cerebrais e que sofreram vários maus-tratos, estão mais predispostos a comportamentos anti-sociais, sugerindo que esta interacção é biologicamente relevante, podendo trazer a luz os mecanismos biológicos que podem explicar a etiopatogenia do comportamento anti-social.

Tendo em conta o DSM-IV-TR (2000): a PASP é um padrão de desrespeito, menosprezo e violação dos direitos dos outros, com início na infância e adolescência precoce e continuidade na idade adulta, sendo mais frequentemente diagnosticadas nos homens (prevalência de 3% nos homens e 1% nas mulheres, p. 704). As perturbações da personalidade estão reunidas em três grupos baseados em semelhanças descritivas. O grupo B inclui as Perturbações Anti-Social, Estado-Limite, Histriónica e Narcísica, porque as pessoas com estas perturbações parecem frequentemente dramáticas, emocionais ou inconstantes (p. 685). Atentando ao critério C para diagnóstico da PASP de que existe evidência de Perturbação do comportamento antes dos 15 anos (p.706), podemos reconhecer estar limitados a estabelecer este diagnóstico apenas àqueles indivíduos que não obtiveram sucesso, ou seja, que foram sinalizados, pelo que, aqueles que reuniram as condições necessárias para camuflar os seus actos anti-sociais, estão fora dos limites deste diagnóstico. Resumindo: ao psicopata *bem-sucedido*, não lhe pode ser diagnosticada esta patologia.

E tendo em conta Fox, Kvaran & Fontaine (2011) que referem faltarem atributos morais aos indivíduos com PASP, sendo estes: falta

de empatia pelas condições adversas dos outros, não distinguem a diferença entre regras convencionais e morais, não aprendem com os erros como os que sem PASP aprendem, o que os leva a não sentirem remorso, não se preocuparem senão com eles próprios, apresentando contudo diminuída capacidade de raciocínio moral. Nas suas investigações consideraram a revisão científica recente e tendo por base o questionário revisto de Hare para avaliação de PASP (PCL-R, 2ª Ed., Hare, 2003), concluíram que os psicopatas parecem ser capazes de classificar as violações convencional e a moral em categorias distintas, todavia, a sua capacidade de raciocínio moral está ao nível de uma criança menor de 4 anos. Embora os psicopatas estejam predispostos ao “descomprometimento moral”, começa a emergir a imagem de um psicopata com fracas competências de raciocínio moral e mesmo de agir moralmente, impondo-se a pergunta: Os psicopatas são criminalmente responsáveis? Tendo em conta a incapacidade de raciocinar moralmente e a lei considerar a punição proporcional ao estado mental (“mens rea”) em que se encontra o indivíduo que pratica o crime, três tipos de abordagem são possíveis: 1) a culpabilidade moral não leva em conta as capacidades diminuídas do psicopata, logo é plenamente responsável, 2) os défices dos psicopatas desculpam-nos inteiramente e 3) a psicopatia atenua a responsabilidade. Ou seja, a questão é se o psicopata deve ser inteira, parcial ou isento de culpabilidade. A inteira responsabilidade não deve ser considerada tendo em conta os défices, mas a isenção de culpa (inimputabilidade) requer maior grau de incapacidade. A psicopatia representa um desafio para a lei, assim o compromisso da comunidade parece ser a solução mais apropriada para lidar com a questão do perigo que esta patologia representa para a sociedade.

A Lei estabelece que não há pena sem culpa, e que a medida da pena não pode em caso algum ultrapassar a medida da culpa e que a avaliação de perigosidade resulta das particulares circunstâncias do facto e/ou da personalidade do agente. Havendo **consciência** dos actos praticados o indivíduo é **Imputável**, e se há **intenção**, há **culpa**, logo há **pena**, todavia se não há consciência dos actos puníveis por lei ou seja, se o sujeito é incapaz de culpa é **Inimputável** (admitido em razão da idade - art.19 CP - e em razão da anomalia psíquica - art.20 do CP), assim torna-se primordial a apreciação psicológica – que para Poiares (2001) deve ser feita tendo por base a procura do conhecimento (captar), a interpretação (descodificar), a compreensão da análise discursiva do sujeito, para ser possível explicar a conduta do presumido inocente – sobre a *consciência do real* do sujeito: se contraria com intenção e voluntariamente as normas, que segundo Pio Abreu (2006), para entender o doente (ou outra pessoa) não importa tanto a realidade objectiva, as coisas em si que o sujeito vive ou percebe, mas o modo como as vivencia, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo.

CONCLUSÃO

Como dizia Mahoney (1998), o indivíduo não é um produtor solitário e auto-suficiente da própria experiência, o indivíduo é um co-criador ou co-construtor da sua realidade pessoal, sendo que o prefixo “co” enfatiza uma interdependência interactiva com o ambiente físico e social. Para Abreu & Roso (2003), a questão da co-construção das realidades idiossincraticamente socializadas deve ser entendida

enquanto construção influenciada pela interacção do indivíduo com o meio ambiente, ou seja, a construção da realidade ou realidades desenvolvidas na relação com o meio externo, considerando o mundo interno e emocional do indivíduo, assim em co-construção da realidade subjectiva e interactiva por isso passível de mudança. E devemos pois recordar que todo o conhecimento e compreensão da realidade serão sempre construções e interpretações do sujeito que as vivencia, e por isto devemos tomar como ponto de partida a sua narrativa, a história das suas interacções. Paraphrasing Damásio: tirem ao homem a emoção, que tereis alguém incapaz de decisão que em pesquisas notáveis (1995, 2000) conclui ser a emoção precedente à cognição e esta depender principalmente daquela, sendo a emoção a combinação de um *processo avaliatório mental*, simples ou complexo, com *respostas disposicionais a esse processo*, na sua maioria *dirigidas ao corpo propriamente dito*, resultando num estado emocional do corpo, mas também *dirigidas ao próprio cérebro*, resultando em alterações mentais adicionais. Para Goleman (1995), todas as emoções são essencialmente impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida e as nossas emoções afirmam, guiam-nos quando temos de enfrentar situações e tarefas demasiado importantes para serem deixadas apenas a cargo do intelecto – perigo, grandes desgostos, persistir na prossecução de um objectivo malgrado todas as frustrações. W. R. Bion (1967) explicava que ao acto de pensar estava subjacente a necessidade de associar uma ideia a outra ou um objecto a outro, ou a satisfação de um desejo - Melanie Klein (1946) explicava relativamente ao seio materno, que a criança só o começa a pensar quando não lhe é imediatamente dado para satisfação do seu desejo - postulando que o aparelho psíquico é algo construído para pensar, pelo próprio pensar e pelo próprio sujeito

em interacção com o meio, a partir dos vínculos que vai estabelecendo e inerente necessidade de encontrar soluções na natural e difícil tarefa de adaptação ao meio, em que *Pensar se aprende, pensando*, e tendo sempre em consideração que o pensamento será sempre condicionado pela carga emocional a gerir, pois a realidade é processada pelos meios disposicionais internos.

Cada ser é um ser único com as suas idiossincrasias, peculiaridades estruturais cerebrais, e inserido num sistema organizado, social, logo agente provocador de inquietações adaptativas e inerente construção da realidade, sujeita a variações cognitivas, emocionais, enfim psicológicas... e psicopatológicas, obedecendo invariavelmente à necessária ginástica cognitiva e emocional para atingir o *Sano* ou *Pathos-Equilíbrio!*

Neste quadro de diagnóstico bem complexo, da *Pathosplástica* PASP, como vimos, e muito certamente ainda veremos, as suas estruturas cerebrais revelam diferenças em termos de processamento da informação, inerente emoção, atenção requerida e porque não, capacidade de decisão ou vontade para a processar. Nesta vida, nesta co-construção permanente e incansável das realidades *idiossincraticamente socializadas*, obviamente, como em tudo, é tudo uma questão de matéria e estratégia: BCBG – *bom coping, bom gene!* No que respeita ao Psicopata, podemos pensá-lo como uma fantástica máquina de guerra, sempre mais preparado para a luta, capaz de anestesiar emoções como a ansiedade ou medo, ou outras passíveis de esgotar os recursos da atenção essenciais ao processamento cognitivo da informação e mais apto a reagir de forma a recuperar o seu *pathos-equilíbrio*, quer pela procura de equilíbrio do ritmo cardíaco e pressão arterial, ou satisfação de desejos que colmatem a baixa tolerância à

frustração, incluindo actos de violência, conscientes e sem preocupação com o sofrimento que inflijam a outros.

3.3- A hipótese do Autismo como exemplo da importância do sistema da oxitocina na empatia e comunicação humana, primordial à resiliência.

INTRODUÇÃO

Se para a construção e desenvolvimento de resiliência são incontornáveis as competências sociais, então estudar a perturbação mais significativamente com compromisso dessas competências torna-se preponderante.

Reflectindo sobre o eventual papel que a oxitocina, vulgo hormona do amor e do instinto materno, e por conseguinte da empatia e altruísmo, competências sociais tão necessárias e fundamentais da resiliência, surge-nos o artigo de Martin-Du Pan, R.C. (2012) que nos explica que enquanto um octapeptídeo sintetizado no hipotálamo que estimula a produção do leite materno e as contracções uterinas, no cérebro esta hormona age como um neuropeptídeo, podendo inibir a actividade da amígdala envolvida na resposta ao medo, através do sistema gabaérgico, e também induzir o comportamento protector da mãe ao seu filho através do sistema dopaminérgico, a oxitocina desempenha assim um papel na confiança, empatia, generosidade, stress e sexualidade, estando portanto a ser clinicamente testada de forma a revelar o potencial benefício de administração a pacientes com

autismo, depressão e fobia social. Ora, pareceu-nos evidente aprofundar o tema do autismo por contraponto à resiliência.

DETERMINANTES BIOLÓGICOS E SOCIAIS

Campbell et al (2011) referem que a Perturbação do Espectro Autista (PEA) é caracterizada por défices no comportamento social, comunicação e flexibilidade comportamental. Várias linhas de evidência indicam que a oxitocina, sinalizada pelos seus receptores (OXTR) é importante num amplo leque de comportamentos sociais. Na tentativa para determinar se as variações no sistema de sinalização da oxitocina contribuem para a susceptibilidade da perturbação, sete estudos recentes indicam associação de usual polimorfismo genético do gene OXTR com a perturbação do espectro autista. Cada estudo envolveu amostras pequenas (57 a 436 famílias) e a análise falhou na identificação de associação dos polimorfismos do OXTR com as medidas de comportamento social dos indivíduos com PEA. Reportamos associação de marcadores genéticos com múltiplos fenótipos da PEA, incluindo disfunção no domínio social, medidos por instrumentos standardizados utilizados para o diagnóstico e descrição da PEA. Os dados sugerem associação entre os polimorfismos genéticos do OXTR e a PEA, embora, os resultados devam ser interpretados com precaução é consistente com anteriores resultados e o carácter plausível da participação biológica do sistema da oxitocina na modulação social, sugere que a funcionalidade do polimorfismo do OXTR pode contribuir para o risco de PEA.

Segundo Aiello & Whitaker-Azmitia (2011), a expressão fenotípica das perturbações do espectro autista variam amplamente em severidade e características, indicando que um número de factores etiológicos estejam envolvidos. Um resultado consistente é a incidência do autismo se verifique mais em meninos do que em meninas, e por conseguinte poder indicar que os comportamentos autistas são uma forma extrema de típico comportamento masculino (extremo macho), incluindo falta de empatia e défices da linguagem e um vulgo denominado comportamento sistematizado elevado, como atenção para o detalhe e colecção. Apontando assim para a possibilidade de que uma alteração durante a diferenciação sexual do cérebro, possa ocorrer no autismo. Durante a diferenciação sexual do cérebro, duas regiões cerebrais são muito dimórficas sexualmente – a amígdala e o hipotálamo. Ambas implicadas na hipótese neuroendocrina do autismo, onde o equilíbrio entre oxitocina e cortisol pode contribuir para a perturbação. Propomos que as hipóteses de extremo macho e neuroendocrina são de facto compatíveis na diferenciação sexual do cérebro em relação ao fenótipo macho extremo que resultaria em alterações neuroendócrinas como as propostas no autismo.

Sabemos que o comportamento social humano se desenvolve sob influência de factores genéticos, ambientais e culturais, como sublinham Skuse, D.H. & Gallagher, L. (2011) e que a perturbação do espectro autista é neurodesenvolvimental e resulta de condicionalismos genéticos e ambientais (Hadjikhani, N., 2010). Skuse & Gallagher (2011) elucidam que a cognição social contempla a competência para compreender e responder adequadamente aos outros, bem como auto-conhecimento e teoria da mente, ou seja, a competência para pensar sobre as emoções e o comportamento na perspectiva da outra pessoa. É

agora reconhecido o papel crucial dos neuropeptídeos oxitocina e vasopressina implicados nas diferenças individuais do comportamento parental, reconhecimento social e comportamentos de afiliação. A cognição social é processada através dos circuitos da recompensa do sistema dopaminérgico. E são os processos da recompensa que constroem as relações sociais quer parentais quer de ligação a pares, e influenciam as interações que requerem confiança, ou altruísmo. O impacto da regulação emocional no comportamento social, incluídos humor e ansiedade, são também mediados pelo sistema serotoninérgico, portanto alteração na actividade deste influencia a resposta emocional, incluindo sentimentos subjectivos, respostas fisiológicas, expressões emocionais, e a tendência para se empenhar numa acção é consequência deste estado emocional. Green, J.J. & Hollander, E. (2010) referem que a oxitocina é um nonapeptídeo (i.e., tem nove amino ácidos) sintetizada nos neurónios magnocelulares do núcleo paraventricular e no núcleo supraóptico do hipotálamo, e é libertada por intermédio dos terminais dos axónios da pituitária posterior, simultaneamente, via sistema periférico, em que está envolvida na produção do leite e facilitação da contracção uterina, e sistema central onde age enquanto neuromodulador conjuntamente com a vasopressina, peptídeo de semelhante estrutura. Atendendo a que o autismo é uma perturbação neurodesenvolvimental caracterizada por disfunção em três domínios: discurso e comunicação, comportamentos compulsivos e repetitivos com interesses restritos e défice social, a oxitocina e vasopressina têm um papel na etiologia do autismo, particularmente no défice social. Uma vez que a prevalência de perturbações sociais como o autismo e esquizofrenia é mais elevada e de grau mais severo nos homens do que nas mulheres, o que sugere

poder tratar-se de alguma contribuição das hormonas sexuais, e tendo em conta o elevado grau de hereditariedade, Murakami et al (2011), avaliaram a interacção social com expressão genética para dois neuropeptídeos a oxitocina e a vasopressina usando cobaias adultas, tendo observado correlação positiva entre a interacção social e receptores da oxitocina e vasopressina, as quais obtinham maior expressão, quanto maior a interacção social, apresentando correlação com o estrogénio, indicando que os sistemas da oxitocina e vasopressina são regulados pelos receptores do estrogénio.

Neste contexto, referindo Gurrieri & Neri (2009) temos que as perturbações do espectro autista são de apresentação clínica complexa e de etiologia amplamente desconhecida, embora o papel preponderante de factores genéticos colha grande aceitação e que os estudos identifiquem genes ou variações cuja alteração está associada ao autismo, ainda não se encontrou um factor específico responsável por um substancial número de casos, assim as alterações epigenéticas podem ter aqui um papel, como demonstrado pela ocorrência de autismo com condições genéticas causadas por mutações genéticas ou de regiões. Referem ainda o artigo de Gregory et al do mês anterior que reporta alterações genómicas e epigenéticas do gene responsável pela recepção da oxitocina OXTR. O envolvimento deste gene foi equacionado quando “apagado” num paciente autista e na subsequente análise de um grupo de pacientes sem autismo mostrava não estar apagado. Estes resultados ilustram os dois maiores pontos do actual debate sobre a etiologia e patogénese do autismo: o papel da oxitocina, reconhecido pelo seu envolvimento na modelação do comportamento humano e o possível envolvimento em mecanismos epigenéticos.

A oxitocina tal como também indicam Scantamburlo, G., Anseau, M., Geenen, V. & Legros, JJ. (2009) é da maior relevância no estudo da perturbação do espectro autista, sendo crucial atentar no seu papel, uma vez que é reconhecida como fundamental quer na interacção social quer na redução do stress, relacionada assim com o envolvimento social, sexual, com os laços mãe-criança, ansiedade, humor, controlo alimentar e memória.

Hadjikhani, N. (2010) questiona a relação entre o aumento, na última década, da prevalência do autismo com o aumento do uso de anti-depressivos na gravidez, sabendo que os mais utilizados são os de inibição da recaptação da serotonina que não estão contra indicados na gravidez e uma vez que dentre os potenciais factores ambientais está a hiperserotonemia durante a gravidez e os seus efeitos no desenvolvimento cerebral que resulta numa disfunção do eixo hipotalâmico-pituitário que afecta a amígdala assim como a regulação da hormona pro-social oxitocina, Hadjikhani indica poder ser esta a razão do aumento da prevalência do autismo e abre uma nova perspectiva de opções terapêuticas e preventivas.

Segundo Insel, T.R (2010) a neurociência explora o complexo território da socialização entre percepção e acção onde se insere o reconhecimento, valor e significado, sendo a oxitocina e também a vasopressina o caminho de exploração do “assunto obscuro” da neurociência do social e portanto importantes para a cognição social nomeadamente no que concerne os défices sociais do autismo. Também a dopamina, tal como ilustram Baskerville & Douglas (2010), representa um papel preponderante enquanto um importante neuromodulador com abrangentes efeitos no sistema nervoso central (SNC), uma vez que a disrupção do sistema dopaminérgico pode causar profundos efeitos

no humor e comportamento, e tal como é sabido, com implicações em várias perturbações comportamentais neuropsiquiátricas como o autismo, e a oxitocina emerge assim neste contexto, dado o notório défice social observado, enquanto influenciada pela alteração dos níveis da dopamina. A oxitocina deve portanto ser encarada como uma substância neuronal chave relacionada com os sistemas centrais da dopamina, o que sugere a existência de uma relação positiva dopamina/oxitocina no comportamento social e associada a perturbações como disfunção sexual, autismo, adição, anorexia/bulimia e depressão. Referem ainda que embora sejam necessários mais estudos para estabelecer a ligação dopamina/oxitocina nas perturbações humanas, os estudos com animais parecem indicar a existência de circuitos cerebrais em que as interações dopamina e oxitocina representam no mínimo, em parte, um papel de mediador dos comportamentos sócio-afiliativos, reconhecendo-se o seu potencial terapêutico na melhoria do humor e comportamentos socio-afiliativos em pacientes com profundos défices sociais e/ou com dependência de drogas.

Tobin, V.A. et al (2010) explicam que vários peptídeos quando libertados enquanto mensageiros químicos no cérebro têm influência poderosa em comportamentos complexos. Principalmente a oxitocina e vasopressina, que anteriormente entendidas enquanto hormonas cuja acção se resumia aos órgãos periféricos, é agora conhecida a sua libertação no cérebro onde desempenham um papel fundamental nos comportamentos sociais e em que nomeadamente os polimorfismos do receptor V1a da vasopressina foram associados ao autismo, e relativamente a esta dinâmica, o seu estudo com ratos reporta que ao bloquear as acções da vasopressina no bolbo olfactivo é comprometida

a habilidade de reconhecimento social e que agonistas e antagonistas da vasopressina podem modular o processamento de informação, indicando que a informação social é processada em parte pelo sistema intrínseco da vasopressina do sistema olfativo.

Brang, D. & Ramachandran, V.S. (2010) atendendo a que o autismo é uma perturbação caracterizada por um comprometimento social, déficit na linguagem e empatia, e uma profunda incapacidade em adoptar o ponto de vista de outro – falha na construção de uma “teoria da mente” para interpretação de pensamentos e intenções dos outros, demonstraram que estes sintomas podem ser explicados em parte pela escassez dos neurónios-espelho, e em adição, a uma congénita aplasia/displasia do bolbo olfativo e conseqüente redução dos receptores da vasopressina e oxitocina, podendo também dever-se a epilepsia no lobo temporal que afecte o recentemente descoberto terceiro sistema visual rico em neurónios-espelho da “empatia”, causando deficiências nestes e inerente perda de empatia e introspecção.

Odent, M. (2010) testou a hipótese de que quando duas patologias partilham o mesmo período crítico de interacção gene-ambiente esperam-se mais semelhanças entre ambas em termos de perspectivas clínica e patofisiológica. Na sua pesquisa pelas palavras-chave “autismo” e “anorexia nervosa” (mas não bulimia nervosa) levou-a a estudos que sugeriam como crítico o período perinatal para ambas e várias equipas de investigação clínica enfatizaram a importância de traços autistas na anorexia nervosa, bem como défices no processamento da oxitocina em ambas. Os grupos autistas apresentavam um nível de oxitocina mais baixo no sangue do que os grupos normais, aumentando com a idade apenas no normal, e por

outro lado também foi reportado que o nível de oxitocina no líquido cérebrospinal é menor nas mulheres anorécticas do que nas bulímicas ou no grupo de controlo, sugerindo que a anorexia nervosa pode ser considerada uma variação feminina do espectro autista, adiantando que uma interpretação plausível é que a exposição pré-natal a hormonas masculinas possa proteger a expressão da doença: meninas com um irmão gémeo apresentam menor risco de desenvolver anorexia, comparativamente ao grupo com irmã gémea e grupo de controlo. Ainda sublinha que o período perinatal parece ser crítico para todas as perturbações relacionadas com a capacidade de amar (inclusivamente a si próprio), com a agressão (inclusivamente auto-destrutiva), ou com a sociabilidade. E formula que a grande questão, neste momento em que se aprende que a oxitocina sintética pode ter acção em toda a placenta, é se o período perinatal será crítico para a organização do sistema da oxitocina; por outro lado, no que concerne a génese dos tipos metabólicos, a vida pré-natal é que parece ser crítica.

Neuhaus, E., Beauchaine, T.P. & Bernier, R. (2010) recordam que embora o autismo seja definido por défices nas três áreas do funcionamento (social, da comunicação e comportamental), comprometimento do interesse social e restrito repertório de comportamentos são centrais para o conhecimento desta perturbação. Pelo que uma melhor compreensão dos sistemas neurobiológicos do comportamento social pode ser útil para a prevenção, bem como para identificação e intervenção precoce. Entre os mecanismos mais promissores dos comportamentos sociais em défice no autismo encontram-se as redes neuronais que envolvem a amígdala, o sistema meso-cortical-límbico da dopamina e o sistema da oxitocina, particularmente os da recompensa.

Kurth, F. et al (2011) referem que no autismo a interacção social está comprometida, há desvio no uso da linguagem, assim como padrões de comportamento restrito e estereotipado e que estas características são independentes da idade, Q.I. e género, tendo obtido neuroimagem de diminuída matéria cinzenta na região hipotalâmica que sintetiza as hormonas mais relevantes do comportamento, a oxitocina e vasopressina, concluindo dada a disfunção deste sistema que a oxitocina e neuropeptídeos relacionados devem ser objecto de maior investigação pelo potencial terapêutico revelado.

Reflectindo sobre as implicações quer da oxitocina e vasopressina, quer da dopamina e serotonina, no autismo, as quais nos exigem reflexão sobre a qualidade das relações de amor, nomeadamente a primeira e primária, a relação mãe-filho, recordamos Collongues, N., Cretin, B., de Seze, J. & Blanc, F. (2011) referindo que atendendo ao facto de que as neurociências contribuíram para trazer a luz os mecanismos envolvidos no amor e a respeito da neurologia do amor reconhecem-lhe um estado emocional complexo de difícil definição e que em consideração aos estudos antropológicos é possível distinguir neste sentimento três comportamentos distintos: luxúria, atracção por um parceiro específico e vinculação conjugal ou filial, em que e para cada qual, os recentes estudos identificaram redes neuronais específicas, apontando a relevância da vasopressina e oxitocina na escolha de parceiro e promoção da vinculação, ressaltando que patologias de vinculação como no autismo e personalidade *borderline* começam a ser identificadas.

E reflectindo sobre a necessidade de Bem-estar, essencial ao ser humano, e sobre a vulnerabilidade do autismo, pelos défices evidenciados no processamento emocional e social, derivado dos seus

condicionalismos genéticos e ambientais, Ishak, W.W., Kahloon, M. & Fakhry, H. (2011), num artigo de revisão da literatura, a respeito dos efeitos da oxitocina no bem-estar, obtiveram, através da pesquisa de artigos científicos de estudos com humanos, com a palavra-chave oxitocina, desde 1959 a 2009 na Medline, Pubmed, and PsychINFO, 287 artigos dos quais seleccionaram para este artigo 102. Referem o papel central da oxitocina no bem-estar e há muito implicada na ligação materna, comportamento sexual e comportamentos sociais, resultando ainda da sua investigação enquanto indutora de uma sensação generalizada de bem-estar, calma, promotora de interacção social, aumento da confiança e diminuição do medo, bem como alterações endócrinas e fisiológicas. Alguns efeitos são temporários e a sua libertação está associada com a indução de acções bioquímicas secundárias mediadoras de benefícios de longo termo como redução da pressão sanguínea, calma e comportamento de afiliação, está envolvida quer na causa como no benefício da interacção social, e a sua disfunção está associada a diminuição da qualidade de vida tal como observado no autismo, esquizofrenia e fobias sociais, representando assim um potencial papel na promoção do bem-estar interpessoal e individual e com aplicações especialmente nas perturbações caracterizadas por medo persistente, comportamentos repetitivos, confiança reduzida e evitamento de interacções sociais.

Durante décadas o autismo foi entendido enquanto fruto de vinculação não adequada, actualmente este modelo volta a ser questionado, uma vez que a neurobiologia do autismo revela alterações nos sistemas que regulam os laços afectivos e sociais. Não há interacção social adequada, sem estado emocional equilibrado. A aprendizagem desenvolve-se em interacção com o meio. Sem adequada contenção,

conteúdos elaborados, não obtemos uma mente que consiga pensar, como desenhou Bion (1967), na sua Teoria do Pensamento, e sublinhava Klein (1975) o papel fundamental da vinculação precoce para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Kortesluoma, S. & Karlsson, H. (2011) referem, em relação a este propósito, que a oxitocina tem sido reportada enquanto modulador do comportamento humano, em várias interacções sociais, das quais sublinham ser a ligação entre mãe e criança a primeira relação social, e por conseguinte fundamental, uma vez que a qualidade da vinculação pode afectar a sensibilidade do sistema de regulação do *stress*, através da modulação do desenvolvimento do sistema da oxitocina da criança, podendo afectar o comportamento social na idade adulta e ser um dos riscos ou um dos factores de resiliência para as perturbações mentais e doenças cardiovasculares. A oxitocina tem sido significativamente associada ao autismo e depressão onde estão significativamente comprometidas as competências sociais e de lidar com as actividades quotidianas da vida, pelo que faz a alerta de urgir maior estudo sobre os efeitos da oxitocina na construção da vinculação mãe-bebé e desenvolvimento da criança.

Churchland, P.S. & Winkielman, P. (2012) sublinham que dentre os vários papéis desempenhados no corpo e cérebro, a oxitocina influencia o comportamento social e cognição social complexa como generosidade, confiança e mentalização, e ainda estados gerais e disposicionais como ansiedade e motivação social. Compreender a natureza precisa desta influência é pois crucial. Sendo de difícil compreensão uma vez que a sua libertação no corpo e cérebro tem interacção com outras hormonas e neuromoduladores. Estudar os efeitos da oxitocina contribui segundo Bethlehem, R.A., van Honk, J.,

Auyeung, B. & Baron-Cohen, S. (2012) para compreender a rede neuronal do cérebro social.

Feldman, R. (2012) refere mesmo que o sistema da oxitocina providencia o substrato neurohormonal para a vinculação parental, romântica e familiar e Bales, K.L. & Perkeybile, A.M. (2012) consideraram importante o papel da experiência precoce e seu impacto no sistema da oxitocina, salientando a potencialidade da oxitocina intranasal no tratamento de perturbações do desenvolvimento inclusive o autismo.

Miller et al (2013) relacionaram níveis de oxitocina com medidas de envolvimento social, linguagem, comportamento repetitivo e internalização e salientam existir diferenças significativas de género: as meninas apresentam maiores níveis de oxitocina enquanto os meninos significativamente maiores níveis de vasopressina. Os elevados valores de oxitocina foram associados a maior ansiedade em todas as meninas e melhor linguagem pragmática em todos os meninos e meninas. Os níveis de vasopressina foram positivamente associados a comportamentos repetitivos nas meninas com autismo mas negativamente associado a esses comportamentos nos meninos com autismo. Os resultados desafiam a perspectiva anterior de que indivíduos com autismo têm níveis mais baixos de oxitocina no plasma e sugerem que os mecanismos de acção da oxitocina e vasopressina são distintos para cada género.

Por fim, referimos o estudo de Barraza et al (2013) esclarecendo que a oxitocina modula o funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) regulando processos sociais. Os estudos clínicos de administração de oxitocina intranasal têm sido até agora feitos com adultos jovens e para tratamento de sintomas de um número

de perturbações psicológicas como o autismo, esquizofrenia e depressão. O presente estudo analisa o impacto da administração por 10 dias consecutivos de oxitocina na saúde e bem-estar psicológico de 41 adultos com média de idade de 80 anos. Não se verificaram alterações de humor ou cardiovasculares durante os 10 dias, e o grupo com oxitocina não revelou declínio do funcionamento físico tal como observado no grupo do placebo e revelou menor fadiga que o do placebo. E finalmente verificou-se que a **gratidão** melhorou no grupo com administração de oxitocina face ao grupo com placebo, na qual a gratidão decresceu ao longo dos 10 dias.

OS MODELOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Weisman, O., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2012) salientam que o meio social providencia o contexto para a sobrevivência, endurance e adaptação. A participação social de um indivíduo advém da ligação pais-criança e é apoiada pelo sistema da oxitocina, cujo funcionamento é transmitido de pais para criança através de padrões de cuidado parental. Os estudos indicam que a administração de oxitocina melhora o comportamento familiar, incluindo a confiança, empatia e reciprocidade social. Neste estudo os resultados demonstraram que a administração de oxitocina aos pais desenvolve os processos fisiológicos e comportamentais que apoiam o empenho parental e tem efeitos paralelos na criança.

Para além dos benefícios terapêuticos de administração de oxitocina e vasopressina para perturbações do espectro autista

(Gurrieri, F. & Neri, G., 2009; Scantamburlo, G., Ansseau, M., Geenen, V., Legros, JJ., 2009; Hadjikhani, 2010; Harony, H., Wagner, S., 2010; Baskerville, T.A. & Douglas, A.J. , 2010; Odent, M., 2010; Ishak, W.W., Kahloon, M. & Fakhry, H., 2011; Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P. & Heinrichs, M., 2011; Bartz, JA., Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K.N., 2011; Martin-Du Pan, R.C., 2012; Zink, C.F. & Meyer-Lindenberg, A., 2012; Ebstein, R.P., Knafo, A., Mankuta, D., Chew, S.H. & Lai, P.S., 2012), Corbett, B.A. et al (2011) indicam o Teatro como potencial ferramenta de intervenção psicoterapêutica, na perturbação do espectro autista, resultando melhoria no funcionamento sócio-emocional, diminuição do stress, melhoria na identificação facial e na capacidade de teoria da mente, sublinhando ainda os benefícios de Modelação por pares e por intermédio do vídeo. Guastella et al (2010) referem nomeadamente que a administração de oxitocina intranasal a jovens com autismo melhora a sua performance de reconhecimento de emoções e a comunicação e interacção social.

CONCLUSÃO: O RESPEITO PELO AUTISTA

Com esta revisão científica do autismo pudemos compreender que os sistemas noradrenérgico, seretoninérgico, dopaminérgico, da oxitocina e vasopressina estão directamente implicados na gestão das competências sociais e emocionais, logo directamente implicados no treino e desenvolvimento da resiliência, uma vez que a capacidade de adaptabilidade ao meio depende da flexibilidade, das competências de gestão social e emocional.

Sabemos que o ser humano enquanto ser idiossincraticamente social, aprende e desenvolve-se na interacção com o meio, mediante o equipamento genético e adquirido de que dispõem e vão dispondo, ou seja, do seu processamento emocional e cognitivo, mediante as competências inatas e aprendidas ao longo da vida, com os seus estados disposicionais e situacionais e capacidade de elaboração, daí considerarmos e após este estudo de revisão sobre a neurobiologia do autismo, e sabendo que o ser humano se desenvolve consoante o treino que lhe é proporcionado ou os estímulos que se dispõe receber ou lhe são disponibilizados, que o modelo a adoptar deve providenciar os estímulos, a aprendizagem, o treino que assegure a afectividade e inerente confiança e segurança, essencial ao desenvolvimento, ou seja que privilegie a interacção emocional e afectiva para que resulte uma mente que possa pensar, tomar decisões, enfrentar as condições de vida e possa enfim sentir bem-estar, prazer, essencial a uma vida saudável, feliz e sobretudo merecida, porque todos, com as suas diferenças ou semelhanças merecem uma vida feliz, merecem o nosso respeito pelas suas vulnerabilidades e resiliência, e se nem todos adquirimos competências para a garantir, devemos fazer por proporcionar e garantir o direito à vida e não somente à sobrevivência.

Viver não é sinónimo de sobreviver.

Respeitar a Vida passa por saber e ensinar a viver.

Aprendamos e ensinemos a Viver.

Sejamos gratos!

Fomentemos a gratidão, vivamos com um mundo emocional mais rico, caminhemos para esse enriquecimento, construindo relações próximas e afectivas, que são fonte de energia e de re-energização quando a adversidade se nos depara. Pois à luz do que aprendemos

com o autismo e seus défices sociais, pudemos constatar vias terapêuticas através da regulação dos sistemas da oxitocina fundamentalmente e da vasopressina, maestros na regulação das emoções de vinculação e fundamentais na construção da relação parental, determinantes para as relações sociais e afectivas das nossas crianças e decisivas na construção de confiança, empatia e reciprocidade social, base da resiliência.

Cap. 4- (Di)Gestão Emocional ou Resiliência

(DI)GESTÃO EMOCIONAL OU RESILIÊNCIA

A revisão sistemática da literatura científica das patologias com comprometimento dos parâmetros emocionais, bem como os nossos estudos exploratórios sobre resiliência e satisfação com a vida apontam para um desenho terapêutico mais assente na facilitação da gestão emocional e inerente necessidade de investigação da dimensão emocional, enquanto ferramenta incontornável de desenvolvimento da função social e relacional do indivíduo.

O facto do presente paradigma económico-social não dar a primazia justa às emoções e particularmente ao vínculo romântico coloca o indivíduo em esforço, no que concerne a necessidade de realização e afirmação social, uma vez que lhe é exigida produtividade, no que concerne o parâmetro profissional, sem estar garantida a dimensão mais importante e conceptualizada enquanto essencial quer à resiliência quer à felicidade. Dai ser pertinente reflectir sobre a importância da (di)gestão emocional. E quando escolhemos direccionar o pensamento para uma *digestão emocional* em detrimento da expressão *gestão emocional*, pretendemos transmitir a importância do poder da emoção na atribuição de significados, e da necessidade de digerir conteúdos e estímulos proporcionados pelos meios dos mundos interno e externo, considerando a dimensão da motivação.

O PODER DA EMOÇÃO

Damásio (1995) define emoção como “a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro, resultando em alterações mentais adicionais”. Em 2005 (pp.56) diz que “Até mesmo as emoções propriamente ditas – o medo, a felicidade, a tristeza, a simpatia e a vergonha – visam a regulação da vida, directa ou indirectamente. Não quer isto dizer que cada vez que nos emocionamos estejamos a contribuir imediatamente para a nossa sobrevivência e bem-estar. Nem todas as emoções são iguais no que diz respeito à sua capacidade de promover sobrevivência e bem-estar, e tanto o contexto em que a emoção ocorre como a sua intensidade tem muito a ver com os possíveis benefícios da emoção. Mas o facto de que certas emoções acabem por ser pouco ou nada adaptativas, em certas circunstâncias humanas actuais, não nega de forma alguma o papel adaptativo que essas funções desempenham na regulação da vida e fases bem diferentes da evolução”.

E como convoca a própria etimologia da palavra latina emoção: *emovere* significa “mover para”, Daniel Goleman (1995) escreve que “na realidade, há muito mais subtilezas de emoção que palavras para as descrever” e que “todas as emoções são essencialmente impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida”, que “cada emoção representa uma diferente predisposição para a acção, cada uma delas aponta-nos uma direcção que já noutras ocasiões resultou bem para

enfrentar o mesmo tipo de problema” e que “as nossas emoções afirmam, guiam-nos quando temos de enfrentar situações e tarefas demasiado importantes para serem deixadas apenas a cargo do intelecto – perigo, grandes desgostos, persistir na prossecução de um objectivo malgrado todas as frustrações, ligarmo-nos a um companheiro ou companheira, fundar uma família”. Em 2006 (pp. 453, 461), Goleman diz “sem dúvida que muito do que torna a vida digna de ser vivida se resume ao que nos faz sentir bem-estar – a felicidade e a sensação de plenitude. E os relacionamentos de qualidade são uma das grandes fontes desses sentimentos. O contágio emocional significa que uma boa parte dos nossos estados de espírito nos chega através das interacções que temos com outras pessoas. Num certo sentido, os relacionamentos ressonantes são como vitaminas emocionais que nos dão força nos momentos difíceis e nos alimentam diariamente. Para pessoas do mundo inteiro, os relacionamentos alimentadores são a característica mais unicamente reconhecida de uma boa vida, embora os aspectos específicos possam variar de cultura para cultura, toda a gente considera que um bom relacionamento com os outros é o factor crucial de uma “existência óptima”. A vitalidade nasce do contacto humano, especialmente das conexões em que existe amor. As pessoas de quem gostamos são uma espécie de elixir, uma inesgotável fonte de energia. As trocas neurais entre pai e filho, avô e neto, entre amantes ou entre um casal satisfeito, ou entre bons amigos, têm virtudes palpáveis.”

Assim, as emoções, e de acordo com Abreu (2001), outrora consideradas inimigas e tóxicas para o equilíbrio humano, são reconhecidas como fundamentais, na construção da realidade e inerente atribuição de significado, por intermédio quer do processamento conceptual quer do processamento vivencial, conjugando assim

pensamento, emoção e experiência, sendo o significado gerado, numa óptica emocional, pela percepção dos conteúdos explícitos e implícitos, ou seja, o significado produzido por um evento fundamenta-se nos princípios experienciais das situações. (Fig. 1)

Assim, uma vez “sentida” a informação, o conteúdo será traduzido considerando o “conforto ou desconforto” e a “segurança ou ameaça” de uma situação, pois as emoções co-operam no sistema complexo do aparelho mental cognitivo, fisiológico e social, tendo um papel relevante na psicopatologia, ou na *pathosplastia* do trauma, dado que, segundo Sommer, Müller, Weber e Hajak (2004) as emoções negativas aumentam a carga de processamento da informação, esgotando os recursos da atenção e para compensar estes efeitos, as estruturas neuronais relacionadas com a emoção tentam atenuar a sua actividade.

E Schwerdtner, Sommer, Weber e Müller (2004, 2006) concordam que a indução de emoção influencia diferentemente padrões de activação cortical em áreas cerebrais relacionadas com a emoção como a amígdala, hipocampo e córtex medial pré-frontal e a base neuronal de comprometimento emocional pode dever-se a disfunção dessas áreas.

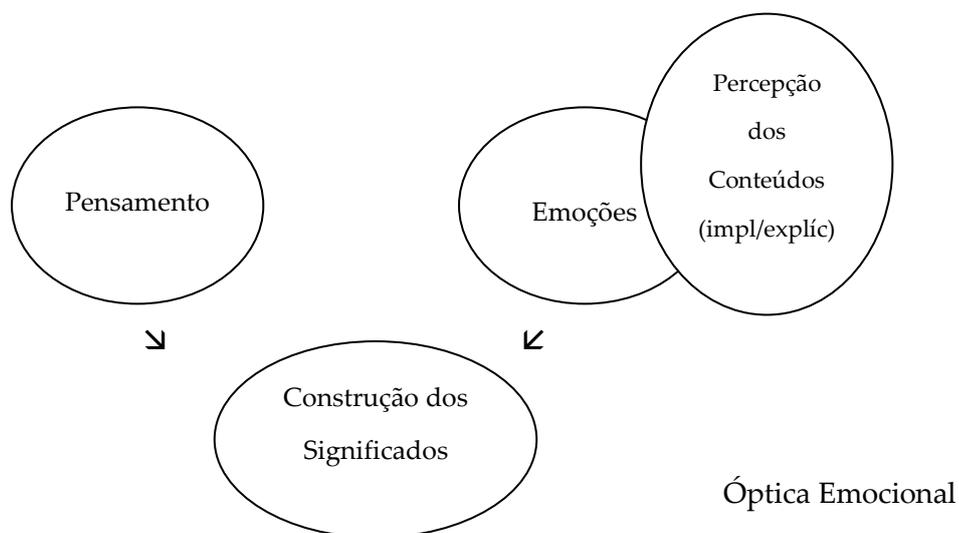


FIG.1- CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS

O ser humano, enquanto ser idiossincraticamente social, dotado de consciência, e por conseguinte equipado com um aparelho mental, racional e emocional e de plástica neuronal, daí também relacional, com os inerentes condicionalismos situacionais e disposicionais, encontra-se em processo contínuo de reformulação de si, do mundo circundante, e da sua relação com este. Ou seja, cada indivíduo, enquanto arquitecto do seu próprio mundo, quer externo quer interno, é senhor das suas significações consoante as suas emoções, explorações, manifestações, explosões e catarses. As suas edificações de conteúdo são elaboradas mediante o processo de relação e co-construção de significações, em constante evolução, mediante a interacção do arquitecto consigo e com o mundo, e sua resiliência ou capacidade de se adaptar, lidar consigo e o mundo.

Segundo Mahoney (1998), tão ou mais importante que o nível de *stress* e ansiedade percebido, talvez seja, a avaliação cognitiva das situações e a capacidade para lidar eficazmente com os pensamentos e emoções que determinam até que ponto os níveis de *stress* e ansiedade têm um efeito prejudicial e negativo na sua adaptação ao meio e capacidade funcional, pois enquanto alguns factores aumentam os níveis de adaptação e capacidade funcional, outros actuam, pelo contrário, diminuindo a atenção ou concentração nas actividades. Tendo como exemplo a actividade desportiva, Ryan & Decy (2000) afirmaram que mesmo os atletas de alta competição, quando enfrentam um obstáculo, podem deparar-se com um bloqueio das capacidades psicológicas – as quais habitualmente lhes permitem alcançar os seus objectivos – impedindo-os de atingir o seu nível máximo de rendimento, resultando num desempenho menor. Se a relação entre a motivação para praticar um desporto e a adesão à prática da actividade

existe no desporto de competição (Ryan & Deci, 2006), então será um factor relevante a considerar para o treino de competências saudáveis, e combate ao *stress*, na população em geral (Deci, 2008). Isto é, ao sentirmos motivação, derivada de factores disposicionais – ressaltando o poder máximo do *locus* de controlo interno – ou externos, aumentamos a resiliência, e elevamos a probabilidade de sucesso dos objectivos traçados. Daí a grande importância dos factores sociais, que podem efectivamente actuar enquanto fonte poderosa de recursos para vencer o *stress* e frustração.

Sendo a motivação o motor de acção para a realização de determinados objectivos, equilibrar ou calibrar a tolerância à frustração é de crucial importância. Tal como a motivação é variável de indivíduo para indivíduo, também o é a frustração e as estratégias de *coping* adoptadas para lhe fazer face, dependentes de vários factores internos e externos.

Saber como motivar passa por encontrar os melhores mecanismos de resposta ou de tolerância à frustração, a qual se pode entender enquanto discrepância sentida entre como as coisas são e o modo como se gostaria que fossem, ou ainda, quando se não alcança um objectivo, se satisfaz um desejo, ou seja, se é bloqueado um comportamento motivado. Há, entre o mundo e o indivíduo (Abreu & Shinohara, 1998), uma intermediação da actividade do pensamento, o modo como as pessoas se sentem e conseqüentemente se comportam é fruto de uma actividade cognitiva contínua, de atribuição de significados aos estímulos do meio ambiente (Fig.2).

As nossas construções cognitivas são fruto da organização emocional, mediante a percepção implícita da realidade. A construção da percebida realidade ou realidade subjectiva é elaborada

mediante as sucessivas tentativas de organizar as experiências, num sistema equilibrado de coerência entre a percepção do mundo exterior e do mundo interior, tendo em conta as emoções e cognições disponíveis para a atribuição e sucessiva re-atribuição de significado à realidade, bem como da avaliação dos resultados obtidos das experiências passadas e inerentes significados atribuídos.

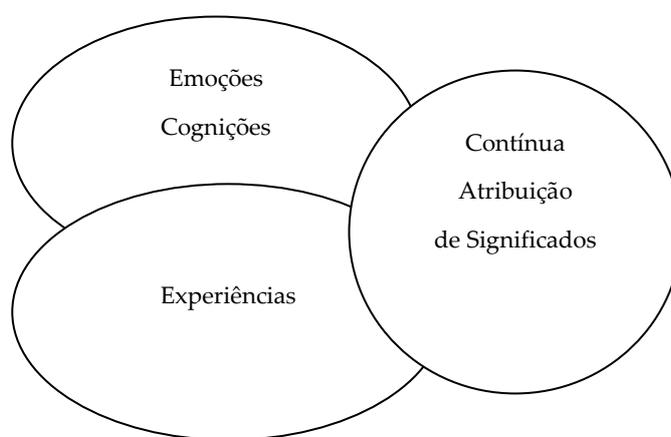


FIG.2 - CICLO DA REALIDADE SUBJECTIVA

Atendendo ainda a Mahoney (1998) o indivíduo é concebido enquanto co-criador ou co-construtor da realidade, considerando as suas características idiossincráticas e as suas competências adquiridas na interacção com o meio, em que essa construção advém da contínua reorganização das experiências, base do desenvolvimento humano, mediante o processamento conceptual e o vivencial num todo equilibrado, ou seja assegurando a coerência da percepção das interacções do *eu* consigo mesmo, com o *outro* e com o *mundo*. (Fig.3)

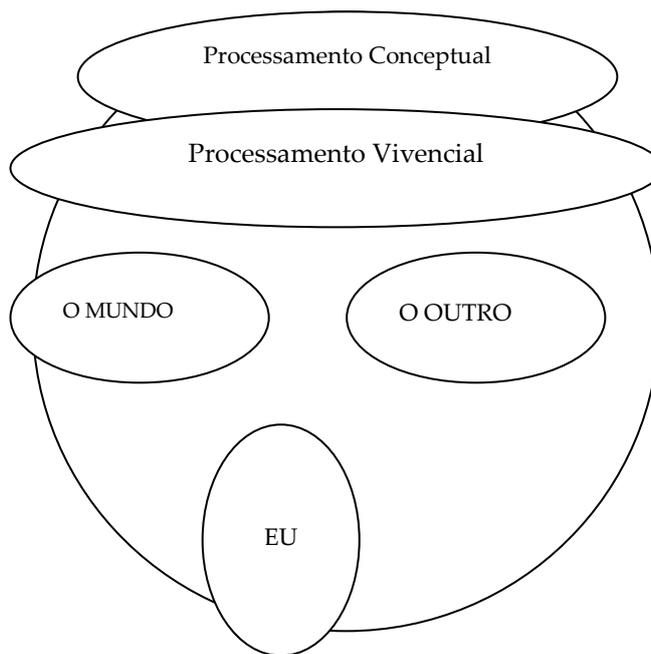


FIG.3 - SENTIR, PENSAR E AGIR

Não podemos conceber uma eficaz gestão emocional, sem o conceito de *locus* de controlo. Como já conceptualizara Rotter (1966), o *locus* de controlo deve ser interno, ou seja, a satisfação dos desejos ou realização de objectivos devem-se sobretudo à capacidade do indivíduo para controlar a sua própria vida, e reconhecer o seu lugar no mundo, as suas competências e crenças sobre como alcançar a satisfação ou recuperação do seu bem-estar ou equilíbrio bio-socio-emocional, e não dependente de reforços ou punições, críticas ou elogios, considerações alheias, e apoio dos outros. Neste sentido também a motivação para alcançar satisfação na vida deve ser primordialmente intrínseca, ou seja, deve partir de dentro, mais do que do reforço ou apoio dos outros, mas reconhecendo e valorizando as próprias competências (Ryan&Deci, 2000, 2006; Deci, 2008). Tal como no *locus* de controlo interno, a realização pessoal depender sobretudo das atitudes e comportamentos

do próprio indivíduo, não significa alienar, negar ou evitar o apoio dos outros, muito pelo contrário, a competência de saber colher apoio externo para obter sucesso, auto-realização e auto-desenvolvimento é entendida enquanto fonte de resiliência (Connor & Davidson, 2003).

Se a emoção nos faz mover, a motivação é o seu motor catalisador, traduzindo-se em fonte de energia e prazer. É pois de sublinhar a relevância do estado emocional em co-criação com o estado motivacional fundamental para formar uma atitude e manifestar um comportamento, lidar com a vida, resistir ao *stress*, recuperar de um trauma, vencer um desafio.

O PODER DA ATITUDE

A forma de conceptualizar uma atitude, a partir do ainda actual Modelo Tripartido de Rosenberg & Hovland (1960) é através da tripla composição das atitudes, as quais são compostas por crenças, sentimentos e tendências para a acção. A Fig.4 ilustra a arquitectura da mente, sugerindo que os elementos se sobrepõem, sendo-lhes atribuído idêntico grau de relevância na formação da Atitude.

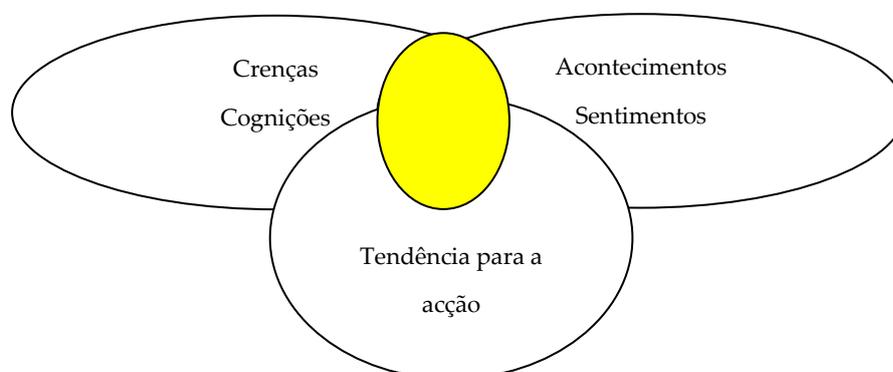


FIG.4 ATITUDE

E enquanto uma *Atitude* é uma preparação para a acção, um *Comportamento* é uma acção, manifestação, expressão de pensamentos, sentimentos, atitudes.

A partir da percepção do meio, o indivíduo vai organizando informações, relacionando-as, associando-as com emoções agradáveis ou desagradáveis e desenvolvendo uma predisposição para agir favorável ou desfavoravelmente, ou seja, construindo a sua atitude favorável ou desfavorável, face ao mundo, consoante o momento, situação e o seu estado disposicional.

As Atitudes são assim informações carregadas por emoções, crenças, valores, opiniões,... que predispoem para uma determinada acção em relação ao mundo.

A fronteira, entre Atitude e Comportamento, entre predisposição para acção e acção, depende da força da Intenção (Fig.5).

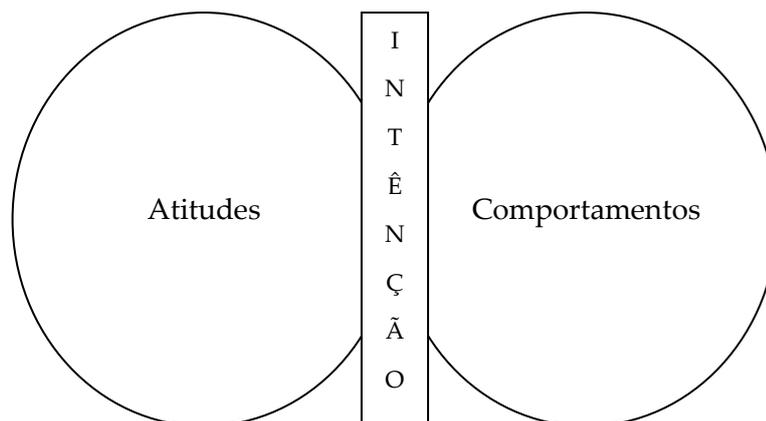


FIG.5 ATITUDE VS COMPORTAMENTO

MUDANÇAS DE ATITUDE E COMPORTAMENTO

Para que haja mudança de comportamento, temos que ter anteriormente assegurado a mudança de atitude¹¹. Só intervindo no sistema de crenças e significações se podem fazer atribuir novos significados mais adequados ao bem-estar psicológico, e assim promover a mudança de atitude essencial à mudança de comportamento. (Fig.6)



FIG.6 - ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

A exploração e a mudança psicológica, segundo Abreu e Roso (2003) não acontecem apenas pela substituição de esquemas

¹¹ Todavia a mudança de comportamento não implica mudança de atitude. Ressalva-se porém o facto de podermos alterar um comportamento sem porém ter alterado a nossa atitude ou mesmo a nossa atribuição de significados, em situações ímpares tais como a generosidade de uma mentira piedosa: não queremos magoar um amigo, e embora não fosse nossa intenção passear à chuva ou ir à discoteca, quando temos tarefas a cumprir e referimos indisponibilidade de tempo, acabamos por cumprir o comportamento de acompanhar o amigo, embora contrário à nossa vontade e atitude de dedicação ao trabalho.

disfuncionais de pensamento por esquemas mais funcionais, mas acontecem sobretudo por intermédio da exploração do processo dialéctico das prováveis contradições existentes entre a experiência (do sujeito) e o conceito (desenvolvido pelo indivíduo após ter vivido a “experiência”). So após a integração harmoniosa da experiência e inerente conceito se atribui um significado, dando lugar à *re-construção* da experiência e inerente significado global. Para bem contar uma história não basta pois pois tê-la vivido, há que tê-la integrado. E se considerarmos os argumentos necessários a um processo de mudança, apenas os argumentos lógicos não a garantem, é necessário identificar a carga emocional atribuída à necessidade de mudança, bem como os argumentos emocionais que a favorecem, pois também de acordo com Pio Abreu (2006) não importa tanto a realidade objectiva, as coisas em si que o sujeito vive ou percebe, mas o modo como as vivencia, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo. Razão pela qual dificilmente um argumento lógico se demonstra eficaz no processo de mudança. Portanto, se desejarmos uma mudança devemos partir sempre dos níveis emocionais (e vivenciais) das situações. As reacções emocionais são as companheiras mais antigas presentes na vida humana, e tudo aquilo que é carregado emocionalmente é melhor memorizado, afectando a memória, o humor e a habilidade em resolver tarefas, pelo que a sua compreensão e consequente capacidade de regulação torna-se fundamental. (Szubert, Florkowski & Bobinska, 2008; Bauer, Wiek, Lopes, Teixeira & Grassi-Oliveira, 2010)

Promover a mudança de atitude passa assim pela educação, seguramente a maior e mais difícil lição de vida, a Educação para a Resiliência. Niels Bohr (op cit Bruner, 99), pedagogo dos anos 70, dizia

haver coisas tão importantes que só, se podiam aprender, a brincar. O desafio de gestão de emoções, é de tal forma, de complexificação séria e retumbante que só a brincar com seriedade, se ultrapassa o contínuo desafio às leis da harmonia que o sistema de gestão emocional singularmente edifica.

EDUCAÇÃO PARA A RESILIÊNCIA

É pois, de vital importância considerar a resiliência, não tão-somente enquanto uma competência idiossincrática, mas também enquanto uma competência aprendida. Portanto, tal como com a criança, a brincar, se aprende e se ensina que a boa educação não será certamente a educação permissiva ou a autoritária ou mesmo a dita educação democrática, profusa em explicações ou argumentos lógicos. Pois tendo em conta todo o aparelho para pensar, com as suas inerentes perspectivas suficientemente distanciadas e de observação dos objectos ou situações carregados emocionalmente, para se poderem eficazmente conhecer e pensar, há que promover o jogo de atribuição de significados adequados às sensibilidades de cada indivíduo, sendo que o bom continente é projector de conteúdos personalizados às diferentes identidades ou idiossincrasias de cada *self*.

Para melhor pensar a Resiliência, tomemos a criança, e recordemos Klein (1975) e a importância dos vínculos que a criança vai estabelecendo com a mãe e em interacção com o meio, e nomeadamente, em como a criança só começa a pensar o seio materno,

quando este lhe é retirado, quando deste se a priva. Ou seja, só após a vivenciação da necessária frustração de perder o amado e imprescindível meio de alimento e essencial à sua sobrevivência, a criança o consciencializa, o começa a pensar, iniciando o processo de lidar com essa frustração, assimilando que não ter o seio materno sempre, não significa, não o vir a ter quando dele precisar, e iniciando assim também o processo de crescimento saudável, aprendendo a adiar essa gratificação de ter o seio, mal o deseje. Neste primeiríssimo processo de consciencialização do seio materno, fonte de alimento e prazer, em que é dada a primeira lição de aprender a pensar, a qual será somente aprendida após a saudável (di)gestão da sensação de perda e inerente frustração, e se chama educação para a vida. Devendo também ser recordado Bion (1962) – quem ousou apresentar o conceito de Pensar o Pensamento, e primeiro autor a reconhecer o vínculo do conhecimento (K), formulando a Teoria do Pensamento¹² – postulando que o aparelho psíquico seria algo construído para pensar, pelo próprio pensar e pelo próprio sujeito em interacção com o meio, a partir dos vínculos que vai estabelecendo e inerente necessidade de encontrar soluções na natural e difícil tarefa de adaptação ao meio. Bion (1967) explica-nos ainda que enquanto o continente acolhe o objecto projectado pelo conteúdo, é pela transformação do conteúdo contra-transferido que se estabelece a vinculação. Esta preparação do continente, para acolher e transformar as angústias projectadas pelo conteúdo, reflecte o modelo de vinculação que se estabelecerá entre continente-conteúdo, consoante a capacidade de elaboração onírica do

¹² *Uma Teoria do Pensamento* (1962), re-editada in *Second Thoughts* (1967), e amplamente “traduzida” por, ele próprio, Wilfred Ruprecht **Bion** (1897-1979), nas suas várias entrevistas e congressos.

continente (rêverie), essencial à aprendizagem da gestão das emoções mais indigestas do conteúdo. A partir desta vinculação, o bebê construirá o seu aparelho para pensar, iniciando o processo que lhe permitirá intuir ser possível atribuir significados às suas experiências, sensações e sentimentos, e aprende o “pensar”. Só quando o bebê ultrapassa a frustração, ou seja, aprende a tolerar o tempo entre desejo e satisfação desse desejo e consegue adiar a gratificação, se torna apto a pensar, a atribuir significados, a criar. Nesta aprendizagem de pensar, o bebê aprende a tornar a frustração mais tolerável, aprende a fazer face à tensão, e este aumento de tensão tanto pode ser pensado em termos de tolerância à frustração como continência, nomeadamente no que concerne o papel da mãe e a sua capacidade para sonhar (rêverie), como um dado relevante e imprescindível para que resulte numa mente que pensa os pensamentos. Caso contrário, não tolerando, o bebê perde a oportunidade de construir o seu aparelho para pensar. Se os conteúdos mentais não forem digeridos, pensados ou tolerados tornam-se matéria para expulsão de forma reflexa, função esta automática, irreflectida que não providenciará uma mente que pense os pensamentos. Se a frustração não leva à fuga, mas a uma negação da realidade, em que o bebê não transforma as ausências (realizações negativas) em conteúdos mentais maus a serem expelidos, mas também não usa os pensamentos para desenvolver a percepção e se aparelhar para a acção eficaz, nega é a realidade, mantendo-se numa posição de onipotência e onisciência, detentor da verdade das coisas acima do mundo real objectivo. Temos portanto aqui presente a arrogância, que para Bion, partindo da perspectiva Kleiniana, seria a expressão da pulsão de morte, pois expressão ou manifestação de um processamento mental de onipotência, em que a Verdade é desprezada e que por conseguinte

aniquila a Realidade. Na tolerância à frustração, os caminhos de desenvolvimento encontrados ou os mecanismos de *coping* utilizados para fazer face à frustração são pois cruciais.

Com base na Atitude e Contínente Resilientes, podemos conceptualizar uma Teoria da Educação para a Resiliência. A aprendizagem proporciona meios, ferramentas e instrumentos para formação ou educação de um *self* resiliente. A educação ensina por exemplo a ter uma atitude pró-activa, em prol de objectivos e altruísta, cooperativa, em prol da amizade, do amor, da satisfação com a vida. A aprendizagem de amor “experimentada” nas relações com as figuras cuidadoras tem implicações nas relações de vinculação que o indivíduo estabelecerá ao longo da sua vida (Freud, Klein, Bion, Bowlby,...), quer nas relações de amizade, quer de vinculação romântica. A vivência de relações de afecto e particularmente de amor, no sentido de vinculação romântica, vem privilegiar o carácter seguro, auto-confiante e pró-activo do indivíduo.

A educação para a Resiliência implica uma boa gestão de emoções, desenvolvendo tenacidade, confiança, respeito, liberdade e saber amar. Assim, alimentar a resiliência do *self*, passa por reunir condições para que o indivíduo receba o alimento: apoio emocional, afectivo e social da família nuclear a compensar ou reforçar pela família alargada, comunidade e pelos laços romântico e afectivos construídos. (Werner, 1992; Anaut, M., 2005; Ungar, M., 2011)

Promover a resiliência passa por garantir o crescimento do ser humano que aprende, e de quem educa aprendendo. Considerando que os pressupostos base de uma boa educação é a educação assente nos princípios da liberdade com responsabilidade – e não na liberdade por permissividade dos detentores da autoridade enquanto modelos de

virtude ou moral – bem como, pela oportunidade de criar uma estrutura harmoniosa a todos os envolvidos no processo de educação e aprendizagem. Não esquecendo o Todo em detrimento das partes, atentando em todo o sistema de significações e constantes reatribuições de significados, na eterna construção e reconstrução de conhecimento, na proporção directa dos vínculos saudáveis que se vão estabelecendo com o mundo, pilar de um *self* coeso, sólido, seguro, bem formado. Nem esquecendo a sublime virtude da humildade: pois tanto aprendiz é quem aprende, quanto quem educa. É esta aprendizagem que promove o saudável crescimento social do indivíduo. Considerar portanto a vantagem de pertencer a um grupo social, à luz de Lewin (1975) e funcionar em prol de um objectivo comum, é pois mais-valia, e fundamento de resiliência. Esta consciência de si enquanto indivíduo social é fundamental e é a base do desenvolvimento ou integração do conceito de resiliência. Ou não fosse o ser humano, o único animal a nascer prematuramente (Mackay, 2006), ou seja, sem as competências necessárias para dignificar e garantir a sua sobrevivência. É exactamente esse factor de necessidade de outrem, que confere a relevância e justifica o princípio primordial da socialização do indivíduo “bem contido”. O ser humano precisa do outro para garantir a sua sobrevivência e melhorar as suas condições ou qualidade de vida. O ser humano aprende em interacção com o meio, não vem com um equipamento dotado das funcionalidades para operar independente de outrem, ou com um equipamento automático de técnicas de sobrevivência, tal como os restantes animais. Esta é, senão a maior diferença, certamente das principais. E reconhecendo que a resiliência é determinada por factores genéticos e aprendidos na interacção social, admitimos que a Resiliência seja o melhor instrumento para marcar a

diferença, reunindo as competências necessárias e suficientes para alcançar satisfação com a vida, pese embora a adversidade vivenciada. Daí ser primordial reconhecer as características que mais contribuem para o seu desenvolvimento, garantindo a eficaz recuperação de um estado saudável, harmonioso, feliz.

Cap. 5- Conclusões e Sugestões

Estudar a resiliência é pois estudar a melhor ferramenta de promover a saúde e prevenir simultaneamente a doença.

No mundo actual, em que a depressão grassa e a Depressão Major atinge uma prevalência de larga amplitude de 5-9% no género feminino e 2 a 3% no masculino, e sabendo que o risco para desenvolver esta perturbação se situa entre 10 a 25% no género feminino e 5 a 12% no masculino, e ainda que a taxa de suicídio de indivíduos com diagnóstico de depressão major pode ir até 15% e 4 vezes mais em sujeitos simultaneamente com idade superior a 55 anos (APA, 2000) e que nos últimos 45 anos, segundo a OMS (World Health Organization, 2013), se verifica um aumento global da taxa de suicídio em 60%, ou seja uma morte em cada 40 segundos, urge estudar a resiliência.

A OMS sublinha que o suicídio envolve factores ambientais, culturais, sociais, biológicos e psicológicos, e representa um flagelo mundial, resultando a Depressão e perturbações por abuso de álcool como os maiores factores de risco para as populações da Europa e América do Norte, e a impulsividade na Ásia.

O Plano de Acção da OMS para a Saúde Mental, de 2013-2020, tem como um dos objectivos a prevenção do suicídio, reduzindo em 10% a taxa de suicídio, em 2020. Este plano esclarece que as perturbações, em 2004, de ordem mental, neurológica e por abuso de substâncias representavam 13% do total das doenças. Apenas a Depressão representava 4,3% do total de doenças e a principal causa de incapacidade no mundo, particularmente para as mulheres. As consequências económicas destas perdas de saúde são igualmente extensas, estimando que o impacto global das perturbações mentais na

economia representaria entre 2011 e 2030, uma perda na ordem dos 16.3 milhões de dólares americanos. Alerta que 76 a 85% das pessoas de países de baixo e médio rendimento, com severa perturbação mental não recebem tratamento, e 35 a 50% nos países de elevado rendimento.

O *Mental Health Atlas 2011* faculta dados que demonstram os escassos recursos para satisfazer as necessidades da saúde mental e a distribuição ineficiente desses recursos. Globalmente, dispende-se, na saúde mental, anualmente menos do que 2 dolares americanos por pessoa e menos de 0.25 nos países de baixo rendimento, com 67% desses recursos financeiros a serem disponibilizados aos hospitais mentais, pese embora a associação a fracos resultados da saúde e violação dos direitos humanos. A OMS refere ainda que redireccionar essas verbas para serviços de base comunitária, incluindo a saúde mental nos cuidados gerais de saúde e através de programas de saúde maternal, sexual, de reprodução e infantil, assim como de programas sobre HIV/Sida e doenças crónicas, permitiria melhores e mais intervenções de eficaz custo-benefício, para um maior número de pessoas. Neste Plano de Acção para 2013-2020 a grande meta é promover o bem-estar, prevenir as perturbações mentais, providenciar cuidados e melhorar a recuperação, promover os direitos humanos e reduzir a mortalidade, morbilidade e incapacidade das pessoas com doença mental.

Perante este cenário, esta dissertação teve como pretensão poder contribuir e trazer a luz as ferramentas da resiliência, enquanto garante de satisfação com a vida, felicidade e bem-estar, saúde e realização existencial, bem como alertar para o indelével papel das relações de afecto na edificação de um *self* resiliente.

Neste sentido, consideramos que a comunidade se deve mobilizar para suprir a necessidade fundamental à construção de uma vida saudável: a vivência de relações afectuosas e seguras.

Os afectos são indelévelmente cruciais para o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que uma educação sem afectos pode como vimos e conjuntamente com um determinado padrão genético resultar em desenvolvimento de patologias, por um lado no espectro da anti-socialidade, por outro no espectro do autismo. Todavia, com o mesmo padrão genético, o indivíduo que obteve uma educação com amor tende a se desenvolver de forma saudável, com uma mente capaz de decidir e controlar os impulsos e com altruísmo, em prol do outro, em benefício do outro e não somente de si próprio.

Assim como os nutrientes essenciais ao organismo biológico para uma vida saudável são aqueles que proporcionam uma sensação de equilíbrio, o afecto proporciona o alimento necessário para o equilíbrio e desenvolvimento do organismo biológico e mental, em harmonia no seu todo.

Quando a família nuclear, ou mesmo a alargada não providenciam a eficaz aprendizagem de afecto, há que desenvolver estruturas que possam responder a essa lacuna, com humanismo e responsabilidade social, uma vez que o bem-estar individual tem implicações no bem-estar colectivo, munindo a sociedade potencialmente educadora – somos seres sociais em constante aprendizagem e desenvolvimento através da interacção com o meio – com as ferramentas emocionais que permitam o desenvolvimento dos indivíduos, recriando a necessária representação do bom continente e do amor, para que se desenvolva o alimento necessário a uma boa auto-estima e conseqüente confiança em si e no outro e finalmente no mundo

e futuro. Alimentar os afectos, providenciar uma educação de amor é construir a ponte para a edificação de um mundo mais harmonioso e solidário, que reconhece o papel do afecto e apoio emocional enquanto fundamental à resiliência individual e conseqüentemente colectiva, resultando uma sociedade mais forte e coesa, porque mobilizada para o bem comum.

É todavia de alertar também para o facto de que pese embora o individuo reúna os critérios da resiliência, ou seja, possua todas ou a maioria das características que para esta contribuem, não é invencível, uma vez que na re-experienciação de um trauma – e tal como salienta Afonso de Albuquerque et al (2003) a percentagem da população adulta portuguesa que foi exposta a pelo menos uma situação traumática foi de 75,7%, e a mais do que uma situação traumática foi de 43,5% – o individuo poderá, ao mínimo descontrolo estrutural temporal ou contextual, tender para o colapso sem aviso prévio. Assim compreender quais os factores mais importantes e protectores da resiliência pode ser crucial para a manutenção do equilíbrio e/ou recuperação em novo momento de crise.

Sabemos pela revisão da literatura que para a resiliência concorrem factores disposicionais internos e externos, tais como: bom temperamento; boa auto-estima; auto-confiança; auto-eficácia e auto-realização; *locus* de controlo interno; capacidade de reflexão e de orientação para a acção: prever, planificar e traçar objectivos realistas; iniciativa e dinamismo; experiências de sucesso; sentido de humor; coerência; paciência; perspicácia; optimismo; interesse em vários domínios do conhecimento; sentido de compromisso; orgulho/brio; autonomia e independência; sociabilidade; capacidade de atitude de charme (cativar); tolerância a emoções negativas e resistência ao *stress*;

altruísmo; empatia; fé/harmonia com uma fonte espiritual; laços familiares e sociais fortes e afectivos; inteligência; criatividade; capacidade de reconhecer oportunidades e alternativas; flexibilidade; tenacidade/perseverança e adaptação à mudança.

Ainda pudemos observar no nosso estudo com uma amostra não probabilística de conveniência, constituída pelo universo total dos militares das forças especiais (18 indivíduos) com elevada resiliência confirmada pelo questionário de auto-resposta, com 25 itens, numa escala de tipo likert, CD-RISC (Anexo 1) de Connor & Davidson (2003), traduzida e aferida para a população portuguesa por Faria & Ribeiro (2008) que a vinculação romântica resulta como um dos factores de relevância para a recuperação de um trauma, satisfação com a vida e resiliência.

Nas entrevistas que elaborámos para avaliação da resiliência e qualidade de reacção ao trauma, distinguimos o estabelecimento de laços sociais, familiares e românticos, e observámos, recorrendo ao programa de análise estatística SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 20), que:

- não havia correlação (Rho de Spearman, 2-tailed) entre o item presente na nossa entrevista *laços familiares e sociais fortes e afectivos* e o item da CD-RISC *ter pelo menos uma relação próxima e segura* (Tabela 1a, Apêndice 5),

- o qual (*ter pelo menos uma relação próxima e segura*) apresentava todavia boa correlação com o nosso item de *vinculação romântica segura* (.578, com grau de significância de 0.05 – Tabela 1b, Apêndice 5)

- e por sua vez o nosso item de *vinculação romântica segura* estava correlacionado com a resiliência avaliada pela CDRISC. (Tabela 2, Apêndice 5)

Este facto levantou-nos a questão da necessidade de estudarmos o impacto do amor na construção e desenvolvimento da resiliência, uma vez que nas escalas elaboradas para avaliação da resiliência, não existe uma distinção rigorosa da importância do apoio afectivo romântico, familiar e social.

Convém também salientar que nesse estudo o grau de correlação (Rho de Spearman 2-tailed) entre a escala de resiliência CD-RISC e a nossa entrevista de avaliação da resiliência e qualidade de reacção ao trauma – RTR (Apêndice 1), obteve uma correlação de 0.873, com grau de significância de 0.01 (Tabela 3), e com a nossa entrevista de avaliação das competências da resiliência e satisfação com a vida – SRS (Apêndice 2) obteve uma correlação de 0.816, com grau de significância de 0.01 (Tabela 4).

E no que concerne as correlações entre as variáveis propostas para avaliação da resiliência e qualidade de reacção ao trauma, podemos referir que todos os indivíduos experienciaram vivências traumáticas, as quais tendo colocado em risco a própria vida, como privação de sono, acidentes de viação/atropelamento, ferimentos graves, doenças, ou que tenham causado sofrimento extremo, como luto por figura significativa e separação/divórcio, e pudemos observar que todos utilizaram estratégias de *coping* adequadas, recuperando o estado de equilíbrio, não tendo um único recorrido ao isolamento, evitamento ou negação.

Ora na tentativa de estabelecer o patamar hierárquico das características que contribuem para a construção e desenvolvimento da resiliência, analisámos a correlação existente entre as competências da resiliência avaliadas na entrevista realizada para o efeito, e as que resultaram com maior grau de correlação (Rho de Spearman) com a CD-RISC foram (por ordem decrescente):

- com grau de significância 2-tailed de 0.01:

paciência (.784 – Tabela 5), adaptação à mudança (.761 – Tabela 6), perspicácia (.715 – Tabela 7), iniciativa e dinamismo (.681– Tabela 8), capacidade de reflexão, prever e planear objectivos (.680 – Tabela 9), inteligência cognitiva, emocional, social (.632 – Tabela 10), ver o problema/desafio como uma oportunidade (.627 – Tabela 11), flexibilidade (.605– Tabela 12) e coerência (.598 – Tabela 13),

- com grau de significância 2-tailed de 0,05:

locus de controlo interno (.584 – Tabela 14), auto-confiança (.580 – Tabela 15), vinculação romântica segura (.579 – Tabela 2), auto-estima (.568 – Tabela 16), autonomia e independência (.526 – Tabela 17), experiências de sucesso no passado (.518 – Tabela 18), temperamento (.489 – Tabela 19) e optimismo (.473 – Tabela 20).

Importa esclarecer que a categoria Paciência foi entendida enquanto capacidade de controlo e tenacidade para alcançar os objectivos.

Reconhecendo a importância do amor enquanto contributo para recuperar de uma crise ou para alcançar satisfação com a vida, pudemos observar que a percepção dos indivíduos resilientes avaliados era de que o amor desempenhava um papel de relevância sendo-lhe em média atribuído um grau de *muito importante* na situação de recuperação de situação adversa e *fundamental* para a satisfação com a

vida, na entrevista exploratória SRS (Apendice 2). E na pergunta aberta da mesma entrevista, *Se dos 41 itens (factores contributivos da resiliência), quer tenha ou não tenha, pudesse escolher 5 para si, quais escolheria?* a resposta que maioritariamente surgiu foi *vinculação romântica*. Consideramos assim oportuno desenvolver escalas de resiliência e de satisfação com a vida, tendo em conta este contributo.

Esta dissertação não tem a pretensão de fazer uma apologia do amor, embora, bem merecido fosse e bem necessário também. Todavia, nas entrevistas realizadas, ressaltou a importância e distinção inequívoca encontrada no apoio do cônjuge, quando percebido enquanto figura de vinculação romântica – conforme foi referido (Tabela 2) existe correlação entre *vinculação romântica segura* e a resiliência, todavia é de fazer a ressalva que não se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas entre resiliência e estado civil.

Foi aliás corrente ouvir expressões como *se não fosse o amor da minha mulher...* ou noutros casos, *da minha namorada...eu não teria aguentado*, ou *eu não teria conseguido*, e ainda *se não fosse o meu amor teria desistido*.

É reconhecido e estudado, pela ciência, como referimos, o impacto do amor no sistema biológico e neuroendócrino do ser humano, e inerente impacto na expressão comportamental cognitiva, emocional e social, desde as investigações das vinculações precoces (Freud, Bion, Klein, Bowlby, Winnicott, e tantos outros, para referir apenas alguns) como nos estudos recentes referidos de Ghafoori, Hierholzer, Howsepian & Boardman (2008), Karreman & Vingerhoets (2012) e Wu et al (2013) sobre a vinculação romântica.

Assim consideramos que a resiliência, enquanto competência inata e adquirida, deve ser entendida nas várias dimensões que a constituem,

uma vez que se apresenta de crucial importância, para a conceptualização de um modelo de acção terapêutica, reconhecer quais as categorias que mais contribuem para o seu desenvolvimento passa por reconhecer que as categorias a trabalhar, à luz da revisão científica e da nossa investigação, são: temperamento; auto-estima; autoconfiança; locus de controlo (que deve ser interno); flexibilidade; tenacidade; adaptação à mudança; paciência; perspicácia; iniciativa e dinamismo; coerência; capacidade de reflexão, prever e planear objectivos realistas; ver o problema/desafio como uma oportunidade (de crescimento e desenvolvimento); tolerância a emoções negativas; optimismo; inteligência; autonomia e independência; criatividade; sentido de humor; capacidade de estar só; laços familiares e sociais; fé ou harmonia com uma fonte espiritual; empatia; altruísmo; orgulho/brio; experienciação de sucesso e de algum *stress*; e finalmente a vinculação romântica.

Finalmente, a nossa investigação permitiu também compreender o papel preponderante do eixo HPA, bem como reconhecer que os sistemas neurobiológicos mais importantes na expressão da resiliência incluem a oxitocina e vasopressina, cortisol, dehidroepiandrosterona e glicose, dopamina, adrenalina, noradrenalina e serotonina, uma vez que são os sistemas de maior relevância para a empatia e vinculação, medo, motivação e confiança, controlo e planeamento.

Referências Bibliográficas

Referências bibliográficas

- Abreu, C.N. & Shinohara, H. (1998). *Cognitivismo e Construtivismo: Uma fértil interface*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, C.N. (2001). *Psicoterapia Construtivista: O Novo Paradigma dos Modelos Cognitivistas* (B. Rangé Org.). *Atualizações em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, C. N. & Roso, M. (2003). *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica*. *Cognitivismo e Construtivismo* (Abreu & Roso Orgs.), 35-50.
- Aiello, T.P. & Whitaker-Azmitia, P.M. (2011). Sexual differentiation and the neuroendocrine hypothesis of autism. *Anat Rec (Hoboken)* 294(10):1663-70.
- Albuquerque de, A., Soares, C., Martins de Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática de Stress (PSPT) – Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa* 16:309-320.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4º. Ed., José Nunes de Almeida Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, Marie. (2005). *A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos* (Emanuel Pestana Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bales, K.L. & Perkeybile, A.M. (2012). Developmental experiences and the oxytocin receptor system. *Horm Behav.* 61(3):313-9.

- Bartz, J.A., Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K.N. (2011). Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends Cogn Sci* 15(7):301-9.
- Barraza, J.A., Grewal, N.S., Ropacki, S., Perez, P., Gonzalez, A. & Zak, P.J. (2013). Effects of a 10-Day Oxytocin Trial in Older Adults on Health and Well-Being. *Exp Clin Psychopharmacol*.
- Barros, A. (2012). Discurso de apresentação da obra Limiar da Luz, Fio de Sol. Coimbra: Galeria Livraria MinervaCoimbra.
- Baskerville, T.A. & Douglas, A.J. (2010). Dopamine and oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS Neurosci Ther* 16(3):e92-123.
- Bauer, M.E., Wiek, A., Lopes, R.P., Teixeira, A.L & Grassi-Oliveira, R. (2010). Interplay between neuroimmunoendocrine systems during post-traumatic stress disorder: a minireview. *Neuroimmunomodulation*. 17(3):92-5.
- Bearon, L. (1996). *Successful Aging: What does the "good life" look like?*. Artigo retirado da página de internet a 23-02-2011. <http://www.ncsu.edu/ffci/publications/1996/v1-n3-1996-summer/successful-aging.php>.
- Bethlehem, R.A., van Honk, J., Auyeung, B. & Baron-Cohen, S. (2012). Oxytocin, brain physiology, and functional connectivity: A review of intranasal oxytocin fMRI studies. *Psychoneuroendocrinology*. pii: S0306-4530(12)00346-0.
- Brang, D. & Ramachandran, V.S. (2010). Olfactory bulb dysgenesis, mirror neuron system dysfunction, and autonomic dysregulation as the neural basis for autism. *Med Hypotheses* 74(5):919-21.
- Bisson, J.L. (2008). Pharmacological treatment to prevent and treat post-traumatic stress disorder. *Torture* 18(2):104-6.

- Bion, W.R. (1984). *Second Thoughts*. N.Y: Aronson. (Obra original publicada em 1967)
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis* 39: 350-73.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books
- Bowirrat, A., Chen, T.J., Blum, K., Madigan, M., Bailey, J.A., Chuan Chen, A.L., Downs, B.W., Braverman, E.R., Radi, S., Waite, R.L., Kerner, M., Giordano, J., Morse, S., Oscar-Berman, M. & Gold, M. (2010). Neuro-psychopharmacogenetics and Neurological Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder: Unlocking the Mysteries of Resilience and Vulnerability. *Curr Neuropharmacol* 8(4):335-58.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.68:748-766.
- Bruner, J.S. (1999). *Para uma Teoria da Educação*. (Trad. Manuela Vaz). Lisboa: Relógio D'Água Editores. (Obra original publicada em 1966)
- Bugg, A., Turpin, G., Mason, S. & Scholes, C. (2009). A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 47(1):6-12.
- Campbell, D.B., Datta, D., Jones, S.T., Batey, Lee E., Sutcliffe, J.S., Hammock, E.A. & Levitt, P. (2011). Association of oxytocin receptor (OXTR) gene variants with multiple phenotype domains of autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*. 3(2):101-12.

- Chan, A.O., Chan, Y.H. & Kee, J.P. (2012). Improving resistance and resiliency through crisis intervention training. *Int J Emerg Ment Health* 14(2):77-86.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry* 161(2):195-216.
- Churchland, P.S. & Winkielman, P. (2012). Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? What does it mean? *Horm Behav* 61(3):392-9.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. & Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development Psychopathology*. 18:623–650.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multilevel perspective. *Development Psychopathology* 19(3):787-809.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 9(3): 145–154.
- Collongues, N., Cretin, B., de Seze, J. & Blanc, F. (2011). Love and neurology. *Rev Neurol* 167(2):105-13.
- Connor, K.M., Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Malik, M.L. & Davidson, J.R. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. *British Journal of Psychiatry*.175:17-22.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. & Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development Psychopathology* 18:623–650.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 9(3): 145–154.

- Connor, K.M., Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Malik, M.L. & Davidson, J.R. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. *British Journal of Psychiatry* 175:17-22.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18:76-82.
- Connor, K.M. & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums* 11(10 Suppl 12):5-12.
- Corbett, B.A., Gunther, J.R., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., Schupp, C.W. & Rios, T. (2011). Brief report: theatre as therapy for children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 41(4):505-11.
- Damásio, R. A. (1995). *O Erro de Descartes* (23^a ed.). Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, R. A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa* (4^a ed.). Lisboa: Publicações Europa América.
- Deci, E. L. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*. 49: 182-185.
- Deeley, Q., Daly, E., Surguladze, S., Tunstall, N., Mezey, G., Beer, D.,... Murphy, D.G.(2006). Facial emotion processing in criminal psychopathy. Preliminary functional magnetic resonance imaging study. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 533-539.

- Deps, V. L. (2003). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. (Neri, A. L. org., 5ª ed.). *Qualidade de vida e idade madura*. p. 57-82. Sao Paulo: Papyrus.
- Diamantopoulou, S., Verhulst, F.C. & Van Der Ende, J. (2009). Testing Developmental Pathways to Antisocial Personality Problems. *Journal of Abnormal Psychology, 118*.
- Ebstein, R.P., Knafo, A., Mankuta, D., Chew, S.H. & Lai, P.S. (2012). The contributions of oxytocin and vasopressin pathway genes to human behavior. *Horm Behav. 61(3):359-79*.
- Erikson, E. (1998). *The life cycle completed: A review. Extended version*. New York: W.W. Norton & Company Inc. (Trabalho original publicado em 1982, com novos capítulos de formulação do 9º estágio por Joan Erikson).
- Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Erikson, J. (1998). The ninth stage. *The life cycle completed: A review*. p. 105-114. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Esch, T. & Stefano, G.B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuro Endocrinology Letters 26(3):175-92*.
- Feldman, R. (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav. 61(3):380-91*.
- Fontaine, G., Yang, C., Dodge, K., Pettit, G. & Bates, J. (2009). Development of Response Evaluation and Decision (RED) and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence. *Developmental Psychology, 45*, 447-459.
- Fox, A. R., Kvaran, T. H. & Fontaine, R. G. (2011). *Psychopathy and Culpability: How responsible is the psychopath for criminal wrongdoing?*. http://works.bepress.com/reid_fontaine/28.

- Freud, Sigmund (2001). *A Interpretação dos Sonhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, Sigmund (Eds.) (1980). *Psicologia de grupo e a análise do ego*. Vol.XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund (1989). *Textos Essenciais da Psicanálise*. Vol.I-III (Inês Busse Trad.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Gallardo-Pujol, D., Forero, C.G., Maydeu-Olivares & A., Andrés-Pueyo, A. (2009) The development of antisocial behavior: psychobiological and environmental factors and gene-environment interactions. *Rev Neurol*, 48, 191-8
- Ghafoori, B., Hierholzer, R., Howsepian, B. & Boardman, A. (2008) The role of adult attachment, parental bonding, and spiritual love in the adjustment to military trauma. *Journal of Trauma and Dissociation* 9(1):85-106.
- Gill, J.M., Saligan, L., Woods, S. & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in Psychiatric Care*. 45(4): 262-77.
- Glass, J. S. & Newman, P. J. (2009). Emotion Processing in the Criminal Psychopath: The Role of Attention in Emotion-Facilitated Memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 229-234.
- Goleman, Daniel (1995). *Inteligência Emocional* (12ª ed.). Lisboa: Temas e debates.
- Goleman, Daniel (2006). *Inteligência Social* (1ª ed.). Lisboa: Temas e debates.
- Grafton, E., Gillespie, B. & Henderson, S. (2010) Resilience: the power within. *Oncology Nursing Forum*. 37(6):698-705.
- Green, J.J. & Hollander, E. (2010). Autism and oxytocin: new developments in translational approaches to therapeutics. *Neurotherapeutics* 7(3):250-7.

- Guastella, A.J., Einfeld, S.L., Gray, K.M., Rinehart, N.J., Tonge, B.J., Lambert, T.J. & Hickie, I.B. (2010). Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 67(7):692-4.
- Gurrieri, F. & Neri, G. (2009). Defective oxytocin function: a clue to understanding the cause of autism?. *BMC Medicine* 7:63.
- Gusmão, M. (2001). *A maturidade e a velhice: um olhar antropológico*. São Paulo: Papirus.
- Hadjikhani, N. (2010). Serotonin, pregnancy and increased autism prevalence: is there a link?. *Medical Hypotheses* 74(5):880-3.
- Haglund, M.E., Nestadt, P.S., Cooper, N.S., Southwick, S.M. & Charney, D.S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development Psychopathology* 19(3):889-920.
- Hansen, A., Johnsen, B., Thornton, D., Waage, L. & Thayer, J. (2007). Facets of Psychopathy, Heart Rate Variability and Cognitive Function. *Journal of Personality Disorders*, 21, 568-582.
- Hansen, A., Johnsen, B., Hart, S., Waage, L. & Thayer, J. (2008). Brief Communication: Psychopathy and Recognition of Facial Expressions of Emotion. *Journal of Personality Disorders*, 22, 639-645.
- Hare, R. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised* (2nd Ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hariri, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B.S., Fera, F., Goldman, D.,... Weinberger, D.R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*.297:400-403.

- Harony, H., Wagner, S. (2010). The contribution of oxytocin and vasopressin to mammalian social behavior: potential role in autism spectrum disorder. *Neurosignals* 18(2):82-97.
- Hawes, D.J., Brennan, J. & Dadds, M.R. (2009). Cortisol, callous-unemotional traits, and pathways to antisocial behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 357-62.
- Hinterhuber, H. (2008). Psychiatry and the assessment of human destructiveness: on the question of drawing the line between the "normal" concept of evil and psychiatric illness. *Neuropsychiatrie*, 22, 198-213.
- Hoff, H., Beneventi, H., Galta, K. & Wik, G.(2009). Evidence of Deviant Emotional Processing in Psychopathy: A fMRI Case Study. *International Journal of Neuroscience*, 119, 857-878.
- Insel, T.R. (2010). The challenge of translation in social neuroscience: a review of oxytocin, vasopressin, and affiliative behavior. *Neuron* 65(6):768-79.
- Ishak, W.W., Kahloon, M. & Fakhry, H. (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: a literature review. *J Affect Disord* 130 :1-9.
- Iversen, A.C., Fear, N.T., Ehlers, A., Hacker Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M., ... Hotopf, M.(2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*. 38(4):511-22.
- Jaffee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Polo-Tomás, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect* 31(3):231-53.
- Johnson, D.C., Polusny, M.A., Erbes, C.R., King, D., King, L., Litz, B.T.,...Southwick, S.M. (2011). Development and initial validation

- of the Response to Stressful Experiences Scale. *Military Medicine* 176(2):161-9.
- Jovanovic, T., Norrholm, S.D., Blanding, N.Q., Phifer, J.E., Weiss, T., Davis, M., ... Ressler, K. (2010). Fear potentiation is associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in PTSD. *Psychoneuroendocrinology* 35(6):846-57.
- Jung, C. G. (1954). *Tipos Psicológicos* (Ramón de la Serna Trad.). Buenos Aires: Editorial Sudamericana. (Obra original publicada em 1921)
- Karreman, A. & Vingerhoets, J. J. M. (2012). Attachment and well-being: the mediating role of emotion regulation and resilience. *Pers. Individ. Dif.* 53:821–826.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T.E., Caspi, A. & Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development*. 75:651-668.
- Klee, P. (1973). *La Pensée Créatrice. Écrits sur L'Art / 1*. Textes recueillis et annotés par Jurg Spiller. Paris: Dessais et Tolra.
- Klein, Melanie (Eds.) (1975). *Notes on some schizoid mechanisms*. Vol 3. London: Hogarth Press. (Obra original publicada em 1946)
- Kon, Noemi (1996). *Freud e seu Duplo: Reflexões entre Psicanálise e Arte*. São Paulo: Edusp/Fapesp.
- Kortelnuoma, S. & Karlsson, H. (2011). Oxytocin, a neuropeptide regulating affection and social behavior. *Duodecim* 127(9):911-8.
- Kumari, V., Das, M., Taylor, P.J., Barkataki, I., Andrew, C., Sumich, A., ... Ffytche, Dh. (2009). Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophrenic Research*, 110, 47-58.

- Kurth, F., Narr, K.L., Woods, R.P., O'Neill, J., Alger, J.R., Caplan, R., McCracken, J.T., Toga, A.W. & Levitt, J.G. (2011). Diminished gray matter within the hypothalamus in autism disorder: a potential link to hormonal effects?. *Biol Psychiatry* 70(3):278-82.
- Lacan, Jacques. (1966). *Ecrits*. Paris: Seuil.
- Lahey, B., Michalska, K. & Akitsuki, Y.(2008). Atypical Empathetic Responses in Adolescents with Aggressive Conduct Disorder: A functional MRI Investigation. *Biological Psychology*. Acedido em 20, Novembro, 2009, em http://news.uchicago.edu/images/pdf/081107Decety_BiologicalPsi2008.pdf
- Lebrecht, S. & Badre, D. (2008). Emotional regulation, or: How I learned to stop worrying and love the nucleus accumbens. *Neuron*. 59(6):841-3.
- Lesak, M., Howieson, D., Bigler, E. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). NY: Oxford University Press.
- Levitt, M. & Manson, N. (2007). My genes made me do it? The implications of behavioural genetics for responsibility and blame. *Health Care Analysis*, 15, 33-40.
- Lewin, Kurt (1975). *Teoria Dinâmica da Personalidade*. São Paulo: Cultrix. (Obra original publicada em 1935)
- Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Research on psychological resilience. Relevance for prevention and health promotion. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(10):1067-72.
- Lobbestael, J., Arntz A., Cima M. & Chakhssi, F. (2009). Effects of induced anger in patients with antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 39, 557-568.

- Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: building resilience and fostering occupational adaptation. *Work*.38 (1):33-8.
- Mackay, William A. (2006). *Neurofisiologia sem Lágrimas* (3ª ed. rev., J.L.Pio Abreu Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mahoney, J. M. (1998). *Processos Humanos de Mudança: As Bases Científicas da Psicoterapia*. Porto Alegre: ArtMed.
- Martin-Du Pan, R.C. (2012). Oxytocin: the hormone of love, trust and social bond. Clinical use in autism and social phobia. *Rev Med Suisse* 8:627-30.
- Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P. & Heinrichs, M. (2011). Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neuroscience* 12(9):524-38.
- Miller, M., Bales, K.L., Taylor, S.L., Yoon, J., Hostetler, C.M., Carter, C.S. & Solomon, M. (2013). Oxytocin and Vasopressin in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders: Sex Differences and Associations With Symptoms. *Autism Res.* doi: 10.1002/aur.1270.
- Miller, M.W., McKinney, A.E., Kanter, F.S., Korte, K.J. & Lovallo, W.R. (2011). Hydrocortisone suppression of the fear-potentiated startle response and posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology* 36(7):970-80.
- Murakami, G., Hunter, R.G., Fontaine, C., Ribeiro, A. & Pfaff, D. (2011). Relationships among estrogen receptor, oxytocin and vasopressin gene expression and social interaction in male mice. *Eur J Neurosci* 34(3):469-77.
- Neri, A. (2003). *Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e*

evidências de pesquisa. São Paulo: Papirus.

- Neri, A. (2008) *Psicologia do Envelhecimento*. Departamento de Psicologia Educacional, FE Unicamp, Av. Bertrand Russell, 801 – Cidade Universitária – CEP 13083-970, Campinas.
- Neuhaus, E., Beauchaine, T.P. & Bernier, R. (2010). Neurobiological correlates of social functioning in autism. *Clin Psychol Rev* 30(6):733-48.
- Nobre, S. (2011). *A Resiliência na Ginástica “Pathosplástica” do Trauma. Um Caso de Estudo: Giulietta e D. Juan*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapias, apresentada à Escola de Altos de Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, sob orientação da Sra. Professora Doutora Esmeralda Macedo).
- Nobre, S. (2012). A ginástica *pathosplástica* da Perturbação Anti-Social da Personalidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.4:179-187*.
- Nobre, S., Reis, S., Vicente Castro, F. & Esteves, M. (2013). Felicidade: Amor e Arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.2: 421-430*.
- Nobre, S., Reis, S., Vicente Castro, F. & Esteves, M. (2013). Estudo Exploratório em desenvolvimento - A Resiliência e Satisfação com a Vida na Adversidade: As Catecolaminas do Novo Paradigma. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.2: 569-580*.
- Nobre, S., Vicente Castro, F., Esteves, M. (2013). CatÁrtese: Desenho de uma Técnica Terapêutica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.2: 561-568*.

- Nowotny, B., Cavka, M., Herder, C., Löffler, H., Poschen, U., Joksimovic, L., ... Kruse, J. (2010). Effects of acute psychological stress on glucose metabolism and subclinical inflammation in patients with post-traumatic stress disorder. *Hormone and Metabolic Research* 42(10): 746-53.
- Odent, M. (2010). Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease?. *Med Hypotheses* 75(1):79-81.
- Osuch, E.A., Benson, B.E., Luckenbaugh, D.A., Geraci, M., Post, R.M. & McCann, U. (2009). Repetitive TMS combined with exposure therapy for PTSD: a preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(1):54-9.
- Pervanidou, P. & Chrousos, G.P. (2010). Adaptation to extreme stress: post-traumatic stress disorder, neuropeptide Y and metabolic syndrome. *Progress in Brain Research*. 182:149-60.
- Pio Abreu, J. L. (2006). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Poiares, C. (2001). Da Justiça à Psicologia: razões e trajetórias. *Sub-Judice: Psicologia e Justiça - razões e trajectos*, 22/23, 25-36.
- Pridmore, S., Chambers, A. & McArthur, M. (2005). Neuroimaging in psychopathy. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 856-65.
- Quervain, D.J. & Margraf, J. (2008). Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *European Journal of Pharmacology*. 583(2-3):365-71.
- Radant, A.D., Dobie, D.J., Peskind, E.R., Murburg, M.M., Petrie, E.C., Kanter, E.D., ... Wilkinson, C.W. (2009). Adrenocortical responsiveness to infusions of physiological doses of ACTH is not altered in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 3:40.

- Raphael, B. & Ma, H. (2011). Mass catastrophe and disaster psychiatry. *Molecular Psychiatry* 16(3):247-51.
- Reyes, A. & Amador, A. (2009). Qualitative and quantitative EEG abnormalities in violent offenders with antisocial personality disorder. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 59-63.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology* 58:307-321.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 55:68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?. *Journal of Personality* 74:1557-1586.
- Rotter, Julian B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, Vol 80(1), 1-28.
- Rosenberg, M.J. & Hovland, C.I. (1960). *Attitude, Organization and Change: An analysis of consistency among attitude components*. New Haven: Yale University Press.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2000). *Dicionário de Psicanálise* (Revisão Científica Carlos Amaral Dias e Eugénia Carvalho). Lisboa: Editorial Inquérito.
- Sad, I. (2001). *Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade*. São Paulo: Papirus.
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., Stein, M.B., Belik, S.L., Meadows, G. & Asmundson, G.J. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for

- mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Archives of General Psychiatry* 64(7):843-52.
- Scantamburlo, G., Anseau, M., Geenen, V. & Legros, JJ. (2009). Oxytocin: From milk ejection to maladaptation in stress response and psychiatric disorders. A psychoneuroendocrine perspective. *Ann Endocrinol* 70(6):449-54.
- Schwerdtner, J., Sommer, M., Weber, T. & Müller, J. (2004). Functional neuroanatomy of emotions. *Psychiatrische Praxis*. 31 Suppl 1:S66-7.
- Schwerdtner, J., Sommer, M., Weber, T. & Müller, J. (2006). The role of emotions in psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 533-539.
- Seaward, B.L. (1992). Humor's healing potential. *Health Progress*.73(3):66-70.
- Seery, M.D., Holman, E.A. & Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*. 99(6):1025-41.
- Shalev, A.Y. (1996) Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. *Traumatic Stress* (van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. eds.). 77-101. New York:Guilford Press.
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz, J. & Levkovitz, Y. (2009). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*.
- Shirtcliff, E., Vitacco, M., Graf, A., Gostisha, B. A., Jenna, L., Merz, B. A. & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology and Callousness: Implications for the Development of Antisocial Behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 137-171.

- Skelton, K., Ressler, K.J., Norrholm, S.D., Jovanovic, T. & Bradley-Davino, B. (2011) PTSD and gene variants: New pathways and new Thinking. *Neuropharmacology*.
- Skuse, D.H. & Gallagher, L. (2011). Genetic influences on social cognition. *Pediatr Res* 69 (5 Pt 2) : 85R-91R
- Solomon, S.D., Davidson, J.R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*. 58 (Suppl 9):5-11.
- Sommer, M., Müller, J., Weber, T. & Hajak, G. (2004) The role of emotions in psychopathology. *Psychiatrische Praxis* 31 Suppl 1:S64-5.
- Sommer, M., Hajak, G., Döhnel, K., Schwerdtner, J., Meinhardt, J. & Müller, J. (2006). Integration of Emotion and Cognition in patients with psychopathy. *Progress in Brain Research*, 156, 457-466.
- Southwick, S.M., Vythilingam, M. & Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*.1:255-91.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.
- Stewart, D. (2010). Research Brief: Resilience and Mental Health Outcomes. *PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network*.
- Strickland, D. (1993). Seriously, laughter matters. *Today's OR Nurse* 15(6):19-24.
- Szubert, S., Florkowski, A. & Bobinska, K. (2008). Impact of stress on plasticity of brain structures and development of chosen psychiatric disorders. *Polski Mercuriusz Lekarski* 24(140):162-5.

- Terburg, D., Morgan, B. & Van Honk, J., (2009). The testosterone-cortisol ratio: A hormonal marker for proneness to social aggression. *International Journal of Law and Psychiatry* 32, 216-223.
- Tobin, V.A., Hashimoto, H., Wacker, D.W., Takayanagi, Y., Langnaese, K., Caquineau, C., Noack, J., Landgraf, R., Onaka, T., Leng, G., Meddle, S.L., Engelmann, M. & Ludwig, M. (2010). An intrinsic vasopressin system in the olfactory bulb is involved in social recognition. *Nature* 464(7287):413-7.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry* 81(1):1-17.
- van der Oord, S., Lucassen, S., van Emmerick, A.A. & Emmelkamp, P.M. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17(3):240-9.
- Veselka, L., Schermer, J.A., Martin, R.A. & Vernon, P.A. (2010). Laughter and resiliency: a behavioral genetic study of humor styles and mental toughness. *Twin Research and Human Genetics* 13(5):442-9.
- Völlm, B., Richardson, P., Mckie, S., Reniers, R., Elliott, R., Anderson, I., ... Deakin, B. (2009). Neuronal correlates and serotonergic modulation of behavioural inhibition and reward in healthy and antisocial individuals. *Journal Psychiatric Research*.
- Wahlund, K. & Kristiansson, M. (2009). Agression, Psychopathy and Brain Imaging – Review and future recommendations. *International Journal of Law and Psychiatry* 32:266-271.
- Waite, P.J. & Richardson, G.E. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *J Allied Health* 33(3):178-83.

- Weber, S., Habel, U., Amunts, K. & Schneider, F. (2008). Structural Brain Abnormalities in Psychopaths – A review. *Behavioral Sciences and the Law* 26: 7-28.
- Weisman, O., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2012). Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. *Biol Psychiatry* 72(12):982-9.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E. (1992) The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescence Health* 13:262-268.
- Wilkins, J. & Eisenbraun, A.J. (2009). Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Holistic Nursing Practice* 23(6):349-54.
- Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health Quality of Life Outcomes* 9:8.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1964)
- Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento do individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original 1965).
- Winnicott, D. W. (1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original 1968).
- Wittleveen, A.B., Huizink, A.C., Slottie, P., Bramsen, I., Smid, T. & van der Ploeg, H.M. (2010). Associations of cortisol with posttraumatic

- stress symptoms and negative life events: a study of police officers and firefighters. *Psychoneuroendocrinology* 35(7):1113-8.
- Won Kim, Seungyeon Kim, Jaeseung Jeong, Kyung-Uk Lee, Kook-Jin Ahn, Yong-An Chung,...Jeong-Ho Chae. (2009). Temporal Changes in Functional Magnetic Resonance Imaging Activation of Heterosexual Couples for Visual Stimuli of Loved Partners. *Psychiatry Investigation*. 6(1): 19–25.
- Wooten, P. (1996). Humor: an antidote for stress. *Holistic Nursing Practice* 10(2):49-56.
- World Health Organization (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Sixty-sixth world health assembly. Document A66/10 Rev.1 in http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html)
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S, Charney, D.S. & Mathé, A.A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers Behavioral Neuroscience* 7:10.
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, W.A. & Narr, K.L. (2009). Abnormal temporal and prefrontal cortical gray matter thinning in psychopaths. *Molecular Psychiatry*, 14, 555-562.
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, W. A. & Narr, K. L (2009). Localization of Deformations Within the Amygdala in Individuals With Psychopathy. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 986-994.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65 Suppl 1:29-36.
- Yehuda, R., Golier, J.A., Tischler, L., Harvey, P.D., Newmark, R., Yang, R.K. & Buchsbaum, M.S. (2007). Hippocampal volume in aging combat veterans with and without post-traumatic stress disorder:

- relation to risk and resilience factors. *Journal of Psychiatric Research* 41(5):435-45.
- Zohar, J., Sasson, Y., Amital, B., Iancu, I. & Zinger, Y. (1998). Current Diagnostic and Epidemiological Insights in PTSD. *The International Journal of Neuropsychology Medicine*. 3(Suppl 2):7
- Zohar, J., Juven-Wetzler, A., Myers, V. & Fostick, L. (2008). Post-traumatic Stress Disorder: facts and fiction. *Current Opinion in Psychiatry*. 21(1):74-7.
- Zimerman, I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed
- Zink, C.F. & Meyer-Lindenberg, A. (2012). Human neuroimaging of oxytocin and vasopressin in social cognition. *Horm Behav*. 61(3):400-9.

Apêndices

Apêndice 1

RtR

ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

de Avaliação da Resiliência e Qualidade de Reacção ao Trauma

Pode falar-me de si, do que considera relevante na sua vida,

Parte I

- 1) Considera ter fácil temperamento (afável, amável,...)?
- 2) Pode dizer-se que é uma pessoa com boa Auto-estima?
- 3) Pode dizer-se que gosta de si, que tem uma boa ideia a seu respeito (auto-conceito)? Sente Auto-confiança?
- 4) Sente ser eficaz na realização dos seus objectivos (auto-eficácia, auto-realização)?
- 5) Tem boa capacidade de reflexão? Ou seja, tem Capacidade de prever, planificar e traçar objectivos?
- 6) É influenciável (*Locus* de controlo interno)? Tem controlo sobre a sua vida e as suas opções?

7) Tem espírito de Iniciativa? Dinamismo? Ou prefere seguir o conselho de quem considera mais sábio, mais seguro?

8) Considera-se Altruísta (capacidade de dedicação aos outros)?

9) Considera-se empático? Tem a capacidade de se colocar no lugar do outro, sentir o que o outro sente?

10) Quando não consegue os seus objectivos ou alguém o magoa, consegue recuperar e voltar a tentar? (tolerância à frustração e emoções negativas)

11) Considera-se charmoso(a), tem essa capacidade de atitude de charme (cativar)?

12) Conte-me alguma das suas experiências de sucesso (êxito académico, profissional, familiar,...)

13) Relações próximas, calorosas/afectivas?

a) Como era a sua relação com os seus pais?

b) A sua mãe era afectuosa?

c) E o seu pai?

d) Tem irmãos, como é a relação com eles?

e) Família alargada: Vivia com mais alguém na família, avós, tios, etc?

f) Como era a relação com eles? Como se relaciona actualmente com eles?

14) E relações sociais: sociabilidade, competências sociais, relacionamento interpessoal. Como considera a sua vida social? Tem amigos, colegas de trabalho? É gratificante? Quanto tempo dedica à convivência social?

15) Vinculação romântica segura, confiança e segurança no amor

g) Tem confiança e segurança no amor? Já amou e foi amado?

h) Qual é seu estado civil?

16) Tem fé (harmonia com uma fonte espiritual)?

i) Casou por amor? Na igreja? Qual a sua religião ou fonte espiritual?

j) Como descreveria o Amor?

k) Como considera a sua relação conjugal?

l) Tem filhos, que relação mantém com eles?

m) Como considera a sua vida familiar?

17) O que dizer da sua inteligência (cognitiva, emocional e social)

n) Na sua educação escolar/profissional era um bom aluno/discípulo/funcionário?

18) Tem interesse em vários domínios ou áreas de conhecimento?

19) Considera-se Perspicaz?

o) Que habilitações literárias tem?

p) Qual a palavra que melhor o descreveria?

q) O que diziam de si os seus educadores/mestres/chefes?

- r) Os seus pais, irmãos e familiares próximos diriam o quê?
- s) E os seus amigos e conhecidos?
- t) E os seus colegas de trabalho?

20) E da sua flexibilidade, ou versatilidade (emocional, cognitiva e comportamental)?

- u) Fala outras línguas?
- v) Já viveu em outros países, relaciona-se com diferentes grupos de pessoas, com amizade, procura conhecer novas culturas, como se traduz esse interesse?
- w) Já trabalhou em áreas diferentes, em postos diferentes, por opção e com que intenção? (insatisfação permanente ou crenças de perseguição não é favorável)

21) Considera-se criativo(a)?

22) Considera-se Paciente?

23) Considera importante o sentido de compromisso?

24) E o Brio: tem brio, orgulho em si, no seu trabalho?

25) Considera-se persistente, tem Tenacidade?

26) Considera-se coerente?

27) É autónomo e independente?

28) Tem capacidade de estar só?

29) Considera que tem noção das oportunidades? Consegue ver as oportunidades que a vida as mudanças ou o stress lhe oferecem?

x) Vê nas adversidades que ultrapassa uma oportunidade ou oportunidades de aprender com essa experiência? Vê alguma oportunidade numa mudança? De quê?

30) Tem consciência que pode haver alternativas? Cria-as, ou sabe onde ou com quem se apoiar? Consciente dos limites das situações, dos outros e dos seus? (noção realística de controlo)

y) Sente ter opções para vencer os desafios ou alcançar os seus objectivos?

z) Tem tendência a criar alternativas para as situações difíceis, adversas e mesmo desesperantes? Ou tende a aconselhar-se e deixar que a situação seja resolvida por quem sabe ser mais capaz?

31) Considera-se uma pessoa com mais propensão para o optimismo ou pessimismo?

32) Considera-se uma pessoa com facilidade de adaptação? Adapta-se às mudanças ou resiste-lhes?

33) Tem sentido de humor?

Parte II

Assinale com um círculo todas as alíneas numéricas que possam corresponder à sua vivência.

1- Alguma vez teve que ultrapassar um trauma ou uma situação difícil, como ter sido sujeito a:

1.1- maus tratos, violência física ou psicológica;

1.2- separação de entes queridos, por divórcio, morte ou abandono;

1.3- privação de cuidados básicos: fome, sede, higiene;

1.4- situação de calamidade: tempestades, incêndios, acidentes de viação;

1.5- observação de mortos, feridos ou mutilados;

1.6- chantagem ou obrigação de agir contra os seus próprios princípios morais;

1.7- outras.

1.7.1- se assinalou a alínea anterior: Quais?

- aa) Pode descrever-me o evento traumático?

- bb) Há quanto tempo foi? Que idade tinha? Em que contexto e em quanto tempo aconteceu? (abordar a questão cultural de origem)

- cc) Que consequências imediatas sentiu após o difícil evento?

- dd) Sentiu o seu corpo a reagir com diferente actividade, energia?

- ee) E os seus pensamentos tornaram-se diferentes?

- ff) E as suas emoções para com os outros, sentiu tê-las expresso diferentemente?

- gg) Dos seus comportamentos, como considera a forma como os manifestava, diferentemente?

- hh) Que dificuldades sentiu?

- ii) Em que pensou, ou sentiu, para conseguir ultrapassar a situação?

- jj) Como foi vivido este facto, pelo seu cônjuge, filhos (se os tiver), familiares próximos e amigos?

- kk) O que mudou na sua relação com o seu cônjuge?

- ll) E com os seus filhos?

mm) E pais, e irmãos?

nn) E amigos?

oo) E colegas e conhecidos?

pp) Como era a sua vida antes deste evento?

qq) Em termos de saúde, considera-se saudável, que doenças já teve?

rr) E na sua família, conhece história de doença física ou mental?

ss) Quando é confrontado com situações idênticas à vivenciada, como reage, ou seja, em que pensa, o que sente, como reage fisicamente e se comporta?

tt) Recorda-se muitas vezes do sucedido, o que faz, pensa e sente?

uu) Tem sonhos ou pesadelos a propósito?

vv) Como vive o seu dia-a-dia? Quais as suas estratégias de *coping* (lidar com a vida)? Nega, evita ou confronta as situações? Dê-me exemplos.

2- Na sua perspectiva, considera ter lidado com a situação, porque a ultrapassou, embora não a tivesse esquecido, tendo conseguido seguir a sua vida:

2.1- passando a evitar tudo o que de alguma forma se assemelhasse à situação desagradável;

2.2- conseguindo tirar partido da situação;

2.3- considerando ter sido uma oportunidade de crescimento;

2.4- sentindo-se apoiado,

2.4.1- pelo conjuge, companheiro(a), amor;

2.4.2- pela família;

2.4.3- pelos amigos;

2.4.4- pela comunidade;

2.4.5- se entregou ao álcool;

2.4.6- anda quase sempre medicado, com calmantes, comprimidos para dormir ou para controlar os nervos;

2.4.7- se entregou a drogas ilegais como cannabis, cocaína, ácidos, heroína, ópio,etc;

2.4.8- fuma (exagerando em situações de maior nervosismo);

2.4.9- tende normalmente ao isolamento;

3- O que lhe apraz dizer da frase “fazer do sofrimento um sorriso”?

ww) Consegue valorizar o que tem na vida, em detrimento do que acredita lhe faltar? Dê-me exemplos.

xx) Tem sonhos/objectivos/projectos/planos para o futuro?

yy) O que espera para o futuro? Sonhos, Esperanças?

zz) O que tem feito para concretizar os seus sonhos/objectivos?
Tem um plano?

Bem haja, pela sua preciosa colaboração.

Este estudo obedece às normas éticas e deontológicas da confidencialidade, pelo que o anonimato é garantido. Se pretender quaisquer esclarecimentos sobre o estado da arte do estudo, por favor queira contactar através do email: sofianobre.psi@gmail.com

© Sofia Nobre: Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación da Universidad de Extremadura – España, sob orientação do Sr. Professor Doutor Florêncio Vicente de Castro e co-orientação da Sra. Professora Doutora Maria Lapa Esteves, e colaboradora do Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Apêndice 2

SRS – Self Resilience Satisfaction

Leia atentamente os 41 itens seguintes.

1. O seu altruísmo (capacidade de se dedicar aos outros)
2. O seu sentido de compromisso
3. A sua capacidade de estar só
4. A sua auto-confiança
5. A sua auto-eficácia e realização dos objectivos
6. A sua tenacidade (perseverança, determinação, persistência sem ser teimoso)
7. A sua boa auto-estima
8. A sua inteligência (cognitiva, emocional, social)
9. A sua capacidade de reflexão (de prever, planear e traçar objectivos)
10. A sua concentração (focus no objectivo)
11. O seu sentido de humor
12. O seu optimismo
13. A sua paciência
14. O seu bom temperamento (afável, compreensivo, descontraído...)
15. O seu dinamismo
16. O seu espírito de iniciativa
17. A sua capacidade de adaptação à mudança, ao que é novo
18. A sua capacidade de flexibilidade/versatilidade/plasticidade
19. A sua criatividade
20. A sua coerência
21. A sua capacidade de não se deixar influenciar pelos outros (*Locus* de controlo interno)
22. A sua capacidade de orientação para a acção (agir para atingir os objectivos)
23. A sua capacidade de relativizar (valorizar os aspectos positivos)
24. A sua capacidade de recuperar (voltar a erguer-se mesmo depois de uma grande queda)
25. A sua capacidade de aguentar e reagir ao stress, traumas e situações difíceis (tolerância a emoções negativas)
26. A sua capacidade de independência e autonomia (bastar-se para sobreviver)
27. A sua capacidade de cativar (atitude de charme)
28. A sua capacidade de se colocar no lugar dos outros (empatia)
29. A sua fé (espiritualidade, ou crença em algo superior que o ajudará)
30. O orgulho/brio que tem em si
31. A vinculação romântica segura (relação forte e afectiva com o cônjuge/namorado(a), ter o seu apoio)
32. Ter confiança e segurança no amor
33. A sua capacidade de se relacionar com os outros (sociabilidade)
34. A sua capacidade de amar, de construir laços fortes e afectivos
35. O seu interesse em vários domínios ou áreas de conhecimento
36. A sua perspicácia;

- 37. As suas experiências de sucesso (êxito académico, profissional, familiar,...)
- 38. A sua capacidade de reconhecer oportunidades ou alternativas mesmo em situações difíceis
- 39. A sua capacidade de reconhecer alternativas para resolução de problemas (consciência de alternativas)
- 40. A sua capacidade de ver a mudança como oportunidade de aprender
- 41. A sua capacidade de ver o problema como um desafio ou uma oportunidade de melhorar e desenvolver competências

Ser-lhe-á pedido que responda a 3 perguntas, sobre os 41 itens.

Assinale com uma cruz, cada item da seguinte forma:

- Para os itens que **não tem**, assinale **Não se Aplica (NA)**
- Para os itens que **tem**, assinale através da escala de grandeza desde **(0)** nada contribuir, **(1)** pouco, **(2)** razoavelmente, **(3)** muito, até **(4)** contribuir de forma fundamental.
- Para os itens que não tem e **Gostaria de Ter (GT)**

Não há respostas certas ou erradas.

1- Quanto contribuiu cada item para o/a ajudar a ultrapassar o seu maior problema/ dificuldade/trauma da sua vida?

0 → 1 → 2 → 3 → 4
 Nada → Pouco → Razoavelmente → Muito → Fundamental

	NA	GT	0	1	2	3	4
1. O seu altruísmo (capacidade de se dedicar aos outros)							
2. O seu sentido de compromisso							
3. A sua capacidade de estar só							
4. A sua auto-confiança							
5. A sua auto-eficácia e realização dos objectivos							
6. A sua tenacidade (perseverança, determinação, persistência sem ser teimoso)							
7. A sua boa auto-estima							
8. A sua inteligência (cognitiva, emocional, social)							
9. A sua capacidade de reflexão (de prever, planear e traçar objectivos)							

10. A sua concentração (<i>focus</i> no objectivo)									
11. O seu sentido de humor									
12. O seu optimismo									
13. A sua paciência									
14. O seu bom temperamento (afável, compreensivo, descontraído...)									
15. O seu dinamismo									
16. O seu espírito de iniciativa									
17. A sua capacidade de adaptação à mudança, ao que é novo									
18. A sua capacidade de flexibilidade/versatilidade/plasticidade									
19. A sua criatividade									
20. A sua coerência									
21. A sua capacidade de não se deixar influenciar pelos outros (<i>Locus</i> de controlo interno)									
22. A sua capacidade de orientação para a acção (agir para atingir os objectivos)									
23. A sua capacidade de relativizar (valorizar os aspectos positivos)									
24. A sua capacidade de recuperar (voltar a erguer-se mesmo depois de uma grande queda)									
25. A sua capacidade de aguentar e reagir ao stress, traumas e situações difíceis (tolerância a emoções negativas)									
26. A sua capacidade de independência e autonomia (bastar-se para sobreviver)									
27. A sua capacidade de cativar (atitude de charme)									
28. A sua capacidade de se colocar no lugar dos outros (empatia)									
29. A sua fé (espiritualidade, ou crença em algo superior que o ajudará)									
30. O orgulho/brio que tem em si									
31. A vinculação romântica segura (relação forte e afectiva com o cônjuge/namorado(a), ter o seu apoio)									
32. Ter confiança e segurança no amor									
33. A sua capacidade de se relacionar com os outros (sociabilidade)									
34. A sua capacidade de amar, de construir laços fortes e afectivos									
35. O seu interesse em vários domínios ou áreas de conhecimento									
36. A sua perspicácia									
37. As suas experiências de sucesso (êxito académico, profissional, familiar,...)									
38. A sua capacidade de reconhecer oportunidades ou alternativas mesmo em situações difíceis									
39. A sua capacidade de reconhecer alternativas para resolução de problemas (consciência de alternativas)									
40. A sua capacidade de ver a mudança como oportunidade de aprender									
41. A sua capacidade de ver o problema como um desafio ou uma oportunidade de melhorar e desenvolver competências.									

2- Quanto contribui cada item para o seu Bem-Estar/**Satisfação** com a vida?

0 → 1 → 2 → 3 → 4
 Nada → Pouco → Razoavelmente → Muito → Fundamental

	NA	GT	0	1	2	3	4
1. O seu altruísmo (capacidade de se dedicar aos outros)							
2. O seu sentido de compromisso							
3. A sua capacidade de estar só							
4. A sua auto-confiança							
5. A sua auto-eficácia e realização dos objectivos							
6. A sua tenacidade (perseverança, determinação, persistência sem ser teimoso)							
7. A sua boa auto-estima							
8. A sua inteligência (cognitiva, emocional, social)							
9. A sua capacidade de reflexão (de prever, planear e traçar objectivos)							
10. A sua concentração (<i>focus</i> no objectivo)							
11. O seu sentido de humor							
12. O seu optimismo							
13. A sua paciência							
14. O seu bom temperamento (afável, compreensivo, descontraído...)							
15. O seu dinamismo							
16. O seu espírito de iniciativa							
17. A sua capacidade de adaptação à mudança, ao que é novo							
18. A sua capacidade de flexibilidade/versatilidade/plasticidade							
19. A sua criatividade							
20. A sua coerência							
21. A sua capacidade de não se deixar influenciar pelos outros (<i>Locus</i> de controlo interno)							
22. A sua capacidade de orientação para a acção (agir para atingir os objectivos)							
23. A sua capacidade de relativizar (valorizar os aspectos positivos)							
24. A sua capacidade de recuperar (voltar a erguer-se mesmo depois de uma grande queda)							
25. A sua capacidade de aguentar e reagir ao stress, traumas e situações difíceis (tolerância a emoções negativas)							
26. A sua capacidade de independência e autonomia (bastar-se para sobreviver)							
27. A sua capacidade de cativar (atitude de charme)							
28. A sua capacidade de se colocar no lugar dos outros (empatia)							

29. A sua fé (espiritualidade, ou crença em algo superior que o ajudará)						
30. O orgulho/brio que tem em si						
31. A vinculação romântica segura (relação forte e afectiva com o cônjuge/namorado(a), ter o seu apoio)						
32. Ter confiança e segurança no amor						
33. A sua capacidade de se relacionar com os outros (sociabilidade)						
34. A sua capacidade de amar, de construir laços fortes e afectivos						
35. O seu interesse em vários domínios ou áreas de conhecimento						
36. A sua perspicácia						
37. As suas experiências de sucesso (êxito académico, profissional, familiar,...)						
38. A sua capacidade de reconhecer oportunidades ou alternativas mesmo em situações difíceis						
39. A sua capacidade de reconhecer alternativas para resolução de problemas (consciência de alternativas)						
40. A sua capacidade de ver a mudança como oportunidade de aprender						
41. A sua capacidade de ver o problema como um desafio ou uma oportunidade de melhorar e desenvolver competências.						

3- Se dos 41 itens, quer tenha ou não tenha, pudesse escolher 5 para si, quais escolheria?

(do mais importante ao menos importante)

1° _____

2° _____

3° _____

4° _____

5° _____

4- Sugira novos itens. (pergunta facultativa)

Bem haja, pela sua preciosa colaboração.

Este estudo obedece às normas éticas e deontológicas da confidencialidade, pelo que o anonimato é garantido. Se pretender quaisquer esclarecimentos sobre o estado da arte do estudo, por favor queira contactar através do email: sofianobre.psi@gmail.com

© Sofia Nobre: Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación da Universidad de Extremadura – España, sob orientação do Sr. Professor Doutor Florêncio Vicente de Castro e co-orientação da Sra. Professora Doutora Maria Lapa Esteves, e colaboradora do Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Apêndice 3

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, aceito participar no Trabalho de Investigação, sob o tema **Resiliência**, tendo como referência a informação que me foi clarificada através deste documento:

- A participação neste estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o meu direito à recusa, tanto neste momento como em qualquer outro ao longo do processo de investigação, bastando para tal dar conhecimento da minha intenção à investigadora;
- Este estudo salvaguarda o meu direito ao anonimato e confidencialidade, pelo que todos os dados que permitissem a identificação serão codificados;
- Ser-me-á solicitada a realização de testes e inquéritos;
- Não se prevêem danos físicos, cognitivos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais;
- Em caso de qualquer dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderei sempre contactar a investigadora que me facultou a sua identificação e contacto.

Coimbra, de de 2012

(Assinatura do Participante)

A investigadora reconhecida pela preciosa colaboração

(Sofia Nobre)
sofianobre.psi@gmail.com

Apêndice 4

Entrevista sociodemográfica e de exploração de hábitos de vida, estratégias de *coping* e vivência traumática

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____

Código

A preencher

Naturalidade _____

Origem Étnica (raça)

caucasiana (branca) asiática africana outra

Qual? _____

Género Feminino Masculino

Profissão _____

Se Militar:

Posto _____ Arma/Especialidade _____

Estado Civil

Solteiro(a) Casado(a) Em União de Facto Companheiro(a) (+ de 6 meses) Namorado(a) (+ de 6 meses) Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Habilitações Literárias _____

Formação pelas Novas Oportunidades? Sim Não

Das seguintes patologias clínicas, assinale a(s) que lhe diagnosticaram?

Mental/Psicológica/Psiquiátrica.Qual?_____

Neurológica.Qual?_____

Oncológica.Qual?_____

Cardíaca (coração). Qual?_____

Aparelho digestivo Qual?_____

Aparelho respiratório. Qual? _____

Aparelho urinário. Qual? _____

Diabetes. Qual? _____

Outra(s)

Hábitos

É fumador? Quantos cigarros fuma por dia? _____

Consome álcool? Quanto bebe por dia (em nº de copos)? _____

Consome drogas ilegais? Quais e quantas gramas por dia?

Toma medicamentos para dormir, acalmar, relaxar ou animar? Quais e quantas vezes por dia?

Faz exercício físico? Qual e quantas horas por semana?

A sua vida sexual é activa? Quantas vezes por mês tem sexo?

Mantém o(a) mesmo(a) parceiro(a)? Sim Não

Se não, qual o nº de parceiros por mês? _____

Corre riscos de saúde? (sexo sem preservativo, partilha de seringas,...)

Sim Não

Ocupação dos tempos livres

Tem estratégias de distração? Sim Não

Indique quais. (por exemplo, desporto, tertúlias com amigos, ver TV, escrever, pintar, carpintaria, etc.)

Na ocupação dos seus tempos livres tende a isolar-se? Sim Não

Dê exemplos. (por exemplo: Pesca ou faz caminhadas, lê o jornal, vê tv, SOZINHO)

Já viveu situações difíceis ou traumáticas? Sim Não

Assinale quais dentre os exemplos:

Stress ; luto ; separação ; privação de necessidades básicas como passar fome ou sede, ver-se privado de higiene, de sono, de descanso ; divórcio ; abandono dos cuidadores (ex. pais) ; assédio moral ou sexual ; violação sexual ; perseguição ; alvo de chantagem ou obrigação de agir contra os seus próprios princípios morais ; alvo de ameaça/perigo de vida ; alvo de maus tratos, violência física, psicológica ; observação de maus tratos, violência, mortos ou feridos ; acidentes de viação ; doenças ; perda de emprego ou meio de subsistência ; catástrofes naturais, como incêndios, cheias, etc. ; outras que possam ter-lhe gerado medo, perigo ou ameaçado a sua própria vida ou a de outros que tenha observado .

Se assinalou o último item, diga qual. _____

Bem haja, pela sua preciosa colaboração.

Este estudo obedece às normas éticas e deontológicas da confidencialidade, pelo que o anonimato é garantido. Se pretender quaisquer esclarecimentos sobre o estado da arte do estudo, por favor queira contactar através do email: sofianobre.psi@gmail.com

© Sofia Nobre: Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación da Universidad de Extremadura – España, sob orientação do Sr. Professor Doutor Florêncio Vicente de Castro e co-orientação da Sra. Professora Doutora Maria Lapa Esteves, e colaboradora do Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Apêndice 5

Tabelas

Tabela 1a

Correlations

			rel_prox	laçosfamsoc_fo rtes_afect
Spearman's rho	rel_prox	Correlation Coefficient	1,000	,278
		Sig. (2-tailed)	.	,265
		N	18	18
	laçosfamsoc_fortes_afect	Correlation Coefficient	,278	1,000
		Sig. (2-tailed)	,265	.
		N	18	18

Tabela 1b

Correlations

			rel_prox	vinc_romant
Spearman's rho	rel_prox	Correlation Coefficient	1,000	,578(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,012
		N	18	18
	vinc_romant	Correlation Coefficient	,578(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 2

Vinculação romântica

Correlations

			vinc_romant	Perfil_Resiliência
Spearman's rho	vinc_romant	Correlation Coefficient	1,000	,579(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,012
		N	18	18
	Perfil_Resiliência	Correlation Coefficient	,579(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	.
		N	18	18

• Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 3

Entrevista RtR de avaliação da resiliência e qualidade de reacção ao trauma e Cd-risc (forte correlação, 99% de fiabilidade)

Correlations			Perfil_CdRisc	Perfil_Resiliência
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,873(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	18	18
	Perfil_Resiliência	Correlation Coefficient	,873(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 4

Entrevista semi-estruturada SRS de avaliação da resiliência e Cd-risc (forte correlação, 99% de fiabilidade)

Correlations			Perfil_CdRisc	Perfil_SRS
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,816(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	18	18
	Perfil_SRS	Correlation Coefficient	,816(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 5

Paciência

Correlations			Perfil_CdRisc	paciência
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,784(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	18	18
	paciência	Correlation Coefficient	,784(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 6

Adaptação à mudança

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	adaptabilidade
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,761(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	18	18
	adaptabilidade	Correlation Coefficient	,761(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 7

Perspicácia

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	perspicácia
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,715(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,001
		N	18	18
	perspicácia	Correlation Coefficient	,715(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8

Iniciativa e dinamismo

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	iniciativa_dinamismo
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,681(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	18	18
	iniciativa_dinamismo	Correlation Coefficient	,681(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 9

Capacidade de reflexão, prever e planejar objectivos

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	reflex_prev_pla n_obj
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,680(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	18	18
	reflex_prev_plan_obj	Correlation Coefficient	,680(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 10

Inteligência cognitiva emocional e social

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	intelig_cog_em o_social
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,632(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	18	18
	intelig_cog_emo_social	Correlation Coefficient	,632(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 11

Desafio/problema como oportunidade

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	oportunidade
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,627(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	18	18
	oportunidade	Correlation Coefficient	,627(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 12

Flexibilidade

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	flexibilidade
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,605(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,008
		N	18	18
	flexibilidade	Correlation Coefficient	,605(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,008	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 13

Coerência

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	coerência
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,598(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,009
		N	18	18
	coerência	Correlation Coefficient	,598(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	.
		N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 14

Locus de controlo interno

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	locus_c_interno
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,584(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,011
		N	18	18
	locus_c_interno	Correlation Coefficient	,584(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,011	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 15

Auto-confiança

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	boa_auto_confiança
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,580(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,012
		N	18	18
	boa_auto_confiança	Correlation Coefficient	,580(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 16

Auto-estima

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	boa_auto_estima
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,568(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,014
		N	18	18
	boa_auto_estima	Correlation Coefficient	,568(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,014	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 17

Autonomia e independência

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	auton_independ
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,526(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,025
		N	18	18
	auton_independ	Correlation Coefficient	,526(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,025	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 18

Experiências de sucesso no passado

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	exp_sucesso_pass
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,518(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,028
		N	18	18
	exp_sucesso_pass	Correlation Coefficient	,518(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,028	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 19

Temperamento

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	facil_temperamento
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,489(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,040
		N	18	18
	facil_temperamento	Correlation Coefficient	,489(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,040	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 20

Optimismo

			Correlations	
			Perfil_CdRisc	optimismo
Spearman's rho	Perfil_CdRisc	Correlation Coefficient	1,000	,473(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,048
		N	18	18
	optimismo	Correlation Coefficient	,473(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,048	.
		N	18	18

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexos

CD-RISC

POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.

Connor-Davidson - Escala de Resiliência (CD-RISC)

iniciais do nome data / / visita

idade estado civil casado(a) separado (a) viúvo(a) solteiro(a) divorciado(a) protocolo número

sexo

masculino feminino caucasiana asiática africana outra

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si neste último mês. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Copyright © 2001, 2003, 2007 by Kathryn M. Connor, M.D. and Jonathan R.T. Davidson, M.D.
Tradução Faria, J.A. e Ribeiro, M.T. 2008

Pág. 1 de 2

25-09-2008

Iniciais do nome

data / / visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
13 Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14 Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15 Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16 Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17 Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18 Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outros pessoas, se necessário.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19 Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20 Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21 Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22 Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23 Eu gosto de desafios.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24 Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25 Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Cópia

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr. Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710, e-mail: david011@mc.duke.edu.

Produção científica no âmbito dos estudos de Doutoramento

Sofia Nobre, Florencio Vicente Castro & Maria Lapa Esteves (2013). Estudo exploratório em desenvolvimento – A Resiliência e Satisfação com a vida na adversidade: As Catecolaminas do novo paradigma. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia INFAD, Año:XXV, N°1-Vol.2:569-580.*

Sofia Nobre, Florencio Vicente Castro & Maria Lapa Esteves (2013). CatÁrtese: Desenho de uma técnica terapêutica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia INFAD, Año:XXV, N°1-Vol.2:561-568.*

Sofia Nobre, Sandra Reis, Florencio Vicente Castro & Maria Lapa Esteves (2013). Felicidade, Amor e Arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia INFAD, Año:XXV, N°1-Vol.2:421-430.*

Sofia Nobre, Maria Lapa Esteves & Florencio Vicente Castro (2013). *Resiliência: o novo paradigma – Do Amor à Morte.* IV Jornadas Internacionais da História da Psiquiatria e Saúde Mental (Coimbra, Portugal).

Sofia Nobre (2013). *A Arte de Ajudar a Crescer* (artigo de opinião elaborado sob convite). Revista Casa da Música, N°15. Coimbra: FIRA.

Sofia Nobre, Sandra Reis & Anabela Coutinho (2012). Be the One-Stop Bullying. Afrontamiento psicológico en el siglo XXI. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología INFAD, Año: XXIV, N°1-Vol.4:223-230.*

Sofia Nobre (2012). A Ginástica *Pathosplástica* da Perturbação Anti-Social da Personalidade. Afrontamiento psicológico en el siglo XXI. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología INFAD, Año: XXIV, N°1-Vol.4:179-188.*

Sofia Nobre, Maria Lapa Esteves & Florencio Vicente Castro (2012). Internacionalizar é preciso. Gestão Emocional para eficaz Internacionalização. *Atas do LIC'12 - Lusófona International Congress: International Perspectives* (António Lencastre Godinho e José Joaquim Moreira Edts).

Sofia Nobre, Florencio Vicente Castro & Maria Lapa Esteves (2012). *Do Amor à Morte: Trauma e Resiliência*. VIII Congresso Internacional Luso-Espanhol: Envelhecimento positivo e solidariedade intergeracional (Castelo Branco, Portugal).

Sofia Nobre, Florencio Vicente Castro, Maria Lapa Esteves, Sandra Reis & Hugo Rodrigues (2012). *A Arte de Bem Envelhecer*. VIII Congresso Internacional Luso-Espanhol: Envelhecimento positivo e solidariedade intergeracional (Castelo Branco, Portugal).

Sofia Nobre & Fernando Pereira (2012). *Si vis pacem para bellum: Resiliência – Estudo de um grupo de militares em preparação para missão*. Unidade de Saúde Operacional do Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Sofia Nobre & Fernando Pereira (2012). *Gestão e Mediação de Conflitos e Emoções. Uma Abordagem Positiva. Uma Reprogramação de Bem-Estar*. Acção de Formação. Brigada de Intervenção de Coimbra e Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Sofia Nobre & Fernando Pereira (2011). *Stress, Trauma e Resiliência*. Acção de Formação. Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Sofia Nobre (2011). *Motivação para a Saúde*. Sessão Clínica. Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Sofia Nobre & Fernando Pereira (2011). *Resiliência em Psicologia: Conceito, Avaliação e Treino*. Sessões Clínicas da Unidade de Saúde Operacional do Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Este texto não obedece ao AO90.

Índice

INTRODUÇÃO	5
INTRODUCCIÓN	9
INTRODUCTION	13
RESUMO ALARGADO	17
CAP.1- DESENHANDO A RESILIÊNCIA	25
1.1- A RESILIÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE ACORDO COM A TEORIA PSICOSSOCIAL DE ERIKSON – RESILIÊNCIA: O NOVO PARADIGMA. DO AMOR À MORTE.....	27
INTRODUÇÃO	31
RESILIÊNCIA: O NOVO PARADIGMA PSICOTERAPÊUTICO.....	32
RESILIÊNCIA: O BINÓMIO GENÉTICO-AMBIENTAL E PSICOTERAPIA: O PAPEL DOS FACTORES PROTECTORES	35
CARACTERÍSTICAS DA RESILIÊNCIA	39
RESILIÊNCIA E TRAUMA: DO AMOR À MORTE	43
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	52
1.2- AS CATECOLAMINAS E OUTROS MARCADORES BIOLÓGICOS RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DA RESILIÊNCIA – ESTUDO EXPLORATÓRIO EM DESENVOLVIMENTO	59
A RESILIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM A VIDA NA ADVERSIDADE: AS CATECOLAMINAS DO NOVO PARADIGMA.....	59
OBJECTIVOS DO ESTUDO	63
ESTADO DA ARTE.....	63
AMOSTRA E METODOLOGIA	72
INTERESSE DO ESTUDO E CONCLUSÕES	76
CAP.2 – AS FERRAMENTAS DA RESILIÊNCIA.....	81
2.1- O AMOR E A ARTE NA CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM A VIDA –FELICIDADE: AMOR E ARTE	83
INTRODUÇÃO	87
TEORIAS - A FELICIDADE DE ENVELHECER	88
RESILIÊNCIA & SUBLIMAÇÃO: PSICANÁLISE & ARTE	92
METODOLOGIA: OS ARTISTAS REVELAM A FELICIDADE.....	94
QUADRO 1.....	97
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	100
2.2- A IMPORTÂNCIA DA ARTE NA PRÁTICA TERAPÊUTICA E DESENVOLVIMENTO DA RESILIÊNCIA – CATÁRTESE: DESENHO DE UMA TÉCNICA TERAPÊUTICA	103
CONSIDERAÇÕES INICIAIS: APRE(E)NDENDO O ARTISTA	107
SENTIR: PENSAR MAIOR	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENUNCIACÃO DA TÉCNICA CATÁRTESE.....	114

CAP. 3- REFLEXÃO SOBRE AS PATOLOGIAS QUE PODEM EMERGIR APÓS A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES ADVERSAS OU TRAUMÁTICAS	119
3.1- A PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	121
INTRODUÇÃO.....	123
FACTORES DE RISCO, VULNERABILIDADE E NEUROBIOLOGIA DA PPST	125
TERAPÊUTICA	129
CONCLUSÃO	132
3.2- A PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE – A GINÁSTICA PATHOSPLÁSTICA DA PERTURBAÇÃO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE ...	137
INTRODUÇÃO.....	141
DESENVOLVIMENTO	142
PATHOSPLASTIA DA PASP.....	142
DO DIABÓLICO NORMAL AO PATOLÓGICO DOENTE	145
PRESUMÍVEL INOCENTE: GINÁSTICA SANO OU PATHOS-PLÁSTICA?	147
CONCLUSÃO	151
3.3- A HIPÓTESE DO AUTISMO COMO EXEMPLO DA IMPORTÂNCIA DO SISTEMA DA OXITOCINA NA EMPATIA E COMUNICAÇÃO HUMANA, PRIMORDIAL À RESILIÊNCIA.	155
INTRODUÇÃO.....	155
DETERMINANTES BIOLÓGICOS E SOCIAIS	156
OS MODELOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA	168
CONCLUSÃO: O RESPEITO PELO AUTISTA	169
CAP. 4- (DI)GESTÃO EMOCIONAL OU RESILIÊNCIA	175
O PODER DA EMOÇÃO.....	176
O PODER DA ATITUDE.....	183
MUDANÇAS DE ATITUDE E COMPORTAMENTO.....	185
EDUCAÇÃO PARA A RESILIÊNCIA.....	187
CAP. 5- CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
APÊNDICES.....	229
APÊNDICE 1: RTR – ENTREVISTA EXPLORATÓRIA DE AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE REACÇÃO AO TRAUMA	231
APÊNDICE 2: SRS – SELF RESILIENCE SATISFACTION	241
APÊNDICE 3: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	247
APÊNDICE 4: ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA E DE EXPLORAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA, ESTRATÉGIAS DE COPING E VIVÊNCIA TRAUMÁTICA.....	249
APÊNDICE 5: TABELAS.....	253
ANEXOS.....	261
CD-RISC	263
PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO ÂMBITO DOS ESTUDOS DE DOUTORAMENTO.....	265

Índice de Figuras

Fig.1- Construção de Significados.....	178
Fig.2 - Ciclo da Realidade Subjectiva	181
Fig.3 - Sentir, Pensar e Agir	182
Fig.4 - Atitude	183
Fig.5 - Atitude Vs Comportamento	184
Fig.6 - Alteração do Comportamento.....	185

Índice de Quadros

QUADRO 1 - FELICIDADE: AMOR E ARTE	97
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1a - Relação próxima e Laços familiares e sociais fortes e afetivos	253
Tabela 1b - Relação próxima e Vinculação romântica segura	253
Tabela 2 - Vinculação romântica	253
Tabela 3 - Entrevista RtR de avaliação da resiliência e qualidade de reacção ao trauma e Cd-Risc.....	254
Tabela 4 - Entrevista semi-estruturada SRS de avaliação da resiliência e Cd-Risc.....	254
Tabela 5 - Paciência	254
Tabela 6 - Adaptação à mudança	255
Tabela 7 - Perspicácia.....	255
Tabela 8 - Iniciativa e dinamismo	255
Tabela 9 - Capacidade de reflexão, prever e planear objectivos.....	256

Tabela 10 - Inteligência cognitiva emocional e social	256
Tabela 11 - Desafio/problema como oportunidade de mudança	256
Tabela 12 - Flexibilidade	257
Tabela 13 - Coerência	257
Tabela 14 - <i>Locus</i> de controle interno	257
Tabela 15 - Auto-confiança	258
Tabela 16 - Auto-estima	258
Tabela 17 - Autonomia e independência	258
Tabela 18 - Experiências de sucesso no passado	259
Tabela 19 - Temperamento	259
Tabela 20 - Optimismo	259