

Marte: Da agressividade ao amor

A compreensão da agressividade nas pessoas com Lesão Vertebro-Medular

JOÃO GALHORDAS (*)

PAULA LIMA (*)

TÂNIA ENCARNAÇÃO (*)

INTRODUÇÃO

Os sentimentos e os comportamentos agressivos são dos aspectos que mais contribuem para o desequilíbrio psicológico, para a desadaptação ao mundo que nos rodeia e para as dificuldades no estabelecimento da relação com os outros. No entanto, a agressividade é necessária, podendo permitir que a pessoa elabore situações de perda e de frustração, e que se possa afirmar face a si própria e ao mundo que a rodeia.

Na situação de Lesão Vertebro-Medular (LVM), na qual as pessoas se confrontam com situações de perda e frustração significativas, é frequente a vivência de sentimentos/comportamentos agressivos. Ao trabalharmos no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMR) com indivíduos portadores de uma LVM verificámos que estas vivências são frequentes, o que nos leva a questionar de onde é que estas poderão surgir, para

que servem e como é que enquanto psicólogos poderemos ajudar as pessoas que as vivem.

Tendo como referência o quadro teórico psicanalítico, o objectivo deste trabalho é o de sensibilizar os psicólogos e outros profissionais de saúde para a compreensão das questões acima referidas.

Para este efeito é realizada uma revisão geral sobre o conceito de agressividade, destacando os aspectos relacionados com a vivência de lesão vertebro-medular. Realizamos ainda uma reflexão sobre dois casos clínicos de pessoas com lesão vertebro-medular de forma a permitir uma maior compreensão dos conceitos teóricos referidos.

DEFINIÇÃO DE AGRESSIVIDADE

A agressividade tem sido um tema bastante investigado, e alvo de profunda reflexão. Neste sentido diferentes perspectivas têm vindo a ser desenvolvidas de forma a tentar explicá-la.

Segundo Laplanche e Pontalis (1990) a agressividade define-se como: “*Tendência ou conjunto de tendências que se actualizam em comportamentos reais ou fantasmáticos, estes visando prejudicar*

(*) Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, Portugal.

outrem, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc. (...) A agressão conhece outras modalidades além da acção motora violenta e destruidora; não existe qualquer comportamento, quer negativo (recusa de auxílio por exemplo) quer positivo, simbólico (ironia por exemplo) ou efectivamente actuado, que não possa funcionar como agressão.” (op. cit., p. 32)

De acordo com Scharfetter (1997), a agressão é o ataque verbal ou efectivo a seres ou coisas, e a agressividade é a disponibilidade, ou disposição para a agressão e combatividade. A autora considera que a palavra agressão significa acometer alguém ou algo, uma aproximação a pessoas ou coisas que se rodeia de um determinado exercício e intencionalidade.

A agressividade pode ser vivida com diferentes intensidades. Kerneberg (1995) fala de quatro formas pelas quais poderá variar a intensidade do afecto agressivo: a **Irritação**, relacionada com um afecto agressivo brando; a **Irritabilidade**, definida como uma forma crónica de irritação; a **Raiva**, em que o afecto agressivo é intenso; e a **Reacção agressiva**, onde a agressividade tem uma natureza esmagadora.

Nestas definições verificamos que a agressividade pode ser vivida de várias formas, através de comportamentos (motores ou verbais) ou através de uma forma menos manifesta, pela fantasia e pelo pensamento; ela é dirigida a um alvo, um objecto e tem uma função destrutiva, no entanto tem também um papel importante no desenvolvimento da pessoa.

ORIGENS DA AGRESSIVIDADE

Uma vez entendido o que significa o termo agressividade é necessário ter em conta as suas origens para podermos entender e compreender melhor a pessoa que manifesta reacções agressivas.

São muitos os autores que relacionam o sentimento e comportamento agressivo à frustração, entre eles Glória (1981), Bowlby (1984), Scharfetter (1997), Monteiro e Ribeiro dos Santos (1999), Matos (2001), e Matos (2002).

Monteiro e Ribeiro dos Santos (1999), referindo-se à teoria de Maslow, associam o sentimento de frustração à não realização de necessidades essenciais para o ser humano. Estes autores fazem referência a vários tipos de motivação: **necessidades**

fisiológicas, como comer, andar, dormir, fazer as necessidades fisiológicas e satisfazer as necessidades sexuais; **necessidades de segurança**, como a necessidade de protecção e estabilidade em relação ao meio envolvente; **necessidades de afiliação**, associadas ao facto da pessoa ter necessidade de se relacionar com os outros, de se sentir amada e de amar; e **necessidades cognitivas**, relacionadas com a necessidade que o ser humano tem de adquirir conhecimentos e de aprender.

A não realização destas necessidades essenciais para o ser humano originará um sentimento de frustração, o qual entre outras respostas como tristeza, apatia, e ansiedade, poderá originar um sentimento e/ou um comportamento agressivo (Monteiro & Ribeiro dos Santos, 1999).

Muitos autores da psicologia dinâmica (Glória, 1981; Bowlby, 1982, 1984; Winnicott, 1993; Scharfetter, 1997; Matos, 2002) relacionam a agressividade à frustração associada às dificuldades no estabelecimento de relações afectivas com as pessoas significativas. Para estes autores, a dificuldade no estabelecimento de vínculos afectivos na infância, está associada a posteriores dificuldades de socialização e a uma maior vivência de sentimentos e comportamentos agressivos.

Bowlby (1984), quando aborda a questão dos vínculos afectivos, chama a atenção para as situações de perda, referindo que a perda de um vínculo afectivo, provoca vivências de luto e de depressão, nas quais a agressividade se manifesta. A pessoa pode passar a expressar a sua agressividade de uma forma hetero-agressiva, através da revolta (nas situações de luto e depressão) e da raiva (nas situações de depressão). A agressividade também se pode expressar de uma forma agida, ou seja através de um comportamento auto agressivo, como uma tentativa de suicídio ou através de auto-mutilação.

FUNÇÃO DA AGRESSIVIDADE

Embora a agressividade possa ser destrutiva na medida em que pode prejudicar as relações humanas, também tem um papel adaptativo, permitindo à pessoa afirmar-se e desenvolver-se.

Neste sentido, Winnicott (1993) considera a agressividade importante para o desenvolvimento da personalidade e para o estabelecimento da vida relacional. Para justificar esta ideia o autor refere que na vida intra-uterina o bebé dá pontapés e

mais tarde o recém-nascido mexe as pernas e os braços, sendo estes primeiros sinais de mobilidade, de certo modo, um precursor do funcionamento agressivo do ser humano e que está associado à sua capacidade de afirmação. O autor refere também que a agressividade faz parte da expressão primitiva do amor sendo importante para a ligação do bebé à mãe (ou substituto materno), na medida em a mãe ao constituir-se como o principal alvo dos impulsos libidinais/agressivos do bebé, será o seu principal objecto de vinculação.

Scharfetter (1997), Matos (2001), Kerneberg (1995) e Bowlby (1984) destacam a função adaptativa e construtiva que a agressividade poderá ter.

Scharfetter (1997), refere que a agressividade se constitui como uma parte essencial do nosso comportamento, sendo muito importante para a preservação do indivíduo e da espécie e permitindo que o homem se afirme no mundo.

Kerneberg (1995) e Matos (2001), dizem também que a expressão da agressividade poderá permitir um sentimento de afirmação e de autonomia e que um dos seus objectivos poderá ser o de eliminar uma fonte de dor ou desprazer. Matos (2001), salienta mesmo que a deflexão da agressividade, quando é feita de uma forma adequada¹, é uma forma de defesa face à depressão, permitindo que sentimentos e impulsos destrutivos se voltem para o exterior, não desorganizando o indivíduo, e diminuindo assim o seu sofrimento.

Bowlby (1984), refere-se à função adaptativa da agressividade, dizendo que muitas vezes a sua expressão é uma forma de protesto e de apelo para não perder a pessoa amada, podendo ser uma forma de dizer que se precisa do outro a quem se está ligado.

COMO LIDAR COM A AGRESSIVIDADE

Sendo a agressividade uma reacção habitualmente conotada com um carácter negativo, torna-se pertinente pensarmos na forma como lidamos com

¹ Quando a deflexão da agressividade é feita através de uma forma pensada, verbal e que permite uma afirmação da autonomia e da liberdade do sujeito (processo secundário).

a pessoa que manifesta sentimentos/comportamentos agressivos e como a podemos ajudar.

Para que se possa lidar com a agressividade é muito importante perceber as suas origens e qual o seu significado, a sua função e o seu objectivo para determinada pessoa e o que é que ela nos quer comunicar com este sentimento e/ou com este comportamento.

Nesta continuidade, Coid (cit. por Corney, 2000) refere que quando uma pessoa exprime agressividade, devemos ter em atenção que a nossa resposta não seja agressiva e autoritária de forma reactiva, ou seja, uma resposta não pensada. Por parte do interlocutor é necessário que haja um distanciamento face à agressividade para que se possa perceber que muitas vezes ao serem agressivas as pessoas nos estão a pedir ajuda. Este autor refere ainda que é comum as pessoas agressivas sentirem-se gratas por terem uma oportunidade de exprimir a sua agressividade.

Como psicólogos a trabalhar em LVM revemos nesta ideia pois consideramos que o psicólogo deve compreender a agressividade que é expressa, realizando o distanciamento necessário que lhe permita perceber para que é que essa agressividade serve. É importante que o psicólogo possa estar preparado para conter a agressividade da pessoa desde que esta a expresse com limites, ou seja, não passando ao acto.

Matos (2001) considera que em situação de psicoterapia o psicólogo deve compreender as dificuldades da pessoa no seio de uma relação empática, permitindo que esta possa expressar e manifestar a sua agressividade para que a possa aceitar e compreender tornando-a num factor construtivo para si própria.

AGRESSIVIDADE NAS LESÕES VERTEBRO-MEDULARES

A situação de LVM acarreta muitas perdas, tanto a nível das funções orgânicas como a nível laboral e da realização pessoal, e também a nível da auto-estima e da relação interpessoal. Estas perdas múltiplas poderão originar sentimentos de frustração e agressividade.

Alguns autores (Cardoso, 2000; Galin & Mueller, 1962), falam da revolta que as pessoas sentem na situação de LVM, estando este sentimento asso-

ciado a reacções como a ansiedade, a irritação, a falta de esperança e a tristeza.

Mueller (1962), fala também da raiva, estando esta associada à frustração que a situação de lesão proporciona e também à baixa auto-estima que lhe está associada.

Na nossa prática clínica no CMR, é comum estarmos em contacto com a revolta das pessoas lesionadas. A expressão desta revolta encontra-se associada a uma maior consciência real da lesão, constituindo também uma reacção mais adaptada à perda. Outras vezes é mais desadaptada, quando as pessoas criticam excessivamente o que está à sua volta, dirigindo a agressividade de uma forma indiscriminada para os profissionais de saúde e tendo dificuldade em olhar para si próprias e para o seu sofrimento. Esta revolta mais desadequada poderá originar dificuldades nas relações interpessoais e um maior isolamento.

Parece-nos importante chamar a atenção para o facto de que quando a revolta é mais desadaptada, ela está muitas vezes associada a características de personalidade anteriores à lesão, em que já havia um desequilíbrio psicológico e dificuldades no estabelecimento das relações com as pessoas.

CASO CLÍNICO: SR. R

Resumo da História Clínica

O Sr. R tem 51 anos de idade e chega ao CMR no dia 11.01.05 após ter sofrido uma queda de uma árvore a 24.11.04. Desde a data da queda que se encontra internado no Hospital de S. José, em Lisboa. Da queda resultou a fractura de três vértebras e do braço direito, tendo-se ainda instalado uma paraplegia completa. O Sr. R foi submetido a uma intervenção cirúrgica para estabilização da LVM no Hospital de S. José.

Resumo do Acompanhamento

Na primeira consulta o Sr. R começa por falar das circunstâncias do acidente. Refere que praticava caça de pássaros nos seus tempos livres já há muitos anos. Ao tentar prender um fio do dispositivo de caça em cima de uma árvore caiu. Não percebe bem como é que isso foi possível já que

tinha muita experiência em montar esses dispositivos.

Fala do seu internamento no Hospital de São José que descreve como particularmente difícil. Chorava bastante e esteve sempre acamado. No entanto, sentiu muito apoio por parte da família e dos amigos que o visitavam frequentemente e o tentavam ajudar como podiam.

O Sr. R está consciente das suas limitações mas mantém algumas expectativas que se podem considerar um pouco elevadas. Queixa-se de algumas dores e de “estar parado”, pois gostaria de sair da cama para “mostrar aos outros do que é que eu sou capaz”.

Fala ainda do seu restaurante no qual trabalhava com a mulher. Apesar de ser proprietário tem algumas dúvidas de como vão poder sobreviver no futuro.

Por fim conta como foi bom o último fim-de-semana já que o passou em casa com toda a família e amigos à sua volta. Diz que tem sido muito bem tratado e que “são todos muito bons para mim”.

Nas três consultas seguintes o Sr. R encontra-se acamado devido a problemas cutâneos. Mostra-se muito frustrado e revoltado por ter regredido a nível físico e por não poder começar a fazer os tratamentos no CMR. Sente que “tudo anda muito devagar, tudo demora muito tempo” o que o leva a ficar um pouco impaciente. Acusa a equipa do CMR por ser responsável pelas suas feridas já que em S. José nunca apresentou problemas semelhantes, partindo portanto do princípio que não estão a cuidar dele da melhor forma. Queixa-se ainda de falta de comunicação entre os diferentes departamentos e de não o virarem/mobilizarem suficientemente. Contudo prefere não falar com a equipa sobre estas questões que o deixam insatisfeito porque “não estou para me chatear”.

Neste período o Sr. R revela também muitas saudades da família. Emociona-se muitas vezes e chega a chorar por não poder ajudar os filhos do ponto de vista financeiro como o fazia antes do acidente. No entanto fica particularmente “chateado” porque sente que as pessoas estão sempre a fazer as coisas por ele, o que não lhe agrada. Além disso acha que, por estar nesta situação, as pessoas têm medo de lhe tocar já que “têm medo que eu me parta”.

Refere ainda que está “farto” de estar parado na cama porque “quando estamos parados pensamos mais e isso é mau” o que não aconteceria se ele

estivesse ocupado com várias actividades que o impedissem de pensar em coisas más.

Na próxima consulta o Sr. R mostra-se muito satisfeito pois já se restabeleceu dos seus problemas cutâneos. Diz que o tratamento está a correr muito bem e que vai dar o seu máximo para melhorar o mais rápido possível.

Em relação à revolta expressa refere que na altura se sentia muito em baixo por estar acamado e parado, admitindo que até nem foi mal tratado e que a relação com a equipa é boa, o que aconteceu é que estava com uma atitude muito negativa. Conta que tem “*mau feito*” pois mesmo que precisasse de ajuda para as mobilizações não a pedia, e a equipa por sua vez não podia adivinhar quais eram as suas necessidades. Diz que sempre foi assim, sempre gostou de fazer tudo sozinho e evita ao máximo pedir ajuda seja a quem for.

No final mostra-se muito entusiasmado tanto com os tratamentos, como com a preparação das obras de adaptação que vai realizar em casa e no restaurante.

As próximas duas consultas centram-se sobretudo na preparação da alta. O Sr. R considera que se estivesse mais um mês no CMR poderia beneficiar disso já que iria ter a possibilidade de aperfeiçoar as coisas que aprendeu aqui. Contudo também já sente muitas saudades da sua vida e tem uma série de actividades para as quais quer regressar.

Sente-se mais adaptado quando passa os fins-de-semana em casa porque já não sente a mesma super-protecção de antes. Já faz quase tudo sozinho e a mulher olha para ele de outra forma “*deixou de ter medo de me tocar e de me partir*”.

O seu regresso a casa está praticamente resolvido. As obras em casa estão prontas, montou ainda um ginásio em casa para poder continuar os tratamentos e só falta realizar as obras de adaptação no seu restaurante onde vai voltar a trabalhar daqui a alguns meses. Tem portanto “*trabalho, família e amigos que estão à minha espera*”.

Por fim, na última consulta é feito um balanço geral do acompanhamento. O Sr. R sente-se preparado para voltar para casa e retomar as suas actividades, sabendo que vai voltar a ter alturas em que se vai sentir mais em baixo mas nas quais vai tentar lembrar-se das coisas boas para “*não ficar tão rabugento*”. Refere que aprendeu muito no CMR e que a relação terapêutica o ajudou não só a superar aquela fase em que tinha vontade de

“*mandar vir com toda a gente sem pensar nas consequências*” mas também a viver de outra forma com a tristeza que sente pela sua deficiência física.

Comentário do Caso

Ao analisar o funcionamento mental do Sr. R de uma forma mais geral, verifica-se que está presente um sentimento de baixa auto-estima que é anterior à LVM. Este sentimento de alguma baixa auto-estima é transmitido de uma forma mais indirecta ao longo do acompanhamento durante o qual este paciente fala muito sobre diversas actividades e tarefas que realiza para ajudar a comunidade em que vive, como se quisesse agradar os outros devido a uma necessidade de aceitação exterior.

O Sr. R sempre foi muito activo e usa este factor não só para se sentir útil mas também para se defender face a pensamentos mais negativos, como ele próprio diz: “*Gosto de estar ocupado porque assim não penso em coisas negativas*”.

É também uma pessoa que tanto é capaz de estar com os outros como de estar sozinho. Mostra uma forma de se relacionar com os outros bastante saudável (tem um grande círculo de amigos que o apoiam) mas também se sente confortável quando está só (gosta de procurar um canto só dele para poder ler e pensar), o que se constitui como uma capacidade de autonomia e independência.

Olhando mais especificamente para os aspectos agressivos deste paciente, compreendemos que surgem numa altura em que ele está acamado devido a problemas cutâneos há cerca de um mês. Neste período o Sr. R mostra-se “chateado”, zangado e revoltado com a equipa de reabilitação. Duvida do profissionalismo da equipa, reclama sobre a falta de atenção para com ele e considera que os tratamentos para os seus problemas cutâneos não são os indicados. Contudo quando ultrapassa este período e regressa aos tratamentos do processo de reabilitação, percebe que a sua revolta e zanga surgiram por um sentimento de impotência e humor mais depressivo provocados pela situação em si (deflexão da agressividade).

A agressividade presente neste paciente surge de uma forma reactiva e adaptativa, já que a sua durabilidade e intensidade se encontram dentro dos limites, tratando-se portanto de uma agressividade mais circunscrita à situação de frustração. O Sr. R revela capacidade não só de mentalização mas também de autocrítica, já que admite que as

suas queixas para com a equipa de reabilitação não eram fundamentadas mas sim fruto do seu sofrimento, dizendo isto sem qualquer tipo de sugestão por parte do Psicólogo. Podemos então afirmar que este paciente utiliza a projecção da agressividade como mecanismo defensivo como função adaptativa pois permite-lhe exprimir os seus sentimentos de impotência, de tristeza e ansiedade pela situação de acamado em que se encontrava.

Por fim consideramos ainda que o apoio emocional que o Sr. R recebeu por parte da família e dos amigos foi muito importante para a resolução saudável deste momento de maior agressividade. Além disso as relações existentes não foram prejudicadas já que a agressividade surge no Sr. R de uma forma circunscrita e reactiva à situação de frustração (estar acamado).

CASO CLÍNICO: SR. J

Resumo da História Clínica

O Sr. J tem 29 anos de idade, nasceu em Angola e veio morar para Portugal aos 17 anos. Trabalhava como encarregado na construção civil, tendo sofrido uma queda de um andaime em Outubro de 2001, da qual resultaram fracturas cervicais que originaram uma tetraplegia completa. Esteve internado no Hospital de S. José, em Lisboa, e depois no Hospital de Setúbal, para ficar mais perto da família, ou seja de duas irmãs mais velhas, casadas e com filhos.

Resumo do Acompanhamento

Na consulta de internamento, este paciente mostrou uma boa capacidade de pensar em si e na sua situação. O Sr. J revelou ter consciência das suas limitações e pareceu estar a sofrer muito, questionando-se sobre o sentido da sua vida. O Sr. J estava preocupado com o filho, não sabendo se o poderia ajudar e mostrou-se preocupado com o facto de ficar dependente e dar trabalho às outras pessoas. Manifestou-se com medo relativamente a um possível abandono por parte da mulher.

O Sr. J é casado com a Sra. E e tem um filho de 4 anos. Diz que sempre tentou estudar para ter uma vida melhor, tendo tirado o 12.º ano em Angola e já em Portugal tirou um curso de jovens empre-

sários porque “*não tinha dinheiro para ir para a Faculdade*”. Refere que o seu projecto para abrir uma loja não foi aprovado porque ele é angolano e ainda residia há pouco tempo em Portugal. O Sr. J diz que sempre trabalhou muito para “*poder ser alguém*” e que foi para a construção civil para poder dar uma vida melhor ao filho que diz ser “*a melhor coisa do mundo*”. Planeava dar ao filho a educação que ele nunca teve, os brinquedos que ele não teve, aliás tudo. Actualmente discute com a mulher porque têm dificuldades económicas visto a situação do seguro não estar resolvida e a Sra. E ter parado de trabalhar por algum tempo para lhe dar apoio. As maiores discussões são porque ele quer fazer todas as vontades ao filho que “*está a sofrer muito*” e a Sra. E achar que não pode ser porque “*senão ele fica mal educado*”. Também discutem porque o Sr. J acha que o filho deve ficar em casa das irmãs e a Sra. E acha que ele deve ficar com a mãe. Parece que o Sr. J tem alguma dificuldade em impor-se perante as irmãs mais velhas que querem educar o sobrinho nas circunstâncias actuais.

Por outro lado, durante a psicoterapia, o Sr. J revela que pretende deixar a Sra. E porque ela “*é uma mulher nova, bonita e tem que refazer a vida*”. O medo do Sr. J em ser abandonado fá-lo pensar em deixar a mulher e só mais tarde o Sr. J revela a razão “*assim eu não lhe posso dar nada*”. Acrescenta que já pensou em ir morar para um lar para não dar trabalho a ninguém. Durante a psicoterapia esta ideia vai persistindo menos, mas continua patente o medo de que o deixem só.

No fim da psicoterapia o Sr. J continua com a Sra. E, perspectiva-se uma mudança para uma casa de R/C possibilitada pela Junta de Freguesia da sua zona, que também lhe arranjou um trabalho de secretariado no Centro de Saúde, onde irá ter um computador. O filho irá para um infan-tário estatal.

Na primeira consulta de *follow-up* (aproximadamente dois meses após a alta), o Sr. J disse que estava muito em baixo psicologicamente, que tem estado em casa e não sai da sala e que “*assim a vida não faz sentido*”. Nesta consulta realizou-se uma entrevista com o Sr. J e a mulher que referiu que está cansada desta situação. Perante esta afirmação o Sr. J teve uma atitude agressiva, perguntando porque é que a mulher estava cansada, culpabilizando-a e “*convidando-a*” a deixá-lo. Durante esta consulta é patente o sofrimento psicológico

do Sr. J e também da Sra. E. É visível o medo do Sr. J de que a Sra. E o deixe, medo este que o leva antecipar o abandono convidando a mulher a deixá-lo.

Foi sugerido ao Sr. J que continuasse a vir às consultas de *follow-up*, o que não se efectivou. No fim da consulta também foi sugerido que a mulher do Sr. J tivesse um acompanhamento psicológico.

Na segunda consulta de *follow-up* (passado aproximadamente três anos) o Sr. J sentia-se culpado e sentia a falta da sua mulher. O Sr. J referiu que já tinha uma casa e um espaço físico mais adaptado à sua situação (conjunto de residências adaptado a pessoas com deficiência). Muitas vezes estava com a sua mulher e com o filho durante o dia, mas não estava com eles a tempo inteiro. Apesar do sentimento de culpabilidade e da falta que sente da sua mulher, o Sr. J referiu que já teve relações com outras mulheres mas que no entanto estas não o preenchem. Disse também que a sua mulher se relacionou com outro homem, mas que essa relação acabou por terminar.

Voltei a falar com o casal, tendo a mulher do Sr. J referido que lhe continuaria a dar apoio, mas que era difícil voltarem a viver juntos, pois o Sr. J era uma pessoa muito agressiva na medida em que a afastava, fazendo-a sofrer muito.

Comentário do Caso

A análise do caso do Sr. J aponta para uma possível falha narcísica anterior à lesão vertebro-medular, o que se encontra patente nas suas afirmações de “*estudar (...) para poder ser alguém*” e também quando procura dar ao filho tudo o que ele não teve, mas que acima de tudo se evidencia na situação de depressão que se arrasta ao longo do tempo de acompanhamento psicológico.

O narcisismo já de si frágil do Sr. J fica mais enfraquecido pela lesão vertebro-medular fazendo-o afundar-se numa situação de depressividade.

A agressividade do Sr. J manifesta-se através de uma auto-agressividade, na medida em que ele se desvaloriza, não se sentindo merecedor do amor e da companhia da Sra. E (“*É uma mulher nova e tem que refazer a sua vida*”, “*Eu já não lhe posso dar nada*”). Esta inflexão da agressividade fá-lo entrar numa situação de depressão que se mantém ao longo do internamento e ao longo das consultas de *follow-up*.

O sentimento de não ser merecedor do amor

da Sra. E, e o medo de ser abandonado por parte de quem ele ama, fá-lo antecipar a perda e constantemente rejeitar a Sra. E, convidando-a a ir embora e a abandoná-lo. Talvez fosse uma maneira de o Sr. J aumentar a sua auto-estima, pois cada vez que rejeitava a Sra. E e ela não se ia embora tinha um ganho afectivo. Quando finalmente o afastamento da Sra. E acontece (segundo *follow-up*), o Sr. J sente-se culpado e triste.

Deste modo, parece-nos que a agressividade do Sr. J se manifesta de uma forma desadaptada, na medida em que perpetua uma vivência constante de frustração, provocando uma constante ferida narcísica no Sr. J e uma baixa auto-estima a ela associada. O Sr. J não se permite amar e ser amado, a agressividade (que é raiva) que usa, em vez de o aproximar do objecto de amor, afasta-o dele (ou aproxima-o de uma forma patológica e corrosiva).

Pensamos que o funcionamento psicológico do Sr. J e nomeadamente a utilização da agressividade pretende a manutenção de algum equilíbrio (embora sofrível), pois pretende compensar a sua baixa auto-estima. No entanto, o Sr. J funciona através de um sintoma repetitivo, que se traduz no sentimento e por vezes na expressão de raiva face a si próprio e a uma pessoa que lhe é muito próxima.

Esta situação eventualmente poder-se ia alterar através de uma relação terapêutica empática na qual pudesse haver uma compreensão desta agressividade do Sr. J e dos sentimentos e comportamentos que lhe estão associados. Pensamos que só compreendendo a causa da agressividade do Sr. J é que se poderá ajudá-lo a elaborar a sua depressão. Pensamos que o caminho reside na contenção e elaboração da sua agressividade e no reforço da sua auto-estima.

Actualmente o Sr. J tem vindo ao CMR e apesar de já ter concretizado um pedido de ajuda ao psicólogo, não comparece às consultas do mesmo. Nestas circunstâncias o psicólogo pode mostrar-se sempre disponível para ver o Sr. J, mas cabe a este a vontade de prosseguir com um projecto terapêutico.

CONCLUSÃO

Para que o psicólogo possa ajudar a pessoa é necessário conseguir lidar com a situação de agressividade, percebendo a intensidade e durabilidade

deste sintoma e a sua adequação a determinada situação, compreendendo também o tipo de personalidade de quem a vive.

É também importante que o psicólogo perceba quais as situações de frustração a que a agressividade está associada e qual a função da agressividade para aquela pessoa.

Na consulta, o psicólogo deverá dar espaço para a expressão verbal e pensada da agressividade, de forma a poder compreendê-la e a poder partilhar esta compreensão com a pessoa com quem se estabelece a relação terapêutica. No entanto, devem ser colocados limites se a expressão do afecto e/ou comportamento agressivo forem desadequados (agressividade agida).

A nossa experiência no CMR tem-nos permitido compreender que a maior parte das reacções agressivas nas LVM são adequadas à situação, na medida em que permitem uma maior consciencialização da limitação física.

Pensamos que cabe aos profissionais de reabilitação compreender as situações de agressividade em cada caso particular. Pode-se, quando necessário, discutir em equipa o que se passa e intervir de acordo com as necessidades de cada situação, não se devendo esquecer as normas, as regras e o que é indicado para cada um dos casos.

A terminar, lembramos que a expressão da agressividade não tem só uma conotação negativa, podendo até ser construtiva e essencial para a saúde mental, desde que a pessoa o faça de uma forma adequada consigo própria, com as outras pessoas e com o que está à sua volta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1982). Formação e rompimento de vínculos afectivos. In J. Bowlby (Ed.), *Formação e Rompimento dos Laços Afectivos* (pp. 119-150). São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Obra original publicada em 1979).
- Bowlby, J. (1984). Raiva, angústia e apego. In J. Bowlby (Ed.), *Apego e Perda: Vol. 2. Separação* (pp. 265-276). São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).
- Cardoso, J. (2000). Adaptação psicológica à lesão vertebral medular: da centralidade da doença à centralidade do sujeito. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 401-408). Lisboa: ISPA.

- Coid, J. (2000). A entrevista com doentes agressivos. In R. Corney (Coord.), *O Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2.ª ed., pp. 131-150). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1991).
- Glória, J. (1981). Frustração e Agressão I – O leito de procusta: a hipótese frustração-agressão. *Psicologia*, 2 (4), 265-284.
- Kernberg, O. F. (1995). A Psicopatologia do Ódio. In O. F. Kernberg (Ed.), *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões* (pp. 24-35). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1992).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1990). *Vocabulário de Psicanálise* (7.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967).
- Matos, A. C. (2001). A deflexão da agressividade. In A. C. Matos (Ed.), *A Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 81-92). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002). Violência inconsciente. In A. C. Matos (Ed.), *O Desespero: Aquém da depressão* (pp. 383-387). Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro, M., & Ribeiro dos Santos, M. (1999). Motivação. In M. Monteiro, & M. Ribeiro dos Santos (Eds.), *Psicologia* (pp. 248-275). Porto: Porto Editora.
- Mueller, A. (1962). Psychologic Factors in Rehabilitation of Paraplegic Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, April, 131-159.
- Scharfetter, C. (1997). Agressão. In C. Scharfetter (Ed.), *Introdução à Psicopatologia Geral* (pp. 281-296). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1996).
- Winnicott, D. W. (1993). Agressão e a sua relação com o desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott *Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise* (trad. J. Russo) (pp. 355-374). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo a compreensão dos sentimentos e comportamentos agressivos, em sujeitos com Lesão Vertebral-Medular.

Para este efeito, realiza-se um estudo exploratório, tendo como referência o quadro teórico psicanalítico. Inicialmente é realizada uma revisão geral sobre o conceito de agressividade, destacando-se a sua definição, as suas origens e funções, a forma de lidar com a agressividade e a sua manifestação nas situações de Lesão Vertebral-Medular. De seguida procede-se à apresentação e análise de dois casos clínicos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Do material analisado, chegou-se a aspectos conclusivos que nos permitem considerar que a expressão da agressividade se encontra muitas vezes ligada a situações de perda e frustração, podendo não ter apenas uma cono-

tação negativa, sendo até construtiva e essencial para a saúde mental.

Saliente-se ainda nestes casos a intervenção do psicólogo através da relação terapêutica e a pertinência da compreensão destas situações por parte de todos os profissionais de reabilitação.

Palavras-chave: Agressividade, Lesão Vertebro-Medular, perda, frustração, relação terapêutica.

ABSTRACT

The present study aims to understand the feelings and aggressive behaviour in subjects with spinal cord injury.

For this effect, a exploratory study is out carried, having as reference the psychoanalytic theoretical framework.

Initially a general review is conducted on the concept of aggression, highlighting its definition, its origins and functions, how to deal with aggression and its manifestation in situations of spinal cord injury.

From followed it is proceeded to the presentation and analysis of two clinical cases of the Medical Rehabilitation Centre of Alcoitão. Of the analyzed material, it was arrived to conclusive aspects that allow to consider that the expression of the aggressiveness is often linked to situations of loss and frustration, being able not to have only one negative connotation, but also a constructive connotation that is essential for the mental health.

Salient in these cases is the intervention of the psychologist through the therapeutic relation and the pertinence of the comprehension of these situations on the part of all of the professionals of rehabilitation.

Key words: Aggressiveness, spinal cord injury, loss, frustration, therapeutic relation.