



UC/FPCE\_2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório**

Carina Assunção (e-mail: [assuncaocarinapina@hotmail.com](mailto:assuncaocarinapina@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia – Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Sub-área de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

## **Dinâmica Afectiva e Performance Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório**

**Resumo:** A vivência de um processo insuficiência hepática crónica, no caso pediátrico (crianças e adolescentes), especialmente, quando culmina na irrevogabilidade de transplante, faz-se acompanhar de uma multiplicidade de repercussões psicossociais, como sendo a expressão de sintomatologia psico(pato)lógica, e potencia dificuldades daí advenientes, em termos cognitivos, emocionais, sociais e relacionais. Neste sentido, os principais objectivos inerentes ao presente estudo, inserem-se na compreensão da forma como se expressa a emocionalidade e os padrões de actividade intelectual, em crianças e adolescentes, que tenham sido submetidos a transplante hepático, ou que estejam a viver a cronicidade de um processo de doença hepática.

Como instrumentos de avaliação, foram utilizados o Teste de Rorschach e uma entrevista semi-estruturada. A propósito dos resultados da avaliação com o Teste de Rorschach, foram construídas, por meio de combinação de resultados, e interpretações ao nível de várias variáveis, duas dimensões: Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva, com base nas conjugações de variáveis que melhor se enquadram nesses domínios. Por conseguinte, o carácter exploratório subjacente ao estudo, conjugado com o método de Análises de Correspondências Múltiplas (ACM), permitiu evidenciar a admissibilidade e validação dessas construções teóricas. Deste modo, em ambos os grupos, crianças e adolescentes transplantados, e com doença hepática crónica, foi verificada a prevalência dos níveis categorizados como: “Actividade Intelectual com Constrangimentos – Pensamento Lacónico na Inserção ao Real” e “Actividade Intelectual com Constrangimentos – Pensamento Concreto e Factual, com falhas na Inserção ao Real”. Em termos de Dinâmica Afectiva, os níveis mais prevalentes foram: Dinâmica com constrições Afectivas e Fantasmáticas – Domínio da Rigidez e Inibição, com derrapagem perceptiva, em ambos os grupos (com e sem transplante). O segundo nível com maior prevalência, no grupo com transplante terá sido o: Dinâmica com Constrições Afectivas e Fantasmáticas – Domínio da labilidade/Angústia de Fragmentação, sendo que no grupo sem transplante, o segundo nível mais prevalente foi o “Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação”.

Qualquer um destes níveis referidos, sendo referentes à Actividade Intelectual ou à Dinâmica Afectiva, põe em evidência a existência de problemas emocionais subjacentes, designadamente um padrão de funcionamento alexitímico, e a existência de grandes núcleos de sofrimento. Deste modo, parece haver sustentação quanto aos achados empíricos prevalentes na literatura, referentes à existência de grandes dificuldades emocionais e problemas cognitivos que tendem a caracterizar crianças e adolescentes com doença hepática crónica e submetidos a transplante. Todavia, apesar da importância substancial dos resultados encontrados, e conclusões estabelecidas, o presente estudo não deixa de apresentar algumas limitações, com sendo a questão da ausência de referenciais normativos para a população portuguesa, no âmbito do Teste de Rorschach, tendo sido a partir dele, que foram extraídas as principais conclusões.

**Palavras-chave:** Doença hepática crónica; Transplante; repercussões psicológicas; Dinâmica Afetiva; Actividade Intelectual; contenção emocional; alexitimia; falência objectal.

**Affective Dynamic and Intellectual Performance in liver transplanted children and adolescents and with chronic liver failure: exploratory study**

**Abstract:** The experience of a chronic liver failure process in pediatric case (children and adolescents), especially when it culminates in the irrevocability of transplant, is accompanied by a multitude of psychosocial repercussions, as the expression of psycho(patho)logical symptomatology, and potential cognitive, emotional, social and relational difficulties. In this sense, the main objectives inherent in the present study, are in understanding the way in which the emotionality and intellectual activity patterns are expressed, in children and adolescents, who have undergone liver transplantation, or who are living the chronicity of a process of liver disease.

As assessment tools were used the Rorschach Test and a semi-structured interview. From the evaluation results with the Rorschach test, were built two dimensions, through combination of results and interpretations in terms of multiple variables: Intellectual Activity and Affective Dynamic, on the basis of the combinations of variables that best fit in those domains. Therefore, the exploratory nature underlying the study, through the method of Multiple Correspondence Analysis (MCA), allowed the admissibility evidence and validation of these theoretical constructs. Thus, in both groups (with and without transplant) was checked the prevalence levels categorized as: "Intellectual Activity with Constraints – Thought with gaps on Insertion to the Real" and "Intellectual activity with Constraints – Concrete and Factual Thinking, with gaps on Real insertion". In terms of Affective Dynamic, the more prevalent levels were: dynamic with Affective and phantasmatic constrictions- Rigidity and Inhibition domain, with perceptive gaps, in both groups (with and without transplant). The second level with higher prevalence in the transplant group was: "dynamic with Affective and Phantasmatic Constrictions- Lability domain – Anguish of fragmentation", and in the group without transplantation, the second most prevalent level was the "domain of the Primary Processes/Anguish of Fragmentation".

Anyone of these mentioned levels, being related to Intellectual Activity or Affective Dynamics, highlights the existence of underlying emotional problems, including a pattern of alexithymic functioning, and the existence of large nuclei of suffering. Thus, these results support and give some strength to the empirical findings that are prevalent in the literature, regarding the existence of great emotional difficulties and cognitive problems, that tend to characterize children and adolescents with chronic liver disease and who had submitted a transplant process.

However, despite the substantial importance of the findings of the present study, there are one important limitation, which is the absence of normative benchmarks for the Portuguese population, in the context of the Rorschach test.

**Key Words:** Chronic Liver disease; Transplant; Psychological repercussions; Affective Dynamics; Intellectual Activity; emotional restraint; alexithymia; objectal failure.

## Agradecimentos

O fim desta longa jornada, não poderia privar-se de uma palavra de apreço e carinho, para com todos aqueles que ocuparam, de alguma forma, as linhas da frente do meu coração:

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, agradeço, especialmente, a confiança que demonstrou, ao ter-me proposto o tema que dá corpo ao presente trabalho. De igual modo, a minha gratidão incidirá, sempre, no facto de me ter proporcionado um encontro mais genuíno com a Psicologia, ao ter despertado a minha atenção para os pequenos pormenores que fazem, com toda a certeza, a maior das diferenças, na leitura da complexidade e simplicidade humanas!

À minha mãe, agradeço por ter sido a base fundamental ao longo da minha vida... E, fundamentalmente, por me ter ensinado a “(des)complicar” as coisas! Agradeço cada gesto, porque sei que foi feito com amor!

À minha avó, agradeço, por tudo, e pelas mais pequeninas coisas, sem as quais eu não poderia estar aqui a agradecer-lhe!

À minha tia “Nanda”, agradeço por ter estado presente em momentos cruciais do meu crescimento e, por me ter dado aquele colo inestimável!

Ao meu tio “Tó”, agradeço, em especial, o amparo nos momentos mais complicados, sem o qual, por vezes, teria sido impossível!

Às minhas colegas, e AMIGAS de estágio, que tanto me ampararam, ao longo dos meses que dediquei a este trabalho:

-À Clara Rita, por ter sido uma espécie de “lufada de ar fresco” a regenerar a minha vida! Agradeço a compreensão, a empatia e o grande sentido de humor e vivacidade, que nos tornaram tão “cúmplices”!

-À Joana Monteiro, agradeço o “reencontro”, porque se o mesmo não se tivesse registado, perderia, não só, a oportunidade de poder dizer “Obrigada, Amiga!”, mas também, a possibilidade de com ela ter vivido grandes gargalhadas e grandes desabafos!

-À Ana Fidalgo, pelos seus gestos carinhosos, pela sua genuína “piada” e, sobretudo, pelo facto de me ter conseguido imprimir alguma leveza de pensamento, em muitos momentos!

-À Ágata Palma, não poderei deixar de falar na simplicidade e, ao mesmo tempo, grandeza, dos seus mais pequeninos gestos: O cumprimento com o beijinho na testa, é algo que ficará, para sempre, guardado em mim!

À Daniela, por cada momento partilhado, pelas inúmeras horas que passámos em conversas, em trabalho, em risadas, desabafos e “aconselhamentos”... Obrigada!

Por fim... Mas, em lugar cimeiro:

Ao Rui!

Por tudo! Pelo AMOR, pela BONDADE, pela FÉ que me faz ter na vida e nas pessoas... Porque nunca me deixou desistir de nada... E, sobretudo, porque teve o dom de me ajudar a “redescobrir-me”!

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I- Enquadramento conceptual</b>	
1. Insuficiência hepática crónica na criança e no adolescente.....	2
1.1. Etiologia e dados epidemiológicos.....	4
1.2. Transplante hepático na criança e no adolescente.....	4
1.3. Casuística e elementos epidemiológicos.....	7
1.4. Potenciais complicações médicas e condições clínicas secundárias.....	7
2. <b>Aspectos psico(pato)lógicos subjacentes à doença e transplante hepáticos</b> .....	9
2.1. Principais repercussões psico(pato)lógicas da doença hepática e do transplante, na criança e no adolescente.....	9
2.2. Perfil de personalidade e características emocionais da criança e adolescente transplantado, e com doença hepática.....	11
2.3. Estrutura e dinâmica familiar.....	13
3. Síntese dos principais postulados teóricos enunciados .....	15
<b>II. Objectivos</b> .....	16
<b>III. Metodologia</b> .....	16
3.1. Delineamento do estudo.....	16
3.2. Caracterização da amostra.....	17
3.3. Procedimentos e princípios de investigação adoptados.....	17
3.4. Instrumentos Utilizados.....	18
3.4.1. Entrevista Semi-estruturada (de carácter anamnésico)...	19
3.4.2. Prova Projectiva de Rorschach – princípios subjacentes à aplicação e interpretação.....	20
3.5. Procedimentos de Investigação adoptados e estratégias de síntese dos dados.....	21
3.6. Estratégia analítica adoptada.....	25
<b>IV- Resultados</b> .....	27
4.1. Caracterização da amostra.....	27
4.1.1. Caracterização Sócio-demográfica.....	28
4.1.2. Caracterização Clínica.....	28
4.2. Influência da variável transplante, nas principais variáveis Rorschach consideradas (exploração de eventuais diferenças entre os grupos com e sem transplante).....	29
4.3. Análise descritiva das variáveis Rorschach.....	30
4.3.1. Médias e desvios-padrão referentes aos principais Modos de Apreensão.....	30
4.3.2- Médias e desvios-padrão relativos aos Discriminantes Formais.....	31

4.3.3. Médias e desvios-padrão dos Determinantes Cinestésicos e Sensoriais Puros, ou com Forma associada.....	31
4.3.4. Médias e desvios-padrão das variáveis alusivas aos principais Conteúdos e elementos de dinâmica afectiva.....	33
4.3.5. Médias e desvios-padrão das variáveis relativas à Produtividade (Número de respostas) e Tempo de Latência.....	35
4.3.6. Frequências e percentagens das variáveis Rorschach de índole eminentemente qualitativa.....	35
4.4. Frequências e percentagens relativas aos níveis estabelecidos para as dimensões construídas.....	37
4.4.1. Dimensão da Actividade Intelectual.....	37
4.4.2. Dimensão da Dinâmica Afectiva.....	37
4.5. Influência das variáveis sócio-demográficas.....	38
4.5.1. Influência da variável género.....	38
4.5.2. Influência da faixa etária.....	38
4.5.3. Influência da variável nível escolar.....	39
4.5.4. Influência da variável nível Frequência em Ensino Especial.....	39
4.5.5. Influência da variável Situação Profissional da mãe.....	39
4.5.6. Influência da variável Situação Profissional do pai.....	39
4.6. Influência do diagnóstico nas principais variáveis Rorschach.....	40
4.7. Análise dos dados através do método de Análise de Correspondências Múltiplas (ACM).....	40
4.7.1. Actividade Intelectual.....	40
4.7.2. Dinâmica Afectiva.....	42
4.8 Síntese dos principais resultados.....	45
IV. Discussão.....	48
V. Conclusões.....	66
VI. Bibliografia.....	70
<b>Anexos.....</b>	<b>I</b>
<b>Anexo I-</b> Entrevista semi-estruturada com pais.....	<b>I</b>
<b>Anexo II-</b> Conjuntura global de variáveis consideradas numa primeira fase, da construção da base de dados, e em fases posteriores.....	<b>IV</b>
<b>Anexo III-</b> Tabela 1. Características gerais e Categorias de variáveis Rorschach consideradas no compto geral da investigação.....	<b>VIII</b>
<b>Anexo IV-</b> Tabela 1. integrativa dos valores normativos contemplados na Escola Francesa.....	<b>XVI</b>
<b>Anexo V -</b> Gráfico “Caixa de Bigodes” e amplitudes inter-quartil, relativo à comparação directa dos valores percentuais das variáveis Rorschach de toda a amostra, com os intervalos normativos (Escola Francesa).....	<b>XIX</b>
<b>Anexo VI-</b> Averiguação dos pressupostos de Normalidade e Homogeneidade das variáveis.....	<b>XX</b>
<b>Anexo VII Tabela 1.</b> Caracterização sócio-demográfica da amostra total e dos subgrupos amostrais.....	<b>XXIV</b>

**Tabela 2.** Caracterização clínica da amostra em grupo com transplante e grupo sem transplante.....XXV

**Tabela 3.** Teste Kruskal-Wallis (influência variável transplante nas múltiplas variáveis Rorschach).....XXV

#### **Anexo VIII - Análise descritivas das variáveis Rorschach**

**Tabela 1.** Percentagens, Médias e Desvios-padrão das variáveis relativas aos Modos de Apreensão.....XXVII

**Tabela 2.** Percentagens, Médias e Desvios-Padrão das variáveis relativas aos Determinantes Formais.....XXVII

**Tabela 3.** Contagens totais, médias e desvios-padrão das variáveis relativas aos Determinantes Cinestésicos e Sensoriais Puros, ou com Forma associada.....XXVII

**Tabela 4.** Percentagens, Médias e Desvios-padrão de variáveis relativas aos Conteúdos e a elementos de Dinâmica Afectiva.....XXVIII

**Tabela 5.** Médias e Desvios-padrão das variáveis relativas à Produtividade (Número de Respostas) e Tempo de Latência .....XXX

**Tabela 6.** Frequências e percentagens das variáveis Rorschach de índole eminentemente qualitativa.....XXX

**Tabela 7.** Frequências e percentagens relativas aos níveis estabelecidos para a Dimensão da Actividade Intelectual.....XXXI

**Tabela 8.** Frequências e percentagens dos níveis estabelecidos na dimensão da Dinâmica Afectiva.....XXXII

#### **Anexo IX**

**Tabela 1.** Influência da variável género, nas principais variáveis Rorschach.....XXXIII

**Tabela 2:** Diferenças entre a variável relativa à faixa etária e as principais variáveis Rorschach.....XXXIII

**Tabela 3:** Estudo da influência da variável Nível Escolar nas principais variáveis Rorschach.....XXXIV

**Tabela 4.** Teste de Kruskal-Wallis calculado na averiguação da Influência da variável Frequência em Ensino Especial.....XXXIV

**Tabela 5.** Influência da variável Situação Profissional do Pai na expressão das várias variáveis Rorschach.....XXXV

**Tabela 6.** Influência da variável Situação profissional da mãe na expressão das principais variáveis Rorschach.....XXXV

**Tabela 7.** Níveis de significância associados ao teste de Kruskal-Wallis, aplicado na averiguação da influência do diagnóstico nas variáveis Rorschach.....XXXVI

#### **Anexo X**



Análise de Correspondências Múltiplas de cada uma das Dimensões.....	XXXVI
<b>Tabela 1.</b> – Valores de discriminância e percentagens de variância associados às principais variáveis integrantes da Actividade Intelectual.....	XXXVII
<b>Tabela 2.</b> Alfa de Cronbach e percentagens de variância associados a cada uma das dimensões da Actividade Intelectual.....	XXXVII
<b>Tabela 3.</b> – Valores de discriminância e percentagens de variância associados às principais variáveis integrantes da Dinâmica Afectiva.....	XXXVII
<b>Tabela 4.</b> Alfa de Cronbach e percentagem de variância associados a cada uma das dimensões da Dinâmica Afectiva.....	XXXVIII
<b>Tabela 5.</b> Valores de discriminância associados às principais variáveis que integram a Dinâmica Afectiva, na presença da variável Transplante.....	XXXVIII
<b>Tabela 6.</b> Valores de discriminância associados às principais variáveis que integram a Actividade Intelectual, na presença da variável Transplante.....	XXXVII

## Introdução

O progressivo reconhecimento relativo à intervenção de uma multiplicidade de factores, de que são exemplo, os determinantes psicológicos, na génese e no curso dos estados de saúde e de doença viabiliza, de forma inequívoca, um entendimento plural acerca do ser humano. Será este o pensamento sobre o qual assenta a essência do presente trabalho, no sentido de deixar transparecer que os fenómenos intrínsecos à saúde e à doença, se conjugam numa relação estreita de dependências e reciprocidades. Todavia, apesar da irrevogabilidade intrínseca ao contínuo que unifica corpo e mente, esta é uma premissa que, no seio da literatura, especialmente no que concerne à preponderância que a dinâmica mental assume no âmbito dos processos de adoecimento, parece, ainda, dotada de contornos de alguma ambiguidade. Como tal, é neste sentido que o carácter exploratório subjacente à estruturação geral do estudo assume particular relevância, mais que não seja, na procura de algum entendimento, relativo aos parâmetros psicológicos imbuídos em determinados padrões de funcionamento psíquico, que possam estar envolvidos não só nos processos de doença, como é o caso da Insuficiência Hepática, mas nos casos em que a mesma se faz acompanhar por um processo de Transplante. Por conseguinte, a exploração de elementos capazes de emoldurar, de forma mais incisiva, a compreensão de algumas destas adjacências, em termos psíquicos, quer ao nível da vivência da doença, quer do processo de transplantação, assume-se como o principal fundamento sobre o qual radica a razão de ser da presente investigação.

Com efeito, a pertinência da perspectiva psicossomática, quer no âmbito da vivência de um processo de transplante, quer em termos das vicissitudes inerentes à própria doença, é de suma importância, especialmente, pelo facto de que a saúde e a doença, mais não são do que “duas faces da mesma moeda”, cuja intersecção é mediada pela integridade que unifica mente e corpo. Nesta senda, a inclusão, no presente estudo, de aspectos concernentes à discriminação de perfis psico(pato)lógicos, tendencialmente, apresentados pelas crianças e adolescentes com insuficiência hepática, tendo sido, ou não, submetidos a um processo de transplante, reveste-se de especial interesse, sobretudo se não for perdido de vista o facto de que existe uma dialéctica estabelecida entre a emocionalidade e os fenómenos de adoecimento (Ellis & Cromby, 2012; Sá, 2009; Sargento, 2012; Lumley, Neely & Burger, 2007; Coimbra de Matos, 2003). Dito de outro modo, as manifestações do foro emocional e afectivo podem influenciar, de modo determinante, a apresentação clínica e evolução da doença, ou do processo de transplante, do mesmo modo que estes últimos não estão isentos de poder exercer importantes repercussões na componente psíquica dos indivíduos.

Neste contexto, partindo de algumas das premissas defendidas na literatura, quanto ao que parecem ser os traços psico(pato)lógicos prevalentes em crianças e adolescentes submetidos a transplante, ou com doença crónica, concretamente, a exibição de manifestas dificuldades cognitivas, concomitantes à existência de problemas emocionais de cariz

diverso (Bucuvalas & Alonso; 2008; Gritti et al., 2006; Gritti et al., 2001; Fukunishi et al., 2003; Castro & Moreno-Jiménez, 2008; Pérez-San-Gregorio et al., 2005; Gritti et al., 2001), o principal objectivo circunscreve-se à exploração das características mais prevalentes na amostra de crianças e adolescentes doentes e transplantados, quanto aos domínios da Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva. Será de acordo com esta pretensão, que poderão ser definidas potenciais leituras, acerca de alguns dos determinantes que incitam a expressão de determinadas conjunturas psíquicas, do mesmo modo que, estes últimos, poderão exacerbar a expressão do quadro clínico existente e comprometer o prognóstico.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Insuficiência hepática crónica na criança e adolescente**

A insuficiência hepática crónica particulariza-se pela sua apresentação clínica variável, compreendendo uma ampla gama de condições médicas, com etiologias distintas (McKiernan, 2006; Kelly & Wilson, 2006), cujo desenvolvimento tende a ser insidioso (Kelly & Wilson, 2006; Wainwright, 1997) e, portanto, conducente, muitas das vezes, a um diagnóstico tardio (Kelly & Wilson, 2006).

Neste sentido, partindo da definição de doença crónica pediátrica proposta pela Academia Americana de Pediatria (1993), como sendo todas as condições médicas que afectem uma criança ou adolescente, durante um período temporal alargado, ou, até mesmo, durante todo o ciclo de vida, com a imposição de cuidados e tratamentos médicos não previstos no desenvolvimento saudável e normativo da infância e adolescência, resta o entendimento de que a insuficiência hepática crónica, em pediatria, se insere no âmago desta definição.

Não perdendo de vista que a insuficiência hepática crónica, em pediatria, assume múltiplas sustentações etiológicas, e, como tal, várias configurações fenotípicas, importa atender às várias hepatopatias mais frequentes, que entram em estreita dependência com o desenvolvimento de doença crónica pediátrica, do foro hepático. Todavia, para que essa categorização possa ser estabelecida, há que atender à idade de aparecimento dos primeiros sintomas, a par dos sinais clínicos que os corporizam, de forma a que possam ser ponderados os principais critérios para o estabelecimento preciso do tipo de diagnóstico de insuficiência hepática (Hartley & Kelly, 2009; Kelly & Wilson, 2006; McKiernan, 2006). Com efeito, dependendo se os sintomas se manifestam durante o período neonatal, nos primeiros 6 meses de vida, ou se, por exemplo, a organomegalia se constitui o sintoma hepático prevalente, assim se constituirão as categorizações dos vários fenótipos passíveis de ocorrência, no caso de doença hepática crónica pediátrica. De modo adicional, Pierre & Chronopoulou (2013) e McKiernan (2006), advertem para o facto de que a existência de doenças metabólicas pode estar na origem da manifestação de sintomas sugestivos de doença hepática crónica, pelo que, nestes casos, a componente fundamental do diagnóstico prender-se-á com a consideração de

uma doença hepática metabólica, enquanto desencadeante da sintomatologia apresentada.

**Tabela 1. Principais condições médicas integrantes do espectro de insuficiência hepática crónica pediátrica**

Hepatopatias metabólicas ocorrentes em estado neonatal	Hepatopatias (não metabólicas) neonatais	Hepatopatias ocorrentes em crianças mais velhas
-Deficiência de Alfa-1-Antitripsina <sup>1</sup> -Colestase <sup>2</sup> intra-hepática familiar progressiva -Tirosinémia tipo 1	-Atresia das Vias Biliares Extra-hepáticas <sup>3</sup> (AVBEH) -	- Fibrose Quística <sup>4</sup> Doença hepática auto-imune <sup>5</sup> (hepatite auto-imune, colangite esclerosante primária auto-imune e hepatite auto-imune <i>de novo</i> após transplante). -Doença de Wilson <sup>6</sup> -Hepatomegalia isolada: Glicogenose tipo 3 e tipo 4 <sup>7</sup> -Intolerância hereditária à frutose

De todas as patologias descritas, e sendo as mesmas de carácter crónico, regista-se o facto de não serem curáveis, sendo apenas possível tratar algumas consequências da doença e prevenir as deteriorações previstas no quadro da mesma (Boekaerts & Röder, 1999). A este propósito, tal como defendido por Amil Dias (2012), as patologias crónicas detêm a particularidade de que a perspectiva de doença que se lhes encontra subjacente, tende a ser mais prolongada, a par de uma maior acumulação de efeitos decorrentes da toma continuada de medicação, potenciados,

<sup>1</sup>A deficiência de alfa-1 antitripsina é um distúrbio genético cujas implicações clínicas afectam, em particular, os pulmões e o fígado (Camelier et al., 2008). Para além disso, é a desordem hereditária mais comum, com frequência de apresentação no período neonatal, enquanto causa de insuficiência hepática crónica (Kelly & Wilson, 2006).

<sup>2</sup> Colestase neonatal define-se como a presença de icterícia, num recém-nascido ou lactente até aos quatro meses de idade (Silva, Pó & Gonçalves, 2010).

<sup>3</sup> A atresia das vias biliares extra-hepáticas é uma entidade rara, com etiologia ainda por esclarecer, sendo caracterizada por fibro-obliteração inflamatória progressiva dos ductos biliares extra e intra-hepáticos, com ocorrência exclusiva nos primeiros meses de vida. A par disso, consitui-se na principal causa de transplante hepático na idade pediátrica (Silva, Medina, Rocha, Bonet, Sousa & Enes, 2011).

<sup>4</sup> Doença hereditária, com carácter autossómico recessivo, cuja patogenia implica uma série de condições clínicas associadas, entre as quais, complicações cardiorrespiratórias e hepatopatia, sendo esta última, na grande maioria dos casos, a segunda causa de morte (Damas, Amorim & Gomes, 2008).

<sup>5</sup> Doenças que resultam de intolerâncias imunológicas contra as células hepáticas, despoletando o consequente estado inflamatório crónico e destruição progressiva (Brett et al., 2013).

<sup>6</sup> Doença metabólica cujas sequelas são advenientes de um acúmulo intercelular excessivo de cobre no fígado e sistema nervoso central. As apresentações clínicas incluem, entre outras, falência hepática, hepatite crónica e cirrose (Pierre & Chronopoulou, 2013).

<sup>7</sup> Doenças causadas, essencialmente, pela existência de anomalias ao nível das enzimas hepáticas que regulam a síntese e degradação do glicogénio (Pierre & Chronopoulou, 2013).

eventualmente, pelo aparecimento de outros problemas clínicos, que se constituem enquanto complicações da própria doença.

Assim, num contexto com este perímetro de complexidade, a literatura é peremptória na consideração de que a existência de uma condição médica, de carácter crónico, impõe uma conjuntura assinalável de exigências e dificuldades. Particularizando o caso dos adolescentes, poderá ser entendida como um factor de stress adicional, num período onde, *per se*, as grandes vicissitudes desenvolvimentais que se lhe encontram subjacentes, se insurgem como uma fonte potencial de stress (Mendes-Castillo, Bousso, Ichikawa & Silva, 2014; Burra, 2012; Geist, Grdisa & Otley, 2003; Boekaerts & Röder, 1999).

Em síntese, factores como a natureza e o curso evolutivo da doença, a idade de início, bem como o grau de severidade e incapacidade que lhe estão subjacentes, integram as principais valências, que devem ser consideradas na compreensão do potencial impacto que a vivência da doença crónica, em termos gerais, poderá desencadear. Deste modo, parece inquestionável que a insuficiência hepática pediátrica, pela conjuntura que assume, se encontra imersa numa dialéctica entre a vertente médica e a globalidade de repercussões psicossociais de que não deixa de se fazer acompanhar.

### 1.1 Etiologia e dados epidemiológicos

Particularizando alguns dos determinantes etiológicos subjacentes a alguns dos quadros hepáticos enunciados, como sendo os que maior expressão adquirem quanto ao desenvolvimento de doença hepática crónica, em pediatria, o consenso, ao nível da literatura, estabelece-se em torno de uma preponderância assinalável, no que concerne a factores infecciosos, de autoimunidade e questões genéticas (Hartley & Kelly, 2009; Kelly & Wilson, 2006). Ainda assim, a grande maioria dos diagnósticos, a este nível, detém, como característica principal, a questão da etiologia indeterminada (Brett et al., 2013; Silva et al., 2011; Kelly & Wilson, 2006).

Tomando em consideração que Brett et al., (2013) apontam que a Hepatite Auto-imune constitui uma importante etiologia de doença hepática crónica, por ser uma hepatopatia tratável, importa que se aluda ao facto de que, apesar dessa constatação, as casuísticas nacionais, em idade pediátrica, não traduzem dados concretos. Ainda assim, existem evidências de que a doença hepática auto-imune (hepatite auto-imune, colangite esclerosante primária auto-imune e hepatite auto-imune *de novo* após transplante) tem vindo a ascender em termos dos seus níveis de prevalência em pediatria (Brett et al., 2013; Dias, 2012).

No que concerne à falência ou insuficiência hepática em termos gerais, Vilarinho et al., (2014) alegam não existirem dados firmemente estabelecidos, quanto à sua prevalência. Não obstante, Squires (2004) afirma que a doença hepática auto-imune pode representar 2 a 5% dos casos existentes de doença hepática crónica no caso pediátrico.

### 1.2 Transplante hepático na criança e no adolescente

A falência hepática, ocorrendo em processo crónico ou agudo, faz-se acompanhar de múltiplas debilidades ao nível de outros órgãos, pelo que em

grande parte dos casos, a substituição do fígado, por transplante, emerge como a última opção, em termos médicos (Vilarinho et al., 2014). Será de acordo com esta premissa, relativa à existência de grande compromisso da função hepática, e a consequente falência vital geral, sem viabilidade de recuperação com outros planos terapêuticos, que o transplante hepático adquire preponderância, na tentativa de restabelecimento da saúde e vitalidade do doente (Friman, 2013; Mieli-Vergani & Vergani, 2011; López-Navas, et al., 2010; Pelgur, Atak & Kose, 2009; Santos-Junior et al., 2008; Krahn & DiMartini, 2005), constituindo-se a única via capaz de permitir a sua sobrevivência (Castro & Moreno-Jiménez, 2008). Neste sentido, o transplante hepático insurge-se, actualmente, como o tratamento de eleição nos casos em que se encontra instaurado um processo de insuficiência hepática terminal (Dommergues et al., 2010; Bucuvalas, 2009; Krahn & DiMartini, 2005).

Apesar das mais-valias que lhe subjazem, o processo de transplante, ao estar ancorado num conjunto de medidas clínicas e cirúrgicas dotadas de grande acuidade e complexidade, é uma técnica terapêutica cuja implementação, em termos mundiais, se encontra estabelecida há pouco mais de 50 anos, tendo sido o médico Thomas Starzl que, em 1963, realizou o primeiro transplante hepático pediátrico (Perdigoto & Monteiro, 2003). Em Portugal, o processo de transplantação começou a ganhar protagonismo no âmbito do programa de transplantação hepática, em Coimbra, há pouco mais de duas décadas, por via do trabalho desenvolvido pelo professor Linhares Furtado (Perdigoto & Monteiro, 2003), pelo que até à década de 70, em Portugal, as perspectivas de tratamento para pacientes com doenças hepáticas em estado limite, circunscreviam-se, apenas, a medidas de cariz paliativo. Neste sentido, tal como preconizado por Telles-Correia, Barbosa, Barroso & Monteiro (2006), esta terá sido, desde então, uma técnica terapêutica progressivamente utilizada, por via dos seus irrevogáveis benefícios, no que se refere ao aumento da sobrevivência dos doentes, em situação clínica não reversível sob acção de outras terapêuticas. Ademais, o advento da medicação imunossupressora em muito contribuiu para a fomentação do sucesso inerente ao transplante, especialmente, no restabelecimento da função hepática (Kelly, 2013; Samyn, 2012; Perdigoto & Monteiro, 2003).

Em termos específicos, independentemente do receptor do transplante ser uma criança, adolescente ou adulto, importa que se destaque a característica basilar de todo este processo: o transplante não se restringe ao acto cirúrgico (Ferreira, Vieira & Silveira, 2000). Ao contrário, existe uma linha de continuidade, cujo início se estabelece no momento do diagnóstico, passando pelo confronto com a irreversibilidade do mesmo e a consequente necessidade de transplante como única alternativa à sobrevivência, culminando em todos os cuidados médicos e terapêuticos, de carácter continuado, a que o doente se vê submetido (Engle, 2001; Bradford & Tomlinson, 1990). É em estreita dependência a estes contornos que o processo de transplantação se insere num registo de cronicidade, no sentido de que o doente intervencionado, pese embora a melhoria do estado de saúde proporcionado pelo transplante, não deixa de ser considerado um doente crónico, mais que não seja, pela sistematização de cuidados médicos a que tem de fazer face, bem como os potenciais problemas clínicos, que não se

encontram à margem de poderem vir a ser despoletados pela toma continuada de medicação imunossupressora (Samyn, 2012).

Neste contexto, pode perceber-se que, no âmbito do contínuo que se estabelece desde o confronto com o diagnóstico, e a advertência médica alusiva à necessidade da substituição do fígado, por transplante, importa que não se negligenciem as várias fases sob as quais todo o processo se desencadeia, como sendo a fase pré, peri e pós-transplante. Em cada uma delas existem particularidades próprias, não só de carácter médico, mas, fundamentalmente, de carácter psicossocial, tomando em consideração a pluralidade de sujeitos (o doente, a família e equipa médica), contextos e adjacências que estão imbricadas em cada uma delas (Anton & Piccinini, 2010; Tavares, 2004; Engle, 2001; Ferreira et al., 2000).

Em paralelo ao carácter de cronicidade que lhe é intrínseco, o processo de transplantação detém outra característica que lhe é indissociável, tendo em conta que o mesmo se desenrola sob a dependência da existência de um dador. Com efeito, este parâmetro pode assumir uma dupla valência, dependendo do padrão de doação que lhe estiver associado, uma vez que o órgão doado pode provir de um cadáver, ou de um dador em vida (Tannuri et al., 2011; Lazzaretti, 2005). Neste sentido, com a preponderância que tem vindo a ser assumida, no que toca à possibilidade da doação do órgão provir de um dador vivo, providenciada pela inovação e sofisticação progressiva das técnicas médicas (Mintzer et al., 2005), o número de transplantes hepáticos aumentou substancialmente (Grover & Sarkar, 2012), sobretudo, em situações em que os dadores são pessoas próximas ou familiares do doente (Tannuri et al., 2011). Nestes casos, tal como apontado pelos autores, as questões éticas que não deixam de estar subjacentes à doação que não provenha de um cadáver, podem ser minoradas, em função dos laços de proximidade entre receptor e dador.

Assim se compreendem as asserções defendidas por Mendes-Castillo, Bousso, Ichikawa & Silva (2014) e Tavares (2004), de que a ênfase não poderá ser posta, unicamente, no acto cirúrgico do transplante, nem tão pouco, nos seus aspectos médicos, mas, ao invés disso, na pluralidade de vivências e intercorrências precedentes e posteriores a essa fase, com enfoque não só no paciente, mas, de forma equivalente, em todos aqueles que o rodeiam e participam deste processo, fundamentalmente, os familiares mais próximos ou cuidadores.

De acordo com o exposto, retém-se a ideia de que, independentemente dos contornos do processo de transplantação, no que se refere aos trâmites que envolvem a doação e o conseqüente tipo de cirurgia realizada, o seu pressuposto de base é o de providenciar o melhoramento significativo na saúde do paciente. Assim, sob estes desígnios, é inquestionável a convergência de considerações, no que concerne à relação estabelecida entre o sucesso inerente ao transplante e a sobrevivência dos doentes intervencionados (Friman, 2013; Tome, Wels, Said & Lucey, 2008; Shaharabani et al., 2001), ainda que muitos dos estudos erguidos sobre este tema, ressalvem a questão dos custos e problemas de que o processo de transplantação não se encontra isento (DiPaola, Grimley, & Bucuvalas, 2012; Perito, Lau, Rhee, Roberts & Rosenthal, 2012; Corruble et al., 2011; Tome et al., (2008); Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez, Asián-Chavez,

Gallego-Corpa & Pérez-Bernal, 2005), especialmente, se forem atendidas as várias implicações médicas e psicossociais que emolduram todo o processo.

### **1.3 Casuística e elementos epidemiológicos**

Com a possibilidade da realização de transplantes hepáticos, a partir da existência de dadores vivos, a quantidade de procedimentos deste nível tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos (Grover & Sarkar, 2012). Neste sentido, o transplante hepático pediátrico tem assumido um papel de destaque, no âmbito da terapêutica aplicada em casos de doença hepática terminal (Kaller, et al., 2010; Kemmer & Neff, 2010), contribuindo, a par do aprimoramento da medicação imunossupressora, para o alcance de taxas de sobrevida, na ordem dos 88-90%, de, pelo menos, um ano, após o transplante (Emre & Umman, 2011). No entanto, as taxas de sobrevivência associadas ao transplante hepático, se for tido em consideração um período de, pelo menos, dez anos, poder-se-ão situar ao nível dos 80% (Burra, 2012). Por outro lado, de acordo com Bucuvalas (2009), num espaço temporal de cerca de noventa dias pós-transplante, existe uma margem de 5% a 7% de doentes que morrem, sendo que 5% poderão sofrer de complicações conducentes à retransplantação.

Não obstante, tal como sugerido por com Soltys, Mazariegos, Squires, Sindhi & Anand (2007) e Sokal (1995), factores como a idade no momento do transplante, a par da doença que o motivou detêm especial protagonismo, no que concerne ao sucesso de todo o processo. A este respeito e tomando como exemplo o caso da insuficiência hepática fulminante, Soltys et al., (2007) defendem que esta é uma condição clínica na qual, a taxa de mortalidade, quer no período de lista de espera, quer no período pós-transplante, se faz sentir com maior veemência, comparativamente aos pacientes com outros diagnósticos de indicação para transplante.

Em termos de dados nacionais, o Portal da Saúde testemunha que o serviço de transplantação hepática pediátrica, do Centro Hospitalar Pediátrico de Coimbra (CHPC) realizou, em 20 anos, 199 transplantes em 176 crianças, donde, as taxas de sobrevida, a longo prazo, se situam em torno de 85%. Apar destes dados, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação avança que, durante o ano de 2013, foram realizados 242 transplantes hepáticos em Portugal, 71 dos quais (no caso pediátrico e no caso adulto) terão sido realizados no CHPC.

### **1.4 Potenciais complicações médicas e condições clínicas secundárias**

O período pós-transplante é detentor de bastante complexidade, em virtude não só do doente estar obrigado a permanecer em internamento durante um período que, geralmente, se circunscreve entre as três e as doze semanas (Walker et al., 1999), mas, sobretudo, pela constante monitorização médica a que a criança ou adolescente se vê submetido, no intuito de menozar o surgimento precoce de eventuais complicações.

Adicionalmente, esta será a fase de todo o processo em que se inicia a terapêutica imunossupressora, com objectivo central de controle e



prevenção de potenciais complicações, inseridas num espectro de variabilidade que poderá oscilar entre pequenos episódios infecciosos, e a rejeição total do enxerto (Morrisey, Flynn & Lin, 2007; Shemesh et al., 2004; Ferreira et al., 2000; Walker et al., 1999; Perdigoto, 1995). Ainda assim, pese embora a supremacia assumida, em todo este processo, pela medicação imunossupressora, a possibilidade de ocorrência de problemas pós-transplante, despoletadas pela colateralidade de efeitos deste tipo de terapêutica, não deixa de ser um dado relevante e a ter em conta nesta etapa. A este respeito, tal como apontam Ferreira et al. (2000), numa fase mais tardia do período pós-transplante, essencialmente sob acção de alguns efeitos do regime medicamentoso a que o doente está vinculado, poderão emergir algumas complicações, cujas repercussões, predominantemente estéticas, não deixam de exercer um poder profundamente desorganizador, sobretudo, no adolescente, sabidas as exigências desenvolvimentais desta etapa da vida, ao nível da relação com o corpo, da importância da imagem na aceitação e inclusão num grupo de iguais e no desenvolvimento da sexualidade (Burra, 2012; Marcelli & Braconnier, 2005; Kelly, 2003; Blos, 1998).

**Tabela 3. Sintomas e algumas das complicações subjacentes ao pós-transplante, com potencial impacto na qualidade de vida**

Complicações médicas e condições clínicas secundárias	Autor
Complicações biliares e vasculares; insuficiência renal; doença renal crónica;	Bucuvalas (2009)
Recorrência da doença primitiva que motivou o transplante	Perdigoto (1995)
Diabetes <i>Mellitus</i>	Morrisey et al., (2007)
Dores de cabeça	Taylor, Franck, Gibson, Donaldson & Dhawan (2009); Utela, Qvist, Holmberg, Pihko & Jalanko (2008).
Disfunção sexual e distúrbios hormonais (eventualmente suscitados pela medicação imunossupressora, e/ou por dificuldades psicológicas decorrentes do transplante)	Burra (2009)
Síndrome metabólica	Perito et al., (2012)
Obesidade	Dick et al., (2010)
Hipertensão	McLin, Anand, Daniels, Yin & Alonso (2012); Morrisey et al., (2007); Sokal (1995)
Problemas infecciosos, complicações biliares e disfunção renal temporária	Walker, Harris, Baker, Kelly & Houghton (1999); Perdigoto (1995)
Atrasos de crescimento	Mohammad, Grimberg, Rand, Anand, Yin & Alonso (2013); Griffin & Elkin (2001)

Deste modo, e tomando em consideração a amplitude de problemas médicos que se encontram adjacentes ao processo de transplantação, reitera-se a preponderância da premissa defendida por Ferreira et al., (2000), alusiva

ao facto de que o transplante não tem início, nem termina na cirurgia. Ao contrário, estabelece-se como um procedimento altamente complexo, essencialmente pelas múltiplas complicações médicas que implica, pondo a descoberto a dimensão de cronicidade que não deixa de estar patente, bem como as imensas exigências que impõe ao doente e aos que o envolvem.

## **2. Aspectos psico(pato)lógicos subjacentes à doença e transplante hepáticos**

O processo transplantação, assumindo-se, por um lado, como um procedimento médico altamente sofisticado, no sentido de que viabiliza a revitalização do doente, detém, em concomitância, a particularidade de aglutinar uma série de subjacências e implicações (Anton & Piccinini, 2010; Telles-Correia, Barbosa, Mega, Mateus & Monteiro, 2009; Tavares, 2004), a par da vivência de um processo de doença crónica, fundamentalmente, se não forem perdidos de vista os vários momentos de adaptação e transformação que impõem ao doente e seus cuidadores mais próximos. Assim, tal como apontado por Young et al., (2003), pese embora o asseguramento vital que o transplante viabiliza, não deixa de envolver a constante preocupação com a morte, a dor que tende a estar presente na fase mais precoce do pós-transplante, e, fundamentalmente, a violação da integridade física do doente. De acordo com esta asserção e, tal como defendido por Walker et al., (1999), o transplante hepático, pese embora os ganhos que proporciona, está imerso na consideração de que se trata de um evento médico com potencial traumático, capaz de exercer inúmeras sequelas psicológicas. Com efeito, dentro desta linha de raciocínio, vários têm sido os estudos desenvolvidos com enfoque direccionado à pesquisa do impacto psicossocial inerente à doença e transplante hepático na criança e adolescente, a par de múltiplas investigações que têm sido desencadeadas, no intuito de aprofundar o entendimento e compreensão acerca da qualidade de vida e ajustamento emocional do doente transplantado (Haavisto et al., 2013; Barabiyil, Krauseneck & Rothenhäusler, 2013; Romo, Page & Gell, 2011; López-Navas et al., 2010; Pérez-San-Gregório, Martín-Rodríguez & Pérez-Bernal., 2008; De Bona et al., 2000).

### **2.1. Principais repercussões psico(pato)lógicas da doença hepática e do transplante, na criança e no adolescente**

O confronto com a doença que se insurge como ameaça à vida, bem como com a indicação de transplante acaba por despertar vividos altamente stressantes, de que são exemplo, pelo menos numa fase inicial, os sentimentos de desespero e preocupações relativas à possibilidade iminente de morte, pelo que a ocorrência, nesta altura, de sintomatologia psicopatológica de carácter reactivo, ganha alguma plausibilidade (Morana, 2009; Tavares, 2004). Neste sentido, voltando a atenção para a questão do impacto subjacente ao diagnóstico, importa que se tenha presente que o mesmo não ocorre no vácuo, uma vez que existem padrões prévios de personalidade e de funcionamento psíquico, cuja reactividade, face ao diagnóstico, poderá adquirir variadas expressões.

Em parceria a estas questões, relativamente ao caso do adolescente, Castro & Moreno-Jiménez (2008) defendem, de modo enfático, que o processo de doença e de transplantação, pelas consequências físicas, emocionais e cognitivas que acarreta, acaba por exercer repercussão no próprio processo de aquisição de autonomia e adaptação social, do mesmo modo que condiciona a relação do adolescente com o seu próprio corpo e com a questão da sexualidade. Com efeito, dever-se-á preservar a ideia de que este representa um grupo especial de doentes, cujas necessidades e características se inserem num padrão francamente distinto dos grupos de adultos e crianças em situação clínica homóloga. Assim, tomando partido de alguns apontamentos defendidos por Burra (2012), a adolescência é, *per se*, um processo transicional complexo, pelo que o desenvolvimento e a vivência de uma condição médica extrema, com necessidade irrevogável de transplante, hospitalização e tratamentos específicos, acaba por exercer um peso adicional em todas as transformações que integram esta fase da vida.

Adicionalmente, quer no adolescente com doença hepática, quer no adolescente submetido a transplante, a autora particulariza a inevitabilidade da emergência de preocupações com a aparência e com a sua necessidade de independência, do mesmo modo que os padrões relacionais com os pais e, até mesmo, com os amigos e grupo de iguais, serão aspectos, onde as repercussões dos vividos depoletados por estas condições clínicas, se farão sentir.

Neste contexto, outra das vertentes que não tem vindo a ser menorizada na sustentação teórica e empírica, no âmbito desta temática, assenta na consideração relativa à participação de factores psicológicos na evolução e prognóstico da condição clínica. Assim, alguns estudos, no caso do processo de transplantação, permitem antever alguma convergência, no entendimento de que as taxas mais exuberantes de sintomatologia depressiva e ansiosa, em especial, na fase pós-transplante, exercem influência na exibição de níveis mais desfavoráveis em termos de qualidade de vida, do mesmo modo que poderão potenciar eventuais recorrências virais, ou, até, episódios de rejeição (Corruble et al., 2011; Santos-Júnior et al., 2008; Pérez-San-Gregorio, Matín-Rodríguez, Díaz-Domínguez & Pérez-Bernal, 2006). À semelhança destas conclusões, Mintzer et al., (2005), em alusão aos resultados obtidos no estudo e avaliação de adolescentes submetidos a transplante, avançam com a asserção de que os níveis de sintomas de stress pós-traumático assinalados em grande parte dos doentes, atendendo à frequência e expressão proeminentes registadas, insurgem-se com um potencial clinicamente stressante, capaz de fragilizar e agravar o quadro clínico no geral.

Em sentido análogo ao caso do transplante, a vivência de doença crónica hepática na criança e no adolescente, não deixa de se encontrar associada a determinadas conjunturas psicológicas, de que são exemplo as repercussões subjacentes à dependência de terceiros (Kraaij & Garnefski, 2012), bem como a fonte de stress imposta pelo diagnóstico, donde poderá decorrer uma potencial evolução desfavorável do quadro clínico (Brosbe, Faust & Gold, 2012; Boekaerts & Röder, 1999).

Para além das questões consideradas, no que alude à existência de potenciais variáveis e factores de agravamento da conjuntura clínica, alguns estudos têm dado conta de um padrão de qualidade de vida mais fragilizado,

em doentes submetidos a transplante, comparativamente a amostras de sujeitos saudáveis (Taylor, Franck, Gibson, Donaldson & Dhawan, 2009; Taylor, Franck, Gibson & Dhawan, 2005), ainda que, em contraponto, existam evidências, ao nível da literatura, sugestivas de que o transplante se faz acompanhar de uma melhoria significativa da qualidade de vida, comparativamente ao período que antecede o transplante (Grover & Sarker, 2012; Sokal, 1995).

Deste modo, esta dualidade de considerações não deixa de pôr a descoberto a participação de múltiplos intervenientes em todo este processo, em termos de melhoria ou decréscimo da qualidade de vida dos pacientes submetidos a transplante, como sendo a rede de suporte psicossocial do doente (Pérez-San-Gregorio, Rodriguez & Bernal, 2008; Simons et al., 2008; Engle, 2001), o seu perfil de personalidade e padrão de funcionamento mental (Telles-Correia, Barbosa & Mega, 2010; Nickel, Wunsch, Egle, Lohse & Otto, 2002), bem como a dinâmica relacional e familiar que o envolve (Pérez-San-Gregorio et al., (2008).

## **2.2. Perfil de personalidade, características emocionais e dinâmica intelectual da criança e adolescente transplantado, e com doença hepática**

Relativamente ao padrão emocional, tendencialmente prevalente, no âmbito da vivência de um processo de transplante, em termos genéricos, a literatura tende a assumir linhas de confluência, no que concerne à exibição de sintomas de ansiedade e depressão, concomitantes à existência de alguns medos, essencialmente, no que toca à ameaça de morte (Gonçalves & Gomes, 2013; Grover & Sarkar, 2012; Ferreira et al., 2000), à possibilidade de rejeição do enxerto, ou de eventuais complicações advenientes da medicação imunossupressora (Pelgur et al., 2009; Fukunishi et al., 2002).

Os estudos de Fukunishi, Kita, Sugawara & Makuuchi (2003) e Fukunishi et al., (2002) puderam aferir a existência de sintomatologia compatível com um padrão de funcionamento alexitímico, nalguns dos doentes, que integraram a amostra de estudo, em fase de pré-transplante. Por conseguinte, os autores estabeleceram a inferência de que estas são evidências tradutoras de que a dificuldade em verbalizar emoções, prevista na alexitimia, é um padrão relativamente comum entre os receptores de transplante, numa fase imediatamente precedente ao mesmo. Em reforço destes resultados, Brosbe et al., (2013) arguem que, em casos de competências desfalcadas ao nível da regulação emocional, uma criança que esteja sob uma condição geradora de grande stress, como a que a que é vivenciada no confronto com o diagnóstico de uma condição médica grave, as fragilidades estarão aumentadas, no que toca à capacidade de resolução de problemas, à capacidade de ajustamento e à tolerância face ao potencial stressante, e angustiante despoletado pelo diagnóstico e procedimentos médicos.

O estudo de Anton & Piccinini (2011) pôde corroborar algumas das defesas lançadas na literatura, relativas à prevalência de comportamentos de insegurança, desamparo, dificuldades de relacionamento e baixa tolerância à frustração, em crianças submetidas a transplante hepático. Em

concomitância, os resultados do estudo apoiam a tese erguida na consideração de que algumas das consequências psicológicas do transplante hepático pediátrico serão, fundamentalmente, um atraso na maturidade, ao nível da aquisição da autonomia e independência, com apresentação de comportamento regressivo e forte ansiedade de separação.

De modo semelhante, Olausson et al., (2007), tomando por base as conclusões do estudo qualitativo desenvolvido, alegam que as crianças mais novas, integrantes do estudo, mencionaram uma maior quantidade de experiências negativas, pelo menos no que toca às restrições físicas a que teriam de estar submetidas. Por outro lado, as crianças mais velhas tenderam a enfatizar determinadas manifestações psicológicas, de que são exemplo o sentimento de diferença, aliado às alterações na aparência física, decorrentes não só das cicatrizes da cirurgia, mas, de igual modo, da medicação imunossupressora.

Em concomitância à expressão de determinadas conjunturas sintomatológicas, do ponto de vista da emocionalidade, de que são exemplo a alexitimia, padrões exponenciais de angústia, ansiedade e sintomas sugestivos de depressão, a literatura é premissora na convenção de que as crianças e adolescentes com doença hepática, a par daqueles que se vêm envolvidos num processo de transplantação, estão em risco aumentado, no que concerne à exibição de competências lacunares em termos da intelectualidade (Sorensen, Neighbors, Martz, Zelko, Bucuvalas & Alonso, 2014; Sorensen et al., 2011; Kaller, Langguth, Petermann, Ganschow, Nashan & Schulz, 2013; Gilmour, Adkins, Liddell, Jhangri & Robertson, 2009). Para além disso, o estudo levado a cabo por Adebäck, Nemeth & Fischler (2003), avançou com a conclusão de que os problemas cognitivos apresentados pelas crianças avaliadas foram coincidentes, em grande parte das crianças, com os indicadores apurados relativamente a dificuldades emocionais, deixando antever a existência de um padrão de relações entre ambas as variáveis.

**Tabela 4. Síntese dos principais traços emocionais, características de personalidade e desempenho intelectual de crianças e adolescentes doentes, ou submetidos a transplante**

Autor	Conclusões
Castro & Moreno-Jiménez (2008);	Défices em competências sociais, especialmente em actividades escolares, no caso dos adolescentes transplantados do sexo masculino, integrantes da amostra em estudo; No caso das adolescentes, a prevalência incidiu em sintomas depressivos e de ansiedade;
Haavisto et al., (2013)	Presença de índices depressivos, de moderados a severos, em grande parte das crianças e adolescentes submetidos a transplante.
Haavisto et al., (2013); Mintzer et al, (2005); Shemesh et al., (2005); Walker et al., (1999)	Indícios consistentes de presença de Perturbação de Stress Pós-Traumático.
Sorensen et al., (2014); Sorensen et al., (2011); Kaller,	Os resultados sugerem que os participantes (crianças submetidas a transplante hepático)

Langguth, Petermann, Ganschow, Nashan & Schulz (2013); Kaller et al., (2010); Gilmour et al., (2009).	evidenciaram níveis significativamente mais baixos de habilidade intelectual e desempenho acadêmico, comparativamente à população normal.
Kaller et al., (2010); Taylor et al., (2009); Gritti et al., (2006); Gritti, Di Sarno, Comito, De Vincenzo, De Paola & Vajro (2001)	As crianças e os adolescentes submetidos a transplante evidenciaram mais problemas comportamentais e menores competências, comparativamente à população normal.
Bucuvalas & Alonso (2008).	Deficiências no funcionamento cognitivo evidenciadas pelas crianças transplantadas (ainda que as mesmas, segundo os autores, possam estar relacionadas à imunossupressão de longo prazo).
Gritti et al., (2006); Gritti et al., (2001)	Os sintomas de expressão mais proeminente em crianças submetidas a transplante hepático inserem-se num espectro que varia entre ansiedade de perda e separação, inibição, retraimento, somatização, regressão e depressão.
Fukunishi et al., (2003).	Os adolescentes, integrantes da amostra de estudo, apresentaram características alexitímicas, significativamente mais proeminentes, na fase prévia ao transplante, comparativamente à fase posterior.
Castro & Moreno-Jiménez (2008; Pérez-San-Gregorio et al., (2005); Gritti et al., (2001)	Indícios de dificuldades existentes, ao nível da aceitação da imagem corporal e relação com o próprio corpo, tanto nas crianças doentes crónicas e transplantadas, como nos adolescentes.

Neste sentido, retendo as conclusões enunciadas, parece que, de facto, a vivência de um processo continuado de doença, fazendo-se acompanhar de um processo de transplantação, não se encontra imune a um conjunto de sequelas, quer do ponto de vista de dinâmica afectiva e emocional, quer em termos de potenciais lacunas, no que toca a determinadas competências sociais e padrões comportamentais. Por conseguinte, não deixa de estar presente uma espécie de “ciclo vicioso”, tendo em conta que tais problemas, despoletados, quer pela vivência da doença, quer pelo transplante, não deixam de exercer ecos num eventual comprometimento do prognóstico do quadro clínico global.

### 2.3. Estrutura e dinâmica familiar

O confronto com uma doença grave, cuja natureza apele à necessidade de transplante, instaura-se como profundamente doloroso e angustiante (Castro & Piccinini, 2010), representando um processo de crise profunda, que não afecta apenas o indivíduo doente, mas, em especial, e, sobretudo, no caso do transplante pediátrico, todo o seu sistema familiar e social (Guimaro, Lacerda, Karam, Ferraz-Neto & Andreoli, 2008; Tavares, 2004).

Com efeito, o diagnóstico e a iminência de transplante particularizam-se pelo poder stressante inequívoco que lhes subjaz, a tal ponto, que poderão estar na base da emergência de grande desajustamento e desorganização familiar, ao mesmo tempo que poderão trazer à tona eventuais problemas ou dificuldades já existentes (Castro & Piccinini, 2002; Engle, 2001). Será de acordo com esta linha de ideias que Gritti et al., (2001) defendem que as consequências psicopatológicas que, eventualmente, poderão decorrer, tanto da vivência da doença, como de todas as subjacências do transplante, tendem a adquirir proporções mais avultadas, caso os pais ou cuidadores da criança ou adolescente, não sejam capazes de providenciar e promover alguma constância ao nível dos padrões de suporte emocional. Dentro deste entendimento, Shemesh et al., (2005) alertam para a existência de potenciais discrepâncias entre a forma como os cuidadores encaram o processo de transplante, e a forma como as crianças o percebem, no sentido de que essa *décalage* poderá pôr à margem o suporte de que a criança necessita, no amparo aos vividos de stress emocional, potencialmente desencadeados por todo o panorama clínico.

Adicionalmente, Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez & Pérez-Bernal, (2008) e Young et al., (2003), enfatizam que a constante ameaça à vida, a que as crianças e adolescentes, bem como os seus pais e/ou cuidadores têm de enfrentar, aliada à sistematização de preocupações com os cuidados relativos ao período pós-transplante, têm o poder de se assumir como fortes precipitantes de um padrão exacerbado de stress emocional, capaz de exercer verdadeiras sequelas em termos da própria saúde emocional dos pais, a um ponto tal, que os mesmos podem ver-se demitidos das suas reais potencialidades de exercício parental e prestação de cuidados.

Assim, particularizando a fase pós-transplante, a resposta da família, bem como a reorganização e reajustamentos pelos quais tem de passar, dependendo da sua própria dinâmica relacional, bem como da essência de cada uma das pessoas que a integram, poderá oscilar entre comportamentos e atitudes de hiperprotecção, e posturas de abandono face ao apoio e ajuda prestados ao doente transplantado (Tavares, 2004). Em apoio a um destes cenários sintomatológicos, os resultados do estudo norteado por Anton & Piccinini (2011) dão conta da existência de dificuldades a caracterizar as díades mãe-criança, no que toca ao processo de separação-indivuação, sendo que esses problemas, segundo os autores, pareceram emergir em função de comportamentos de sobreprotecção em relação aos filhos.

Deste modo, tal como apontado por Castro & Moreno-Jiménez (2005), a forma como a criança se ajusta e desenvolve adaptação à doença, ao transplante e a todas as decorrências que lhe são inerentes, entrará em estreita dependência, não só da dinâmica de funcionamento de todos os membros da família, mas, fundamentalmente, dos recursos pessoais e familiares existentes, que o enfrentamento do problema obriga a mobilizar. Será de acordo com estas assunções que as defesas de Wallander & Varni (1998) ganham alguma razoabilidade neste contexto, tendo em conta que avançam com a premissa de que, por vezes, o desajustamento da criança doente, poderá ser mais fielmente despoletado pela forma como a família lida e se relaciona com a criança, do que ser uma decorrência do seu próprio comportamento. Em sustentação a estas ideias, o estudo de Simons, Anglin, Warshaw, Mahle, Vincent & Blount (2008) pôde aferir a existência de

associações, entre níveis elevados de conflito familiar e um pior estado de saúde, física e mental, evidenciada por parte dos adolescentes submetidos a transplante.

Ademais, evidências como as que foram alcançadas pelo estudo de Pérez-San-Gregorio et al., (2008), põem a descoberto a mutualidade e complexidade que caracteriza a dinâmica familiar, particularmente, em situação como a de um processo de transplantação, tendo em conta que foram verificados elevados níveis de ansiedade nos pacientes, logo após o transplante, ao mesmo tempo que esses índices sintomatológicos se apresentaram relacionados com a manifestação de sintomas ansiosos e depressivos, tanto no paciente, como nas pessoas que o envolvem, num período de um ano pós-transplante. De igual modo, estudos como os de Domínguez-Cabello, et al., (2010) e Pérez-San-Gregorio et al., (2008), conferem primazia às reciprocidades e dinamismos familiares, ao estabelecerem, como dados conclusivos, a existência de níveis mais reduzidos de qualidade de vida, em pacientes transplantados, cujas pessoas próximas terão evidenciado índices mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva.

**Tabela 5. Síntese dos principais sintomas e características psico(pato)lógicas dos pais/cuidadores de crianças e adolescentes submetidos a transplante**

<b>Autor</b>	<b>Conclusões</b>
Pérez-San-Gregorio et al., (2008); Castro & Moreno-Jiménez (2005)	Sintomas depressivos e de ansiedade
Domínguez-Cabello et al., (2010); Castro & Moreno-Jiménez (2005)	Sintomatologia ansiosa
Castro & Moreno-Jiménez (2004)	Sentimentos de culpa (decorrentes, sobretudo, do desejo de morte de outrem, de modo a tornar possível o transplante)
Anton & Piccinini (2011); Sokal (1995)	Comportamentos de sobreprotecção
Young et al., (2003);	Sintomas de stress pós-traumático (sobretudo em situação de pós-transplante)
Castro & Piccinini (2010)	Numa fase inicial, prévia ao transplante, é comum a prevalência de mecanismos de defesa como a negação e o evitamento

### 3. Síntese dos principais postulados teóricos enunciados

A doença hepática crónica, no caso pediátrico, a par do processo de transplante, insurgem-se associados a um potencial desencadeante de stress, com inequívocas repercussões não só na vida do doente, mas, de forma homóloga, na vida dos pais e/ou cuidadores.



Por conseguinte, compreende-se que os processos de adoecimento só podem ser fielmente atendidos e compreendidos, se for preservada a ideia de que a essência do ser humano é, fundamentalmente, psico-sócio-somática. Dito de outro modo, tendo em conta que a doença hepática crónica e o processo de transplante que a acompanha, em muitos dos casos, implicam uma série de subjacências médicas, psicológicas e sociais, das quais, jamais, poder-se-ão ver indissociados, importa que se conjugue uma leitura clínica, em torno das dimensões psico(pato)lógicas, das valências médicas da doença e dos contornos psicossociais que a envolvem, de modo a que dinâmica intrínseca, quer ao adoecimento, quer à promoção da saúde, possa ser enquadrada neste âmbito.

Com base nos múltiplos achados empíricos mencionados, relativos à prevalência de um conjunto de sinais psico(pato)lógicos, quer nas crianças e adolescentes transplantados, quer nos que padecem de um processo crónico de doença, ainda que ambos se insiram no espectro desta última categoria, é inquestionável a existência de repercussões psíquicas decorrentes da vivência destes processos. De igual modo, tendo presente que, no caso pediátrico, tais repercussões se fazem sentir de forma exponencial ao nível das relações e estrutura familiares, é imperativo que a análise de qualquer destes processos, doença hepática e transplante, não negligencie a forma como as relações podem ser determinantes, quer na promoção da recuperação da vitalidade do doente, a longo prazo, quer, inclusivamente, no potenciar de dificuldades existentes, contributivas de um agravamento da condição e evolução clínicas.

## **II - Objectivos**

De acordo com a revisão da literatura efectuada, pode perceber-se que as vivências de processos como a doença crónica e a transplantação, não se encontram isentas de potenciais repercussões psíquicas, do mesmo modo que parece haver alguma consistência de considerações, no que concerne à importância dos dinamismos mentais e factores psicológicos, tanto na evolução da doença, como na própria capacidade de lhe fazer face, com vista à recuperação. Neste contexto, coadunando as pretensões do estudo, ao conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos decorrentes de algumas das investigações, previamente enunciadas, destacam-se, como objectivos específicos, o alcance de resposta para as seguintes questões:

-A amostra total de doentes, incluindo ambos os grupos (com e sem transplante) apresenta fragilidades, em termos de uma conjugação harmoniosa entre performances e competências cognitivas?

-Existirão diferenças entre os grupos, no que concerne ao domínio da Actividade Intelectual?

-Quais as nuances relativas à dinâmica afectiva que parecem estar mais prevalentes na amostra?

-Como se expressa a vivência da emocionalidade em ambos os grupos?

## **III - Metodologia**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório

A operacionalização da presente investigação não estará ancorada aos pressupostos inerentes a um estudo experimental, em virtude de que apenas serão investigadas as relações entre as variáveis dependentes (VD's) e independentes (VI's), sem que haja manipulação das mesmas (Alferes, 1997). Em concomitância, a natureza não-experimental do estudo impede o estabelecimento de inferências de causalidade, a não ser que seja possível determinar a direcção da relação entre as variáveis em análise, garantindo que as flutuações na(s) VD'(s) não decorrem da influência de uma terceira variável, distinta da(s) VI'(s) (Alferes, 1997). De igual modo, o estudo não disporá de meios destinados a controlar as variáveis parasitas (biomédicas, relacionadas com hábitos de saúde, tratamento, diagnóstico psicopatológico, frequência em psicoterapia, etc), pelo que, por essa razão, será inviável o estabelecimento de relações de causalidade.

Por conseguinte, ainda que a revisão bibliográfica realizada confira suporte ao estabelecimento de algumas hipóteses, o carácter do presente estudo é, fundamentalmente, exploratório, pelo que a pesquisa de elementos conducentes a um maior aprofundamento dos conhecimentos científicos acerca da problemática em análise assume-se como um dos principais propósitos aqui subjacentes.

Com efeito, a familiarização com o tema, para a posterior formulação de hipóteses será a grande mais-valia viabilizada pelo carácter exploratório intrínseco ao estudo, lançando âncoras tanto à aplicação de concepções teóricas já existentes, para a análise e explicação do problema, como ao alargamento de horizontes, no que toca à sensibilidade inerente a determinadas questões, bem como a potenciais dificuldades e limitações.

### **3.2 Descrição da amostra**

A amostra que dá corpo à presente investigação, terá sido recolhida na Unidade de Hepatologia do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). Com efeito, a mesma integra um total de 45 sujeitos (crianças e adolescentes), cujos critérios primordiais de inclusão terão sido a existência de doença hepática, ou a submissão a um processo de transplante hepático. Neste sentido, e, de acordo com os pressupostos anteriores, a amostra terá sido constituída através de uma amostragem não-probabilística, ou não aleatória, de natureza acidental, causal ou conveniente (Marôco, 2007). De igual modo, a mesma subdivide-se em dois grupos amostrais, no sentido de que um deles integra crianças e adolescentes submetidos a transplante, ficando, o outro grupo, restrito ao conjunto de sujeitos detentores de um diagnóstico de doença hepática.

### **3.3 Procedimentos e princípios de Investigação adoptados**

As bases sobre as quais se encontra erguida a presente investigação circunscrevem-se a uma compactação de grande parte do trabalho clínico desenvolvido, entre Setembro de 2012 e Julho de 2014, ao abrigo dos Estágios Curriculares do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica – Sub-Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas.

Em termos concretos, os estágios curriculares terão sido levados a cabo por via do protocolo firmado entre o Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC), donde o Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (CPSC), na vertente de trabalho consignada à Consulta Universitária da Criança e do Adolescente (CUCA) terá sido o interveniente fundamental de acção na Unidade de Hepatologia do HPC. Especificamente, a prática clínica desenvolvida na Unidade de Hepatologia, tanto em regime ambulatorial, como em regime de internamento, cingiu-se às componentes de avaliação psicológica, diagnóstico e sinalização de casos para acompanhamento psicoterapêutico de crianças e adolescentes. Todavia, a vertente de avaliação psicológica e diagnóstico terá sido a matriz fundamental, sobre a qual assentam todos os dados que são objecto de análise e escrutínio na presente investigação.

As consultas de avaliação psicológica decorreram na Unidade de Hepatologia do HPC, em condições de ambulatório, sempre que estivesse, previamente, agendada uma consulta médica, da criança ou adolescente, ou, sempre que se verificasse uma situação de internamento esporádico (fundamentalmente, a propósito da realização de exames médicos especiais). Deste modo, focalizando os princípios subjacentes à realização das mesmas, importa referir que, todas elas, terão sido praticadas com a informação preliminar aos pais/cuidadores das crianças ou adolescentes, de forma a que os mesmos pudessem compreender a importância do procedimento avaliativo. Neste contexto, o trabalho terá sido realizado em paralelo, quer com os pais, em situação de entrevista semi-estruturada, quer com as crianças ou adolescentes, em situação de avaliação psicológica (essencialmente, aplicação de provas projectivas e observação comportamental). Em termos específicos, importa referir que, cada consulta de avaliação psicológica efectuada, quer no caso da criança, quer no caso do adolescente, terá decorrido em concomitância ao processo anamnésico (entrevista semi-estruturada) com os pais/cuidadores, ainda que em espaços físicos distintos, e, sob encargo de dois estagiários.

O total dos procedimentos de avaliação psicológica realizados esteve sob a responsabilidade de 11 estagiários, integrantes dos dois grupos de estágio curricular que exerceram funções na Unidade de Hepatologia do HPC, nos anos lectivos de 2012/2013 e 2013/2014. Neste sentido, grande parte das avaliações psicológicas realizadas, com as respectivas informações clínicas daí advenientes, apesar de, primeiramente, terem servido os propósitos subjacentes à prática clínica intrínseca ao estágio (avaliação, diagnóstico e encaminhamento psicoterapêutico), terão sido convertidas em trabalho de investigação, com as necessárias adendas relativas aos exercícios de análise, exploração e síntese de todos os dados. Deste modo, o presente estudo terá sido desencadeado, na tentativa de traçar denominadores comuns, capazes de emoldurar, de forma mais incisiva, as inequívocas nuances psíquicas que se imiscuem na vivência de um processo de doença ou de transplante hepático. De modo semelhante, o objectivo central ter-se-á inserido na potencial interpelação clínica que os dados poderão suscitar, e, por conseguinte, na construção de grelhas de leitura, capazes de elevar tais interpelações, à ponderação de implicações para a prática psicológica, ao

serviço da saúde, em termos de um potencial acompanhamento e profilaxia dos processos de adoecimento.

### 3.4 Instrumentos Utilizados

Cada um dos protocolos de avaliação psicológica que sedimentam a conjuntura global da amostra resultou da conjugação entre uma entrevista semi-estruturada, com valências, fundamentalmente, anamnésicas, e a Prova Projectiva de Rorschach.

Com efeito, os princípios fundamentais subjacentes à combinação destes dois instrumentos, durante o período temporal em que teve lugar o trabalho clínico desenvolvido na Unidade de Hepatologia do HPC, terão sido, sobretudo, o apurar das principais dificuldades evidenciadas pelos doentes avaliados, sendo crianças ou adolescentes, de forma a serem traçados objectivos relativos ao encaminhamento psicoterapêutico. Por conseguinte, o presente estudo, ao instituir-se como uma conversão investigativa e análise de síntese, relativamente ao trabalho clínico supramencionado, detém a particularidade dos seus meios de acção (instrumentos de investigação/avaliação utilizados) se restringirem aos que terão servido os propósitos do trabalho clínico desenvolvido no HPC, na vertente de avaliação psicológica.

Assim, de acordo com o exposto, o protótipo de entrevista semi-estruturada, que serviu de referência à abordagem dos pais ou cuidadores das crianças e adolescentes transplantados, ou com doença hepática, esteve alicerçado em questões, cujo foco, se circunscreveu ao esclarecimento de alguns dos pontos fundamentais que configuram a história de vida de cada doente.

Por seu turno, o Teste de Rorschach assumiu-se como a prova projectiva de eleição, na avaliação das crianças e adolescentes que compõem a amostra do presente estudo, em virtude de ser um instrumento que, quando inscrito numa lógica de combinação com uma entrevista (esclarecedora de alguns dos pontos fundamentais da história desenvolvimental), premeia uma abordagem pluridimensional do sujeito, em termos de uma apreensão mais aprofundada do seu funcionamento psíquico e dinamismos mentais.

#### 3.4.1. Entrevista Semi-estruturada (de carácter anamnésico)

(Anexo I)

Este procedimento integrou cada um dos protocolos avaliativos realizados, em virtude de viabilizar a obtenção de informações, acerca de cada doente integrante da amostra, no que concerne não só a algumas variáveis de cariz sócio-demográfico (sexo, idade da criança/adolescente, escolaridade, habilitações literárias e profissão dos pais, estado civil), mas, sobretudo, relativamente aos aspectos médicos necessariamente implícitos no historial de cada doente, como sendo o tipo e idade em que o diagnóstico terá sido estabelecido, bem como a existência de problemas médicos ou outros diagnósticos de comorbilidade. De modo adicional, tomando em consideração que a entrevista semi-estruturada terá sido ponderada, em termos standardizados, em função de um levantamento de dados de cariz anamnésico, estritamente necessário à construção da história clínica e

desenvolvimental da criança/adolescente avaliado, importa ressaltar que, de todas as questões que integram a entrevista, terão sido selecionadas apenas algumas, cuja valência se afigurou mais preponderante aos contornos e objectivos do estudo.

### **3.4.2. Prova projectiva de Rorschach – Princípios subjacentes à aplicação e interpretação (cf. Anexo III e IV)**

O Teste de Rorschach foi criado e desenvolvido pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach, na tentativa de sistematização de uma forma capaz de viabilizar o estudo da dinâmica de conjunto da personalidade, normal ou patológica, quer no caso da criança, como no caso do adolescente e do adulto.

Parafraseando Marques (1999, p. 16), o entendimento que se tece acerca do Rorschach passa por considerá-lo “como um instrumento que permitia pensar, mas, também, como uma forma de melhor aceder à expressão e revelação das modalidades de funcionamento mental dos sujeitos, que são o objecto de estudo da Psicologia Clínica (...)”. Todavia, para que este objectivo possa ser alcançado, é indispensável que qualquer análise que se debruce sobre o agrupamento dos dados, ou do psicograma<sup>8</sup>, seja capaz de conjugar leituras sustentadas pelo paradigma da psicometria, com a salvaguarda da comparação com um grupo de referência, através de critérios estatísticos bem estabelecidos, e leituras que possam converter essa terminologia de índole mais quantitativa, em critérios e leituras mais clínicas, qualitativas e interpretativas. Terá sido de acordo com esta premissa de base, que a análise dos dados decorrentes das avaliações psicológicas com o Rorschach foi sustentada, sendo que, de modo concreto, a matriz interpretativa de eleição, terá sido a Escola Francesa, circunscrita aos contributos de Chabert (1998; 2000), Rausch de Traubenberg & Boizou (1999) e Rausch de Traubenberg (1970), retomados por algumas formulações de Marques (1999). Assim, no que toca à interpretação dos dados, os referenciais teóricos, fundados nos modelos psicanalíticos, terão sido os pilares de sustentação de todas as abordagens descritivas e compreensivas que foram tecidas (Rausch de Traubenberg & Boizou, 1999; Marques, 1999; Chabert, 1998; Rausch de Traubenberg, 1970). Para além disso, no que respeita a alguns parâmetros da cotação, terão sido os referenciais sustentados por Beizmann (1966), num trabalho de compilação de vários autores, que serviram de âncora, em termos da consideração e cotação relativa à qualidade das formas<sup>9</sup> inerentes às respostas, em cada uma

<sup>8</sup> O psicograma, para além de constituir no primeiro patamar de compreensão dos dados, diz respeito ao panorama global de resultados, em termos puramente quantitativos, resultante da compactação de todas as cotações das respostas fornecidas no protocolo. As constatações, a este nível, restringem-se aos resultados que se afastam das normas, bem como à eventual presença de convergência ou divergência entre os mesmos (Marques, 1999).

<sup>9</sup> A forma, sendo um aspecto determinante no apuramento dos dados quantitativos, categoriza-se, quanto à sua qualidade, em “boa” (F+), ambígua, ou de qualidade imprecisa (F±) ou “má” (F-), consoante se insira no padrão de referência estabelecido. Às formas bem percebidas, cotadas em (F+), correspondem elementos da mancha de tinta, tendencialmente, apreendidos numa determinada população. O inverso, formas “mal percebidas”, cotadas em (F-), dizem respeito a formas

das manchas de tinta. Em concomitância, as normas estatísticas que nortearam todas as comparações, formulações e interpretações advenientes dos dados quantitativos, resultaram da confrontação de vários autores, proposta por Marques (s.d) (*c.f. Anexo IV*), tendo em conta a ausência de valores estatísticos referentes à população portuguesa.

No que diz respeito aos aspectos gerais do teste, concretamente, no caso do material que o compõe, o mesmo integra 10 cartões, sendo que cada um deles corporiza uma mancha de tinta, ambígua quanto ao seu conteúdo e significado manifesto, e dotada de impressões sensoriais sem um significado semântico preciso. Neste sentido, cada um dos cartões Rorschach, ao se insurgir como um estímulo com características objectivas, apesar do carácter, aparentemente, desestruturado, invoca a necessidade de organização do pensamento, a partir do momento em que é dada a instrução inicial pelo examinador “Diga-me o que imagina a partir destes cartões” (Chabert, 1998, p. 30). Deste modo, a primazia do teste está na inequívoca mobilização da projecção, uma vez que a percepção que o sujeito faz do estímulo (mancha de tinta), converterá as impressões sensoriais em pensamentos utilizáveis e comunicáveis, através de palavras tradutoras de imagens e conceitos, que mais não serão do que as ressonâncias internas do sujeito, invocadas pelo material. Será de acordo com esta relação estabelecida entre percepção e projecção, que a resposta Rorschach poderá ser considerada como um processo de formação de símbolos<sup>10</sup>, subjacente à actividade de pensar. Por conseguinte, a essência do material que compõe o Teste de Rorschach detém a particularidade de possibilitar a detecção de sinais capazes de revelarem um determinado conjunto de potencialidades de um sujeito, actuais ou latentes, do mesmo modo que adquire consistência no acesso a pontos de maior vulnerabilidade, ao exigir um trabalho de ligação do interno com o externo e das experiências anteriores com as actuais (Marques, 1999).

Em suma, o âmago subjacente à prova projectiva de Rorschach traduz-se no seu apelo a um duplo modo de funcionamento, quer em termos da referência ao real, constituída pela materialidade do teste, quer em termos de recurso ao imaginário, a que aludem os mecanismos projectivos que são despoletados a partir da percepção do estímulo de cada cartão.

Em ancoragem aos pressupostos enunciados, a tabela 1 (*cf anexo III*) é elucidativa das principais variáveis contempladas na presente investigação, coadunadas às interpretações que foram consideradas na análise global dos dados.

---

inadequadas ao engrama, mas que, ainda assim, têm alguma expressão no âmbito da lista de respostas de referência. As formas de qualidade imprecisa dizem respeito a percepções pouco definidas, e que, como tal, não se encontram abrangidas nas listas normativas de referência.

<sup>10</sup> No Rorschach, sempre que o sujeito é capaz de transformar em palavra a impressão sensorial que percebe, esta última assume a designação de símbolo. Deste modo, as respostas Rorschach poder-se-ão definir como estando inscritas num processo de atribuição de sentido, revelando, por isso, a expressão da actividade simbólica.

### 3.5. Procedimentos de investigação adoptados e estratégias de síntese dos dados

Partindo de um total de 45 relatórios de avaliação psicológica, resultantes do cruzamento, não só dos dois instrumentos anteriormente mencionados (Rorschach e Entrevista Semi-estruturada) mas, também, de dados interpretativos do Desenho da Figura Humana, Desenho da Família e Desenho da Árvore, o trabalho de síntese de todos os dados terá sido feito com restrição às informações advenientes da combinação entre a prova projectiva de Rorschach e a Entrevista Semi-estruturada. Deste modo, tendo em conta os contornos desta investigação, no que diz respeito, sobretudo, à viabilidade intrínseca a uma determinada combinação de procedimentos e instrumentos, a impraticabilidade decorrente da utilização do volume total de dados existente, terá sido o ponto crítico, sobre o qual se fundamentou a decisão em restringir o aglomerado de dados a analisar, apenas aos decorrentes das entrevistas e do Teste de Rorschach.

Nesta senda, importa particularizar que, cada componente dos relatórios de avaliação psicológica, destinada, exclusivamente, às interpretações clínicas dos resultados da aplicação do teste de Rorschach, terá ficado restrita, apenas, ao protocolo integrante das respostas, bem como ao respectivo psicograma. A par desta estratégia procedimental, foram feitas correcções e ajustamentos às cotações das respostas, de forma a uniformizar, de modo mais sistemático, a aplicação dos princípios de cotação inerentes à classificação francesa. A opção por este procedimento afigurou-se como sendo uma potencial estratégia para colmatar a existência dos inevitáveis índices de heterogeneidade subjacentes aos dados, tendo em conta o carácter multi-examinador que esteve implícito à obtenção de todos os protocolos. De igual modo, houve a necessidade de uma pesquisa e estudo intensivos, relativos aos principais fundamentos sob os quais assentam as considerações tecidas pela Escola Francesa, pelo menos no que se reporta às subjacências das variáveis incluídas na presente investigação.

De acordo com o exposto, o passo seguinte terá sido a construção da base de dados, sendo que, de início, as variáveis incluídas, em termos dos dados anamnésicos, terão sido alusivas a questões sócio-demográficas de cada um dos doentes, a par de algumas variáveis referentes à história desenvolvimental. No que concerne aos dados Rorschach, em primeira instância, após as correcções a que os psicogramas terão sido submetidos, foram incluídas as variáveis fundamentais<sup>11</sup> que integram, por norma, um psicograma. Não obstante, tendo em conta a pesquisa e estudos adicionais, ocorridos na fase posterior à construção do primeiro patamar da base dados, foram sendo consideradas, de forma progressiva, variáveis complementares, resultantes de algumas conjugações entre factores. Este processo foi ponderado, no intuito de poder ser sedimentado um entendimento pluralizado, não só das potencialidades proporcionadas pelo teste Rorschach, mas, sobretudo, do modo como o mesmo poderá premeiar uma compreensão mais abrangente do modo de funcionamento psíquico de determinado

<sup>11</sup> As decorrentes das percentagens apuradas ao nível dos Modos de Apreensão (G, D; Dd; Dbl; DdBl e Gbl); dos Determinantes (F%; F+%; Fa%; F+a%; K; C; FC; CF; E; FE; EF); dos Conteúdos (A%; H%; Anat; Sng; Hd); das variáveis de conjugação (I.A%; TRI; FC); T.L; Recusas e Equivalentes de Choque.

sujeito. Neste sentido, atentando nas várias fases subjacentes à construção da base de dados, em termos da inclusão progressiva de variáveis adicionais, o primeiro patamar a ser estabelecido, no âmbito deste processo, culminou num total de 187 variáveis (*c.f. Anexo II*).

Todavia, apesar deste volume de dados ter a sua plausibilidade, era sabido, de antemão, que a natureza e o perímetro investigativo do presente trabalho não possibilitariam a análise de todos os dados. Os mesmos terão passado por um processo de inclusão e alargamento progressivos, ainda que, estritamente, como parte do protocolo de investigação, com o objectivo único de alargar o leque das possibilidades investigativas, e, deste modo, traçar as vias mais profícuas de obtenção de resultados. Por conseguinte, foram seleccionadas, *à priori*, de entre o total de variáveis, aquelas que são contempladas no seio da Escola Francesa, como sendo as mais preponderantes (designadas de “variáveis fundamentais”), ao mesmo tempo que muitas outras, das que terão sido incluídas no panorama inicial, foram consideradas enquanto “variáveis acessórias”. De forma concomitante, foram tidas em consideração duas premissas de base, amplamente defendidas no seio da Escola Francesa, em especial por Chabert (1998; 2000), Rausch de Trautenberg (1970) e Rausch de Trautenberg & Boizou, (1999) - os factores Rorschach ganham robustez, ao consubstanciarem-se uns nos outros, de tal modo, que a determinadas conjugações, poderão estar associadas ilacções, relativas, por exemplo, a 4 grandes domínios do funcionamento mental: a Actividade Intelectual; o nível ou padrão de Socialização, a Dinâmica Afectiva e a Imagem de Si e Relação com o Corpo. Neste sentido, tais considerações ter-se-ão constituído numa das estratégias adoptadas, com a finalidade de serem feitas algumas das combinações de factores, de forma a que pudessem ser definidos, não só os eventuais resultados, ou níveis, que possam daí resultar, mas, em termos de uma eventual corroboração relativa às ditas “variáveis fundamentais” e “variáveis acessórias”. Com efeito, cada uma das dimensões acima enunciadas, terá sido construída em função de algumas conjugações de variáveis, quer das incluídas inicialmente (constantes num psicograma), quer das que resultaram do trabalho de estudo e síntese posterior, pelo que tais construções resultaram de um trabalho fundamentado em pressupostos de base defendidos pela Escola Francesa.

Todavia, apesar de terem sido tecidos raciocínios relativos à construção de cada uma das 4 dimensões citadas, e, inclusivamente, terem sido categorizados os 45 sujeitos da amostra, em função de cada uma das 4 dimensões, em momento posterior, face às limitações impostas pela configuração geral da investigação, concretamente, a margem disponível para a exposição de todos os resultados, foi ponderada a manutenção de apenas duas das quatro dimensões enunciadas: Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva. Neste sentido, a tabela 6 é elucidativa das variáveis que foram consideradas, em cada uma das duas dimensões, bem como as nuances e imiscuições a que as mesmas poderão dar origem, em termos de resultados:

**Tabela 6. Dimensões da Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva**

Dimensões	Variáveis consideradas	Resultados/Níveis
-----------	------------------------	-------------------

Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório



<b>Actividade Intelectual</b>	F%	1- Com Dinamismos
	F+%	2- Com Constrangimentos: <sup>12</sup>
	G%	2.1-Pensamento Concreto e Factual <sup>13</sup>
	D%	2.2-Pensamento Lacónico na inserção ao Real <sup>14</sup>
	R	2.3-Pensamento Concreto e Factual, com falhas na inserção ao real <sup>15</sup>
	K	2.4-Pensamento fragilizado na formalização <sup>16</sup> 2.5- Pensamento lacónico na formalização e na inserção ao real <sup>17</sup>
<b>Dinâmica Afectiva</b>	TRI	Com constrições afectivas e fantasmáticas:
	F.C	-Domínio da Labilidade <sup>18</sup>
	R.C%	-Domínio da Labilidade/Angústia de Fragmentação <sup>19</sup>
	I.A%	-Domínio dos Processos Primários (Com planura simbólica) <sup>20</sup>
	F%	-Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação <sup>21</sup>
	F+%	-Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação <sup>21</sup>
	K	-Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação <sup>21</sup>
	H%	-Domínio da Rigidez (com derrapagem perceptiva e Angústia de Fragmentação) <sup>22</sup>
	H prancha II	-Domínio da Rigidez (com derrapagem perceptiva e Angústia de Fragmentação) <sup>22</sup>
	K prancha III	-Domínio da Rigidez e Inibição (com derrapagem perceptiva) <sup>23</sup>

<sup>12</sup> A decisão de considerar o nível de Actividade Intelectual com Constrangimentos fundamentou-se na consideração de valores discrepantes do normativo, ao nível das variáveis aqui incluídas, sobretudo, em duas delas: F% e F+%.

<sup>13</sup> Nível estabelecido em função da elevação considerável (face ao normativo), registada na variável F%.

<sup>14</sup> Nível estabelecido em função do decréscimo considerável (face ao normativo), registado na variável F+%, pese a existência de valores normais nos outros factores.

<sup>15</sup> Nível ponderado em função da elevação em F% e do baixo valor de F+%, apesar de algumas das outras variáveis se encontrarem dentro do normativo.

<sup>16</sup> Nível estabelecido em função do decréscimo considerável ao nível do F%.

<sup>17</sup> Nível ponderado em função dos decréscimos assinaláveis em F% e F+%.

<sup>18</sup> Ponderação com base no R dentro da média ou em elevação; TRI Extroversivo Misto ou Introversivo Misto; T.L abaixo da média; H% elevado ou abaixo da média; Ausência H's nas pranchas II, III e VII; Dbl% , G% e Do% em elevação.

<sup>19</sup> Todas as condicionantes e conjugações de variáveis alusivas ao Domínio da Labilidade, com acréscimo de um nível de I.A% acima da média.

<sup>20</sup> Nível resultante, sobretudo, de uma certa "Compulsão à repetição" – com os mesmos conteúdos, de forma sistematizada e sem reactividade específica a cada uma das pranchas. D% e F+% abaixo da média; presença de K (-); TRI coarctado ou muito dilatado num dos pólos; presença de várias respostas F-; F% e T.L tendentes a valor baixo.

<sup>21</sup> Todas as condicionantes do ponto anterior (Processos Primários), com a repetição tendente de conteúdos anatómicos, com o decorrente nível de Angústia elevado (acima da média).

<sup>22</sup> Nível resultante, sobretudo, da existência de um F% bastante elevado, podendo, ou não, entrar em conjugação com um nível acima da média de Dd% e/ou A%. O F% deverá estar conjugado com um nível de F+% abaixo do padrão normativo. Para além disso, este é um nível onde deverá prevalecer a inexistência, ou presença escassa de determinantes K e, por conseguinte, um TRI Coarctado, Extroversivo Puro/Misto, com pouca expressão no pólo K.. Deverá estar presente, também, um nível de produtividade (R) abaixo da média, T.L alongado e a presença de algumas Recusas, conjuados a um nível de I.A% acima da média.

<sup>23</sup> Todas as conjugações do ponto anterior (exceptuando a presença de I.A% acima da média).

H prancha VII	-Domínio da Rigidez e Inibição (com Angústia de Fragmentação) <sup>24</sup>
K prancha VII	
R	-Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação (Planura Simbólica) <sup>25</sup>
Recusas	
Eq. Choque	
T.L	
Dbl%	
Dd%	
Anat Cartões	
Pastel	

### 3.6. Estratégia analítica adoptada

Tal como referido em parte anterior, após a introdução progressiva de todas as variáveis na base de dados, foi posta em prossecução a sua análise estatística, através da versão 20.0, para *Windows*, do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

O passo seguinte incidiu na utilização de estatísticas descritivas, no intuito de poder ser obtida a caracterização da amostra global, e respectivos subgrupos, relativamente à determinação de médias, desvios-padrão, frequências e percentagens de cada variável em estudo, bem como a amplitude de valores assumidos (mínimos e máximos) referentes a algumas das variáveis consideradas.

Adicionalmente, a fim de se perceber, em termos muito preliminares, o padrão de distribuição das principais variáveis Rorschach, procedeu-se à execução de um gráfico “Caixa de Bigodes”. Assim, por meio de comparação directa dos valores percentuais das variáveis Rorschach, com os intervalos normativos de referência, com base nas amplitudes interquartis, foi constatada a existência de grandes discrepâncias, pela assimetria notável das caixas, a par do de que grande parte do posicionamento dos extremos se verifica em sentidos opostos (*cf anexo III*). Em aditamento, de forma a poderem ser seleccionados os testes com aplicabilidade adequada aos contornos do estudo, e a estas características emergentes da amostra, o passo seguinte centrou-se na verificação das condições/pressupostos indispensáveis à aplicação, utilização e opção entre testes paramétricos e não-paramétricos. Para o efeito, e tendo presente que a amostra em subgrupos (com e sem transplante) se subdivide em proporções inferiores a 30 sujeitos, e, tendo em conta que, nestes casos, ( $n < 30$ ), o Teste Shapiro-Wilk é usado em detrimento do teste Kolmogorov-Smirnov (Marôco, 2014), foram testados os pressupostos de Normalidade, para cada uma das

<sup>24</sup> Todas as conjugações de factores do ponto anterior, à excepção do F+% abaixo da média.

<sup>25</sup> Nível resultante, sobretudo, de uma certa “Compulsão à repetição” – com os mesmos conteúdos, de forma sistematizada e sem reactividade específica a cada uma das pranchas. D% e F+% abaixo da média; quase inexistência de respostas K; TRI tendencialmente coarctado; presença de várias respostas F-; F% tendente a valor normal ou elevado; T.L podendo ser baixo ou elevado. Presença de conteúdos, essencialmente, Anatómicos e de Sangue, com a conseqüente elevação em I.A%. A vertente de Planura Simbólica refere-se à compulsão de repetição de conteúdos quase que estritamente pertencentes a uma ou duas categorias, ou de carácter abstracto.

principais variáveis Rorschach em estudo, com os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Com efeito, em virtude de que apenas uma ínfima parte das variáveis em estudo apresentou cumprido o pressuposto da Normalidade (*c.f Anexo IV*), e sabendo, de antemão, as imposições ao uso dos testes paramétricos (pressupostos de normalidade e homogeneidade cumpridos), foi testado o pressuposto da Homocedasticidade, de forma a verificar a homogeneidade das variâncias dessas mesmas variáveis, por intermédio do teste de Levène (Marôco, 2014) (*c.f anexo IV*)

Em termos de operacionalização de objetivos, passada a primeira fase, relativa aos termos supra enunciados, de forma a que pudesse ser averiguada a existência de eventuais correlações entre o transplante hepático em crianças e adolescentes, e os vários factores alusivos ao teste de Rorschach desses pacientes, procedeu-se, em primeira instância, à verificação de tal premissa, por meio do teste Kruskal-Wallis (KW). A sua utilização, partindo dos argumentos defendidos por Marôco (2014) ancorou-se no facto de se estar em presença de um conjunto alargado de factores ou variáveis nominais, tais como o “Diagnóstico”, e “Situação profissional dos pais”, no caso das variáveis relativas às entrevistas, o TRI, FC, e, inclusivamente, as categorizações estabelecidas para cada uma das 4 dimensões anteriormente citadas (Actividade Intelectual, Socialização, Dinâmica Afectiva e Relação com o Corpo), no caso do Rorschach. A par disso, a utilização do KW teve razão de ser, em virtude de não se verificar o pressuposto de que, grande parte das variáveis em estudo, são provenientes de populações com distribuição normal.

Com efeito, frustrado o propósito de encontrar interações significativas entre cada uma das variáveis Rorschach e a realização de transplante, foram sendo testados eventuais efeitos cruzados entre variáveis (quer entre as variáveis de índole sócio-demográfica, com as variáveis Rorschach, quer entre algumas destas últimas), por meio de testes não-paramétricos, visto serem os mais adequados.

Todavia, existindo um conjunto bastante extenso (> 10) de atributos e classificações por cada indivíduo, muitos dos quais de natureza qualitativa e, tal como referido, sem apresentarem correlações significativas entre si, foi ponderada a utilização de métodos de análise estatística multivariada. Estes permitem uma redução substancial do número de factores em jogo, retendo os mais importantes ou combinando-os entre si, mas, dadas as características próprias deste estudo, dever-se-ão acautelar as características estruturais de uma amostra com uma forte presença de variáveis nominais, fortes desvios à normalidade e uma correlação reduzida entre os atributos amostrados. Deste modo, a Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) (Carvalho, 2004) surgiu como a metodologia que melhor poderá satisfazer as exigências deste estudo, quer por responder às exigências indicadas, quer por ter sido concebida de raiz para o tratamento de variáveis nominais e qualitativas, avaliando do seu eventual relacionamento, e ainda, por produzir, como resultados, mapas geométricos de visualização quase imediata, traduzindo graficamente as interações em presença.

Na ACM são produzidos basicamente 3 instrumentos: Um conjunto de dimensões, tomadas como resumos ou explicações do conjunto, com as respectivas medidas de adequação, uma tabela com as contribuições com que cada atributo (variável) influencia cada uma das dimensões, e,

finalmente, as tabelas com os factores de ponderação a considerar para estas variáveis e para os objectos em análise. Todos estes instrumentos têm representação gráfica, a maior parte das vezes num plano a 2 dimensões, com evidentes vantagens explicativas.

Assim, tendo presente os objectivos de que se ocupa a presente investigação, o recurso à ACM assume-se como uma mais-valia, em virtude de permitir destacar as dimensões mais preponderantes na configuração do espaço em estudo. Em concomitância, também aliado à operacionalização dos objectivos da investigação, o facto da ACM se evidenciar eficaz na classificação das variáveis fundamentais na definição das principais dimensões (Carvalho, 2004) terá constituído um poderoso argumento para a sua utilização. Para além disso, é um método que tem subjacentes vantagens de tradução gráfica de resultados, sempre que é necessário lidar com espaços de análise multifacetados e relacionais entre indicadores, maioritariamente categoriais (Carvalho, 2004).

Neste contexto, para a validação das conjunturas das Dimensões anteriormente mencionadas optou-se por utilizar os métodos da Análise de Correspondência Múltipla (ACM), os quais, embora talhados para a geração de modelos explicativos, permitem verificar da adequação de modelos propostos pelo investigador, a amostras em que cada objecto é caracterizado por um conjunto de atributos categorizados.

Ressalve-se, desde já, que neste estudo, se trata, no essencial, de testar a admissibilidade das construções realizadas, e não de quantificar a veemência dos modelos propostos, já que a algoritmia da ACM e os métodos de construção desses modelos divergem substancialmente. Com efeito, a ACM chega aos seus resultados pela avaliação de distâncias num espaço abstracto multidimensional, no qual representa os objectos em análise, calculando, em seguida, a proximidade geométrica dos valores gerados por vários modelos sintéticos, denominados **dimensões**, conseguidos pela combinação linear dos valores que representam os atributos. Os raciocínios implícitos à construção das Dimensões Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva, são modelos qualitativos, não lineares, dependendo de uma visão de conjunto do avaliador, em convergência com os fundamentos do teste Rorschach, e, por isso, longe da linearidade das dimensões sintéticas.

Ainda assim, não se pode considerar que as Dimensões construídas e as dimensões ACM possam representar a mesma realidade, se não houver uma correspondência não negligenciável entre ambas, sendo esta correspondência quantificada por **um discriminante**, variando entre 0 e 1. Um valor entre 0 e 0.1 indica um afastamento ou uma indiferença muito grande entre as grandezas comparadas e será equivalente, grosso modo, a falta total de correspondências. Valores mais elevados, acima de 0.2, embora comecem por trair algum distanciamento, e indo num crescendo até 1.0, valor para o qual que haverá uma identidade de decalque, indicam a não existência de diferenças irreduzíveis entre o modelo proposto e a dimensão sintética da ACM. Com um papel algo semelhante aos coeficientes de correlação, o discriminante indica, ao utilizador, se deve descartar uma correspondência, pela mesma estar associada a um valor de discriminância muito pequeno, ou aceitar como admissível essa mesma correspondência, por não haver razões para a rejeitar (discriminantes acima de 0.2).

## IV - Resultados

### 4.1 – Caracterização da amostra

#### 4.1.1- Caracterização sócio-demográfica

Por observação da tabela 1 (*c.f. anexo VII*), em termos de níveis etários, conclui-se que a amostra global de doentes é composta, maioritariamente, por adolescentes (46.7%), entre os 14 e os 18 anos e crianças (33.3%), com idades entre os 5 e os 11 anos. Contudo, com uma percentagem relativamente menor (20%), está representada a faixa etária dos pré-adolescentes, cujas idades se situam entre os 12 e os 13 anos. Nas subamostras, o grupo com transplante detém uma percentagem maior de adolescentes (57.1%), entre os 14 e os 18 anos, comparativamente à percentagem de crianças até aos 10 anos, que se situa nos 38.1%. O mesmo grupo apresenta, ainda, um pré-adolescente, com idade entre os 12 e os 13 anos.

No que diz respeito à variável género, a amostra total é composta por 24 sujeitos do sexo feminino (N=24) e 21 sujeitos do sexo masculino (N=21). Em termos de subgrupos, com e sem transplante, é verificada a mesma tendência, em virtude do sexo feminino estar em prevalência em ambos os grupos, em virtude de que no grupo com transplante existem 12 sujeitos do sexo feminino (52.4%), em relação a 10 sujeitos do sexo masculino, 47.6%), e, no grupo sem transplante existem 13 sujeitos do sexo feminino (54.2%), em relação aos 11 doentes do sexo masculino (45.8%). Em termos de níveis escolares, os mais representativos da amostra total restringem-se ao 1º e 3º Ciclos, com as percentagens respectivas de (32.6% e 39.5%). No grupo com transplante verifica-se a prevalência do 1º Ciclo (38.1%) em detrimento das percentagens equitativas do 3º Ciclo e Ensino Secundário (28.6%). No grupo sem transplante, tal como na amostra total, verifica-se a prevalência do 3º (45.38%) e 1º Ciclos (25%).

Relativamente ao indicador de frequência em Ensino Especial, constata-se que na amostra total prevalece a não frequência (82.1%), ainda que 17.9% dos sujeitos frequentem este tipo de ensino. No caso dos subgrupos verifica-se a mesma tendência, no sentido da maioria não frequentar o ensino especial. Ainda assim, o grupo com transplante detém uma percentagem maior (23.8%) de sujeitos que frequentam, comparativamente à percentagem de sujeitos a frequentar ensino especial, no grupo sem transplante (8.3%). Todavia, importa referir que se registaram alguns casos omissos relativamente a esta informação, que se traduzem, no grupo com transplante e sem transplante em 14.3% e 12.5%, respectivamente.

No que concerne às habilitações literárias e situação profissional da mãe, em termos de amostra total, destaca-se a prevalência do 2º (36.6%) e 3º Ciclos (29.3%). O mesmo se verifica no grupo com transplante, com destaque para o 2º (38.1%) e 3º Ciclos (23.8%), ao passo que no grupo sem transplante, a prevalência circunscreve-se no 2º e 3º Ciclos, de forma equitativa (29.2%), com o Ensino Superior imediatamente abaixo (16.4%). Já no que toca à situação profissional da mãe, destaca-se a prevalência da situação em Activo, quer na amostra global (49.5%), quer nos subgrupos (T =57.1%; S/ T= 70.8%), ainda que a condição de desempregada, embora não

prevalente, se faça sentir, quer na mostra global (20.3%), quer nos grupos com transplante (38.1%) e sem transplante (16.7%).

Em termos de habilitações literárias do pai, a amostra global expressa prevalência do 2º Ciclo (35.1%) e Ensino Secundário (18.9%). No grupo com transplante, o 2º Ciclo é o mais preponderante (42.5%), ao contrário do grupo sem transplante, cuja percentagem mais elevada ao nível do Ensino Secundário (20.8%). Todavia, importa reter o facto de que se registaram percentagens de 5.4%, 23.81% e 20.8% de ausência de informação a este nível, na amostra global, grupo com transplante e sem transplante, respectivamente.

Em termos de situação profissional do pai, quer na amostra global, quer nos subgrupos (com e sem transplante), a condição de Activo é prevalente, com percentagens de (55.9%), (76.2%) e (70.8%), respectivamente. Porém, registam-se alguns casos de situação em desemprego, quer na amostra total (8.5%), quer nos subgrupos com e sem transplante (14.3%) e (8.3%), respectivamente.

#### 4.1.2. Caracterização Clínica da amostra

Relativamente aos diagnósticos hepáticos que caracterizam a amostra total, e, fundamentalmente, os subgrupos (*cf tabela 2 – anexo VII*), destaca-se a proeminência do diagnóstico Atresia das Vias Biliares Extra-hepáticas (AVBEH), tanto na amostra global (13.0%), como no grupo com transplante (28.6%). No caso do grupo sem transplante, o diagnóstico de Hepatite Auto-imune, bem como a inexistência de um diagnóstico hepático ainda definido, assumem-se como as situações clínicas mais prevalentes, ambos com uma percentagem de frequência de 16.7%.

No que concerne à existência de Fobias, denota-se que, tanto a amostra global (75.4%) como o subgrupo sem transplante (95.8%) apesentam percentagens alusivas quanto à inexistência de Fobias. A excepção é feita ao grupo com transplante, onde se regista a ocorrência de um caso de Fobia “Bizarra” (1.9%).

#### 4.2 Influência da variável transplante, nas principais variáveis Rorschach consideradas (Exploração de eventuais diferenças entre os grupos com e sem transplante) – (*c.f tabela 3 – anexo VII*)

No intuito de averiguar a existência de um efeito da variável transplante, na expressão de todas as variáveis Rorschach consideradas, após a verificação da existência de eventuais diferenças entre os dois grupos (com e sem transplante), foi aplicado o teste Kruskal-Wallis, para um intervalo de confiança de 95%. Os resultados obtidos são inequívocos, quanto à parca evidência de diferenças estatisticamente significativas, na grande generalidade de variáveis Rorschach. Ainda assim, merecedoras de realce serão as diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis Respostas Anat nos Cartões Pastel (VIII; IX e X) ( $\chi^2$  KW=4.138;  $p=.042$ ); Respostas Cor, com Dominância Formal de má qualidade (FC-) ( $\chi^2$  KW=6.527;  $p=.011$ ) e Percentagem de respostas apreendidas em Pequeno

Detalhe (Dd%) ( $\chi^2$  KW=4.621;  $\rho=.032$ ), sendo que em qualquer uma das três variáveis, o grupo de transplantados revelou supremacia.

### 4.3 Análise descritiva das variáveis Rorschach

#### 4.3.1 Médias e desvios-padrão referentes aos principais Modos de Apreensão (c.f tabela 1 – anexo VIII)

Relativamente ao valor assumido pelo G% (percentagem de Respostas apreendidas pelo Global) o valor mais expressivo é, claramente, o relativo ao grupo sem transplante (M=40.58%; DP=21.87), seguido do valor apresentado pelo grupo de transplantados (M=31.19%; DP=21.45). Todavia, a diferença registada não é estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=2.325;  $\rho=.127$ ).

A amostra total, por conseguinte, assume um valor intermédio relativamente aos assumidos pelos grupos, com uma percentagem média de 36.20% e desvio-padrão de 21.94. Neste sentido, tendo em conta os dados normativos de suporte (cf anexo IV), é inequívoco o aumento dos valores em G%, tanto em termos totais, como sub-amostrais.

No que diz respeito ao valor de D% (Percentagem de respostas apreendidas em grande detalhe), verifica-se que o grupo com transplante apresenta o maior valor (M=59.94%; DP=19.5) ainda que tal diferença não se revele estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.063;  $\rho=.802$ ). A amostra total apresenta uma percentagem média de 54.57%, com um desvio-padrão de 21.08, sendo que o menor valor apresentado em D% foi verificado no grupo sem transplante (M=52.50%; DP=22.4). De referir será que qualquer destes valores se encontra abaixo do intervalo normativo considerado (cf anexo IV).

Em sentido homólogo ao anterior, o valor de Dd% (percentagem de apreensões em pequeno detalhe) foi mais expressivo no grupo com transplante (M=6.88%; DP=7.89), sendo que esta diferença se assumiu estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.063;  $\rho=.032$ ). O valor menos expressivo coube ao grupo sem transplante, cuja média foi de 2.88%, com desvio-padrão de 5.55. Já em termos de amostra global, a média de Dd% foi de 4.74%, com desvio-padrão de 6.80. Deste modo, tendo em conta o intervalo normativo de referência, o grupo com transplante é o único que não desvirtua esses dados, sendo que o grupo sem transplante, bem como a amostra global, assumem valores de Dd% abaixo do considerado normativo (cf anexo IV).

Quanto ao valor de Db1% (percentagem de apreensões em grande detalhe com inclusão do branco- lacunas inter e intra-maculares), os três grupos apresentaram valores médios bastante semelhantes, ainda que o grupo com transplante tenha expresso o valor mais alto (M=1.75%; DP=2.61), sem que tal diferença se tivesse revelado estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.155;  $\rho=.694$ ). O grupo sem transplante, por outro lado, apresentou o valor mais baixo, com média de 1.72% e desvio-padrão de 3.14, sendo que a amostra total apresentou um valor intermédio face aos restantes, com média de 1.73% e desvio-padrão de 2.87. Importa referir que todos eles se encontram um pouco abaixo dos valores de referência (cf anexo IV).

#### 4.3.2. Médias e desvios-padrão relativos aos Determinantes Formais (c.f tabela 2 – anexo VIII)

Relativamente ao F% (percentagem de respostas apreendidas, em exclusivo, por determinante formal), que o grupo sem transplante apresenta a média superior (M=72.17%; Dp=21.15), ainda que tal elevação não se revele estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.088;  $\rho$ =.767). Com pouca diferença, relativamente à média anterior, encontra-se o valor expresso pela amostra total (M=72.02%; DP=22.58). O grupo com transplante, assume um valor intermedio, face aos restantes, com média de 71.86% e desvio-padrão de 24.64. De reter será que qualquer dos três valores se encontra ligeiramente elevado, relativamente ao padrão médio tido como referência (cf anexo IV).

No que se refere ao F+% (percentagem de respostas apreendidas segundo determinantes formais de boa qualidade), o grupo com transplante destaca-se pelo valor mais elevado (M=59.9%; Dp=20.14), ainda que não se assuma como estatisticamente significativo ( $\chi^2$  KW=1.028;  $\rho$ =.311). A mostra global assume o valor imediatamente mais baixo (M=57.92%; dP=17.28). O grupo sem transplante assume o menor valor, com média de 56.80% e desvio-padrão de 14.69. Por comparação aos valores normativos (cf anexo), é evidente o decréscimo, face aos mesmos, tanto da amostra total, como dos sub-grupos.

#### 4.3.3. Médias e desvios-padrão dos Determinantes Cinestésicos e Sensoriais Puros, ou com Forma associada (c. f tabela 3 – anexo VIII)

O número de respostas Cor não assumiu uma expressão elevada, tanto em termos de amostra total (M=.96; DP=1.891), como nos subgrupos. Ainda assim, o grupo sem transplante destaca-se como sendo aquele que terá exibido, em termos médios, uma maior número de respostas Cor (M=1.04; DP=2.33), ao passo que o grupo com transplante apresenta o menor valor (M=.86; DP=1.27). Contudo, tal diferença não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.005;  $\rho$ =.941).

O mesmo se verifica quanto às respostas por percepção do Determinante Sensorial de Esbatimento (E), uma vez que, em qualquer dos grupos e na amostra total, o valor médio se apresentou, claramente, inferior a 1, o que indica que terá sido um determinante muito pouco expresso. Como tal, as mínimas diferenças registadas entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2$  KW=1.437;  $\rho$ =.231).

No que concerne aos Determinantes Cinestésicos (K), a tendência é a mesma, relativamente ao Esbatimento, tendo em conta que, em termos médios, em qualquer dos grupos e na amostra total, a sua expressão nem atingiu a unidade (1). Para além disso, as mínimas diferenças registadas entre os grupos não se apresentaram estatisticamente significativas ( $\chi^2$  KW=.359;  $\rho$ =.549). Ainda dentro dos determinantes cinestésicos, considerando os de boa qualidade (K+), apesar da tendência à pouca expressividade se manter, uma vez que nos três casos (amostra total, grupo com transplante e grupo sem transplante), o valor é inferior a 1, o grupo com transplante é o que apresenta valor mais elevado (M=.48; DP=.68), sem que essa diferença se expresse estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.164;



$\rho=.685$ ). Por outro lado, em termos de K's de má qualidade (K-), é o grupo sem transplante que mais se destaca ( $M=.42$ ;  $DP=1.06$ ), ainda que não seja de forma estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=3.470$ ;  $\rho=.063$ ).

Ainda dentro das cinestésias, quanto ao número de Kan (cinestésias animais) registadas, o grupo sem transplante assume o maior valor ( $M=1.04$ ;  $DP=1.57$ ), seguido da amostra global ( $M=1.02$ ;  $DP=1.39$ ) e do grupo com transplante ( $M=1$ ;  $DP=1.18$ ). Todavia, a diferença assinalada quanto ao aumento no grupo sem transplante, não é estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=.372$ ;  $\rho=.572$ ). Assim, tal como nas grandes cinestésias (K), apesar das oscilações entre os grupos e a amostra total, o valor de Kan também não assume grande expressão em termos gerais, tendo em conta os valores médios bastante baixos evidenciados.

Relativamente ao número de percepções de acordo com tendências Clob, o grupo sem transplante assume um valor médio maior ( $M=.65$ ;  $DP=1.12$ ), ao passo que o grupo com transplante é o que apresenta o menor valor ( $M=.43$ ;  $DP=.74$ ), sem que tal diferença se revele detentora de significância estatística ( $\chi^2 KW=.377$ ;  $\rho=.539$ ). A amostra total, neste sentido aponta um valor intermédio ( $M=.56$ ;  $DP=.97$ ). Deste modo, tal como noutros resultados, é o grupo sem transplante que mais tendências Clob evidencia.

Quanto ao número de respostas Cor, com dominância Formal (FC), o valor mais expressivo cabe ao grupo com transplante ( $M=1.62$ ;  $DP=1.67$ ), sendo que ao grupo sem transplante coube o menor valor ( $M=1.17$ ;  $DP=1.92$ ), ao passo que a amostra global apresentou um valor intermédio ( $M=1.62$ ;  $DP=2.57$ ). Todavia, tal diferença registada entre os grupos não se revelou estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=1.276$ ;  $\rho=.259$ ).

Quanto ao número de FC+ (respostas cor com dominância formal de boa qualidade), o grupo com transplante foi preponderante ( $M=.95$ ;  $DP=1.35$ ), apresentando o maior valor, enquanto que o grupo sem transplante evidenciou a média mais baixa ( $M=.67$ ;  $DP=1.09$ ). Contudo, uma vez mais, tal diferença não se assumiu estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=.313$ ;  $\rho=.576$ ).

Em termos de FC-, terá sido, também, o grupo com transplante, com maior número de respostas cor com dominância formal de má qualidade ( $M=1.05$ ;  $DP=1.83$ ), contrapostas ao grupo sem transplante, cuja média revelou tratar-se do valor mais baixo ( $M=.17$ ;  $DP=.65$ ). Neste caso, ao contrário das respostas FC+, a diferença registada na elevação quanto ao grupo com transplante, revelou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=6.527$ ;  $\rho=.011$ ).

No âmbito das respostas Cor, com forma associada (CF), o grupo sem transplante foi o que mais se destacou ( $M=.46$ ;  $DP=.97$ ), ao contrário do grupo com transplante, que terá apresentado o menor valor ( $M=.33$ ;  $DP=.57$ ). Ainda assim, tal diferença não revelou significância estatística ( $\chi^2 KW=.005$ ;  $\rho=.941$ ).

No que toca aos determinantes sensoriais de esbatimento, com dominância formal (FE), o grupo com transplante, tal como aconteceu com as respostas Cor de dominância formal (FC), foi o que apresentou o maior valor ( $M=.48$ ;  $DP=.97$ ), sendo que ao grupo sem transplante coube a menor média ( $M=.17$ ;  $DP=.38$ ). Todavia, tal diferença registada não se revelou estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=1.276$ ;  $\rho=.259$ ).

De igual modo, no que concerne aos determinantes sensoriais de esbatimento com forma associada (EF), a mesma tendência é verificada, com o grupo de transplantados a assumir o maior valor ( $M=.05$ ;  $DP=.21$ ), apesar de estar desprovida de significância estatística ( $\chi^2 KW=.009$ ;  $\rho=.924$ ).

Em relação ao valor percentual (Fa%), que define o balanceamento entre as respostas puramente formais e todas as respostas que integram determinantes cinestésicos e sensoriais, sendo estes últimos com forma associada, o grupo sem transplante assume destaque ( $M=92.38$ ;  $DP=11.11$ ), ao passo que o grupo com transplante apresentou um valor médio inferior ( $M=91.50$ ;  $DP=9.13$ ). Ainda assim, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=1.059$ ;  $\rho=.303$ ).

Dentro do mesmo âmbito, o F+a% (percentagem que pondera a quantidade de respostas formais de boa qualidade, com os determinantes cinestésicos e sensoriais com forma associada de boa qualidade), o grupo com transplante adquire preponderância na média expressa ( $M=63.83$ ;  $DP=14.68$ ), comparativamente ao grupo sem transplante ( $M=58.08$ ;  $DP=21.52$ ), apesar dessa diferença não se assumir como estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=1.713$ ;  $\rho=.191$ ).

#### **4.3.4. Médias e desvios-padrão das variáveis alusivas aos principais Conteúdos e elementos de Dinâmica Afetiva (c.f. tabela 4 – anexo VIII)**

Em termos das respostas dadas com integração de Conteúdos Sng, o grupo com transplante ( $M=.33$ ;  $DP=.65$ ) adquire hegemonia, uma vez que o valor médio apresentado é superior, quer à amostra total ( $M=.18$ ;  $DP=.49$ ), quer ao grupo sem transplante ( $M=.04$ ;  $DP=.20$ ). Contudo, a diferença entre os sub-grupos não se assume enquanto estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=3.879$ ;  $\rho=.052$ ).

A mesma tendência é verificada quanto à expressão de Conteúdos Anat, uma vez que a média é superior no grupo com transplante ( $M=1.86$ ;  $DP=2.33$ ), comparativamente à amostra global ( $M=1.40$ ;  $DP=2.20$ ) e ao grupo sem transplante ( $M=1$ ;  $DP=2.06$ ), sendo que, uma vez mais, não há evidência de significância estatística ( $\chi^2 KW=3.531$ ;  $\rho=.060$ ).

No que concerne ao número de Banalidades registadas (Ban), o grupo com transplante assume destaque, por apresentar um valor médio superior ( $M=2.67$ ;  $DP=1.46$ ), relativamente, quer à amostra global ( $M=2.47$ ;  $DP=1.56$ ), quer ao grupo sem transplante ( $M=2.29$ ;  $DP=1.65$ ). Todavia, importa ressaltar que nos três casos, os valores apresentados se inserem num padrão inferior ao considerado normativo (cf. anexo III) e, para além disso, a diferença registada entre os sub-grupos não é estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=.993$ ;  $\rho=.319$ ).

A percentagem de Conteúdos Humanos (H%) traduz uma nítida preponderância quanto ao valor expresso pelo grupo sem transplante ( $M=15.28\%$ ;  $DP=13.34$ ), comparativamente à amostra total ( $M=13.89\%$ ;  $DP=11.50$ ) e ao grupo com transplante ( $M=12.30$ ;  $DP=9.02$ ). Contudo, tal elevação no grupo sem transplante não é estatisticamente significativa ( $\chi^2 KW=.342$ ;  $\rho=.559$ ).

Em termos de Conteúdos Animais (A%), o grupo sem transplante destaca-se, pondo em evidência um maior número de respostas dadas a este

nível (M=59.51%; DP=22.46), comparativamente à amostra total (M=58.62; DP=21.48) e ao grupo de transplantados (M=57.61%; DP=20.79). Porém, a diferença entre os sub-grupos não é estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.010;  $p$ =.918).

No que tange ao número de respostas (F-) aos Cartões Bilaterais (II; II e VII), o grupo com transplante (M=2.10; DP=1.92) destaca-se como sendo o que mais respostas evidenciou, relativamente à amostra total (M=1.96; DP=1.97) e ao grupo sem transplante (M=1.83; DP=2.05). Contudo, a diferença que se regista entre os sub-grupos não assume significância estatística ( $\chi^2$  KW=1.083;  $p$ =.298).

A mesma leitura é feita relativamente ao número de respostas F± aos Cartões Compactos (I; IV; V e VI), tendo em conta que o grupo com transplante foi o que as apresentou em maior número (M=1.05; DP=2.10), face ao grupo sem transplante (M=.92; DP=1.74) e à amostra global (M=.98; DP=1.90), ainda que tal diferença não assuma significância estatística ( $\chi^2$  KW=1.083;  $p$ =.298).

No que toca ao número de respostas F- aos Cartões Compactos, o grupo sem transplante evidencia um valor médio superior (M=1.42; DP=1.71), relativamente, quer à amostra total (M=1.40; DP=1.80) e ao grupo de transplantados (M=1.38; DP=1.93). Contudo, tal diferença também não se assume estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.000;  $p$ =.990).

Em termos de respostas de Conteúdo Humano fragmentário (Hd) aos Cartões pastel (VIII; IX e X), o grupo sem transplante destaca-se com um número maior (M=0.58; DP=1.31), relativamente ao grupo de transplantados (M=.10; DP=.31) e à amostra total (M=.36; DP=1). Contudo, uma vez mais, essa diferença não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=1.375;  $p$ =.241).

De modo semelhante, verifica-se que o mesmo tipo de respostas, mas nos Cartões Compactos (I; IV; V e VI), se evidencia superior no grupo sem transplante (M=.33; DP=.76), em comparação ao grupo de transplantados (M=.19; DP=.51) e à amostra global (M=.27; DP=.65). Não obstante, a elevação registada no grupo sem transplante, não assume significância estatística ( $\chi^2$  KW=.358;  $p$ =.550).

No que diz respeito ao número de respostas com conteúdos Anat nos Cartões Compactos, o grupo sem transplante evidencia uma pequena superioridade (M=.08; DP=.28), relativamente ao grupo de transplantados, uma vez que este último apresentou nulidade de respostas a este nível (M=0; DP=0), pese embora a ausência de significância estatística ao nível desta diferença registada ( $\chi^2$  KW=1.791;  $p$ =.181).

Por outro lado, em termos de respostas Anat aos Cartões Pastel, o grupo com transplante evidenciou superioridade (M=1.43; DP=2.13), face ao grupo sem transplante (M=.37; DP=.97), e à amostra total (M=.87; DP=1.68). A diferença registada entre os dois sub-grupos, ao contrário das restantes, revelou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=4.138;  $p$ =.042).

Em termos de Reactividade à Cor (R.C%), o grupo com transplante apresenta um valor médio mais elevado (M=37.09%; DP= 14.62), comparativamente ao grupo sem transplante (M=36.01; DP=11.02) e à amostra total (M=36.52%; DP=12.51). Ainda assim, dever-se-á registar que os três valores se encontram dentro do limiar normativo considerado (*cf*

*anexo III*). No entanto, a diferença registada entre os sub-grupos não assume significância estatística ( $\chi^2$  KW=.324;  $\rho$ =.569).

Relativamente ao Índice de Angústia (I.A%), o grupo de transplantados assume maior destaque, tendo em conta que o valor apresentado é o mais elevado (M=13.80%; DP=14.91). O grupo sem transplante, por conseguinte, apresenta um valor inferior (M=10.16; DP=11.61), tal como o apresentado, em termos médios, pela amostra global (M=11.87; DP=13.23). De referir será o facto de que apenas o grupo com transplante apresenta um valor de I.A% acima do normativo considerado (*cf anexo III*). Apesar da elevação registada no grupo com transplante, face ao grupo sem transplante, a mesma não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.770;  $\rho$ =.380).

No que se refere ao número de Recusas registadas, o grupo sem transplante assume preponderância, no sentido de ter sido o grupo onde se registou um valor médio mais elevado (M=1.50; DP=2.35). Ainda assim, esta elevação traduzia em diferença entre os grupos, não se revelou estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.030;  $\rho$ =.862).

Neste sentido as médias verificadas na amostra global e grupo com transplante circunscrevem-se num padrão inferior, de, respectivamente (M=1.33; DP=2.17) e (M=1.14; DP=1.98). A mesma tendência é registada face ao número de Equivalentes de Choque registados, tendo em conta que é, também, o grupo sem transplante, a apresentar o valor médio mais elevado (M=2.54; DP=2.26), em relação à amostra total (M=2.38; DP=2.27) e ao grupo com transplante (M=2.19; DP=2.33). Todavia, tal diferença também não revelou significância estatística ( $\chi^2$  KW=.250;  $\rho$ =.617).

#### **4.3.5. Médias e desvios-padrão das variáveis relativas à Produtividade (Número de Respostas) e Tempo de Latência (*cf tabela 5 – anexo VIII*)**

A produtividade, traduzida em Número de Respostas (R) apresentou supremacia no grupo com transplante (M=19.48; DP=9.65), comparativamente às médias registadas na amostra total (M=17.62; DP=10.41) e no grupo sem transplante (M=16; DP=10.97). Porém, os três valores registados situam-se num limiar um pouco abaixo do estabelecido como valor normativo (*cf anexo IV*). Para além disso, a diferença regista ao nível dos sub-grupos não se revelou estatisticamente significativa ( $\chi^2$  KW=.2.365;  $\rho$ =.124).

Quanto ao Tempo de Latência médio (em segundos) o mesmo parece ter sido mais alargado no grupo sem transplante (M=16.39''; DP=14.46), face à média temporal registada no grupo de transplantados (M=15.63''; DP=12.14) e na amostra global (M=16.03''; DP=13.25). Contudo a diferença registada não revelou significância estatística ( $\chi^2$  KW=.102;  $\rho$ =.750).

#### **4.3.6. Frequências e percentagens das variáveis Rorschach de índole eminentemente qualitativa (*cf tabela 6 – anexo VIII*)**

No que toca à variável TRI (Tipo de Ressonância Íntima), percebe-se a supremacia do tipo Extroversivo Puro, não só em termos de amostra

global (30.5%), mas, também, nos 2 subgrupos, com transplante (42.9%) e sem transplante (37.5%). O segundo tipo mais expressivo na amostra global corresponde ao Extroversivo Misto (15.3%), sendo essa a mesma tendência no grupo com transplante (28.6%). Quanto ao grupo sem transplante, o segundo tipo mais prevalente é o Coarctado (16.7%). O tipo menos prevalente nos três casos corresponde ao tipo Introversivo Misto.

No que concerne à Fórmula Complementar (F.C), existe a mesma tendência entre a amostra total (35.6%) e o grupo com transplante (52.4%) quanto à expressão mais prevalente do tipo Introversivo, ao passo que o grupo sem transplante evidencia maior percentagem ao nível do tipo Coarctado (50%). O tipo menos expresso na amostra global é o Extroversivo (3.4%), seguido do Ambigüal (5.1%), sendo exactamente essa tendência registada ao nível do grupo de transplantados. No grupo sem transplante, verifica-se que o tipo Extroversivo e o Ambigüal são os menos prevalentes, com igual percentagem de representação (4.2%).

Relativamente à ponderação estabelecida entre as respostas Cor com Dominância Formal e a soma das respostas Cor pura, com as que se encontram associadas à forma (FC:C+CF), na amostra global prevalece a nulidade de ambos os pólos (0FC: 0C+0CF), com uma percentagem de frequência de 25.4%. Ainda assim, a amostra total inclui um padrão de frequência equivalente (23.7%) em termos da Dominância do Pólo Sensorial (FC < C + CF), e da Dominância Formal da Cor (FC > C+ CF). No grupo com transplante as ponderações mais prevalentes são as de Dominância Formal da Cor (FC > C+ CF) e Dominância do Pólo Sensorial (FC < C+ CF), ambas com 33.3% de frequência. Já no grupo sem transplante, tal como na amostra global, a ponderação mais frequente é a relativa à Nulidade dos Pólos (inexistência de respostas Cor com dominância formal e ausência de respostas cor pura, ou com forma associada), com percentagem de 37.5%.

Em termos da presença de respostas K à Prancha II, é inequívoca a supremacia assumida pela resposta “Não”, tanto na amostra total (66.1%), como no grupo com transplante (90.5%) e sem transplante (83.3%). A mesma tendência é verificada quanto ao registo de respostas com Conteúdos H à prancha II, tendo a prevalência da resposta “Não”, tanto na amostra total (64.4%), como no grupo de transplantados (85.7%) e sem transplante (83.3%).

Relativamente à existência de respostas de Conteúdo H à prancha III, a amostra global (47.5%) e o grupo com transplante (52.4%) detêm uma maior percentagem alusiva à ausência de tais respostas, ao contrário do grupo sem transplante, onde 70.8% dos sujeitos terá indicado respostas H.

No que diz respeito ao registo de determinantes cinestésicos (K) na prancha III, quer na amostra global (66.1%) quer no grupo com transplante (90.5%) e sem transplante (83.3%), a tendência geral verificada circunscreve-se na resposta “Não”.

Quanto à presença de H's na prancha VII, o padrão é comum tanto na amostra global (64.4%), como no grupo com transplante (85.7%) e sem transplante (83.3%), em termos da ausência de respostas com integração deste tipo de Conteúdos. Por outro lado, no que se refere ao registo de K's na prancha VII, apesar da amostra global (71.2%) e o grupo com transplante (95.2%) terem expresso, de forma maioritária a ausência de determinantes

cinestésicos, no grupo sem transplante 91.7% dos sujeitos integrou este tipo de determinantes nas respostas a esta prancha.

#### **4.4. Frequências e percentagens relativas aos níveis estabelecidos para as Dimensões construídas**

##### **4.4.1 Dimensão da Actividade Intelectual (c.f tabela 7 – anexo VIII)**

Em termos de amostra global, os dois níveis mais frequentes dizem respeito à Actividade Intelectual com Constrangimentos - “Pensamento Lacónico na Inserção ao Real” (27.1%) e “Pensamento Concreto e Factual, com falhas na Inserção ao Real” (25.4%), ainda que o “Pensamento Concreto e Factual” (11.9%), bem como o “Pensamento Lacónico na Formalização e Inserção ao Real”(10.2%) se tenham feito notar. No grupo com transplante, o mais frequente foi o “Pensamento Lacónico na Inserção ao real” (38.1%), seguido do “Pensamento Concreto e Factual, com falhas na inserção ao real” (33.3%) e “Pensamento Concreto e Factual” (14.3%). Os níveis menos prevalentes neste grupo, foram, respectivamente, o “Pensamento fragilizado na formalização” (4.8%) e “Pensamento Lacónico na Formalização e Inserção ao real” (9.5%).

Por outro lado, no grupo sem transplante, verificou-se um equilíbrio equitativo entre os níveis “Pensamento Lacónico na Inserção ao Real” (33.3%) e “Pensamento Concreto e Factual com falhas na inserção ao real” (33.3%), do mesmo modo que os restantes “Pensamento Concreto e Factual” e “Pensamento Lacónico na Formalização e inserção ao Real” se distribuíram de forma equitativa em torno de 16.7% dos sujeitos. O nível menos prevalente, sem qualquer sujeito categorizado a esse nível foi o “Pensamento Fragilizado na Formalização”.

##### **4.4.2. Dinâmica Afectiva (c.f tabela 8 – anexo VIII)**

Quanto à análise de frequências e valores percentuais alusivos aos níveis de Dinâmica Afectiva, verifica-se a clara prevalência do nível “Domínio da Rigidez e Inibição, c/ derrapagem perceptiva”, tanto na amostra global (23.7%), como no grupo com transplante (28.6%) e sem transplante (33.3%). Quanto ao nível imediatamente mais frequente, há congruência entre a amostra total (11.9%) e o grupo com transplante (23.8%), quanto ao nível “Domínio da Labilidade, c/ Angústia de Fragmentação”. Em contraponto, o grupo sem transplante, quanto ao nível imediatamente mais frequente, existe distribuição equitativa entre os níveis “Domínio da Rigidez e Inibição” e “Domínio dos Processos Primários/Angústia de fragmentação”, ambos com 16.7% de sujeitos categorizados. Quanto ao terceiro valor mais frequente na amostra global, o mesmo está subjacente, de forma equivalente, a três níveis “Domínio da Labilidade”, “Domínio da Rigidez e Inibição” e “Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação”, com 8.5% dos sujeitos categorizados em cada um dos casos.

Quanto ao grupo com transplante, o terceiro valor mais frequente diz respeito ao “Domínio da Labilidade”, com 19% dos sujeitos, seguido do “Domínio da Rigidez, c/ derrapagem perceptiva e Angústia de

Fragmentação”, com 14.3% dos sujeitos categorizados a esse nível. No grupo sem transplante, o terceiro nível mais frequente coincide com o 4º mais frequente do grupo com transplante (“Domínio da Rigidez, c/ derrapagem perceptiva e Angústia de Fragmentação”), com 12.5% dos sujeitos.

Quanto aos níveis menos prevalentes, na mostra global terá sido o “Domínio da Rigidez e Inibição, c/ Angústia de Fragmentação” e “Domínio dos Processos Primários/Angústia de fragmentação (Planura Simbólica)”, ambos com 1.7% dos sujeitos, sendo este último nível o menos prevalente, também no grupo com transplante (0%). Já no grupo sem transplante, o “Domínio da Labilidade” e “Domínio da rigidez e Inibição, c/ Angústia de Fragmentação” não registaram quaisquer casos.

#### 4.5 Influência das variáveis sócio-demográficas

A este ponto da análise, e tendo sido verificadas inexistências de diferenças entre os grupos (com e sem transplante), no que concerne às variáveis nível de escolaridade, habilitações literárias da mãe, habilitações literárias do pai, situação profissional da mãe, situação profissional do pai e frequência em ensino especial, as verificações das eventuais influências de cada umas variáveis sócio-demográficas nas variáveis mais preponderantes do Rorschach, foi feita em termos de amostra global.

##### 4.5.1 Influência da variável género

Com o objectivo de explorar as eventuais diferenças existentes, quanto ao sexo do doente, nalgumas das variáveis mais preponderantes, referentes, sobretudo, aos principais Modos de Apreensão (G% e D%), aos Determinantes Formais (F% e F+%), aos Conteúdos (A%, H%, Ban, Sng e Anat), Recusas, Eq.Choque e respostas Hd e Anat nos cartões compactos e pastel, foi posto em prática o teste de Mann-Whitney, para um intervalo de confiança de 95%. Todavia, a análise testemunhou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino em todas as variáveis consideradas (*cf tabela 1 – anexo IX*)

##### 4.5.2. Influência da faixa etária

Na averiguação da potencial influência dos intervalos etários considerados (da criança ou adolescente) na expressão das principais variáveis Rorschach, os resultados do teste Kruskal-Wallis indicam evidências que apontam no sentido da ausência de diferenças estatisticamente significativas (*cf tabela 2- anexo IX*), à excepção das variáveis “Tempo de Latência” (T.L), ( $\chi^2$  KW=7.277;  $p=.026$ ), e número de “Banalidades” (Ban) ( $\chi^2$  KW=6.729;  $p=.035$ ), cujos níveis de significância atestam a existência de tais diferenças, no que toca ao efeito da variável idade na expressão de ambas as variáveis citadas, nas faixas etárias pré-adolescente (12 e 13 anos) e adolescente (14 a 18 anos). Assim, as crianças parecem ser as que emitem menos respostas Banais (M=1.67; DP=1.39), sendo, também, as que apresentam um tempo de latência menor (M=10.60; DP=12.12). Os adolescentes são o grupo com maior elevação no tempo de latência (M=19.81; DP=15.27), comparativamente ao grupo de pré-

adolescentes (M=15.69; DP=6.3). Já no que concerne ao total de respostas Banais evidenciadas, os pré-adolescentes são quem mais quantidade evidencia (M=3.11; DP=1.53).

#### 4.5.3 Influência da variável Nível Escolar

Com o objectivo de aferir a eventual influência exercida pela variável Nível Escolar, no âmbito das principais variáveis Rorschach, supra enunciadas, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. Contudo, o mesmo revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, (*cf. tabela 3- anexo IX*) em grande parte as variáveis consideradas, tendo em conta a sua distribuição nos níveis da variável Nível Escolar. Excepção feita às variáveis Tempo de Latência e Número de Banalidades, cujos níveis de significância permitem inferir a existência de um efeito da variável Nível Escolar nas suas expressões [**Ban** ( $\chi^2$  KW=8.660;  $\rho$ =.034); **T.L** ( $\chi^2$  KW=11.687;  $\rho$ =.009)], restrito aos níveis de Ensino Secundário e 2º Ciclo. Concretamente, o Tempo de Latência é mais elevado no Ensino Secundário (M=26.65; Md=26; IQR<sup>26</sup>=19.6), ao passo que o Número de respostas Banais é mais elevado no nível escolar do 2º Ciclo (M=4; DP=1.16; Md=5).

#### 4.5.4 Influência da variável Frequência em Ensino Especial

De modo a averiguar a existência de potenciais influências que a frequência em Ensino Especial pôde desencadear na expressão das várias variáveis Rorschach, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis, também para um intervalo de confiança de 95%. Todavia, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas (*cf tabela 4 -Anexo IX*), ao nível da expressão das variáveis consideradas, em função dos níveis “Sim” e “Não” da variável Frequência em Ensino Especial.

#### 4.5.5 Influência da Situação Profissional da mãe

A aplicação do teste de Mann-Whitney, na averiguação do efeito da situação profissional da mãe, na expressão das principais variáveis Rorschach revelou diferenças estatisticamente significativas a este nível (*cf tabela 5 -Anexo IX*), ao nível das variáveis Conteúdos Anat (U=86.5;  $\rho$ =.002); I.A% (U=100.0;  $\rho$ =.019) e Anat Cartões Pastel (U=118.0;  $\rho$ =.020).

Em análises posteriores, foi verificado que quase todas as variáveis assumem maior expressão na Situação “Activo” [**Anat** (M=1.82; Md=1; IQR=4); **I.A %** (M=144.19%; Md=17.32; IQR=22.3); **Anat Cartões Pastel** (M=1.04; Md=.0; IQR= 2)].

#### 4.5.6 Influências da Situação profissional do pai

O procedimento aplicado em relação à variável “Situação profissional da mãe”, foi aplicado no caso paterno, sendo que, neste caso não foram verificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas (*cf tabela 6 – anexo IX*).

---

<sup>26</sup> Amplitude Inter-Quartil.



#### 4.6 Influência do diagnóstico nas principais variáveis Rorschach

Com o objectivo de averiguar a existência do eventual efeito das várias categorias de diagnóstico, na expressão de algumas das principais variáveis Rorschach, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, para um intervalo de confiança de 95%. Todavia, para as variáveis consideradas, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a sua distribuição nos níveis da variável “Diagnóstico”, tal como ilustram os níveis de significância apurados na aplicação do teste referido (*cf. tabela 7 – anexo IX*).

#### 4.7 Análise dos dados através do método Análise de Correspondências Múltiplas

Pretende-se nesta fase, e com o recurso aos métodos da ACM, demonstrar que os instrumentos aqui propostos como explicação e classificação dos sujeitos objecto deste estudo, são admissíveis como explicações efectivas, para os dados presentes na amostra, não sendo meras construções arbitrárias.

Para isso, avaliou-se da proximidade dos resultados obtidos pelos instrumentos aqui desenvolvidos, em relação ao conjunto de instrumentos sintéticos e abstractos – as denominadas dimensões - que, por construção algébrica, maximizam o grau de explicação de variância que é possível obter nesta amostra. Esta proximidade é medida por uma grandeza numérica, o “discriminante”, que funciona como termo de comparação entre o sintético e proposto para avaliar da eventual admissibilidade. Quanto maior o discriminante, maior a semelhança entre ambos e maior a “capacidade explicativa” do instrumento proposto.

##### 4.7.1 Actividade Intelectual

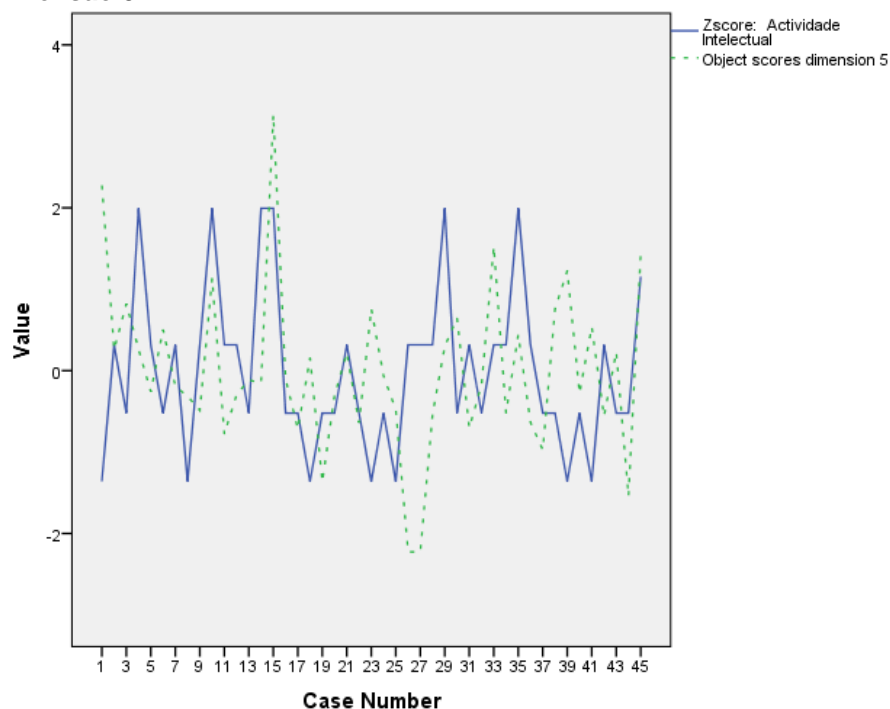
Pela análise da tabela 1 (*cf anexo X*) percebe-se que a conjugação de variáveis aqui integrada apresenta uma boa estrutura de conjunto, em todas as dimensões incluídas. Ainda assim, tomando como base os valores de discriminância associados a todas as variáveis que integram a Actividade Intelectual, bem como à percentagem de variância associada a cada uma das 5 dimensões, percebe-se que é a Dimensão 1 que maior percentagem de variância apresenta (65.62%). Neste sentido, de acordo com esta análise preliminar, poder-se-á concluir que para a explicação do modelo subjacente à configuração total da Actividade Intelectual, a dimensão 1 será a mais discriminante.

Todavia, importa particularizar que é na dimensão 5 que o valor de discriminância associada à Actividade Intelectual, enquanto variável passiva<sup>27</sup>, se assume mais elevado (.280).

---

<sup>27</sup> De acordo com Carvalho (2004), a determinação do estatuto das variáveis a usar como *input* é feita, estritamente, de acordo com critérios de natureza teórico-substantiva. Neste sentido, a Actividade Intelectual, nos vários níveis estabelecidos, constituída, ela própria, enquanto atributo de cada um dos sujeitos amostrais, foi considerada na análise, enquanto variável passiva, de forma a averiguar a sua

**Gráfico 1. Correspondência Actividade Intelectual versus Dimensão 5**



Por essa razão, é com esta dimensão que haverá uma maior proximidade ao modelo, e consequentemente, uma melhor correspondência para a Dimensão Actividade Intelectual (*cf gráfico 1*). Em reforço, o Alfa de Cronbach (.786) (*cf tabela 2- anexo X*), no caso da dimensão 5, dita a existência de um bom ajustamento entre a combinação das variáveis (R, F%, F+%, K, G% e D%) nessa dimensão e a Dimensão global que as integra (Actividade Intelectual).

Deste modo, a dimensão 5, continuando a ter um grau de explicação de variância elevado (48.3%), ainda que não seja a dimensão que detém maior percentagem de variância explicada, é a que mais próxima se encontra do modelo subjacente ao incluído no instrumento em análise.

Após a normalização dos valores amostrais, o gráfico 1 representa, a pontilhado os valores (*object scores*) que seriam obtidos para os sujeitos da amostra, hipoteticamente classificados pelos parâmetros inerentes à dimensão 5, sendo a linha a cheio respeitante às classificações efectivamente obtidas para a Actividade Intelectual. Embora longe de apresentarem total similitude, não deixa de haver bastantes semelhanças entre o andamento das duas linhas, com bastantes pontos em que as subidas e descidas tendem a acompanhar-se.

---

relação com todas as variáveis activas que estruturam o espaço total da Dimensão Actividade Intelectual.

Assim, e em face ao exposto, não é de rejeitar a admissibilidade da “Actividade Intelectual” como dimensão explicativa consistente, com as melhores dimensões obtidas pela ACM.

#### 4.7.2. Dinâmica Afectiva

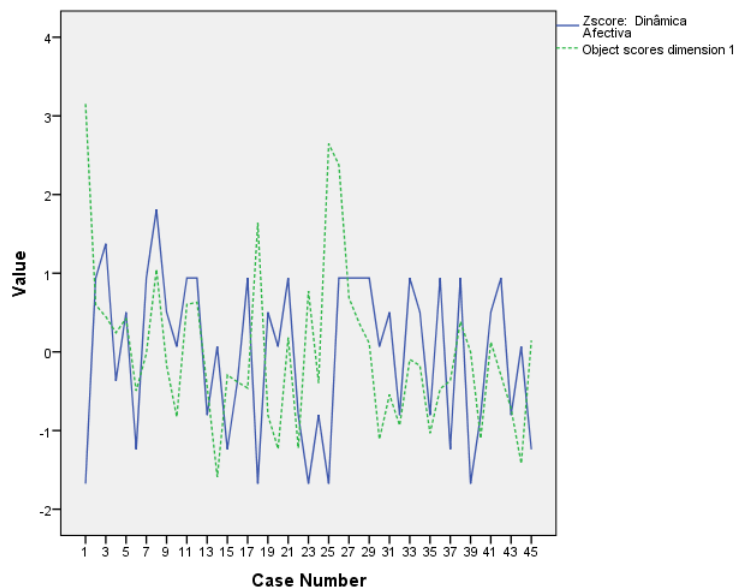
Por análise da tabela 3 (*cf anexo X*) percebe-se que a conjugação de variáveis que configura a dimensão Dinâmica Afectiva adquire uma boa estrutura de conjunto, em todas as dimensões incluídas. Contudo, tendo em atenção os valores de discriminância associados a todas as variáveis que a integram, bem como à percentagem de variância associada a cada uma das 5 dimensões, retenha-se que é a Dimensão 1 que maior percentagem de variância apresenta (53.38%). Neste sentido, tomando como sustento a análise dos valores de discriminância e das percentagens de variância, poder-se-á concluir que para a explicação do modelo subjacente à configuração total da Dimensão Dinâmica Afectiva, a dimensão 1 será a mais discriminante.

Em reforço a este resultado, o valor de discriminância associado à Dinâmica Afectiva, enquanto variável passiva, assume-se mais elevado, de igual modo, na dimensão 1 (.650), o que traduz uma maior proximidade ao modelo proposto, entre a dimensão sintáctica 1 e a conjuntura de variáveis que compõem a Dinâmica Afectiva (*cf gráfico 2*). Em convergência, o Alfa de Cronbach (.913) (*cf tabela 4- anexo VIII*), no caso da dimensão 1, dita a existência de um bom ajustamento entre a combinação das variáveis (R, TRI, K, F%, F+%, Recusas, I.A%, H%, R.C%. F.C e T.L) nessa dimensão e a Dimensão global que as integra (Dinâmica Afectiva).

De acordo com o exposto, a dimensão 1, é a que apresenta maior percentagem de variância explicada, para além de ter, para a Dinâmica Afectiva, o discriminante mais elevado entre as 5 dimensões apresentadas.

O gráfico 2 representa, na linha pontilhada, os valores (*object scores*) que seriam obtidos para os sujeitos da amostra, centrados numa linha de média nula e, hipoteticamente classificados, pelos parâmetros inerentes à dimensão 1, sendo a linha a cheio a respeitante às classificações efectivamente obtidas para a Dinâmica Afectiva.

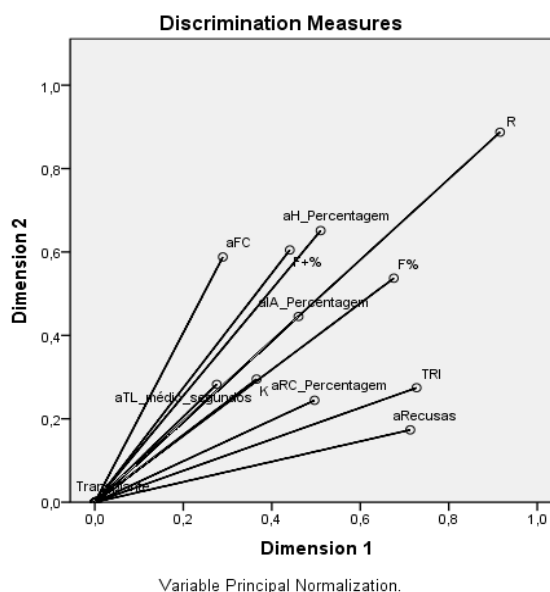
#### Gráfico 2. Correspondência Dimensão Dinâmica Afectiva versus Dimensão 1



A tabela 5 (c.f. anexo X) e o gráfico 3 ilustram conjuntura global das variáveis que integram a Dinâmica Afectiva, na presença da variável transplante. Pela análise dos valores de discriminância que se encontram associados às variáveis, percebe-se uma boa estrutura de conjunto com todos os itens a contribuírem de forma não negligenciável para a Dinâmica Afectiva. Não obstante existirem variáveis, cujos discriminantes se encontram claramente mais elevados numa dimensão do que noutra (eixos vertical e horizontal), são observáveis valores tendencialmente acima de 0.2, em ambas as dimensões (à excepção da variável Recusas, cujo discriminante é 0.174 na dimensão 2). Por conseguinte, existe alguma margem para que considere que as variações registadas nas variáveis tendem a ser acompanhadas por ambas as dimensões, ainda que as variáveis como o TRI, F%, K, Recusas, R.C%. I.A% e R, por apresentarem discriminantes mais elevados na dimensão 1, pareçam estar a exercer mais influência nesta última, comparativamente à dimensão vertical.

Contrariamente a todas as variáveis consideradas, a variável Transplante assume valores de discriminância praticamente negligenciáveis em ambas as dimensões (.005, dimensão 1) e (.004, dimensão 2), pelo que as variações registadas na estrutura de conjunto da Dinâmica Afectiva parecem não ser tributárias da ocorrência de transplante.

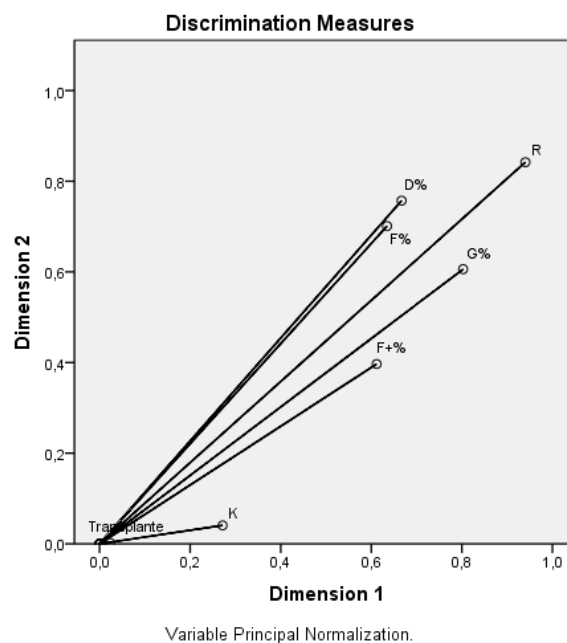
**Gráfico 3. Conjuntura das várias variáveis que integram a Dimensão Dinâmica Afectiva – Com a inclusão da variável Transplante**



A tabela 6 (*c.f. anexo X*) e o gráfico 4 ilustram conjuntura global das variáveis que integram a Actividade Intelectual, na presença da variável transplante. Pela análise dos valores de discriminância que se encontram associados às variáveis, percebe-se uma boa estrutura de conjunto com todos os ítems a contribuírem de forma não negligenciável para a Actividade Intelectual. Apesar de existirem variáveis, cujos discriminantes, se encontram claramente mais elevados numa dimensão do que noutra (eixos vertical e horizontal), são observáveis valores tendencialmente acima de 0.2, em ambas as dimensões (à exceção da variável K, cujo discriminante é 0.041 na dimensão 2). Por conseguinte, existe alguma margem para que considere que as variações registadas nas variáveis tendem a ser acompanhadas por ambas as dimensões, pelo que, de forma global, poder-se-á apontar que a articulação de conjunto das várias variáveis, contribui, de facto, para a explicação das variabilidades verificadas ao nível da dimensão Actividade Intelectual. Todavia, a variável K (determinantes cinestésicos) pode ser apontada como a que menos variância explica na globalidade da dimensão.

Contrariamente a todas as variáveis consideradas, a variável Transplante assume valores de discriminância praticamente negligenciáveis em ambas as dimensões (.023, dimensão 1) e (.002, dimensão 2), pelo que as variações registadas na estrutura de conjunto da Actividade Intelectual parecem não sofrer grandes alterações, a propósito da ocorrência de transplante.

#### **Gráfico 4. Conjuntura das várias variáveis que integram a Dimensão Actividade Intelectual – Com a inclusão da variável Transplante**



#### 4.8 Síntese dos principais resultados

---

##### Principais resultados

---

##### **- Influência da variável Transplante – (Distinções entre os grupos, na expressão das principais variáveis Rorschach):**

-A percentagem de pequenos Detalhes (Dd%), a quantidade de respostas Cor com Dominância Formal de má qualidade (FC-) e a quantidade de Respostas ANAT aos cartões Pastel (VIII; IX e X) revelou-se mais acentuada no grupo com transplante (com diferenças estatisticamente significativas).

##### **Influência da variável Diagnóstico**

-Não foram registadas diferenças nas distribuições das variáveis Rorschach, consoantes as várias categorias inerente ao Diagnóstico, pelo que a sua expressão se revelou independente deste último.

---

##### **Variáveis Rorschach em desvio, face ao normativo, em termos amostrais globais e nos subgrupos**

---

- G% em elevação em ambos os subgrupos e amostra total;
- D% abaixo do normativo em ambos os subgrupos e na amostra total;
- BAn abaixo do normativo em ambos os subgrupos e na amostra total;
- F+% bastante abaixo do normativo, em ambos subgrupos e amostra total;
- F% acima do normativo na amostra total e em ambos subgrupos;
- A% em elevação na amostra total e nos subgrupos;
- T.L ligeiramente elevado na amostra total e subgrupos;
- R um pouco abaixo do normativo, na amostra total e nos subgrupos;
- I.A% em elevação, apenas no grupo com transplante

---

##### **Influência das Variáveis Sócio-demográficas, nas restantes variáveis Rorschach**

---

##### **Género**

-Não foram registadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas, entre o género feminino e masculino, no que diz respeito às variáveis Rorschach, pelo que a expressão de tais variáveis revelou ser independente do doente ser do género

---

---

feminino ou masculino.

---

#### **Faixa etária do doente**

**Significâncias estatísticas registadas na distribuição das variáveis Ban e T.L, segundo as categorias etárias existentes (crianças até aos 11 anos; pré-adolescentes, entre os 12 e os 13 anos e adolescentes, dos 14 aos 18 anos).**

-As crianças da amostra são as que emitem menos respostas Banais (M=1.67; DP=1.39), sendo, também, as que apresentam um tempo de latência menor (M=10.60; DP=12.12).

-No Total de respostas Banais, os pré-adolescentes são quem mais quantidade evidencia (M=3.11; DP=1.53).

- Os adolescentes são o grupo com maior elevação no Tempo de Latência (M=19.81; DP=15.27).

---

#### **Nível Escolar**

**Significâncias estatísticas registadas na distribuição das variáveis Ban e T.L, segundo os níveis escolares existentes (1º, 2º e 3º Ciclos, e Ensino Secundário)**

- O Tempo de Latência apresenta-se mais elevado no nível escolar Ensino Secundário (M=26.65; Md=26; IQR<sup>28</sup> =19.6).

-O Número de respostas Banais é mais elevado no nível escolar do 2º Ciclo (M=4; DP=1.16; Md=5).

---

#### **Frequência em Ensino Especial**

-Não foram registadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à eventual influência exercida pela Frequência em Ensino especial, na expressão das variáveis Rorschach. Deste modo, as mesmas revelaram manifestar-se de forma independente dessa variável

---

#### **Situação Profissional da Mãe**

**Significâncias estatísticas registadas na distribuição das variáveis Anat; Anat Cartões Pastel; I.A% e A%, segundo as categorias da variável Situação profissional da mãe**

-As variáveis **Anat** (M=1.82; Md=1; IQR=4); **I.A%** (M=144.19%; Md=17.32; IQR=22.3); **Anat Cartões Pastel** (M=1.04; Md=.0; IQR= 2)], apresentam maior expressão na condição “Activo”.

---

#### **Situação Profissional do Pai**

-Não foram registadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à eventual influência exercida pela Situação Profissional do Pai (Activo vs Desempregado), na expressão das variáveis Rorschach. Deste modo, as mesmas revelaram manifestar-se de forma independente dessa variável.

---

**Percentagens de frequência dos níveis estabelecidos na Dimensão Actividade Intelectual** (tendo em conta a admissibilidade da construção subjacente, ditada pelo método ACM)

---

- O nível mais prevalente, tanto na na amostra total (27.1%), como nos subgrupos, com transplante (38.1%) e sem transplante (33.3%) foi o da “**Actividade Intelectual com Constrangimentos – Pensamento Lacónico na Inserção ao Real**”.

- Em ambos os grupos com e sem transplante, o segundo nível com expressão mais elevada foi o da “**Actividade Intelectual com Constrangimentos – Pensamento Concreto e Factual, c/ falhas na Inserção ao Real**”.

-O nível “**Pensamento Concreto e Factual**” foi o terceiro com maior expressão, tanto na amostra global (11.9%), como nos subgrupos (com transplante – 14.3%) e (sem transplante - 16.7%). Contudo, neste grupo, este nível mostrou expressão equitativa com o nível “**Actividade Intelectual com Constrangimentos –**

---

<sup>28</sup> Amplitude Inter-Quartil.

---

**Pensamento Lacónico na Formalização e Inserção ao Real” (16.7%).**

-O nível “**Actividade Intelectual com Constrangimentos – Pensamento Fragilizado na Formalização**” foi o menos expressivo, registando apenas 4.8% no grupo com transplante.

---

**Percentagens de frequência dos níveis estabelecidos na Dimensão Dinâmica Afectiva** (tendo em conta a admissibilidade da construção subjacente, ditada pelo método ACM)

- O nível mais prevalente, tanto na amostra global (23.7%), com no grupo com transplante (28.6%) e sem transplante (33.3%) foi o da “**Dinâmica Afectiva com Constrições Afectivas e Fantasmáticas – Domínio da Rigidez e Inibição, c/ Derrapagem Perceptiva**”.

-O segundo nível mais expressivo, tanto na amostra global (11.9%), como no grupo com transplante (23.8%), foi o da “**Dinâmica Afectiva com Constrições Afectivas e Fantasmáticas – Domínio da Labilidade/Angústia de Fragmentação**”.

-O segundo nível mais prevalente no grupo sem transplante (16.7%) foi o “**Dinâmica Afectiva com Constrições Afectivas e Fantasmáticas – Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação**”.

-Os níveis com prevalências sucessivamente mais baixas foram “**Domínio da Labilidade**”, no grupo com transplante (19%); e “**Domínio da Rigidez e Inibição, c/ Derrapagem perceptiva e Angústia de Fragmentação**”, com 10.2% na amostra global, 14.3% no grupo com transplante e 12.5% no grupo sem transplante.

-Os restantes níveis “**Domínio dos Processos Primários, (C/ Planura Simbólica)**”, “**Domínio da Rigidez e Inibição**”, “**Domínio da Rigidez e Angústia de Fragmentação**” e “**Domínio dos Processos Primários/ Angústia de Fragmentação (C/ Planura Simbólica)**”, assumiram as expressões mais reduzidas, quer na amostra global, quer nos sub-grupos.

---

**Influência da variável transplante na expressão das Dimensões Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva**

-A Análise de Correspondências Múltiplas evidenciou valores quase que negligenciáveis, quanto à discriminância assumida pela variável transplante, na expressão da conjuntura global das dimensões Actividade intelectual e Dinâmica Afectiva.

---

**Frequências e percentagens das variáveis Rorschach de índole eminentemente qualitativa**
**TRI**

-O Tipo de Ressonância Íntima (TRI) mais prevalente, tanto na amostra total, com<o em ambos os sub-grupos é o Extroversivo Puro.

---

**F.C (Fórmula Complementar)**

- Na amostra total e grupo com transplante prevalece o padrão Introversivo (35.6% e 52.4%), respectivamente.

-O grupo sem transplante apresenta, como mais prevalente, o tipo Coarctado (50%).

---

**Respostas H à prancha II**

-A ausência de conteúdos Humanos à prancha II foi unânime, tanto na amostra global (64.4%), como nos grupos com (85.7%) e sem transplante (83.3%).

---

**Respostas K à prancha II**

-A ausência de determinantes Cinestésicos à prancha II foi prevalente, tanto na amostra global (66.1%), como nos grupos com (90.5%) e sem transplante (83.3%).

---

**Respostas H à prancha III**

-A amostra global (52.5%) e o Grupo sem transplante (70.8%) evidenciaram, maioritariamente respostas de Conteúdo Humano à prancha III.

- A ausência de respostas H a esta prancha foi preponderante no caso do grupo com transplante (52.34%).

---



---

**Respostas K à prancha III**

-A ausência de determinantes Cinestésicos à prancha III foi transversal- amostra global (66.1%), grupo com transplante (90.5%) e grupo sem transplante (83.3%).

---

**Respostas H à prancha VII**

- A ausência de respostas H verificou-se, de forma maioritária, tanto na amostra total (64.4%), como nos sub-grupos, com transplante (85.7%) e sem transplante (83.3%).

---

**Respostas K à prancha VII**

-A amostra total (71.2%) e o grupo com transplante (95.2%) foram maioritários quanto à ausência de evocação de determinantes cinestésicos na prancha VII.

-O grupo sem transplante foi preponderante quanto à expressão de determinantes cinestésicos (91.7%).

---

## V - Discussão

Com base em todos os resultados obtidos, há evidência estatística que permite concluir que as crianças e adolescentes integrantes da amostra em estudo, submetidos a transplante hepático, e que estejam a viver um processo de doença hepática crónica, apresentam fragilidades emocionais, afectivas e intelectuais, tal como apontam grande parte dos estudos da literatura revista (Sorensen et al., 2014; Sorensen et al., 2011; Kaller, Langguth, Petermann, Ganschow, Nashan & Schulz, 2013; Kaller et al., 2010; Gilmour et al., 2009; Gritti et al., 2006; Gritti et al., 2001; Fukunishi et al., 2003).

Faseando o processo de análise dos resultados, e, restringindo, por ora, a análise à distinção entre os grupos, com e sem transplante, vale enfatizar que não foram registadas diferenças substancialmente assinaláveis, do ponto de vista estatístico, quanto à expressão de muitas das variáveis Rorschach. Ainda assim, são de destacar as diferenças estatisticamente significativas registadas no aumento das respostas Anat aos Cartões Pastel (VIII, IX e X), no aumento da percentagem de Apreensões em Pequeno Detalhe (Dd%) e na elevação registada ao nível das respostas Cor com Dominância Formal de má qualidade (FC-), todas com expressão, um pouco mais evidente, no grupo com transplante.

Relativamente ao aumento das Respostas Anat aos Cartões Pastel, no grupo com transplante, partindo da premissa defendida por Chabert (1998), de que os modos de reacção a estes cartões detêm um potencial diagnóstico inquestionável, uma vez que se particularizam no facto de suscitarem o aparecimento de respostas alusivas aos interiores do corpo, e, em especial, o caso do cartão X, que põe à prova as capacidades de unificação do sujeito, é viável admitir que esta elevação registada neste padrão de respostas, põe a descoberto a fragilidade da imagem do corpo, dando a entender a existência de uma espécie de transparência corporal, onde parecem não existir limites bem sedimentados entre o dentro e o fora. A este respeito convém que não se perca de vista o facto de que o transplante, pese embora proporcione a melhoria tendencial das condições de saúde do doente, não deixa de se impôr como uma espécie de ameaça ao seu próprio narcisismo, por via da perda de uma parte de si, e da aceitação de algo que lhe é estranho, num primeiro momento. Este processo de aceitação psíquica e metabolização emocional do novo órgão, ao estar na dependência

de uma configuração psíquica, formatada em função de um padrão de experiências anteriores, sendo elas ricas e enriquecedoras, ou, por outro lado, com potencial traumático, far-se-á acompanhar de uma amplitude de sequelas também bastante divergentes. Por conseguinte, a elevação registada ao nível das respostas Anat aos Cartões Pastel, ao permitir antever a existência de níveis consideráveis de angústia corporal, viabiliza a inferência relativa a uma certa fragilidade na mobilização de recursos capazes de elaborar o estado de perda e, sobretudo, a integração do novo órgão no esquema corporal. Para além disso, a maior ou menor dificuldade, a este nível, que está aqui subjacente, não deixará de estar em estreita dependência da qualidade do suporte relacional e familiar que envolve a criança ou adolescente transplantado, como, de resto, tem sido apontado por uma grande amplitude de estudos (Domínguez-Cabello, et al., 2010; Pérez-San-Gregorio et al., 2008; Shemesh et al., 2005; Castro & Piccinini, 2002; Engle, 2001; Gritt et al., 2001).) Por estas razões, parece indiscutível que serão, sobretudo, as representações objectais que se encontram a dinamizar a vida mental destes doentes, que poderão fomentar a metabolização emocional do potencial traumático inerente a todo o processo, ou, ao contrário, ajudar a metastizar os recursos saudáveis existentes, com as inequívocas sequelas que poderão ser daí advenientes, quer ao nível da integração psíquica do novo esquema corporal, quer na drenagem do todo o sofrimento imposto.

Tomando em consideração o facto de que muitos estudos (Haavisto et al., 2013; Mintzer et al., 2005; Shemesh et al., 2005; Fukunishi et al., 2003; Walker et al., 1999) avançam com a premissa de que as crianças e adolescentes transplantados, dependendo da idade em que o transplante se verifica, tendem a apresentar debilidades emocionais, resta a compreensão de que o transplante pode vir a precipitar todo um conjunto de emoções pré-existentes, por metabolizar, ainda que possa, por outro lado, ser verificada a existência de um funcionamento psíquico capaz de elaborar a dor mental, que todo o processo de doença e transplantação implica. Todavia, tendo presente, ainda, a elevação registada ao nível das respostas de Anatomia aos Cartões Pastel, parece estar patente o primeiro caso, tendo em conta que a angústia de fragmentação<sup>29</sup> que tais resultados permitem antever, deixa evidente a fragilidade da vida mental destas crianças e adolescentes, no que toca à insuficiência objectal que parece existir na drenagem do sofrimento que as cerca. Para além disso, e restringindo o foco à questão da integração psíquica do novo esquema corporal, é importante perceber, que esse processo, não deixa de estar em estreita dependência do padrão de interações estabelecido na fase mais precoce do desenvolvimento, dada a preponderância que o mesmo exerce na organização da vida mental, e, sobretudo, atendendo à tenra idade dos sujeitos transplantados. Assim, tendo presente estes princípios, compreender-se-á que a existência de perturbações ou falhas que se insurgem, de forma cumulativa, na compreensão empática, por parte do objecto de vinculação, ao prevalecerem em detrimento de experiências gratificantes, estarão abertas as vias para que se instale o que Coimbra de Matos (2003) denomina de depressão falhada. Por conseguinte,

<sup>29</sup> Aqui entendida como angústia difusa e latente, resultando da predominância de experiências frustrantes, organizadas em torno de um “mau objecto interno”. De acordo com Sá (2003), a angústia de fragmentação será decorrente da angústia de morte não mentalizada.

esta depressão ao se organizar numa fase desenvolvimental, onde o bebé não consiga aceder ao estado de integração do objecto enquanto bom e gratificante, por um lado, e frustrante e com qualidade menos boas, por outro, a depressão vivida num plano mental, resultante da representação integrada e ambivalente do objecto, com a conseqüente capacidade de elaboração da perda e acesso a experiências de culpabilidade, deixa de poder ter lugar. É neste sentido que se poderá falar no que Coimbra de Matos (2003) designa de depressão “não organizada mentalmente”, tendo em conta que a fragilidade de um objecto interno capaz de organizar e metabolizar as experiências de dor e sofrimento despoletadas, também, pela carência de afecto, põe em causa as capacidades de mentalização e, por conseguinte, a capacidade de viver a depressão e a elaboração da perda.

Será, portanto, uma organização sobreponível a estas características, e, por conseguinte, à incapacidade de aceder às potencialidades integrativas da posição depressiva<sup>30</sup>, que fomenta as vias à prorrogação do sofrimento, com a conseqüente incapacidade em elaborar a perda implícita à doença e ao transplante, e, sobretudo, em encetar movimentos empreendedores na luta contra o sofrimento que a doença e o transplante promovem.

Caso estas conjunturas psíquicas prevaleçam, como parece ser o caso dos doentes integrantes do grupo com transplante (pela elevação das respostas Anat aos Cartões Pastel), o processo de integração mental do novo órgão, com os necessários movimentos reparatórios subjacentes à elaboração da perda imposta pela doença e pelo transplante, estão postos em causa, facto que não deixará, decerto, de exercer as suas influências na evolução e prognóstico clínico do doente, sendo criança ou adolescente. Em concomitância, aludindo aos estudos relativos às repercussões psíquicas que a vivência do transplante exerce sobre os pais e cuidadores dos doentes (Pérez-San-Gregorio et al., 2008; Castro & Moreno-Jiménez 2005; Domínguez-Cabello et al., 2010; Castro & Moreno-Jiménez 2004; Anton & Piccinini 2011; Sokal 1995) é viável admitir que as crianças e adolescentes nestas circunstâncias, podem não encontrar amparo às suas angústias, por via das próprias angústias e dissonâncias dos pais, e, em decorrência, não encontrem alguém que seja capaz de legendar as suas experiências de dor. Deste modo, caso estes padrões relacionais tendam a persistir e a não ter actualizações saudáveis ao longo do desenvolvimento, com outros objectos de relação, é viável admitir que a drenagem das experiências dolorosas, agudizadas pela vivência da doença, do transplante, e, inevitavelmente, pela

---

<sup>30</sup> Conceito proposto por Melanie Klein, como sendo um dos momentos fundamentais do desenvolvimento psicológico do ser humano. Sensivelmente aos seis meses de idade, o primeiro momento da maturação mental estruturar-se-ia a partir da integração das características ambivalentes do objecto de referência (tendencialmente, a mãe), compreendida como boa e má, gratificante e frustrante. Será esta introjecção do objecto na totalidade das suas qualidades, que viabiliza a aquisição e progressivo desenvolvimento da função simbólica, capaz de metabolizar as angústias (Sá, 2007), ao mesmo tempo que a crescente integração promove mudanças na natureza da própria angústia. Tal como avançado por Grinberg (2000), será do progresso na integração, ao sintetizar o amor e o ódio em relação ao objecto, que surge a capacidade de sentir culpa, pelos impulsos destrutivos dirigidos ao objecto, e, a conseqüente capacidade de reparação.

cronicidade subjacente a todo este processo, possa vir a ser protelada até à fase adulta, com as inequívocas repercussões que daí resultam.

Em convergência com as ilacções anteriores, verifica-se a elevação registada, no grupo de transplantados, no âmbito das respostas Cor com dominância formal de má qualidade (FC-). Com efeito, tendo presente que a Cor, no Rorschach, dá conta do clima afectivo em que o sujeito se encontra, quando é confrontado com as reactivações fantasmáticas e emocionais despoletadas pelos cartões (Chabert, 1998), ao mesmo tempo que atesta a capacidade em responder às estimulações externas, é viável admitir a existência de uma certa inquietação de base, traduzida pelo resvalar perceptivo do controlo formal (F-) imprimido à percepção da cor constante das manchas de tinta. Por outras palavras, a falência registada ao nível desse controlo formal inculcado à apreensão dos estímulos Cor, deflagra o insucesso de defesas rígidas, que parecem ter sido erguidas numa tentativa de anulação dos gestos mais espontâneos, na apreensão dos estímulos Rorschach, aqui entendidos, enquanto referenciais do mundo externo. Assim, este é um resultado que viabiliza a inferência relativa a um modo de funcionamento que pareceu ter sido desencadeado, numa tentativa de evitar implicações projectivas mais profundas, sentidas com potencial ameaçador. Deste modo, face a esta ligeira elevação de respostas no grupo com transplante, e à falência da tentativa de controlo face às estimulações cromostésicas, em comparação ao grupo sem transplante, poder-se-á assumir a existência submergente de pressões pulsionais fantasmáticas e afectivas, que tendem a existir nos doentes que enfrentam este processo. Este é um dado que parece entrar em convergência com os vários estudos alusivos à preponderância de sintomas de stress pós-traumático e vividos angustiantes na fase pós-transplante (Haavisto et al., 2013; Mintzer et al, 2005; Shemesh et al., 2005; Walker et al., 1999).

De forma análoga, este é um dado que acaba por consubstanciar as ilacções tecidas a propósito da elevação nas respostas de Anatomia aos cartões pastel, tendo em conta que aponta no sentido de uma vida fantasmática e organizações mentais “em sobressalto”. Em acréscimo, a má qualidade formal aqui presente, tal como apontado por Chabert (1998), para além do insucesso pontual das defesas, põe a descoberto a incapacidade dos sujeitos em delimitar e circunscrever o objecto, revelando, por isso mesmo, a existência de fragilidades ao nível da capacidade do sujeito em dar às coisas um contorno, que estabelece fronteiras estáveis entre o dentro e o fora, do mesmo modo que a evocação de imagens cruas e sem qualquer simbolismo, como o caso das respostas de anatomia, põem em evidência a emergência de afectos em bruto, não mentalizados<sup>31</sup>.

Ainda no âmbito das variáveis que se evidenciaram estatisticamente significativas na discriminação entre os grupos, encontra-se a pequena elevação registada ao nível das apreensões dos engramas por meio de pequenos detalhes (Dd%), no caso do grupo com transplante, face ao grupo com doença hepática crónica. Todavia, apesar deste valor percentual se evidenciar mais elevado, importa ressaltar que é um valor que se encontra

---

<sup>31</sup> Mentalização referir-se-á ao processo através do qual a vida pulsional e afectiva é transformada em formas simbólicas, através da formação de representações psíquicas, que ligam experiências básicas a imagens e palavras (Sá, 2009).

dentro do limiar normativo (*cf anexo IV*). Ainda assim, a interpretação da elevação nessa variável, no grupo com transplante, poder-se-á focar na questão de uma potencial tendência para uma abordagem mais minuciosa do meio externo, inscrita numa matriz defensiva com pendor à rigidez (Chabert, 1998), podendo, a mesma, ser representativa do padrão de funcionamento mental destes doentes, submetidos a transplante. Neste sentido, fazendo alusão aos resultados anteriores (elevação nas Anatomias aos Cartões Pastel e nas respostas FC-), parece haver alguma convergência entre a exuberância de pulsões fantasmáticas e a angústia de fragmentação que parecem existir, e o padrão defensivo rígido e algo cristalizado<sup>32</sup>, erguido para lhes fazer face.

No que concerne à influência do diagnóstico na expressão das principais variáveis Rorschach, os resultados sugerem a independência da expressão de tais variáveis, relativamente aos vários tipos de diagnóstico, de doença hepática, existentes na amostra. Como tal, este parece ser um dado que pontua a favor da relativa independência do tipo de doença existente, na expressão das variáveis Rorschach, e, por conseguinte, na expressão de determinadas características psíquicas. Ainda assim, tendo presente que a variável transplante revelou pouco peso estatístico na expressão das variáveis Rorschach, será de ponderar que os desvios registados, face ao normativo, ao nível das variáveis G%; D%; Ban; F+%; F%; A%; T.L; R e I.A% (*cf anexo IV*), possam decorrer, ou apresentar pequenos pontos de ligação, com as ressonâncias impostas pela doença hepática crónica de uma forma geral, independentemente do tipo e das características que a definam. Esta é uma ilacção fundada nos princípios defendidos em grande parte dos estudos que se debruçam sobre o tema (Taylor et al., 2009; Morana, 2009; Castro & Moreno-Jiménez 2008; Tavares, 2004), relativos ao impacto psicológico imposto pela vivência da doença hepática crónica.

Assim, de acordo com o exposto, importa que se particularizem algumas das potenciais interpretações e ilacções clínicas postas em evidência pelos desvios ao normativo, nas variáveis citadas. Neste sentido, a propósitos da elevação registada no G% (Apreensões do estímulo feitas por meio do Global) (*cf anexo III*) parecem haver indícios de uma procura de não implicação subjectiva e submissão passiva relativamente à realidade externa. Oneto et al., (2009) defendem que este é um tipo de dado que pontua a favor de uma certa ausência de vitalidade psíquica, patente na apreensão directa da mancha, sem que haja qualquer esforço pessoal de elaboração, dando a entender uma certa atitude de passividade subjacente. Em posição homóloga, Chabert (1998, p. 120), defende que um padrão de respostas centrado na apreensão global do estímulo “pode ser sustentado por uma preguiça cognitiva, que consiste em se moldar ao material sem curiosidade nem procura”. Assim, a elevação registada em G% não deixa de se insurgir como um potencial padrão defensivo, erguido, como que na tentativa de anular potenciais ingerências fantasmáticas, sentidas como ameaçadoras, bem como a existência de um pensamento algo condensado.

No que concerne à ligeira diminuição verificada em D% (Apreensões em Grande Detalhe), existe algum reforço quanto às ilacções tecidas a respeito da elevação em G%. Além disso, se esse decréscimo for

---

<sup>32</sup> Padrões defensivos inscritos em registo sistematizado, com sobreposição considerável aos recursos e partes saudáveis da personalidade.

coadunado ao decréscimo registado no número de Banalidades e, sobretudo, no F+% (*c.f. anexo III*), há evidências fortalecidas, quanto à prevalência de aspectos lacunares em termos de algum rigor e ajustamento das qualidades perceptivas do pensamento, face ao ambiente externo, pondo a descoberto um modo de funcionamento com fragilidades na inserção à realidade objectiva. De igual modo, os decréscimos, nestas três variáveis, consubstanciam-se a favor de ilacções quanto à existência de fragilidades na adaptação perceptiva e socializante, que parecem prevalecer, de forma tendencial, nas crianças e adolescentes com doença hepática crónica, ou submetidos a transplante.

A este respeito, será importante que não se percam de vista as múltiplas requisições que a doença e todo o processo de transplante implicam, como sendo o caso das múltiplas hospitalizações, da intensa e constante necessidade de monitorização médica e medicamentosa, com que estas crianças e adolescentes se confrontam diariamente (Dommergues et al, 2010). Para além disso, as preocupações que emergem no seio familiar, bem como os comportamentos de sobreprotecção materna e paterna que, por vezes, e inadvertidamente, tendem a estar presentes (Anton & Piccinini 2011; Tavares, 2004; Sokal, 1995), podem concorrer para o alastrar das fragilidades já existentes e, para que estas crianças e adolescentes se vejam privados do alcance da autonomia, necessária à potenciação dos seus recursos mais saudáveis de funcionamento. Todas estas adjacências, em estreita ligação com as nuances psíquicas anteriormente descritas, a propósito do grupo com transplante, como sendo as que melhor parecem caracterizar esse grupo, farão com que o relacionamento com o mundo externo se veja despojado de vínculos genuínos e gestos mais espontâneos, e, por conseguinte, se consolidem os movimentos de retracção face ao exterior. Será neste sentido que, tal como apontado em alguns estudos, as crianças e adolescentes que se encontrem envoltos nestes processos de doença e transplante, apresentem dificuldades ao nível da adaptação social (Castro, 2009; Castro & Moreno-Jiménez, 2008).

Já no que concerne às elevações registadas ao nível do F% e A%, tanto no grupo de transplantados, como no grupo sem transplante, há um reforço das considerações anteriormente avançadas, relativas à prevalência de uma certa rigidez ao nível dos mecanismos de defesa, que se particularizam, no essencial, no enfoque da realidade externa, nos seus aspectos puramente objectivos e concretos, de forma a evitar a expressão pulsional e fantasmática. Neste contexto, parece que, em ambos os grupos, o recurso ao formal patente na elevação registada em F%, assinala a prevalência de uma preocupação de controlo, corporizada na centração dos aspectos mais factuais e formais da realidade externa, numa espécie de escape à expressão da sensorialidade e do afecto. Este é um dado que poderá ser interpretado em função das intensas ameaças à vida sentidas por estes doentes, pelo que o fantasma da morte não deixa de estar presente, mais que não seja, num plano inconsciente. Como tal, esse perigo permanente e a necessidade de controlo sobre a vida pulsional, contribuem para esta inflexão do psiquismo, em prol de um anulamento da vida fantasmática. Em aditamento, a elevação registada em A% (percentagem de conteúdos Animais), é mais um dado que reforça a inferência, relativa à primazia de um padrão defensivo bastante denso, que assinala uma espécie de carapaça

social, valorizante dos aspectos mais concretos da realidade externa, erguida para evitar o contacto autêntico e a relação verdadeira.

No que toca às restantes variáveis em desvio ao normativo, o Índice de Angústia (I.A%), em ligeira elevação, no caso do grupo com transplante, reforça as ilacções destacadas anteriormente, sobretudo, as relativas à proeminência das respostas de Anatomia aos Cartões Pastel, no grupo de transplantados. Como tal, tendo presente que o I.A% resulta da ponderação entre os conteúdos Hd, Sng e Anat, uma vez mais, parece entrar em destaque a grande dificuldade que estes doentes tendem a apresentar, na metabolização da angústia, que parece ser um traço latente do seu padrão de funcionamento, agudizada por todas as intercorrências intrínsecas à vivência de um processo de transplantação. Ademais, tal elevação coloca a tónica na questão da emergência de afectos brutos e do pulsional, reforçando a ideia de que parece não existir um espaço mental povoado por representações objectais integradas e com capacidades contentoras, fomentando, por essa razão, as debilidades ao nível da interiorização e da função simbólica.

Para além disso, existem outras nuances imiscuídas no processo de transplante, que não deixam de exercer importantes influências, também, nestas expressões claras de angústia, sendo que, por essa razão, não podem ser postas à margem de considerações neste âmbito. Neste sentido, tal como apontado por Tavares (2004), o transplante, ao fazer-se acompanhar de um processo de elaboração psíquica relativamente ao dador, poderá ser vivido de uma forma mais penosa, caso a imagem do dador seja entendida como um fantasma de intrusão, sendo, por isso mesmo, um factor adicional no enquistamento de angústias pré-existentes. Assim, partindo da premissa e das evidências anteriormente descritas, de que a posição depressiva parece, por ora, inalcançada, nestas crianças e adolescentes transplantados, o sentimento de gratidão para com o dador, é algo que parece, também, não poder ter lugar, na teia de representações mentais destes doentes. Este será um facto que incapacita a elaboração fantasmática do dador, sendo sentido como um estranho que se incorpora em si próprio, potenciando, de forma maciça, a exuberância dos vividos angustiantes. Deste modo, parece que todas as vivências despoletadas pelo processo de transplante, ao não poderem ser devidamente integradas, representadas e mentalizadas, com os movimentos reparatórios que seriam de supor, acabam por se insurgir como fontes potenciais de angústia, dor e sofrimento. Em correspondência a esta leitura, Sá (2007, p. 117), de modo enfático, defende que “se os níveis de conflitos, de angústia e dor são de tal modo intensos, que não se torne possível que sejam mediados por tolerância à frustração, então organizam-se sob a forma de traumatismos psíquicos, no sentido de que fala Bergeret (1983)”.

Por fim, coadunando algumas das considerações tecidas até esta parte, à ligeira elevação registada ao nível do “Tempo de Latência”, em ambos os subgrupos, parece estar patente uma atitude que dita um padrão de contenção subjacente, induzindo a compreensão de que parece existir um vazio mental, decorrente da operância de mecanismos de defesa de cariz inibitório. Assim, este será mais um dado que reforça a ilacção relativa a uma certa falta de coesividade do pensamento e do psiquismo, pela ausência de objectos internos, interiorizados, em função das suas características predominantemente boas, capazes de funcionarem, eles próprios, enquanto

organizadores da capacidade de pensar. Por conseguinte, compreender-se-á que esta lentificação traduzida na elevação do tempo de latência, de acordo com Chabert (1998), concorre para a caracterização destas crianças e adolescentes, sendo doentes crónicos ou transplantados, enquanto detentores de uma certa postura de passividade e submissão aos estímulos, ao invés da elevação poder traduzir um trabalho criativo de reflexão e exploração do material. Assim se compreende, também, a baixa de produtividade registada, ditada pelo decréscimo, face ao normativo, do Número de Respostas evocadas. Em concomitância, poder-se-á conjecturar a hipótese relativa a um padrão de funcionamento mental pautado, tendencialmente, por uma imposição da racionalidade (pela elevação ao nível do F%), em prol da repressão dos afectos e emoções, com repercussões em termos de alguma pobreza criativa e prejuízo ao nível das performances cognitivas.

Tecendo breves considerações aos resultados verificados no âmbito da influência das variáveis sócio-demográficas, pôde perceber-se a inexistência de efeitos das variáveis género e frequência em ensino especial, na expressão das principais variáveis Rorschach. Neste sentido, há margem, suficientemente válida, para que se afirme que o facto das crianças e adolescentes terem enunciado determinado padrão de respostas (reflectidas nas várias variáveis Rorschach) se mostrou independente de serem do sexo masculino ou feminino, do mesmo modo que a frequência em ensino especial não mostrou relevância na expressão de tais variáveis.

Por seu turno, no que diz respeito às variáveis faixa etária e nível escolar, foram registadas diferenças estatisticamente significativas apenas nas variáveis “Tempo de Latência” (T.L) e número de “Banalidades” (Ban), estando, esta última, relativamente mais expressa no grupo de pré-adolescentes (12 e 13 anos), e, respectivamente, no 2º ciclo de escolaridade. Este é um resultado que poderá estreitar correspondência com o facto desta faixa etária mencionada (pré-adolescência) poder ser um período particularmente sensível às estimulações externas, bem como a um maior enfoque que pode ser dirigido ao ambiente social. Sendo um período de transição, entre a infância e a adolescência, onde os interesses pelo mundo externo e pela comunhão de um pensamento colectivo tendem a assumir alguma preponderância, é compreensível que esta faixa etária tenha mostrado exercer influência na expressão do número de banalidades, sendo elas sinónimo de socialização e partilha de um pensamento convencional. Ainda assim, apesar da elevação registada neste grupo etário, a média observada situa-se num padrão inferior ao normativo (*cf anexo IV*), pelo que poderão ser inferidas eventuais lacunas em termos de socialização, tal como apontado previamente, a propósito das variáveis em desvio face aos valores normativos.

Em parceria, quanto ao tempo de latência, foi verificado um aumento considerável no grupo dos adolescentes (14 a 18 anos), e no nível escolar Ensino Secundário. Todavia, é pertinente que se registe o facto desse aumento transgredir os valores estabelecidos enquanto normativos (*cf anexo IV*), pelo que poderá ser apontada uma potencial tendência a uma postura de contenção. Este é um dado de extrema importância no âmbito das considerações tecidas pela Escola Francesa, tendo em conta que poderá ser um precioso indicador quanto ao modo como determinado indivíduo se posiciona perante o mundo externo. Deste modo, uma postura de contenção,



ainda que possa resguardar um potencial adaptativo subjacente, podendo imiscuir atitudes mais ponderadas, menos impulsivas e, conseqüentemente, mais propensas a um bom ajustamento, condensa, fundamentalmente, enquanto potenciais indicadores, a desvitalização da dinâmica mental, bem como uma certa inércia latente ao funcionamento psíquico. Uma vez mais, ressalve-se que este é apenas um factor Rorschach, mas que, ainda assim, detém um forte potencial diagnóstico, sobretudo se conjugado com factores que apelem à complementaridade de ilacções deste tipo, como parece ser o caso. Por conseguinte, partindo do ponto de vista defendido por Oneto et al., (2009), a elevação registada ao nível do tempo de latência, pode promover inferências relativas à existência de bloqueios no processo associativo, reflectindo um espaço mental dominado pelo vazio<sup>33</sup>, donde parecem emergir dificuldades na transformação da experiência emocional, em imagens que possam ser traduzidas em palavras. Assim, numa primeira análise, parece estar aqui implícito o que Sá (2009, p. 72) denomina de “pensamentos por pensar”, como que parecendo existir conteúdos mentais por elaborar e mentalizar, em decorrência de uma aparente ausência de vitalidade psíquica.

No que concerne à averiguação que a influência da “Situação profissional da mãe” exerceu na expressão das principais variáveis Rorschach, pôde ser apurado que as crianças e adolescentes da amostra, filhos de mães empregadas, evidenciaram níveis mais elevados no Índice de Angústia (I.A%), nas respostas de conteúdos de Anatomia e Anatomias aos Cartões Pastel. Por conseguinte, tendo em atenção o facto de que o diagnóstico de doença crónica, bem como a irrevogabilidade de transplante se assumem como profundamente desorganizadores da estrutura familiar (Castro & Piccinini 2010; Pérez-San-Gregorio et al., 2008; Young et al., 2003), pelo menos num primeiro momento, não poderão ser descuradas desta interpretação, as inevitáveis repercussões psico(pato)lógicas a que os pais ou cuidadores estão sujeitos, da mesma forma que não se poderá colocar à margem a potencial transmissão de tais estados de maior stress, aos próprios filhos doentes (Pérez-San-Gregorio et al., 2008). Nesta senda, percebe-se o quão exigente poderá ser a continuidade das tarefas normais do quotidiano, para as mães que se encontrem envoltas num panorama com estes contornos, essencialmente na coordenação dos múltiplos desdobramentos que têm de fazer, enquanto pessoas, também com uma dinâmica interna em sobressalto, e, enquanto trabalhadoras, cuidadoras e protectoras. Por conseguinte, é provável que a suposta função de pára- excitação atribuível às mães destas crianças e adolescentes, nestas condições, possa não estar a surtir o efeito desejável, em virtude das múltiplas solicitações a que as mesmas têm de fazer face. Como tal, partindo deste ponto de vista, será admissível que as crianças e adolescentes filhos de mães em situação activa profissional, exibam níveis mais acentuados de angústia corporal (como evidenciado nas respostas Anat, Anat aos cartões pastel e I.A%), tendo em conta que a amplitude de exigências que estas mães se vêem obrigadas a enfrentar, poderá colocá-las, a elas próprias, numa

<sup>33</sup> Entenda-se que esta atmosfera de vazio, num plano mental, é ditada, sobretudo, pela contenção emocional que se lhe encontra subjacente e o conseqüente registo depressivo latente, que se insurge pelos cumulativos episódios de violência relacional (Sá, 2009).

situação de impotência, quanto à genuinidade, coerência e espontaneidade dos seus gestos de maternidade. Em decorrência, ainda que de forma inadvertida, estas mães poder-se-ão encontrar nos trilhos da falência ou debilidade da função contentora materna, podendo, desse modo, exponenciar as fragilidades pré-existentes (com atitudes de sobreprotecção) ao nível da mobilização de recursos saudáveis dos filhos, na drenagem e metabolização do sofrimento.

Não obstante todos os resultados e inferências deles decorrentes, expostos até parte, será de suma importância aludir à questão das articulações compósitas de variáveis, que foram erguidas, na tentativa de promover índices potenciais de compreensão dos modos de funcionamento psíquico prevalentes, tanto no grupo de transplantados, como no grupo de crianças e adolescentes com doença hepática crónica, nos domínios da Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva. Assim, na análise das duas dimensões consideradas, importa que se articulem raciocínos em torno das várias nuances aqui imbricadas, como sendo: o que promove a ocorrência destes padrões de funcionamento, quais os modos como eles se poderão expressar ou fazer notar, e quais as consequências que tais perfis poderão despoletar, essencialmente, no âmbito da vivência de um processo de doença ou de transplantação.

Deste modo, no que se refere à Dimensão da Actividade Intelectual, a amostra global apresentou como padrão mais frequente o da Actividade Intelectual com Constrangimentos, por via de um “Pensamento Lacónico na Inserção ao Real”, sendo que o padrão “Pensamento Concreto e Factual, com Falhas na Inserção ao Real” apresentou, também, elevada expressão em termos de percentagem amostral. Assim, o primeiro padrão “Pensamento Lacónico na Inserção ao Real”, tendo sido ponderado, tal como referido em parte anterior, sobretudo pelo valor baixo do  $F+\%$ <sup>34</sup>, é aqui entendido enquanto tradutor de uma forma clivada de funcionamento psíquico, entre a componente mental que se entende estar restrita a um plano mais inconsciente e fantasmático, e a dimensão de que se ocupa a simples percepção das coisas e da realidade externa (a consciência, entendida no senso comum). Dito de outro modo, e partindo de algumas asserções das neurociências, este é um tipo de pensamento claramente constrangido, pela inexistência de conjugação e ligação, entre o que Sá (2009) designa de consciências cortical, sub-cortical e alargada. Sabendo que à primeira dizem respeito todas as informações produzidas e integradas ao nível das formações neuro-anatómicas- cérebro de réptil, sistema nervoso autónomo e sistema límbico, e que, à segunda – cortical- corresponderá a capacidade de pensar hipotético-dedutivamente, resultando a convergência e comunhão entre ambas, no que Sá (2009) denomina de consciência alargada, compreende-se que a clivagem existente, se centra, sobretudo, ao nível da ligação entre estas consciências. Será esta a falha que parece estar presente, nas duas formas de pensamento mais prevalentes na amostra de doentes (“Pensamento Lacónico na Inserção ao Real” e “Pensamento Concreto e Factual, com falhas na inserção ao real”). Não obstante, existem questões

---

<sup>34</sup> De acordo com Chabert (1999), o  $F+\%$  é um factor quantitativo de base, com valor quase que auto-suficiente para permitir apreciar a adaptação perceptiva e socializante.

que se interpõem nesta compreensão: Como explicar a fragilidade de comunhão ao nível destas duas consciências referidas? Ou melhor, porque ocorre tal fragilidade, e de que forma a mesma se faz sentir?

Com efeito, não perdendo de vista que o ser humano se expande e cresce em função das relações que vai tecendo e estabelecendo ao longo da vida, e, sobretudo, tal como defendido por Damásio (2005) e Sá (2009), não descurando que são as relações as principais promotoras do desenvolvimento do sistema nervoso, poder-se-ão compreender os constrangimentos referidos, quanto à ligação entre consciências, se for erguida uma leitura clínica ancorada à preponderância das relações objectais no seio de toda a psicopatologia. Assim, a questão da clivagem<sup>35</sup> existente entre a consciência fantasmática e a consciência que viabiliza a compreensão e o discernimento do mundo, mais não é um do que uma operação defensiva que se instaura, inequivocamente, perante a existência de experiências de sofrimento consideráveis, a propósito de alguns padrões relacionais. Este será um padrão defensivo organizado de forma independente da vontade do sujeito, mas, na tentativa última de o proteger da tomada de consciência constante das experiências de dor e desamparo que viveu, visto que será por meio de clivagem e projecção para o exterior, do sofrimento intolerável e inconcebível ao seu psiquismo, que o sujeito consegue, de alguma forma, afastar da consciência o medo persecutório associado a essas vivências. Serão estes afastamentos das ingerências fantasmáticas, (por meio do uso sistematizado de clivagem, projecção e recusa da realidade), que ditarão a existência de uma actividade intelectual penalizada. Assim se compreende a sugestão de Chabert (1999), no sentido de que as formas mal percebidas e as falhas perceptivas (decréscimo registado ao nível do F+%) que estão na base dois modos de pensamento enunciados, deflagram a existência de um certo desinvestimento do mundo externo, da mesma forma que parecem dar a entender um desinvestimento das relações objectais. A este último aspecto, Sá (2009) oferece uma compreensão, bastante elucidativa, do modo como a vida mental se poderá organizar de acordo com um padrão de funcionamento clivado, e de desinvestimento dos objectos internos, pondo a tónica na existência de experiências continuadas de desamparo, que podem ocorrer de forma bastante precoce, resultantes, muitas das vezes, daquilo a que Coimbra de Matos (2003) e Sá (2009) denominam de decepções continuadas dos apelos ao apego.

Nesta senda, e não perdendo de vista que grande parte das crianças e adolescentes que integram a amostra de estudo, independentemente de terem ou não sido submetidos a transplante, foram diagnosticados com insuficiência hepática, logo após o nascimento, não poderão ser negligenciadas as repercussões que tais vividos desencadeiam nos pais destas crianças, tal como apontado anteriormente, e, em grande parte dos estudos que se debruçam sobre o tema (Pérez-San-Gregorio et al., 2008;

---

<sup>35</sup> A este respeito, ressalve-se que toda e qualquer operação defensiva mais não é do que do que uma reacção entre o sub-cortical e o cortical, perante o sofrimento. Sendo a clivagem um dos mecanismos de defesa do Ego tendencialmente subjacente a modos de funcionamento de linhagem Borderline e Psicótica, entenda-se que as experiências de sofrimento que se lhe encontram subjacentes, são de grande exuberância.

Guimaro et al., 2008; Tavares, 2004; Castro & Piccinini, 2002; Engle, 2001). Deste modo, não esquecendo que todo este processo não ocorre no vácuo psíquico e relacional, a par do facto de que um bebé, à parte estas circunstâncias da doença, é, como referido por Sá (2009, p.83) “eminente vinculável. Que dá colo, sempre que recebe colo”, percebe-se que se uma mãe, ou um pai, face ao confronto com o diagnóstico, não conseguindo lidar com o sofrimento que o mesmo implica, podem, decerto, não ser responsivos aos apelos ao apego e ao amor que o seu bebé evidencia. Assim, inadvertidamente, por mais cuidadosos, preocupados e empenhados que os pais possam ser, mediante tais adversidades, existe alguma margem para que as suas angústias sejam percebidas pelo bebé, sendo que ao invés deste último acolher afecto e amor, acolhe um pai e uma mãe em desespero e desassossego e, inevitavelmente, acaba por não encontrar nos pais, o continente às suas próprias angústias e a consequente incapacidade em ver acolhidos os seus apelos ao apego. Nesta linha de raciocínio, ganhará relevo, a noção de depressão falhada, anteriormente mencionada. Sendo ela acompanhada de uma espécie de perda afectiva não elaborada na dimensão mental (Coimbra de Matos, 2003), e, por conseguinte, caracterizada pela impossibilidade de se organizar mentalmente, sempre que a mesma se consolide, não estão reunidas as condições para que o sofrimento psíquico possa ser metabolizado e expresso a nível afectivo e ideativo, por emoções e afectos. Deste modo, tal como apontado por Coimbra de Matos (2003), esta ausência de vivência da depressão num plano mental, mais não é do que uma espécie de inexistência de um aparelho psíquico para sentir os sentimentos, traduzida, conseqüentemente, na incapacidade em sentir as emoções num plano mental<sup>36</sup>.

De acordo com o exposto, parece evidente que ambos os padrões de pensamento (“Lacónico na Inserção ao real” e “Concreto e factual, c/ falhas na inserção ao real”) mais prevalentes na amostra de crianças e adolescentes doentes, decorrem da ausência de integração de níveis de consciência, anteriormente referida, sendo que esta última, resultará da incapacidade em viver, num plano mental, as emoções. Assim, será nesta confluência de ideias, que adquire preponderância a noção de Alexitimia<sup>37</sup>, enquanto

---

<sup>36</sup> Damásio (2005, p. 159) faz a distinção entre emoção e sentimento, referindo que “Se uma emoção é um conjunto de alterações no estado do corpo associadas a certas imagens mentais, que activaram um sistema cerebral específico, a essência do sentir de uma emoção (Sentimento) é a experiência dessas alterações em justaposição com as imagens mentais que iniciaram o ciclo”. Assim, de acordo com o autor, os sentimentos mais não serão do que o resultado sobreposto da percepção dos estados corporais desencadeados pela vivência somática da emoção, com a percepção das modificações do pensamento neste processo. A esta conjugação de eventos, poder-se-á chamar “vivência integral das emoções”, no sentido de que haverá sempre esta dupla valência, a corporal, que diz respeito à componente somática da vivência emocional, e a mental, cujo cerne se estabelece sempre que se sentem os estados emocionais

<sup>37</sup> A alexitimia diz respeito a um constructo multifacetado (Foran & O’Leary, 2013) cuja essência se define não só pela manifesta “ausência de palavras para as emoções”, mas também pela presença de restrições ao nível da vida fantasmática, pela existência de dificuldades em descrever e distinguir entre sentimentos e estados de activação fisiológica decorrentes da vivência emocional,

incapacidade para conviver com a racionalidade das emoções, em prol de preocupações centradas em aspectos concretos dos acontecimentos de vida. Esta parece ser uma das características centrais que se encontra subjacente ao nível categorizado “Pensamento Concreto e Factual”, pese embora as falhas na inserção real, de que o mesmo se faz aqui acompanhar, ditadas pelo decréscimo registado em F+%. O concretismo e a factualidade que lhe são característicos (patentes pela grande elevação ao nível do F%<sup>38</sup>), põem a descoberto a existência de defesas obsessivas<sup>39</sup>, erguidas na tentativa de anular o sofrimento subjacente. Por conseguinte, as condutas cognitivas são bastante penalizadas, em virtude da clivagem que existe entre os processos intelectuais e as fontes fantasmáticas e pulsionais, como parece estar manifesto em ambos os processos de pensamento, previamente enunciados.

Um aspecto que consubstancia estas leituras, diz respeito à quase nulidade de cinestésias existentes, em ambos os grupos, tanto em termos gerais, com no caso concreto das pranchas II, III e VII. Em concomitância, a respeito destas três pranchas em concreto, verificou-se alguma oscilação relativa à evocação de conteúdos Humanos (H), facto que potencia as ilacções, anteriormente erguidas, relativas à preponderância de uma certa desvitalização do espaço psíquico, em termos de uma teia coesa e dinâmica de representações objectais (*c.f. anexo III*). Para além disso, sendo os determinantes cinestésicos (K) sinónimo de um funcionamento intelectual enriquecido com os contributos do imaginário, revelando-se, por esse motivo, como um poderoso índice de mentalização, a quase inexistência deste tipo de respostas, tanto no grupo de transplantados, como no grupo com doença hepática crónica, permite antever, e confirmar, a prevalência de uma intelectualidade constrangida pela clivagem entre real e imaginário, ditada, de igual modo, pela prevalência das defesas obsessivas patentes na elevação do F%. Para além disso, o testemunho ditado pela supremacia, em ambos os grupos, quanto ao Tipo de Ressonância Íntimo (TRI) Extroversivo Puro ( $\Sigma C > 0 K$ ) (*c.f. anexo III*) é um dado que reforça o padrão de anulamento das ingerências fantasmáticas, num registo de total isolamento entre representação e afecto. Assim, tomando em consideração que esta ponderação, entre os determinantes cinestésicos (K) e sensoriais (C) põe em evidência a dialéctica estabelecida entre a emocionalidade e a sua respectiva representação mental, ficam aclaradas as inequívocas fragilidades, ao nível da mentalização e convívio com a racionalidade das emoções, que parecem caracterizar estas crianças e adolescentes.

Em reforço a estes resultados e conclusões que deles decorrem, entram as dominâncias Introversiva, na Fórmula Complementar (F.C) (*c.f. anexo III*) no caso do grupo com transplante, e a preponderância do tipo Coarctado, no caso do grupo sem transplante. Sabendo que a Fórmula Complementar, quando conjugada ao TRI (dialéctica entre emocionalidade e representação), poderá ditar a existência de conflitos, caso cada uma aponte para modos distintos de funcionamento (*c.f. anexo III*), como parece ser o caso, tanto no grupo de transplantados, como no grupo de doentes hepáticos

---

concomitantes à predominância de um estilo cognitivo externamente orientado (Kano & Fukudo, 2013).

<sup>38</sup> C.f. Anexos III e IV

<sup>39</sup> As defesas obsessivas são as que se encontram na base do silenciamento emocional que caracteriza o pensamento concreto - alexitímico (Sá, 2009).

crónicos, fica posta em evidência a existência de conflitos internos subjacentes, tendo em conta que o TRI prevalente em ambos os grupos terá sido o Extroversivo Puro. Deste modo, no caso do grupo de transplantados, a inexistência de cinestésias ditadas pela extroversividade pura (presença exclusiva de Cor), contraposta à Fórmula Complementar introversiva (com predomínio de pequenas cinestésias – kan, kp e kob), dita a existência de um padrão conflitual entre o que parece ser o anulamento explícito das ingerências fantasmáticas (evidente na ausência de K's), e a manifestação pulsional que é posta a descoberto pelas pequenas cinestésias. Por outro lado, quanto ao grupo sem transplante, verificou-se a ausência de respostas alusivas à sensorialidade (O E), dita pela Fórmula Complementar com coartação em ambos os pólos, o que não deixa de ser contraditório à exibição de Cor/sensorialidade patente no TRI Extroversivo Puro, como que resvalando a evidência de que o eco emocional despertado pelo conteúdo latente dos cartões, é demasiado forte para se poder exprimir.

Por conseguinte, as condutas e performances intelectuais que emergem destes resultados, sugerem o parco investimento que estas crianças e adolescentes tenderão a imprimir em termos de esforço e empenho intelectual, do mesmo modo que parece existir uma espécie de submissão passiva e conformista ao quadro perceptivo (Chabert, 2000), (ditado pelos estímulos Rorschach), e que poderá ser o protótipo do padrão de comportamento que estes sujeitos tendem a adoptar em contexto escolar. Este é um resultado que apresenta, de certa forma, algumas linhas de confluência, quanto aos postulados empíricos, previamente enunciados na revisão da literatura, relativos à existência de fragilidades e problemas cognitivos em crianças e adolescentes com doença hepática crónica, ou submetidos a transplante (Sorensen et al., 2014; Sorensen et al., 2011; Kaller, Langguth, Petermann, Ganschow, Nashan & Schulz 2013; Kaller et al., 2010; Gilmour et al., 2009; Burra, 2012).

Por conseguinte, com base nestes resultados e inferências tecidas a propósito dos mesmos, parece estar encontrada a resposta à primeira questão de investigação: - há evidências que apontam para a existência de fragilidades, no que toca à conjugação harmoniosa, entre competências e *performances* cognitivas, tanto em adolescentes e crianças transplantadas, como nos que sofrem de um processo de doença hepática crónica.

Estabelecendo uma interface relativamente ao padrão de Dinâmica Afectiva mais prevalente na amostra de doentes em estudo – “Dinâmica Afectiva com Condições Afectivas e Fantasmáticas – domínio da Rigidez e Inibição, com derrapagem perceptiva”, poder-se-á erguer um paralelismo existente, relativamente aos níveis de Actividade Intelectual também mais prevalentes, tendo em conta o padrão de inibição que lhes é transversal. Assim, tomando o caso da Actividade Intelectual com Constrangimentos, por via de um “Pensamento lacónico na inserção ao real”, e a Dinâmica Afectiva caracterizada pelo domínio da rigidez e inibição, verifica-se um duplo funcionamento – por um lado, formalista, rígido e restrito a uma realidade externa factual, banal e anódina, ditada, uma vez mais, pela elevação em F%, e, por outro lado, a existência de um pólo mais projectivo, desorganizado e desintegrado (Chabert, 2000), que põe em evidência o estado de alerta de um mundo interno, cujas manifestações angustiantes são flagrantes. Deste modo, retomando Chabert (2000), este será um tipo de

Dinâmica Afectiva onde impera a clivagem que parece existir entre momentos híper-adaptativos, muito colados à percepção da realidade externa (elevação em F% e em A%) e momentos híper-projectivos, em que essa mesma realidade é deformada (decréscimo considerável em F+%). Em termos das restantes variáveis Rorschach que se sobrepõem em função de um padrão de Dinâmica Afectiva com estas características, sobressaem a pobreza das produções (R abaixo do normativo), a presença de recusas, a nulidade ou escassez de determinantes cinestésicos, apreensões maioritariamente circunscritas em termos globais e um inventário de conteúdos bastante reduzido, estando, este último, a evidenciar a manifesta inibição da pulsão epistemofílica<sup>40</sup>.

Neste sentido, não restam grandes dúvidas quanto à preponderância que o silenciamento emocional também assume no âmbito desta configuração mental, a par da forma contida de viver a depressão (não metabolizadora do sofrimento), que parece estar implícita a esta conjuntura psíquica. De igual modo, será esta a organização mental que subjaz ao “Pensamento Concreto e Factual, com falhas na inserção ao real”, que caracteriza um dos padrões mais prevalentes da amostra de doentes, no domínio da Actividade Intelectual.

Neste contexto, particularizando algumas interacções psico-neuro-endócrino-imunológicas que se verificam entre corpo e mente, enquanto unidade psicossomática, importa ter presente que as emoções não existem dissociadas do Sistema Nervoso Autónomo, e que ambos representam níveis de defesa sub-corticais (Sá, 2009), sendo o stress o resultado da reacção de alarme simpático, admitido, nestas condições, enquanto imuno-estimulante. Em concomitância ao stress, a amígdala dispara uma resposta reflexa, de raiva ou ira, preparando o organismo para quaisquer agressões e para a mobilização de respostas de ataque ou fuga (Sá, 2009). Será de acordo com esta leitura que o stress e a agressividade subsequente representam respostas adaptativas, sendo sinónimo de reacções saudáveis, na medida em que sejam proporcionais à dor e ao sofrimento que os desencadeiam. Todavia, a perturbação instala-se sempre que o corpo permanece num estado de tensão constante (por acção da parte simpática do sistema nervoso autónomo), em virtude do stress deixar de ser imuno-estimulante, para ser imuno-supressor. Por conseguinte, instalar-se-á a clivagem de níveis de consciência (Sá, 2009), a que anteriormente se fez menção, com as irrevogáveis repercussões somáticas e prejuízos ao nível do pensamento. Deste modo, quanto maior o silenciamento emocional, no sentido de uma ausência de libertação espontânea das emoções, mais exuberantes tenderão a ser as respostas do sistema nervoso autónomo para “(...) se fazerem ouvir e, assim, promoverem os sinais de protecção que fazem chegar ao córtex” (Sá, 2009, p.36).

Em decorrência, se estas crianças e adolescentes não são capazes de conviver com as suas emoções, através de uma função simbólica que as interprete, as defesas obsessivas tenderão a alastrar-se, no intuito de silenciar e aniquiliar o incómodo que as emoções causam nestas circunstâncias (Sá,

---

<sup>40</sup> Aqui entendida enquanto passividade e ausência de investimento das condutas intelectuais, sobreponíveis a uma falta de interesse pelo conhecimento, e pela exploração criativa do mundo externo.

2009). Prorroga-se, assim, uma espécie de ciclo vicioso, em que quanto maior o silenciamento emocional imposto pelas defesas obsessivas, mais as respostas do sistema nervoso autónomo tenderão a exacerbar-se, sendo que, em consequência, face a esta exuberância das respostas do sistema nervoso autónomo, com maior veemência se farão sentir os esforços de silenciamento emocional, para lhes fazer face. Será de acordo com esta cascata de acontecimentos, que se estabelece o branqueamento emocional que parece prevalecer no padrão de Dinâmica Afectiva destes doentes.

Neste sentido, à medida que as respostas agressivas são inibidas, por exposição a experiências de pânico, de medo ou de terror, de que poderão ser exemplo as vicissitudes subjacentes à própria doença e a todo o processo de transplantação, transformar-se-ão naquilo a que Sá (2009) denomina de violência contida, ao mesmo tempo em que estará aberto o caminho para a instalação de um quadro de stress crónico. Com efeito, serão as manifestações mais exuberantes do eixo simpático, que incitarão as alterações mais profundas da activação continuada do eixo HPA<sup>41</sup>, com as inevitáveis alterações metabólicas, endócrinas e imunitárias daí decorrentes (Sargento, 2012).

Assim se compreende que Sá (2009), tenha alertado para o facto de que, sempre que aquilo que se reprime se impõe com exuberância, o reprimido transformar-se-á em estados psicóticos. Serão estas repressões constantes e continuadas ao longo do tempo, acompanhadas da contenção da agressividade, por exposição cumulativa a experiências de pânico, medo e terror, que fomentarão a inibição da função simbólica e a própria sensibilidade. Gera-se, assim, a confusão de linguagens que caracteriza a fractura entre níveis de consciência (anteriormente referida), instalando-se uma situação em que, pela racionalidade, o sujeito se defende da sua própria competência espontânea (emoções), pondo a descoberto uma tipologia de funcionamento que em tudo se assemelha a um quadro auto-imune, na medida em que estas crianças e adolescentes parecem estar a reconhecer como estranhos e agressores, os próprios recursos mentais que lhe dão vida (Sá, 2009). A este processo de desligamento progressivo e continuado entre consciências, corresponde o que Sá (2009) denomina de *Psicose Fria*, em virtude do mesmo núcleo melancólico<sup>42</sup> subjacente à psicose, ainda que diferente desta última, pela ausência ou escassez de sintomas mentais, como o delírio, e comportamentais, como os *acting* violentos (Sá, 2009).

Nestas circunstâncias, o enquistamento num funcionamento alexitímico, como o que parece prevalecer na Dinâmica Afectiva destas crianças e adolescentes transplantados, ou com doença hepática crónica, com todas as potenciais sequelas psicopatológicas e imunitárias daí advenientes, poderá constituir-se num factor adicional, promotor de uma evolução desfavorável ao quadro clínico destes doentes. De modo enfático, Sá (2009, p. 54) defende que “quando um sujeito se desliga das suas emoções, encontra-se mais vulnerável à doença – que se instala na sequência de um vazio mental e da pobreza imaginária- mas, também, torna-se inapto para

<sup>41</sup> Eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenocortical.

<sup>42</sup> Caracterizado em função da desvitalização objectal do espaço psíquico. Sá (2009) defende que este núcleo melancólico se consolida em função de um quase-nada objectal, construído em função de decepções cumulativas de apelos ao apego.



lidar com o sofrimento inerente ao diagnóstico”. Com efeito, este parece ser um dado congruente com algumas asserções estabelecidas ao nível da literatura, quanto ao papel que a alexitimia assume no âmbito da saúde e a sua relação com os estados afectivos (Kano & Fukudo, 2013; Kojima, 2012; Uher, 2010; Lumley, Neely & Burger, 2007).

A par destes padrões de funcionamento psíquico, que foram enunciados e interpretados, verificou-se que, em termos de Dinâmica Afectiva, no grupo com transplante, uma parte das crianças e adolescentes evidenciou o Domínio da Labilidade, com Angústia de Fragmentação, como sendo a conjuntura psicológica subjacente. As nuances que lhe são próprias, embora apresentem um padrão, algo divergente, do domínio caracterizado pela Rigidez e inibição, detêm configurações e produções sintomáticas com alguns pontos de semelhança. Com efeito, não deixa de estar presente um padrão de alguma contenção emocional, contudo, o núcleo que lhe dá origem apresenta contornos um pouco divergentes, na medida em que, no lugar da psicose fria e do núcleo melancólico submergente, parece estar aqui aquilo que Sá (2009) entende como *depressão fria*. Esta última, a distinção que estabelece quanto à psicose fria, que tende a caracterizar o funcionamento pautado pelo domínio de inibição e rigidez, centra-se no facto da clivagem existente entre linguagens (cortical e sub-cortical) se apresentar de forma moderada e não extremada, como parece ser o caso anterior (vertente da inibição). Este fosso que parece existir entre os dois níveis de consciência não é acompanhado de um processo clivado estático, como parece acontecer no caso da Dinâmica Afectiva em inibição, mas faz-se acompanhar de uma clivagem operante, pelo que, estas crianças e adolescentes tenderão a apresentar características mais lábeis, com movimentos oscilantes, entre contenção e impulsividade. Em concomitância, as explosões de angústia de fragmentação (angústia corporal) patentes na evocação de respostas de conteúdo humano fragmentário (Hd), Sangue (Sng) e Anatomias (Anat), contrastadas à normalização noutras variáveis (R, F%, F+%), ditam a coexistência de registos que se contrabalançam e, ainda assim, asseguram a manutenção possível, por um lado, da relação ao real (F+% dentro da média) e dos processos de pensamento. Assim, tal como preconizado por Chabert (2000), este é um modo de funcionamento em que parecem, também, estar prevalentes as fragilidades no que toca à interiorização das capacidades de *holding* materno, patente nas falhas transitórias do sistema de pára-excitação (I.A% em elevação). Estas irrupções angustiantes, sendo sinónimo de uma angústia de morte por mentalizar, poderão ser decorrentes, ou ser incitadas em função das vivências nocivas despoletadas pelo processo de transplante, como, de resto, foi demonstrado do ponto de vista estatístico.

Em confluência com as interpretações e ilacções tecidas, a propósito do padrão emocional e afectivo que mais preponderância assumiu, tanto nas crianças e adolescentes transplantados, como nos que padecem de doença hepática crónica, estão os resultados do estudo de Gritti et al., (2001), donde se terá concluído o predomínio de mecanismos de controlo sobre a vida afectiva, com a supremacia de mecanismos como a clivagem e a negação, em crianças transplantadas e/ou vítimas de doença hepática crónica.

No que concerne ao segundo padrão mais prevalente de Dinâmica Afectiva, no grupo sem transplante - “Domínio dos Processos Primários,

com angústia de fragmentação” - é de referir que o mesmo põe a descoberto a existência de uma conjuntura psicopatológica que se pauta pela incapacidade em conter as irrupções, em virtude da falha existente ao nível do sistema de para-excitação (Chabert, 2000). Nesta senda, parecem evidentes, algumas similaridades, entre os vários padrões de dinâmica afectiva que tendem a prevalecer na amostra de doentes em estudo, ainda que existam pequenas variações que, do ponto de vista semiológico, se expressam em pontos de discrepância. Assim, fazendo uma leitura integrativa entre a neurobiologia e a psicologia, os Processos Primários mais não serão do que a expressão de realidades subcorticiais e emocionais sem integração com as funções superiores do pensamento, por via de debilidades ao nível da capacidade coesiva e organizativa de uma relação subjacente. Por conseguinte, parece estar também aqui implícita uma sistematização clivada, existente, entre as emergências pulsonais, e as representações que permitiriam a sua contenção e metabolização. Desta forma, os processos de pensamento, ancorados a uma dinâmica deste tipo (como parece ser o caso dos dois níveis “Pensamento lacónico na formalização” e “Pensamento lacónico na Formalização e inserção ao real”), desvendam a impossibilidade de figurar os pensamentos, através de representações mentalizadas, bem como pelo recurso a imagens corporais fragmentárias (Chabert, 2000).

Em concomitância, este padrão de Dinâmica Afectiva, caracteriza-se pela compulsão de repetição que pareceu ter estado evidente, especialmente na ausência de reactividade específica a determinadas pranchas, pondo a descoberto o desinvestimento da realidade exterior, bem como a falência ou fragilidade dos processos adaptativos (Chabert, 1998). De forma análoga, a angústia de fragmentação põe em evidência uma espécie de falta de integração da representação do corpo, traduzida, no Rorschach, pela importância das respostas humanas fragmentadas, e, sobretudo, pela elevação registada ao nível das respostas anatómicas. De acordo com Chabert (2000, p. 211), este é um dado que “testemunha a extrema fragilidade, mesmo a quase inexistência de um continente, de um saco que conteria, guardaria juntas as diferentes partes do corpo”. Assim, transpondo esta espécie de desintegração existente, em termos corporais, para os processos de pensamento, ficam desvanecidas as dúvidas, quanto à existência de um espaço psíquico, caracterizado pela falta de coesividade, onde parecem não ser possíveis as ligações entre os pensamentos.

Assim, sendo este padrão de Dinâmica Afectiva, um dos mais prevalentes, no grupo de crianças e adolescentes sem transplante, com doença hepática crónica, é viável que se possa admitir que os acontecimentos traumáticos, de que são exemplo, o confronto com a vivência diária do estigma da doença e do diagnóstico, o carácter invasivo subjacente às múltiplas hospitalizações, e os procedimentos médicos a que se vêem submetidos, bem como os períodos alongados passados fora de casa e do ambiente familiar, detêm, *per se*, a particularidade de pôr à prova as capacidades da personalidade em lidar com essas novas experiências, do mesmo modo que atestam a função continente dos primeiros objectos, e potenciam as dificuldades pré-existentes.

No que concerne aos restantes níveis de Dinâmica Afectiva, com que as crianças e adolescentes da amostra foram categorizados, as nuances e enredos psicopatológicos não divergem substancialmente dos níveis já

descritos, sendo que, relativamente ao nível de Dinâmica Afectiva com Condições Afectivas e fantasmáticas – Domínio dos processos primários, com Planura Simbólica”, a diferença que se impõe, refere-se à restrição de conteúdos a uma só categoria. Por conseguinte, este terá sido uma organização psíquica, onde as sequelas, em termos de processo criativo de pensamento, pareceram evidenciar-se mais veemente, pela compulsão à repetição estreitada em torno de uma só temática (conteúdos de cariz abstracto), sem qualquer expressão de espontaneidade e sensibilidade.

Por fim, relativamente à influência que o transplante assumiu, na expressão da conjuntura global das Dimensões Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva, poder-se-á afirmar, de acordo com os dados resultantes do método ACM, uma preponderância relativamente reduzida. Neste sentido, ainda que possa soar a paradoxal, os perfis estabelecidos parecem não estreitar relações com a ocorrência de transplante. Ainda assim, apesar da distinção entre os sub-grupos se centrar na existência de transplante, vale enfatizar que os sujeitos não deixam de ser doentes e padecer das sequelas, físicas e psicológicas, que a vivência de um processo de doença crónica implica, tal como defendido em grande parte dos estudos considerados anteriormente (Haavisto et al., 2013; Mintzer et al, 2005; Castro & Moreno-Jiménez 2008; Haavisto et al., 2013; Shemesh et al., 2005; Walker et al., 1999). Deste modo, poder-se-á conjecturar a existência de um padrão prévio de características e nuances psico(pato)lógicas, que vieram a ser precipitadas pelo traumatismo psíquico imposto pelo transplante.

Assim se compreende o facto de que alguns estudos têm sublinhado a importância de uma avaliação psicossocial pré-transplante, com o propósito de poderem ser conhecidas e clarificadas as principais vulnerabilidades e maiores obstáculos à indicação dessa hipótese terapêutica, a determinado paciente, bem como os potenciais problemas e riscos que deverão ser tidos em conta na fase subsequente, capazes de exercer forças de bloqueio à recuperação (Santos et al., 2012; Anton & Piccinini, 2010; Goetzmann et al., 2007; Abrunheiro, Perdigoto & Sendas, 2005; Fukunishi et al., 2002).

## **VI – Conclusões e considerações finais**

O principal propósito subjacente a esta investigação fundou os seus contornos na grande teia de repercussões com que a vivência de um processo de doença hepática crónica se faz acompanhar, sobretudo, quando existe a inevitabilidade de um processo de transplante. Ancorados neste princípio, os procedimentos investigativos levados a cabo, permitiram a aquisição de um discernimento, um pouco mais alargado, acerca das vicissitudes e configurações psico(pato)lógicas que podem estar em jogo no âmbito de tais processos. Esta asserção ergue-se com alguma convicção, na medida em que foram, de facto, constatadas múltiplas incidências, às quais a compreensão integrada do fenómeno, não pode privar-se de considerações. Nesta senda, tendo presente as evidências que emergem dos principais achados do estudo, poder-se-á afirmar, ainda que, particularizadas as devidas reservas, que os resultados apontam para a existência de flagrantes hiatos, entre as potencialidades e competências cognitivas que estas crianças e adolescentes

detêm, e as que, efectivamente, parecem estar a prevalecer, em termos de *performances*, no seu padrão de funcionamento habitual. Esta é uma premissa estabelecida em função dos níveis (organizações psicopatológicas) definidos, em termos de resultados combinatórios das variáveis Rorschach, na Dimensões da Actividade Intelectual e Dinâmica Afectiva.

No que se refere à preponderância assumida pela ocorrência de transplante, na apresentação global das organizações psicopatológicas apuradas, em todas as crianças e adolescentes da amostra em estudo, as evidências estatísticas apontaram para um quase negligenciável protagonismo desta intercorrência, na exibição das conjunturas psicopatológicas percebidas. Ainda assim, valerá enfatizar e ressaltar que a ocorrência de transplante, tal como a vivência continuada de um processo de doença, especialmente no caso pediátrico, jamais poderão ser tomadas à parte da exibição destas nuances psicopatológicas, em virtude de ambas constituírem os principais pontos nodais da vida destes doentes e das suas famílias. Mais ainda, são pontos nodais, aos quais, estas crianças e estes adolescentes não poderão “voltar costas”, sob pena das dificuldades poderem ser ainda mais penosas, e, sobretudo, por se tratarem de experiências que se “colam à pele”, ou não fossem, elas próprias, experiências de quase-morte. Neste sentido, apesar das influências assumidas pela variável transplante, não terem apresentado grande relevo, em termos estatísticos, não poderão ser desconsideradas do âmbito da discussão referente à expressão das conjunturas psicopatológicas observadas.

Conjecturando algumas reflexões em torno das implicações pragmáticas que parecem ser mais flagrantes, a propósito dos principais resultados obtidos, será fulcral, antes de mais, advertir que as adjacências que se encontram a catapultar o desequilíbrio que parece existir, entre as reais competências e as *performances* intelectuais demonstradas, prendem-se, sobremaneira, com a contenção emocional que parece ser o pilar estrutural das desorganizações registadas. Todavia, as fragilidades e os constrangimentos, potencialmente decorrentes da falência objectal, e o subsequente silenciamento emocional, não exercerão ressonâncias circunscritas, apenas, ao domínio cognitivo, mas, alastrar-se-ão, à grande generalidade das esferas de funcionamento destas crianças e adolescentes, essencialmente, em termos psicossociais. Reflectindo um pouco acerca desta premissa, compreender-se-á que, quanto mais estas crianças e adolescentes se encapsularem em torno do registo de contenção emocional, que parece ser a característica nuclear dos seus padrões de dinâmica afectiva, maiores tenderão a ser as dificuldades sentidas por todas aquelas pessoas que os envolvem.

Como tal, as atitudes de “retirada” (subjacentes à depressividade que se encontra latente), a postura de hostilidade que poderão adoptar, como que em dissimulação do sofrimento que os cerca, constituir-se-ão, *per se*, fontes potenciais de reforço das barreiras defensivas existentes, na medida em que contribuirão para a ausência de aproximação de outras pessoas, incrementando, deste modo, o quadro de “solidão objectal” (Sá, 2009, p. 142) que se encontra submerso a esta cascata de sintomas.

Adicionalmente, para além dos resultados e ganhos académicos que a escola pode proporcionar, existem aquisições a outros níveis, designada e especificamente, no caso dos adolescentes, a interacção que a mesma

propicia com um grupo de iguais, assumindo um grande protagonismo no que concerne não só ao desenvolvimento das competências sociais, como no estabelecimento da identidade “extra-familiar”. Neste sentido, a existência de dificuldades escolares, consubstanciada pelos constrangimentos existentes, no equilíbrio entre performances e potenciais competências cognitivas, pode constituir um factor de peso, quer no eventual absentismo escolar, quer em termos das lacunas sócio-relacionais que possam daí decorrer. Em reforço, todo este cenário pode sofrer de um potencial agravante, caso os adolescentes ou crianças em questão, por força das exigências médicas subjacentes à sua condição clínica, se encontrem na iminência recorrente de hospitalizações, facto que promoverá um aumento das vivências stressantes implícitas ao internamento, bem como o afastamento das actividades quotidianas, onde se insere a escola

Em concomitância, as cicatrizes e as mazelas físicas resultantes dos procedimentos médicos recorrentes, de carácter invasivo, ampliam o comprometimento da relação que as crianças e, sobretudo os adolescentes, estabelecem com o seu próprio corpo (Castro & Moreno-Jiménez (2008). Por conseguinte, a sensação de estar num corpo estranho, com o qual o pensamento parece não estabelecer pontos de ligação, mas, ao invés, a defenderem-se um do outro, em muito contribuirá para que as nuances de isolamento, relativamente ao mundo externo, se consubstanciem consideravelmente. Para além disso, importa que não se menorize o facto de que apesar do transplante devolver a qualidade de vida à criança, ou ao adolescente, bem como à sua família, o mesmo não se demite da persistência do medo da morte e do fantasma que representa. Em parceria, detém a peculiaridade de poder instigar, mais ainda, um eventual funcionamento clivado pré-existente, no sentido de que poderá haver uma parte do doente que é mobilizada em torno da fé no futuro e na vida, concomitante a outra parte, que não deixa de ser absorvida pelo medo da ameaça de morte que não se encontra à margem deste processo, mais que não seja, a um nível mais submerso de consciência. Deste modo, é imperativo que se tenha em consideração que, dependendo da estrutura de base da criança ou do adolescente que passa por um processo destes, as potenciais repercussões, far-se-ão sentir, com maior capacidade de ajustamento, no caso dos que se vejam envoltos numa teia de relações promotoras de vida e continentes do sofrimento, ou com um potencial de agravamento do quadro clínico, no caso dos trilhos psicopatológicos terem adquirido preponderância face aos recursos vitais (capacidade de elaborar a perda, capacidade de elaborar a tristeza e o sofrimento). Este último caso será um dos cenários que maior destaque imprime, quanto à importância de uma aproximação entre a Medicina e a Psicologia, rumo ao entendimento pluralizado do ser humano, em termos de manutenção e profilaxia da saúde, sempre que sejam entendidos os processos de adoecimento, a um nível que transcenda a consideração exclusiva do domínio corporal.

Com efeito, tal como defendido por Sargento & Sá (2008), a psicossomática, desvanecendo o paradigma do domínio da *psique* sobre o corpo, mais não será do que o entendimento holístico do ser humano, de forma integrada, enquanto unidade psicossomática, onde corpo e mente são complemento de uma mesma realidade, de tal modo que essa continuidade indissociável “se estende do cérebro até à ponta dos dedos dos pés”

(Sargento, 2012, p.100). Nesta senda, será apenas através da visão e compreensão da doença hepática e do processo de transplante, sob o olhar pluralizado providenciado pela perspectiva psicossomática, que poderá ser fielmente atendida a complexidade intrínseca aos fenómenos que pautam o adoecimento, do mesmo modo que poderão ser atendidas as ressonâncias que este último exerce, em termos da dinâmica mental dos sujeitos envolvidos em tais processos.

Ancorado neste raciocínio, o presente trabalho acaba por reiterar a questão de que esforços deverão ser erguidos para que, em qualquer unidade de saúde exista uma integração, cada vez mais veemente, dos técnicos de saúde mental, nas equipas médicas, a fim de que seja promovida a consciência e compreensão de que o adoecimento físico, não existe à margem de sequelas e contrapartidas psicopatológicas, do mesmo modo que a existência de determinadas conjunturas psíquicas podem insurgir-se como potenciais precursoras dos desequilíbrios intrínsecos a muitos estados de doença.

Particularizando o facto de, nesta amostra, o padrão de contenção emocional (funcionamento alexitímico) parecer ter sido o mais prevalente, com as sequelas cognitivas de que se faz acompanhar, em termos de uma espécie de bloqueio e inibição das competências intelectuais destas crianças e adolescentes, seria profícua a valorização crescente da expressão verbal, ao nível das escolas. Esta sugestão fundamenta-se no facto de que, quanto mais uma pessoa é capaz de verbalizar o que sente, em tempo real, menos “ruído” tende a existir e maior será a capacidade de expressão de estados emocionais. Sendo o funcionamento alexitímico sugestivo de falhas a este nível, um investimento nas competências verbais, em termos da construção de narrativas em torno da descrição de estados subjectivos, seria, de facto, um primeiro e grande passo a ser dado, rumo à reversão de muitos défices a este nível. Consequentemente, de forma tendencial e progressiva, existiria margem para que estes bloqueios se convertessem em passos para o progresso, não só em termos de aumento de rendimento escolar (pela redução dos mecanismos inibitórios do pensamento), mas, sobretudo, em termos da saúde em geral.

Não obstante, ainda que o presente estudo detenha potencialidades evidentes, no emoldurar das várias nuances psico(pato)lógicas inerentes a processos tão incisivos quanto um transplante e a vivência de doença crónica, o mesmo não se encontra imune a uma série de limitações. Assim, é preciso ressaltar que os resultados obtidos, por intermédio do Teste de Rorschach, são poderosos indicadores relativos à Dinâmica mental que subjaz a estes doentes, sendo que, no entanto, não poderá ser descartada a possibilidade de crassos enviesamentos, ou, inclusivamente, inferências inflacionadas, em virtude da *decalage* que poderá existir entre o normativo, no caso francês, e o que poderá ser normativo em Portugal.

De forma adicional, existem outras limitações, designadamente, o carácter multi-examinador que esteve subjacente à recolha de todos os dados. Por conseguinte, apesar da mais-valia proporcionada pelo procedimento posto em prática, relativo à rectificação e homogeneização, em função de um só examinador, as subtilezas que só o contacto transferencial permite antever, foram como que anuladas. Deste modo, o carácter eminentemente relacional que caracteriza o Rorschach, em função

deste procedimento de uniformização de critérios aplicados, ficou como que desfalcado, tendo em conta que, ao ser um trabalho de síntese, com as necessárias rectificações feitas aos psicogramas, os imperativos subjectivos que emergiram do contacto com cada uma das crianças e adolescentes não puderam ser postos à discussão.

Para além do exposto, o facto de terem sido erguidos raciocínios com base em variáveis de cariz, tendencialmente, qualitativo, poderá impor algumas reservas do ponto de vista interpretativo, tendo em conta que os mesmos, não poderão proporcionar o rigor e objectividade, decorrentes do uso de técnicas estatísticas aplicáveis a dados de índole mais quantitativa. De forma análoga, seria importante expandir um pouco mais a amostra que foi alvo de escrutínio, de forma a que, eventualmente, pudessem ser retiradas e tecidas ilacções com outro grau de fidedignidade.

Não obstante as muitas limitações impostas pela metodologia adoptada, é imprescindível que não se minorize a questão de que o Rorschach premeia o acesso à singularidade, pondo a descoberto determinados pormenores que, à priori, apesar de poderem parecer insignificantes, detêm a particularidade de desvendar a essência do individual, tal como apontado por Marques & Aleixo (1994). Assim, de acordo com esta mais-valia, o presente estudo, pese embora a presença das incidências que, seguramente, o limitam, como sendo o caso da parca experiência clínica de que padecem cada um dos intervenientes nas aplicações do teste de Rorschach aqui sumariadas, não deixa de se assumir como uma investigação capaz de fixar um conjunto de âncoras num terreno carente de novos cultivos.

Deste modo, o futuro da Psicologia da Saúde consubstanciar-se-ia bastante, se os seus princípios de acção se fundamentassem em grelhas de leitura, cada vez mais incisivas, na inequívoca participação da emocionalidade em qualquer processo de adoecimento.

## Bibliografia

- Adebäck, P., Nemeth, A. & Fschler, B. (2003). Cognitive and emotional outcome after pediatric liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 7, 385-389.
- Alferes, V. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1993). Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*, 92, 876-878.
- Anton, M. C. & Piccinini, C. A. (2010). Aspectos Psicossociais Associados a Diferentes Fases do Transplante hepático Pediátrico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 455-464.
- Anton, M. C. & Piccinini, C. A. (2011). O desenvolvimento emocional em crianças submetidas a transplante hepático. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 39-47.

- Baranyil, A., Krauseneck, T. & Rothenhäusler, H.B. (2013). Overall mental distress and health-related quality of life after solid-organ transplantation: results from a retrospective follow-up study. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11 (15). Acedido em <http://hqlo.com/content/11/1/15>.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de Cotation des Formes dans le Rorschach*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Blos, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Boekaerts, M. & Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 311-337.
- Bradford, R. & Tomlinson, L. (1990). Psychological guidelines in the management of paediatric organ transplantation. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 1000-1003.
- Brett, A., Cardoso, A., Pinto, C., Campos, A. P., Ferreira, S... Gonçalves, I. (2013). Hepatite Auto-imune em idade pediátrica: experiência de 20 anos. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 20(5), 191-198.
- Brosbe, M. S., Faust, J. & Gold, S. N. (2013). Complex traumatic Stress in the Pediatric Medical Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14, 97-112. doi: 10.1080/1529-9732.2012.724761.
- Bucuvalas, J. (2009). Long-Term Outcomes in Pediatric Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 15(11), S6-S11.
- Bucuvalas, J. C. & Alonso, E. (2008). Long-term outcomes after liver transplantation in children. *Current Opinion Organ Transplant*, 13, 247-251.
- Burra, P. (2009). Sexual Dysfunction After Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 15(11), S50-S56. doi: 10.1002/lt.21899.
- Burra, P. (2012). The adolescent and liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 56, 714-722.
- Camelier, A. A., Winter, D. H., Jardim, J. R., Barboza, C. G., Cukier, A. & Miravittles, M. (2008). Deficiência de Alfa-1antitripsina: diagnóstico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7), 514-527.
- Carvalho, H. (2004). *Análise Multivariada de Dados Qualitativos - Utilização da HOMALS com o SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1978). Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts – Certain analogies to events during psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 47, 381-397.
- Castro, E. K. (2009). Bem-estar subjectivo de adolescentes transplantados de órgãos. *Análise Psicológica*, 27(1), 89-98.
- Castro, E. K. & Moreno-Jménez, B. (2005). Funcionamiento Familiar en Situación de Transplante de Órganos Pediátrico. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 383-388.



- Castro, E. K. & Moreno-Jiménez, B. (2008). The Influence of Clinical Variables on the Psychological Adaptation of Adolescents after Solid Organ Transplantation. *Journal of Clinical Psychology & Medical Settings*. doi:10.1007/s10880-008-9114-y.
- Castro, K. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância, para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 15(3), 625-635.
- Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à Prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na Clínica do Adulto - Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor, menos Doença: a Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Corruble, E., Barry, C., Varescon, I., Falissard, B., Castaing, D. & Samuel, D. (2011). Depressive symptoms predict long-term mortality after liver transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 32-37. doi: 10.1016/j.psychores.2010.12.008.
- Damas, C., Amorim, A. & Gomes, I. (2008). Fibrose Quística: Revisão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(1), 89-112.
- Damásio, A. (2005). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. 24ª Edição. Lisboa: Publicações Europa-América.
- De Bona, M., Ponton, P., Ermani, M., Iemmbolo, R. M., Feltrin, A., Boccagni, P...Burra, P. (2000). The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 33, 609-615.
- Decker, O., Lehmann, A., Fragmann, J., Brosig, B & Winter, M. (2008). Phases of organ integration and conflict in a transplant recipient: a longitudinal study using a diary. *The American Journal of Psychoanalysis*, 68, 237-256. Doi: 10.1057/ajp.2008.15.
- Dias, J. A. (2012). Doença hepática auto-imune em Pediatria – comentário. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 19(5), 221-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2012.07.015>.
- Dick, A. A., Perkins, J. D., Spitzer, A. L., Lao, O. B., Healey, P. J. & Reyes, J. D. (2010). Impact of obesity on children undergoing liver transplantation. *Liver Transplantation*, 16, 1296-1302.
- DiPaola, F., Grimley, M. & Bucuvalas, J. (2012). Pediatric Acute Liver Failure and Immune Dysregulation. *The Journal of Pediatrics*, 11, 407-409.
- Dommergues, J. P., Letierce, A., Gravereau, L., Planguet, F., Bernard, O. & Debray, D. (2010). Current Lifestyle of Young Adults After Liver Transplantation During Childhood. *American Journal of*

- Transplantation*, 10, 1643-1651. Doi: 10.1111/j.1600-6143.2010.03054.x.
- Domínguez-Cabello, E., Martín-Rodríguez, A., Pérez-San-Gregorio, M. A. & Pérez-Bernal, J. (2010). Influence of Relatives' Anxious Symptomatology on the Quality of Life of Pretransplant Hepatic Patients. *Transplantation Proceedings*, 42, 2964-2965. doi:10.1016/j.transproceed.2010.07.059.
- Ellis, D. & Cromby, J. (2012). Emotional inhibition: A discourse analysis of disclosure. *Psychology and Health*, 27 (5), 515-532.
- Emre, S. & Umman, V. (2011). Split Liver Transplantation: Na Overview. *Transplantation Proceedings*, 43, 884-887. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.02.036.
- Engle, D. (2001). Psychosocial Aspects of the organ Transplant Experience: What Has Been Established and What We Need for the Future. *Journal of Clinical Psychology*, 5(74), 521-549.
- Ferreira, C. T., Vieira, S. M. G. & Silveira, T. R. (2000). Transplante hepático. *Jornal de Pediatria*, 76(2).
- Foran, H. M. & O'Leary, K., D. (2013). The Role of Relationships in Understanding the Alexithymia-Depression Link. *European Journal of Personality*, 27, 470-480. DOI: 10.1002/per.1887.
- Friman, S. (2013). Recurrence of Disease After Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 45, 1178-1181. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.10.009>.
- Fukunishi, I., Kita, Y., Sugawara, Y. & Makuuchi, M. (2003). Alexithymia Characteristics Before and After Living Donor Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 35, 296. doi:10.1016/S0041-1345(02)03914-3.
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H. & Surman, O. S. (2002). Association Between Pretransplant Psychological Assessments and Posttransplant Psychiatric Disorders in Living-Related Transplantation. *Psychosomatics*, 43(1), 49-54.
- Geist, R., Grdisa, V. & Otley, A. (2003). Psychosocial issues in the child with chronic conditions. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(2), 141-152. Doi: 10.1053/ybega.2003.362.
- Gilmour, S., Adkins, R., Liddell, G. A., Jhangri, G. & Robertson, M. T. (2009). Assessment of Psychoeducational Outcomes After Pediatric Liver Transplant. *American Journal of Transplantation*, 9, 294-300. doi: 10.1111/j.1600-6143.2008.02480.x.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, J., Boehler, A., Muellaupt, B...Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after na organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver and bone-marrow patients.

- Journal of Psychosomatic Research*, 62, 93-100. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.023.
- Gonçalves, Y. N. & Gomes, A. M. (2013). A experiência do transplante hepático para crianças e adolescentes: a frágil vida forte. *Revista Faculdade de Santo Agostinho*, 10(3), 175-198.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climpsi.
- Gritti, A., Di Sarno, A. M., Comito, M., De Vincenzo, A., De Paola, P. & Vajro, P. (2001). Psychological impact of liver transplantation on children's inner worlds. *Pediatric Transplantation*, 5(1), 37-51.
- Gritti, A., Sicca, F., Di Sarno, A. M., Di Cosmo, N., Vajro, S. & Vajro, P. (2006). Emotional and behavioral problems after pediatric liver transplantation: A quantitative assessment. *Pediatric Transplantation*, 10, 205-209. doi:10.1111/j.1399-3046.2005.00426.x.
- Grover, S., & Starker, S. (2012). Liver Transplant – Psychiatric and Psychosocial Aspects. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 2(4), 382-392.
- Guimaro, M. S., Lacerda, S. S., Karam, C. H., Ferraz-Neto, B. H. & Andreoli, P. B. A. (2008). Psychosocial Profile of Patients on the Liver Transplant List. *Transplantation Proceedings*, 40, 782-784. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.02.040.
- Haavisto, A., Korkman, A., Sintonen, M., Holmberg, C., Jalanko, H., Lipsanen, J. & Qvist, J. (2013). Risk factors for impaired quality of life and psychosocial adjustment after pediatric heart, kidney and liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 17, 256-265. Doi:10.1111/petr.12054.
- Hartley, J. L. & Kelly, D. A. (2009). End stage liver failure. *Pediatrics and Child Health*, 20(1), 30-35.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2014). Colheita e Transplantação: Dados anuais de 2013. Acedido em 14 de Novembro:  
[http://www.ipsangue.org/images/stories/Anexos\\_transplantacao/Colheita\\_e\\_Transplantacao\\_2013.pdf](http://www.ipsangue.org/images/stories/Anexos_transplantacao/Colheita_e_Transplantacao_2013.pdf).
- Junior, R. S., Miyazaki, M. C., Domingos, N. M., Valério, N. I. Silva, R. F. & Silva, R. C. (2008). Patients Undergoing Liver Transplantation: Psychosocial Characteristics, Depressive Symptoms, and Quality of Life. *Transplantation Proceedings*, 40, 802-804. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.02.059.
- Kaller, T., Beck, A., Sander, K., Richterich, A., Burdelski, M., Ganschow, R. & Schulz, K. H. (2010). Cognitive abilities, behaviour and quality of life in children after liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 14, 496-503. doi: 10.1111/j.1399-3046.2009.01257.x.

- Kaller, T., Langguth, N., Petermann, F., Ganschow, R., Nashan, B. & Schulz, K. H: (2013). Cognitive Performance in Pediatric Liver Transplant Recipients. *American Journal of Transplantation*, 13, 2956-2965. doi: 10.1111/ajt.12408.
- Kano, M. & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to pshysical disorders. *Biopsychosocial Medicine*, 7 (1), 1-9. <http://www.bpsedecine.com/content/7/1/1>.
- Kelly, D. A., & Wilson, D. C. (2006). Chronic liver failure. *Current Pediatrics*, 16, 51-58. Doi: 10.1016/j.cupe.2005.11.002
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for helath problems: a bief review of epidemiological studies. *Biopsychosocial Medicine*, 6 (21), 1-9.
- Kosola, S., Lampela, H., Lauronen, J., Mäkisalo, H., Jalanko, H., Qvist, E. & Pakarinen, M. P. (2012). General Health, Health-Realted Quality of Life and Sexual Health After Pediatric Liver Transplantation: A Nationwide Study. *American Journal of Transplantation*, 12, 420-427. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03819.x.
- Kraaij, V. & Garnefski, N. (2012). Coping and depressive symptoms in adolescents with a chronic medical condition: A search for intervention targets. *Journal of Adolescence*, 35, 1593-1600. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.06.007>.
- Krahn, L.E. & DiMartini, A. (2005). Psychiatric and Psychosocial Aspects of Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 11 (10), 1157-1168. doi: 10.1002/lt.20578.
- Lazzaretti, C. T. (2005). Considerações éticas no transplante hepático com doador vivo. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(1), 15-26.
- López-Navas, A., Rios, A., Riquelme, A., Martínez-Alarcón, L., Pons, J. A., Miras, M...Parrilla, P. (2010). Importance of Introduction of a Psychological Care Unit in a Liver Transplantation Unit. *Transplantation Proceedings*, 42, 302-305. doi: 10.1016/j.transproceed.2009.11.011.
- Lumley, M. A., Neely, L. C. & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230-246.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (6ªed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.

- McKiernan, P. J. (2006). Metabolic disease as a cause of chronic liver disease in children. *Current Pediatrics*, 16, 64-69. Doi: 10.1016/j.cupe.2005.10.001.
- McLin, V. A., Anand, R., Daniel, S. R., Yn, W. & Alonso, E. M. (2012). Blood pressure Elevation in Long-Term Survivors of Pediatric Liver-Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 12, 183-190. doi:10.1111/j.1600-6143.2011.03772.x.
- Mendes-Castillo, A. M., Bousso, R. S., Ichikawa, R. F. & Silva, L. R. (2014). A Utilização do *Family Managment Sytle Framework* para avaliação do manejo familiar do transplante hepático na adolescência. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(3), 430-437. doi: 10.1590/S0080-623420140000300007.
- Mieli-Vergani, G. & Vergani, D. (2011). Autoimmune liver diseases in children – What is diferente from adulthood? *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25, 783-795. doi:10.1016/j.bpg.2011.10.007.
- Mintzer, L. L., Stuber M, L., Seacord, D., Castañeda, M., Mesrkhani, V. & Glover, D. (2005). Traumatic Stress Symptoms in Adolescent Organ Transplant Recipients. *Pediatrics*, 115(6), 1640-1644.
- Mohammad, S., Grimberg, A., Rand, E., Anand, R., Yin, W. & Alonso, E. (2013), Long-Term Linear Growth and Puberty in Pediatric Liver Transplant Recipients. *The Journal of Pediatrics*, 163, 1354-1360. <http://dx.doi.org/10.1016/j.peds.2013.06.039>.
- Morana., J. G. (2009). Psychological evaluation and follow-up in liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 15(6), 694-696. doi: 10.3748/wjg.15.694.
- Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U. T., Lohse, A. W. & Otto, G. (2002). The Relevance of Anxiety, Depression and Coping in Patients After Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 8(1), 63-71.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi, pp. 285-311.
- Olausson, B., Utbult, Y., Hansson, S., Krantz, M., Brydolf, M., Lindström, B. & Holmgren, D. (2006). Transplanted children's experiences of daily living: Children's narratives about their lives following transplantation. *Pediatric Transplantation*, 10, 575-585. doi: 10.1111/j.1399-3046.2006.00525.x.
- Oneto, M. M., Marques, M. E. & Pinheiro., C. B. (2009). A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? – Análise de um protocolo de uma paciente limite. *Análise Psicológica*, 28(3), 331-347.
- Pelgur, H. Atak, N. & Kose, K. (2009). Anxiety and Depression Levels of Patients Undergoing Liver Transplantation and Their need for Training. *Transplantation Proceedings*, 41. 1743-1748. doi: 10.106/j.transproceed.2008.11.012.

- Perdigoto, R. (1995). *Aspectos Médicos da Transplantação Hepática*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Perdigoto, R. & Monteiro, E. (2003). Notas Históricas. Transplante Hepático em Portugal. *Transplante Hepático no Mundo. Hepatologia de Transplante*. Coimbra: Minerva (pp. 17-23).
- Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Asián-Chavez, E., Gallego-Corpa, A. & Pérez-Bernal, J. (2005). Psychological Adaptation of Liver Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 37, 1502-1504. doi:10.1016/j.transproceed.2005.02.053.
- Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Díaz-Domínguez, R. & Pérez-Bernal, J. (2006). The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406-2408. doi: 10.1016/j.transproceed.2006.08.069.
- Pérez-San-Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez A. & Pérez-Bernal, J. (2008). Influence of the Psychological State of Relatives on the Quality of Life of Patients at 1 Year After Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 40, 3109-3111. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.09.030.
- Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A. & Pérez-Bernal, J. (2008). Psychological Differences of Patients and Relatives according to Post-Transplantation Anxiety. *The Spanish Journal of Psychology*. 11 (1), 250-258.
- Perito, E. R., Lau, A., Rhee, S., Roberts, J. P. & Rosenthal, P. (2012). Posttransplant Metabolic Syndrome in Children and Adolescents After Liver Transplantation: A Systematic Review. *Liver Transplantation*, 18, 1009-1028.
- Pierre, G. & Chronopoulou, E. (2013). Metabolic disorders presenting as liver disease. *Pediatrics and Child Health*, 23(12), 509-515.
- Portal da Saúde (2014). Acedido a 10 de Outubro: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/transplante+hepatico+ped.htm>.
- Posfay-Barbe, K. M., Barbe, R. P., Wetterwald, R., Belli, D. C., & McLin, V. A. (2013). Parental functioning improves the development quotient of pediatric liver transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 17, 355-361. doi: 10.1111/petr.12080.
- Rausch de Traubenberg, N. (1975). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Culturix.
- Rausch de Traubenberg, N. & Boizou, M. F. (1999). *O Rorschach na Clínica Infantil: O imaginário e o Real na Criança*. Lisboa: Climepsi.

- Romo, L., Page, S. & Gell, C. (2011). Étude des émotions chez les patients transplantés hépatiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 585-587. Doi: 10.1016/j.amp.2011.08.007.
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma Nova Psicanálise*. Coimbra: Almedina.
- Sá, E. (2007). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: ISPA.
- Samnyn, M. (2012). Optimizing Outcomes for Pediatric Recipients. *Liver Transplantation*, 18, S34-S38. Doi: 10.1002/Lt.23543.
- Santos, C. D., Gonçalves, L. S., Buzzo, N., Mendes, T. R., Dias, T. P., da Silva, R. C. A... Miyazaki, M. S. (2012). Quality of Life, Depression, and Psychosocial Characteristics of Patients Awaiting Liver Transplants. *Transplantation Proceedings*, 44, 2413-2415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.07.046>
- Sargento, J. A. (2012). *Factores Psicológicos e doença oncológica: estudo da relação entre psicoticismo, hostilidade e depressão com a evolução da doença*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sargento, J. A. & Sá, E. (2008). *Doença na Sombra: Cancro e Piscossomática*. Comunicação apresentada no 7º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde, “Intervenção em Psicologia e Saúde”. Porto e HiltonSeda.
- Shemesh, E., Annunziato, R. A., Shneider, B. L., Newcorn, J. H., Warshaw, J. K., Dugan, C. A...Emre, S. (2005). Parents and clinicians underestimate distress and depression in children who had a transplant. *Pediatric Transplantation*, 9, 673-679. doi: 10.1111/j.1399-3046.2005.00382.x.
- Shemesh, E., Shneider, B. L., Savitzky, J. K., Arnott, L., Gondolesi, G., Krieger, N...Emre, S. (2004). Medication Adherence in pediatric and Adolescent Liver Transplant Recipients. *Pediatrics*, 113 (4), 825-832.
- Silva, E. S., Pó, I. & Gonçalves, I. (2010). Colestase Neonatal - Protocolo de abordagem diagnóstica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(3), 141-143.
- Simons, L. E., Anglin, G., Warshaw, B. L., Mahle, W. T., Vincent, R. N. & Blount, R. L., (2008). Understanding the pathway between the transplant experience and health-related quality of life outcomes in adolescents. *Pediatric Transplantation*, 12, 187-193. doi:10.1111/j.1399-3046.2007.00805.x.
- Sokal, E. M. (1995). Quality of life after orthotopic liver transplant. Na overview of psysical, psychological and social outcome. *European Journal of Pediatrics*, 154, 171-175.
- Soltys, K. A., Mazariegos, G. V., Squires, R. H., Sindhi, R. K. & Anand, R. (2007). Late graft loss or death in pediatric liver transplantation: an

- Analysis of Split Database. *American Journal of Transplantation*, 7, 2165-2171. Doi: 10.1111/j.1600-6143.2007.01893.x.
- Sorensen, L. G., Neighbors, K., Martz, K., Zelko, F., Bucuvalas, J. C. & Alonso, E. M. (2011). Cognitive and Academic Outcomes after Pediatric Liver Transplantation: Functional Outcomes Group (FOG) Results. *American Journal of Transplantation*, 11, 303-311. doi: 10.1111/j.1600-6143.2010.03363.x.
- Sorensen, L. G., Neighbors, K., Martz, K., Zelko, F., Bucuvalas, J. C. & Alonso, E. M. (2014). Longitudinal Study of Cognitive and Academic Outcomes after Pediatric Liver Transplantation. *The Journal of the Pediatrics*, 165, 65-702.
- Squires, R. (2004). Autoimmune hepatitis in children. *Pediatric Gastroenterology*, 6, 225-230.
- Tannuri, A. C., Gibelli, L.R., Ricardi, M. M., Santos, J. G., Maksoud-Filho, M. L., ...Tannuri, U. (2011). Living Related Donor Liver Transplantation in Children. *Transplantation Proceedings*, 43, 161-164. Doi: 10.1016/j.transproceed.2010.11.013.
- Tavares, E. (2004). A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica*, 22(4), 765-777.
- Taylor, R., Franck, L. S., Gibson, F. & Dhawan, A. (2005). A Critical Review of the Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents After Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 11 (5), 51-60. doi: 10.1002/lt.20294.
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Gibson, F., Donaldson, N. & Dhawan, A. (2009). Study of the Factors Affecting Health-Related Quality of Life in Adolescents After Liver Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 9, 1179-1188.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A. & Mega, I. (2010). Personalidade e Transplante. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 655-662.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. & Monteiro, E. (2008). Coping nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 141-148.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Mateus, E. & Monteiro, E. (2009). When Does Quality of Life Improve After Liver Transplantation? A Longitudinal Prospective Study. *Transplantation Proceedings*, 41, 904-905. doi: 10.1016/j.transproceed.2009.01.051.
- Tome, S., Wells, J. T., Said, A. & Lucey, M. R (2008). Quality of life after liver transplantation. A systematic review. *Journal of Hepatology*, 48, 567-577.
- Utela, A., Qvist, E., Holmberg, C., Pihko, H. & Jalanko, H. (2008). Headache in children and adolescents after organ transplantation. *Pediatric Transplantation*, 13, 565-570. doi:10.1111/j.1399-3406.2008.00973.x.



- Vilarinho, S., Choi, M., Jain, D., Malhotra, A., Kulkarni, S., Pashankar, D...Mistry, P. K. (2014). Individual Exome Analysis in Diagnosis and Management of Pediatric Liver Failure of Indeterminate Etiology. *Journal of Hepatology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.06.038>
- Wainwright, S. P. (1997). Transcending chronic liver disease: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 43-53. /
- Walker, A. M., Haris, G., Baker, A., Kelly, D. & Houghton, J. (1999). Post-traumatic stress Responses Following Liver Transplantation in Older Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 363-374.
- Wallander, J. L. & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 30(10), 1212-1219.
- Young, G. S., Mintzer, L. L., Seacord, D., Castañeda, M., Mesrkhani, V. & Stuber, M. L. (2003). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Parents os Transplant Patients: Incidence, Severtity and Related Factors. *Pediatrics*, 111(6), 725-731.

## Anexo I

### Entrevista Clínica com Pais – Anamnese Identificação da criança/adolescente e do entrevistado

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
 Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_  
 Relação de parentesco com a criança/Adolescente: \_\_\_\_\_  
 Data da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Examinador: \_\_\_\_\_

#### Agregado Familiar

##### **Mãe**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_

##### **Pai**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tem irmãos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_  
 Com quem vive? \_\_\_\_\_

#### Habitação

**Tipo de habitação:** 1- Moradia, 2- Apartamento, 3- Casa rural, 4- Outros:  
**Conforto da habitação:** 1- Água canalizada, 2- Electricidade, 3- Aquecimento, 4- Cozinha e 5- WC.

A criança tem o seu próprio quarto? \_\_\_\_\_  
 Se não tem, com que o partilha? \_\_\_\_\_  
 A criança tem a sua própria cama? \_\_\_\_\_  
 Se não tem, com quem o partilha? \_\_\_\_\_

#### Gravidez

Foi desejada? \_\_\_\_\_  
 Houve gravidezes anteriores? \_\_\_\_\_  
 Houve algum aborto espontâneo anteriormente? \_\_\_\_\_  
 Houve alguma interrupção voluntária da gravidez? \_\_\_\_\_  
 Teve Assistência Médica? \_\_\_\_\_  
 Ocorreram algumas complicações (acidentes, raio x, rubéola, ou outras doenças infecciosas, medicações, luto, etc.)? \_\_\_\_\_

Como recorda a gravidez? \_\_\_\_\_  
 Reacção ao sexo do bebé (pai e mãe)? \_\_\_\_\_

#### Parto

Quantas semanas de gestação? \_\_\_\_\_  
 Foi assistido? \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto: 1- Eutócito, 2- Cesariana, 3- Pélvico sem fórceps, 4- Pélvico com fórceps, 5- Cefálico sem fórceps ou ventosa.  
 Primeira impressão quando o bebé nasceu: \_\_\_\_\_

Chegada a casa: \_\_\_\_\_  
 Pós-parto: \_\_\_\_\_

**Estado Neonatal**

Peso à nascença: \_\_\_\_\_ Cor à nascença: \_\_\_\_\_

Momento do 1º choro: \_\_\_\_\_

Nos primeiros 15 dias, o bebé teve algum problema? \_\_\_\_\_

**Alimentação**

Aleitamento: 1- Materno, 2- Artificial e 3- Misto.

Comportamento actual: \_\_\_\_\_

**Sono**

Quando recém-nascido onde e ao pé de quem dormia? \_\_\_\_\_

Dorme bem? \_\_\_\_\_

Tem um sono agitado? \_\_\_\_\_

Tem ou teve pesadelos? \_\_\_\_\_

Dorme sozinho? \_\_\_\_\_

Tem algum ritual para adormecer? \_\_\_\_\_

**Psicomotricidade**

Gatinhou? \_\_\_\_\_ Se sim, com que idade começou? \_\_\_\_\_

Deu os primeiros passos com apoio: \_\_\_\_\_ Sem apoio: \_\_\_\_\_

Era um bebé apático, parado ou agitado? \_\_\_\_\_

Teve ou tem movimentos anormais (tiques, contrabalanceamentos, roer as unhas, etc.)? \_\_\_\_\_

**Linguagem**

Quando começou a falar? \_\_\_\_\_

Quais as primeiras palavras? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**Controlo esfíncteriano**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Uretral: Diurno aos: \_\_\_\_\_

Nocturno aos: \_\_\_\_\_

Anal: Diurno aos: \_\_\_\_\_

Nocturno aos: \_\_\_\_\_

Houve episódio de descontrolo: \_\_\_\_\_ Se sim, a que se deveu? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**Medos e fobias**

A criança tem ou teve medos e/ ou fobias: \_\_\_\_\_ De que tipo? 1- Múltiplas, 2- Bizarras, 3. Simples.

Em que situações acontece: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**Brinquedos ou brincadeiras preferidas**

A criança prefere brincar: 1- sozinha, 2- acompanhada

Se prefere acompanhada, com quem: \_\_\_\_\_

Tem ou teve amigos imaginários: \_\_\_\_\_ Se sim, até que idade: \_\_\_\_\_

Brinquedos, actividades e interesses: \_\_\_\_\_

Tem animais de estimação: \_\_\_\_\_ Se sim, a criança é responsável por ele ou ajuda a tratar dele: \_\_\_\_\_

**Objecto transitivo**

A criança tem ou teve um objecto transitivo: \_\_\_\_\_ Em caso afirmativo, o quê: \_\_\_\_\_

Até que idade: \_\_\_\_\_

Usou chupeta: \_\_\_\_\_ Até que idade: \_\_\_\_\_

### **Angústia do 8º mês**

A criança demonstrou angústia do 8º mês: \_\_\_\_\_

### **Separações**

A criança vivenciou alguma separação: \_\_\_\_\_ Se sim, em que situações e durante quanto tempo: \_\_\_\_\_

Qual a reacção da criança/adolescente às separações: \_\_\_\_\_

Ocorreu a morte de alguém próximo: \_\_\_\_\_ Se sim, como lhe foi explicado: \_\_\_\_\_

Como reagiu? \_\_\_\_\_

Ocorreu a morte de algum animal de estimação: \_\_\_\_\_ Se sim, como reagiu: \_\_\_\_\_

### **Escolaridade**

Frequentou a creche e o jardim-de-infância? \_\_\_\_\_ Qual a idade de entrada? \_\_\_\_\_

Teve problemas de adaptação? \_\_\_\_\_

Até essa idade esteve ao cuidado de quem? \_\_\_\_\_

Com que idade entrou para a escola? \_\_\_\_\_

Ocorreram problemas na entrada para a escola? \_\_\_\_\_

Ocorreram mudanças de escola ou de turma? \_\_\_\_\_ Em caso afirmativo, como foi a adaptação? \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Teve ou tem apoio de ensino especial? \_\_\_\_\_

Disciplina em que tem o melhor desempenho: \_\_\_\_\_

Disciplina em que tem o pior desempenho: \_\_\_\_\_

Tem amigos só da turma ou amigos da infância: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### **História de Doença**

Quando foi estabelecido o diagnóstico?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Existem diagnósticos adicionais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais as principais dificuldades sentidas, em termos familiares (relacionamento pais e filhos) e, sobretudo ao nível do casal, após a doença?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como é que a criança/adolescente lida com a doença? (questões de medicação, pensamentos verbalizados, dificuldades sentidas após o diagnóstico, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo II

**Conjuntura global de variáveis consideradas numa primeira fase, da construção da base de dados, e em fases posteriores**

Variáveis decorrentes das Entrevistas Semi-estruturadas (Anamneses)	Variáveis decorrentes dos Psicogramas																				
	1ª fase	Variáveis incluídas posteriormente																			
Sexo do sujeito	R	-Nº de respostas à Prancha I -Nº de respostas à Prancha II -Nº de respostas à Prancha III -Nº de respostas à Prancha IV -Nº de respostas à Prancha V -Nº de respostas à Prancha VI -Nº de respostas à Prancha VII -Nº de respostas à Prancha VIII -Nº de respostas à Prancha IX -Nº de respostas à Prancha X																			
Idade	T. L																				
Escolaridade	G's	<table border="1"> <tr> <td>G's Simples</td> <td>G's Simples na Prancha V</td> </tr> <tr> <td>G's Cartões Compactos</td> <td>G's Simples nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G's Vagos/Impressionistas nos Cartões Compactos (I, IV, V e VI)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G's Organizados nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)</td> </tr> </table>	G's Simples	G's Simples na Prancha V	G's Cartões Compactos	G's Simples nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)		G's Vagos/Impressionistas nos Cartões Compactos (I, IV, V e VI)		G's Organizados nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)											
G's Simples	G's Simples na Prancha V																				
G's Cartões Compactos	G's Simples nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)																				
	G's Vagos/Impressionistas nos Cartões Compactos (I, IV, V e VI)																				
	G's Organizados nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)																				
Frequência em Ensino Especial	D's	<table border="1"> <tr><td>G's Vagos/Impressionistas</td></tr> <tr><td>G's Organizados</td></tr> <tr><td>D's Simples</td></tr> <tr><td>D's Vagos/Impressionistas</td></tr> <tr><td>D's Organizados</td></tr> <tr><td>D F+<sup>43</sup></td></tr> <tr><td>D F-</td></tr> <tr><td>D F+/-</td></tr> <tr><td>D FC</td></tr> <tr><td>D FE</td></tr> <tr><td>D CF</td></tr> <tr><td>D C</td></tr> <tr><td>D Clob</td></tr> <tr><td>D E</td></tr> <tr><td>D EF</td></tr> <tr><td>D K</td></tr> <tr><td>D Kan</td></tr> <tr><td>D Kp</td></tr> <tr><td>D Kob</td></tr> </table>	G's Vagos/Impressionistas	G's Organizados	D's Simples	D's Vagos/Impressionistas	D's Organizados	D F+ <sup>43</sup>	D F-	D F+/-	D FC	D FE	D CF	D C	D Clob	D E	D EF	D K	D Kan	D Kp	D Kob
G's Vagos/Impressionistas																					
G's Organizados																					
D's Simples																					
D's Vagos/Impressionistas																					
D's Organizados																					
D F+ <sup>43</sup>																					
D F-																					
D F+/-																					
D FC																					
D FE																					
D CF																					
D C																					
D Clob																					
D E																					
D EF																					
D K																					
D Kan																					
D Kp																					
D Kob																					
Idade da mãe	Dd's																				
Idade do pai	Dbl																				
Habilitações literárias da mãe	Do																				
Habilitações literárias do pai	Gbl																				
Situação profissional da mãe	F's																				
Situação profissional do pai	F+																				

<sup>43</sup> Resposta em Grande Detalhe (D), associada a Formas de boa qualidade (F+) – (O estudo dos Modos de Apreensão em D consubstancia-se se forem considerados os tipos de determinantes a que se encontram conjugados).

Número de filhos do casal	F-	F- nos Cartões Compactos (I; IV; V e VI) F- nos Cartões de Configuração Bilateral (II; III e VII)
Número de irmãos maternos	F +/-	F+/- nos cartões Compactos (I; IV; V e VI)
Número de irmãos paternos	FC's <sup>44</sup>	FC + FC - FC +/- FC' <sup>45</sup>
Posição do sujeito na fratria	CF's <sup>46</sup>	
Estado/tipo de família	C's	C' <sup>47</sup>
Diagnósticos psiquiátricos parentais	Clob	
História de abortos prévios à gravidez	FE's <sup>48</sup>	
Permanência em cuidados intensivos após o nascimento	E's	
Tipo de gravidez (com ou se complicações)	EF's <sup>49</sup>	
Angústia do 8º mês	K's	K's na Prancha II K's na Prancha III K's na Prancha VII
Aquisição de controlo esfinteriano	K+	
Apego prolongado a objectos transitivos	K-	
Ocorrência de separações ou mortes com impacto assinalável no desenvolvimento	K+/-	
Presença ou ausência de dificuldades em termos desenvolvimentais;	Kan	
Presença ou ausência de fobias manifestas;	Kob	
Diagnóstico hepático	Kp	
Idade de diagnóstico	A's	A's bem localizados
Outros diagnósticos clínicos	Ad	
Ocorrência ou não de transplante	(A) <sup>50</sup>	
Número de transplantes	H	H's na Prancha II H's na Prancha III H's na Prancha VII
Idade de transplante	Hd	Hd nos Cartões Compactos (I; IV; V e VI) Hd nos Cartões Pastel (VIII; IX e X)
Intervalo entre o transplante e a avaliação psicológica).	(H) <sup>51</sup>	
	(Hd) <sup>52</sup>	
	Nat	
	Obj	

<sup>44</sup> Respostas com supermacia Formal, apesar da componente Cor associada.

<sup>45</sup> Respostas a denotar Sensibilidade ao cinzento dos cartões, com dominância formal

<sup>46</sup> Respostas com dominância de Cor, apesar da forma explicitamente associada.

<sup>47</sup> Respostas a denotar sensibilidade ao cinzento das manchas.

<sup>48</sup> Respostas com dominância Formal, embora com o determinante sensorial de Esbatimento associado.

<sup>49</sup> Respostas evocadas de acordo com a sensorialidade despertada pelo Esbatimento das manchas, apesar da componente formal ter intervindo.

<sup>50</sup> Animais fantasiosos

<sup>51</sup> Humanos fantasiosos

<sup>52</sup> Partes do corpo de humanos fantasiosos

	Bot	
	Geo	
	Vest	
	Sng	
	Anat	Anat nos Cartões Compactos (I, IV; V e VI) Anat nos Cartões Pastel (VIII, IX e X)
	Abst	
	Arq	
	Frag	
	Ban	Ban na Prancha V Ban nos Cartões Compactos (I; IV; V e VI)
	G%	
	D%	
	Dbl%	
	Dd%	
	Do%	
	Gbl%	
	F%	
	F+%	
	F+ a%	
	Fa%	
	H%	
	A%	
	Recusas	Recusas na Prancha I Recusas na Prancha II Recusas na Prancha III Recusas na Prancha IV Recusas na Prancha V Recusas na Prancha VI Recusas na Prancha VII Recusas na Prancha VIII Recusas na Prancha IX Recusas na Prancha X Recusas aos Cartões Compactos (I, IV; V e VI)
	Equivalentes de Choque	Eq. Choque na Prancha I Eq. Choque na Prancha II Eq. Choque na Prancha III Eq. Choque na Prancha IV Eq. Choque na Prancha V Eq. Choque na Prancha VI Eq. Choque na Prancha VII Eq. Choque na Prancha VIII Eq. Choque na prancha IX Eq. Choque na Prancha X Eq. Choque nos Cartões Compactos (I, IV, V e VI)
	TRI	
	F.C	FC : C+CF <sup>53</sup>
	R.C%	Nº de Respostas FC à Prancha VIII
	I.A%	Nº de Respostas C à Prancha VIII
	Prancha mais apreciada	Nº de Respostas CF à Prancha VIII
	Prancha menos	Nº de Respostas FC à Prancha IX

<sup>53</sup> Ponderação entre as respostas Cor de Dominância Formal e as Respostas de Cor pura, somadas às respostas onde a Cor prima sobre a Fromalização. (Será ideal que FC seja superior à soma de C+CF, dando a entender a existência de equilíbrio estabelecido entre percepção e emoção.

	apreciada	
	Prancha equiparada ao pai	Nº de Respostas C à Prancha IX
	Prancha equiparada à mãe	Nº de Respostas CF à Prancha IX
		Nº de Respostas FC à Prancha X
		Nº de Respostas CF à Prancha X
		Nº de Respostas C à Prancha X



## Anexo III

**Tabela 1. Características gerais e Categorias de variáveis Rorschach consideradas no conto geral da investigação**

<b>Características das pranchas</b>	<b>Dimensões Fundamentais dos Cartões (conteúdo manifesto)</b>	<b>Dimensão Sensorial<sup>54</sup></b>	<b>Dimensão Estrutural<sup>55</sup></b>
Constituídas por manchas de tinta negra ou policromática, sendo que cada cartão particulariza-se por graus distintos de esbatimento, apesar de todos eles estarem organizados de acordo com um eixo vertical		Expressão dos afectos	O cerne institui-se nos elementos de análise da ordem do perceptivo e do cognitivo

<sup>54</sup> Quanto à dimensão sensorial, os cartões são categorizados em função da presença do elemento cor na sua configuração, sendo que será a intervenção da cor na determinação das respostas, o índice principal, não só da expressão afectiva, como da própria sensibilidade à realidade exterior, apresentada por determinado sujeito. Em termos específicos, apesar da cor se apresentar enquanto elemento transversal na caracterização global da dinâmica psíquica de um sujeito, e considerada enquanto tal na presente investigação, no que diz respeito a categorizações de cartões em função da sua dimensão sensorial, o presente trabalho restringiu o seu foco de interesse aos cartões pastel (VIII, IX e X), como sendo os que se prestam, em particular, a associações que deflagram a existência de angústia de fragmentação, pondo a descoberto a existência de fragilidades ao nível da integridade da representação de si.

<sup>55</sup> Tomando como ponto de partida a categorização de Chabert (1998), existem duas vertentes que consagram, respectivamente, o carácter fechado e compacto dos cartões (I, IV, V e VI), e a configuração bilateral e aberta, onde se incluem os cartões II, III e VII. A par destas categorizações segundo a dimensão estrutural, existem outras, sendo que, contudo, na presente investigação, o destaque circunscreveu-se às duas vertentes enunciadas (carácter compacto/fechado e bilateral/aberto dos cartões). As razões subjacentes à consideração de apenas estas duas vertentes estruturais residem no facto dos cartões compactos (I, IV, V e VI), em termos de conteúdo latente, emergirem como sendo os que, com maior veemência, solicitam a projecção do corpo, sobretudo pela evidente construção simétrica em torno de um eixo médio, tal como se apresenta a organização do esquema do corpo humano. Em concomitância, os cartões de carácter fechado/compacto detêm a capacidade de pôr a descoberto as capacidades de unificação do sujeito, sempre que suscitem respostas cuja essência denote a fragilidade da imagem corporal.

Por outro lado, no que diz respeito ao enfoque conferido à configuração bilateral e aberta (não compacta) dos cartões II, III e VII, importa ressaltar que estes serão aqueles cujo apelo se revela mais proeminente às associações relacionais. Como tal, partindo da interdependência entre as relações de objecto e a construção da imagem de si (Coimbra de Matos, 2003; Chabert, 1998) estes serão os cartões que, na presença de respostas sustentadas em percepções arbitrarias, serão capazes de pôr à prova a unidade corporal.

relativamente evidente.			
-------------------------	--	--	--

Variáveis Rorschach	Considerações intrínsecas à interpretação
<p><b>Modos de Aprecensão</b></p> <p>(formas através das quais se poderá expressar a percepção das manchas de tinta)</p>	<p>A qualquer um dos modos de apreensão enunciados correspondem determinados padrões preferenciais, que um sujeito poderá pôr em evidência na abordagem ao mundo externo, ao mesmo tempo que permitem antever alguns dos domínios da abordagem cognitiva implícita ao seu modo habitual de funcionamento mental.</p>
<p><b>G / G%</b></p> <p>(Aprecensão Global, fundada na percepção do conjunto do cartão, em termos globais)</p>	<p>A percentagem de respostas G, em desvirtuamento dos valores de referência, por elevação (<i>cf anexo III</i>) poderá ser alusiva à existência de um tipo de pensamento condensado, e, portanto, pouco dado a explorações, numa espécie de fuga contra a implicação mais projectiva. O oposto, em termos de um decréscimo quanto ao normativo, poderá entrar em estreita sobreposição com ilacções fundadas em potenciais dificuldades de síntese, e lacunas em termos de algum sincretismo, que se entende necessário ao pensamento (Chabert, 1998).</p>
<p><b>D / D%</b></p> <p>(Aprecensão em Grande Detalhe, donde a percepção resulta de uma localização parcial do cartão, nos seus recortes mais frequentemente apreendidos numa determinada população<sup>56</sup>)</p>	<p>Uma abordagem algo centrada nos Grandes Detalhes (D) é considerada necessária, na medida em que dá conta das possibilidades descritivas que um sujeito evidencia, relativamente ao que o envolve, facto que permite inferir acerca das suas potencialidades socializantes, já que os Grandes Detalhes só são considerados enquanto tal, se forem percebidos, com frequência estatisticamente significativa, numa população de referência. Um decréscimo no D%, sobretudo, quando conjugado com outros factores, deixa antever a existência de algumas lacunas ao nível da percepção socializada, bem como um dinamismo intelectual algo desvanecido, no sentido de uma ausência de interesse pelo material, especialmente se a essa percentagem estiver associada uma grande preponderância de formas imprecisas ou de má qualidade. Ao contrário, uma elevação, a este nível, poderá ser tradutora de dificuldades de integração das partes que compõem o todo, dando a entender um tipo de</p>

<sup>56</sup> De notar que a referência “Grande Detalhe”, pese embora possa corresponder a uma localização maior, e, como tal, mais evidente da mancha, poderá ser sobreponível a uma localização a partir de posições restritas nos cartões. Deste modo, a consideração de “Grande Detalhe” prende-se apenas com critérios estatísticos, podendo uma localização restrita ser entendida com um “Grande Detalhe” (D), se aparecerem com frequência estatisticamente significativa numa determinada população de referência (Chabert, 1998). Será de acordo com estas asserções que, em termos interpretativos, se pondera o carácter adaptativo e socializado dos D’s.

	pensamento fragilizado no que toca à capacidade de síntese (Chabert, 1998).
<b>Dd / Dd%</b> (Respostas apreendidas nas localizações mais raramente percebidas numa população de referência)	As respostas Dd traduzidas em percentagens (Dd%) elevadas, face ao normativo, induzem considerações relativas à existência de um pensamento privado da capacidade mais criativa, uma vez que assinalam uma abordagem intelectual mais minuciosa da realidade, impondo-lhe um registo de funcionamento rígido e excessivamente meticuloso (Chabert, 1998).
<b>DbI / DbI%</b> (Respostas apreendidas em Grande Detalhe, com inclusão de elementos brancos – lacunas inter e intramaculares)	A presença de tais respostas, quando em número que desvirtue o normativo, deflagra a existência de níveis de angústia latente. Para além disso, denota uma potencial lacuna afectiva, donde decorre a sensibilidade ao vazio (lacunas intermaculares).

### Determinantes

<b>Formais</b>	A apreensão da mancha de tinta recai, exclusivamente, na forma que a mesma apresenta, sendo que de acordo com Chabert (1998), esta é uma modalidade perceptiva que, quando presente dentro de determinados parâmetros, num padrão de funcionamento saudável, é capaz de testemunhar a utilização de um modo de funcionamento mental pautado pela apreensão adaptada da realidade, no sentido de ser o mais próxima possível do seu contorno formal. De igual modo, a apreensão da mancha de tinta, de acordo com um recurso exclusivo à forma, apesar de necessário e transparecer uma adaptação de base aos quadros perceptivos mais salientes, poderá ser capaz de evidenciar um padrão de funcionamento psíquico capaz de afastar, tanto as ingerências fantasmáticas, como as vertentes mais emocionais e afectivas. Assim, a apreensão exclusiva pela forma põe em destaque um padrão muito mais perceptivo do que projectivo, sendo que serão os desvios aos valores de referência ( <i>cf anexo III</i> ), que ditarão a existência de um funcionamento demasiadamente racional, concreto e factual, (no caso de uma elevação da percentagem de respostas F) ou, pelo contrário, um modo de funcionamento que se funda numa prova inoperante da realidade (número de respostas F abaixo dos valores normativos).
<b>F (+)</b>	Categorizam-se respostas de boa qualidade formal (F+), consoante estas sejam condizentes com as respostas enunciadas numa determinada população de referência, facto que confere ao F+% o seu estatuto de factor de adaptação de base e de socialização (Chabert, 1998) uma vez que se assume como um índice capaz de atestar as capacidades de inserção na realidade.
<b>F (-)</b>	Sempre que existam formas “mal percebidas” (F-), sobretudo se em elevada expressão, acaba por tornar-se flagrante não

	só a desadaptação ao mundo real, mas, sobretudo, o desinvestimento da realidade objectiva e do meio.
<b>F (±)</b>	Cotar-se-ão deste modo, sempre que não se encontrem contempladas nas normas estatísticas de referência. Por conseguinte, tais respostas, de qualidade perceptiva pouco definida, desvendam um pensamento vago, que não encontra os seus limites, sendo tomado por mecanismos da ordem da dúvida (Rausch de Traubenberg & Boizou, 1999; Chabert, 1998; Rausch de Traubenberg, 1970).

### Cinestésicos

<b>K</b>	A característica fundamental pauta-se pela existência implícita de um carácter projectivo <sup>57</sup> , sendo imperativo que se reúnam três critérios base: um formal, que ditará a qualidade intrínseca ao estímulo percebido (K+), ou (K-); um que diz respeito ao conteúdo, uma vez que a consideração de verdadeira cinestesia pressupõe que exista a evocação de uma representação Humana inteira (H); e um critério de projecção, tendo em conta que será necessária a evocação de um movimento atribuído à imagem humana. Assim, sempre que se constate a existência deste tipo de determinante, terá ser verificada a ocorrência desta articulação entre o perceptivo e o projectivo, de tal modo, que o engrama formal que corporiza a mancha de tinta, sirva de catapulta para a participação do imaginário <sup>58</sup> a consubstanciar a resposta (Chabert, 1998).
<b>Kan</b>	A essência subjacente é a mesma que caracteriza a cinestesia humana (K), sendo que a distinção, neste caso, prende-se com movimentos pulsionais dirigidos a animais.

### Sensoriais

<b>Cor ( C )</b>	Permitem antever a sensibilidade de determinado sujeito às características objectivas do material externo, pondo a descoberto a consideração, por parte do sujeito, das características da realidade exterior. Todavia, a consideração das respostas cor é de tal forma tributária da qualidade que lhes subjaz, bem como dos conteúdos que as acompanham, que não fará sentido uma interpretação exclusivamente centrada na quantidade de determinantes C que figuram num psicograma. Como tal, as respostas cor poderão dar conta do clima afectivo em que o sujeito se encontra, quando é
------------------	--

<sup>57</sup> O carácter projectivo subjacente à Cinestesia (K) pressupõe a existência de uma imagem perceptiva de boa qualidade, dando conta do sucesso da adaptação de base e inserção na realidade, em articulação com a participação da criatividade. Esta última é condição essencial, na medida em que é o imaginário que confere a projecção de um movimento que não se encontra representado no cartão.

<sup>58</sup> As cinestésias, sendo o testemunho da participação do imaginário no funcionamento cognitivo e na forma de pensar, dão conta das potencialidades criativas de um sujeito, ao mesmo tempo que transparecem um espaço mental em estreita articulação com o domínio intelectual, sendo capazes de o dinamizar (Chabert, 1998).

	confrontado com as reactivações fantasmáticas e emocionais desencadeadas pelos cartões, fundamentalmente, se for contrabalançado o pólo das cinestesisas/representações (K) e o pólo dos afectos (C), tendo em conta que só dessa forma poderá ser traduzida, de forma mais verosímil, a sensibilidade emocional e afectiva de um sujeito.
<b>Esbatimento ( E )</b>	A noção de esbatimento (sobretudo os de textura e difusão, considerados no presente estudo), desvenda algumas nuances subtis de percepção, capazes de apreenderem uma sensorialidade mais peculiar, uma vez que nelas está implícita uma valência de sensibilidade não tão imediata quanto as cores, mas, mais táctil (Chabert, 1998).
<b>Conteúdos<sup>59</sup></b>	
<b>Humanos (H)</b>	A sua expressão num protocolo Rorschach é necessária, testemunhando a capacidade de determinado indivíduo se identificar com uma imagem humana, e, como tal, para reconhecer a sua identidade subjectiva. Neste sentido, poderá ser concebido enquanto sinal das potencialidades ou fragilidades ao nível da socialização. De acordo com Chabert (1998), as respostas que contemplam conteúdos H, em número suficiente, testemunham uma certa capacidade de um indivíduo se representar a si próprio num sistema de relações. Por conseguinte, os desvios que se façam notar quanto às normas de referência, são capazes de traduzir algumas evidências relativas à fragilidade na elaboração da representação de si, ou no reconhecimento da identidade subjectiva num sistema de relações.
<b>Humanos fragmentários (Hd)</b>	A sua essência traduz-se pela apreensão parcial da representação humana, em apenas partes constituintes do corpo (cabeça, olhos, dedos, etc). Estando presentes em número elevado num protocolo, e, sendo parte maioritária da percentagem de conteúdos humanos (H%), existe alguma margem de fiabilidade para a consideração de lacunas quanto à integridade e unidade da imagem do corpo, e, em consequência, quanto à existência de angústia de fragmentação, sobretudo, se estiverem associadas a formas arbitrarias (Chabert, 1998).
<b>Animais (A)</b>	A ocorrência de respostas que incluam referências ao reino animal, dentro de determinados parâmetros, assume-se como conveniente, uma vez que é capaz de desvendar a existência de capacidades de integração adaptativa e socializante, na medida em que dá conta da percepção inserida na partilha de “uma mentalidade colectiva” (Chabert, 1998, p.191). Tal como noutros factores, serão as divergências relativamente aos padrões estabelecidos como normativos, aliadas, sobretudo, à análise compósita das restantes dimensões que caracterizam uma resposta, que ditam o carácter patológico,

<sup>59</sup> Apesar da classificação francesa contemplar uma ampla gama de considerações, a presente investigação incide a sua análise, fundamentalmente, a 5 grandes categorias

	ou de normalidade, subjacente a determinado modo de funcionamento psíquico e de abordagem ao mundo. Assim, tomando um valor baixo ( <i>cf anexo III</i> ) no que toca à percentagem de conteúdos Animais (A%), a mesma poderá ser sugestiva de lacunas ao nível da socialização, especialmente se esta redução não for compensada por respostas que integrem alguma abrangência de conteúdos de outra espécie. Em contraponto, uma elevação registada a este nível alude a um padrão de funcionamento com pendor à adaptação social mais conformista, superficial e rígida (Chabert, 1998) sem que se faça notar a dimensão mais autêntica e espontânea da dinâmica mental.
<b>Sangue (Sng) e Anatomia (Anat)</b>	Apelam, directamente, ao interior do corpo e à vivência clara de angústia corporal.
<b>Outras variáveis de índole quantitativa</b>	
<b>Número de Respostas (R)</b>	Define-se pela tradução do padrão de produtividade subjacente ao funcionamento intelectual, bem como à facilidade e fluidez, ou, bloqueio e inibição do raciocínio e do pensamento.
<b>Tempo de Latência (T.L)</b>	Representa o espaço temporal que decorre entre a imediata confrontação com o estímulo (mancha de tinta constante do cartão), e a emissão de uma resposta, podendo revelar o padrão de abordagem à tarefa, imprimido pelo sujeito, em termos de uma atitude mais impulsiva, ou de maior contenção (Chabert, 1998). Não obstante, este, a par de outros tantos, será um factor que se impõe como elemento chave de consideração, sobretudo se forem atendidas as conjugações com outros elementos de interpretação, de forma a que seja compreendido, se a atitude de impulsividade subjacente a um tempo de latência reduzido, face ao normativo, se traduz numa falta de perspectiva na apareciação dos estímulos, ou se, por outro lado, uma postura de contenção se revela enquanto conduta activa, de reflexão e capacidade criativa, ou da existência de mecanismos de bloqueio e inibição subjacentes.
<b>I.A%</b> (Índice de Angústia)	Conjugação dos factores alusivos aos conteúdos Anat, Hd e Sng, que, em sentido estrito, simbolizam a existência de limites corporais pouco definidos e angústia corporal evidente
<b>R.C%</b> (Reactividade à Cor)	tradutora do nível de sensibilidade à cor, centrada nos cartões pastel (VIII, IX e X), pelo que poderá ser testemunho do potencial afectivo do sujeito, no sentido da mobilização dos afectos (Marques, s.d).
<b>Recusas</b>	Mais não são do que bloqueios da capacidade associativa, traduzidos na incapacidade em emitir uma resposta a partir da confrontação com qualquer dos cartões Rorschach. Na presença de tais padrões, ficam aclaradas as potenciais dificuldades existentes ao nível da função simbólica, bem como dos padrões de angústia que esses bloqueios deflagram (Chabert, 2000; Chabert, 1998; Oneto, Marques &

	Pinheiro, 2009).
<b>Equivalentes de Choque</b>	Definidos por reacções específicas a determinados cartões, (e.g. comentários depreciativos do material) e perturbações do processo associativo, põe em evidência, a par das Recusas, a existência de angústia latente (Marques, s.d).
<b>Variáveis tendentes a designações e categorizações eminentemente qualitativas</b>	
<b>Tipo de Ressonância Íntima (TRI)</b>	<p>Particulariza-se no facto de estar focada na ponderação entre o total de respostas K e o total de respostas C, sendo, por isso, capaz de traduzir a dialéctica estabelecida entre a emocionalidade e a sua respectiva representação mental. Marques (1999, p. 163) atenta nesta ponderação, de um modo bastante enfático: “Através do TRI – Tipo de Ressonância Íntimo –K – com relação com o trabalho de sonho, são o reflexo da vida emocional interiorizada: as respostas Cor – C – dão conta da exteriorização da vida emocional.” Neste sentido, dependendo dos resultados que aqui se obtenham, existem 6 tipos distintos de Ressonância Interna: o <b>Extroversivo Puro</b>, donde ressalta a nulidade do pólo cinestésico, contraposta à expressividade do pólo sensorial (<b>OK &lt; xC</b>); O <b>Extroversivo Misto</b>, que se traduz pela existência, tanto de respostas cinestésicas, como de respostas Cor, com predomínio evidente destas últimas (<b>xK &lt; xC</b>); O <b>Introversivo Puro</b>, que, ao contrário do Extroversivo, será a parte da sensorialidade (C) a não incluir qualquer elemento (<b>xK &gt; 0C</b>); o <b>Introversivo Misto</b>, que resulta da existência, quer de respostas K, quer de respostas C, ainda que estas últimas estejam em menor expressão (<b>xK &gt; xC</b>); o <b>Coarctado</b> traduz-se numa nulidade de ambos os pólos (<b>OK : 0C</b>), e o <b>Ambigüal</b> que se expressa pela presença de uma ponderação considerável, relativamente equitativa entre ambos os pólos (<b>K : C</b>). De notar que, sobretudo este último tipo, só poderá, efectivamente, ser considerado enquanto tal, mediante a conjugação com outros factores Rorschach.</p> <p>A todos os tipos de Ressonância Íntima categorizados existem dinâmicas psíquicas subjacentes, com preponderância de determinadas características em detrimento de outras, como o caso de uma maior espontaneidade, impulsividade, capacidade de acção superior à mentalização, no caso dos tipos Extroversivos (Puros ou Mistos). No caso dos tipos Introversivos, uma maior participação subjectiva na apreciação da realidade objectiva, e, por conseguinte, a existência de uma capacidade de mentalização capaz de se sobrepor à capacidade de acção, poderão ser algumas das características fundamentais. Os tipos coarctados, ou de tendência a coarctativo, serão os que evidenciam, com maior exuberância, alguma pobreza, em termos de afectividade e</p>

	sensorialidade, bem como em termos da expressão do imaginário.
<b>Fórmula Complementar (F.C)</b>	Expressa-se na conjugação e comparação das pequenas cinestésias (Kan, kp e Kob <sup>60</sup> ), com os determinantes sensoriais de esbatimento. É uma variável de especial importância, na medida em que dá conta da existência ou ausência de conflitos psíquicos, ditados pela comparação entre a ponderação k:E, e o TRI. Concretamente, estando a Fórmula Complementar restrita a 4 tipos: Extroversivo (k<E) Introversivo (k> E), Coarctado (0k : 0E) e Ambiguo (x k : x E), se a mesma se apresentar em sentido oposto ao TRI, existe evidência para que se considere a existência de conflito a caracterizar a dinâmica mental. Concretamente, e tomando como exemplo o caso do TRI Extroversivo Puro, onde não constam quaisquer Cinestésias Humanas (Grandes Cinestésias), se o mesmo ocorrer num sujeito que expresse o resultado Introversivo na Fórmula Complementar, há dissonância entre a ausência de grandes cinestésias e a presença de pequenas cinestésias. Este é um dado que poderá pôr a descoberto o deslocamento feito pelo sujeito, em relação a animais, de moções pulsionais inconcebíveis ao psiquismo, sob a forma da representação humana, pelas fortes resistências que suscitam.
<b>Anat Cartões Pastel (VIII, IX e X)</b>	Padrões de resposta que põem à prova as capacidades de integração do sujeito. Quando expressas nestes cartões, onde são fortemente postos à prova os limites dentro-fora, (relativos à integridade corporal) bem como as preocupações hipocondríacas e de angústia de fragmentação, há margem suficientemente válida para que se afirme a existência de sinais patológicos relativos à construção da imagem do corpo.
<b>H's e K's às pranchas II; III e VII</b>	Sendo pranchas de configuração bilateral, cujo conteúdo latente se prende com solicitações fantasmáticas ligadas às imagos parentais e às modalidades particulares de relações com as mesmas, é preponderante a existência de conteúdos humanos, coadunados a determinantes cinestésicos, de forma a que possam ser extraídas ilacções quanto ao padrão de representações mentais existentes ao nível das relações de objecto. Na ausência de H e K a estas pranchas, ficam expostas, de alguma forma, as lacunas existentes ao nível da representação de si, da desvitalização dos objectos internos, e, por conseguinte, do imaginário e capacidade criativa.

<sup>60</sup> Respectivamente, cinestésias animais, humanas parcialmente apreendidas e cinestésias de objecto.



## Anexo IV

Tabela 1. integrativa dos valores normativos contemplados na Escola Francesa

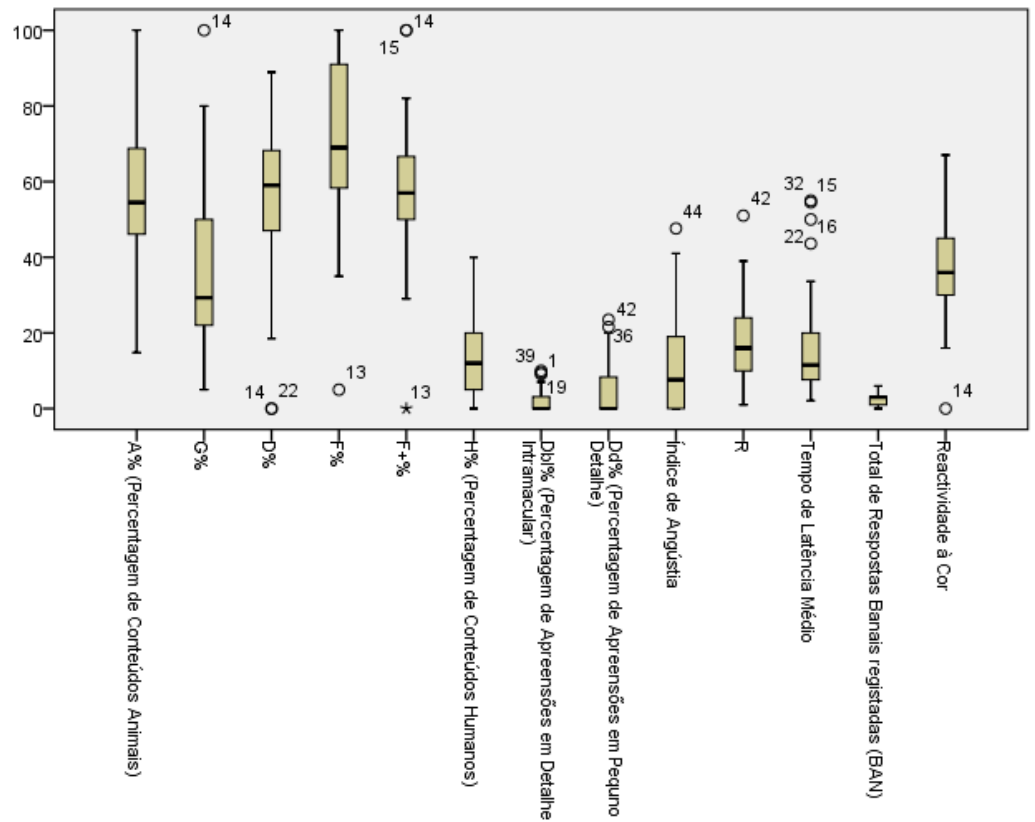
Variáveis Rorschach	Valores Normativos/Critério	Considerações interpretativas
<b>R</b> (Número de respostas dadas ao longo de toda a prova) <b>Produtividade</b>	<20 20-30 >30	-Produtividade reduzida -Produtividade Média -Produtividade elevada
<b>T.L</b> (Tempo de Latência)	< 8” 8-15” >15”	-Padrão Impulsivo -Resultado médio -Padrão de Contenção
<b>G%</b> (Percentagem de Respostas Globais- Apreensão Global dos estímulos)	<20% 20% - 23% >30%	-Percentagem Reduzida -Percentagem Média -Percentagem Elevada
<b>D%</b> (Percentagem de respostas em Grande Detalhe/Detalhe Comum)- Apreensão de detalhes dos estímulos	<60% 60-80% >80%	-Percentagem reduzida -Percentagem Média -Percentagem Elevada
<b>Dd%</b> (Percentagem de respostas de pequenos detalhes)- <b>Apreensão dos pequenos detalhes dos estímulos</b>	< 6% 6-10% >10%	-Percentagem reduzida -Percentagem Média -Percentagem Elevada
<b>Dbl%</b> (Percentagem de respostas com intergação de um detalhe branco)	< 3% 2-3% >3%	-Percentagem Reduzida -Percentagem Média -Percentagem Elevada
<b>F%</b> (Percentagem de respostas Formais) – <b>Recurso ao Intelectual</b>	< 50 50-70% >70	-Percentagem Reduzida -Percentagem Média -Percentagem Elevada

<b>F+%</b> (Percentagem de respostas formais de boa qualidade)	< 80%	-Percentagem Reduzida
<b>Adaptação do pensamento à realidade</b>	80-85%	-Percentagem Média
	>85%	-Percentagem Elevada
<b>H%</b> (Percentagem de respostas de Conteúdo Humano)- <b>Apetência para contacto humano/Mundo interno “povoado” por figuras humanas significativas</b>	<12%	-Percentagem Reduzida
	12-18%	-Percentagem Média
	>18%	-Percentagem Elevada
<b>A%</b> (percentagem de Conteúdo Animal) <b>Pensamento Socializado</b>	<35%	-Percentagem reduzida
	35-50%	-Percentagem Média
	>50%	-Percentagem Elevada
<b>I.A% = Hd +Anat+Sng+Sex/R+100</b> (Índice de Angústia- traduzido na percentagem de respostas de conteúdos parciais do corpo humano, conteúdos anatómicos, referência a sangue e conteúdos sexuais)- <b>Angústia de destruição corpora/ Fragmentação</b>	<12%	-Percentagem Reduzida
	12%	-Percentagem Média
	>12%	-Percentagem Elevada
<b>TRI</b> (Ponderação ente o número de K e a soma de respostas integrantes do elemento C – Cor)- <b>Tipo de Ressonância Íntima- Tradutora do padrão de personalidade face à realidade externa e interna</b>	0K : $\Sigma C$	Extroversivo Puro
	X K < y $\Sigma C$	Extroversivo Misto
	X K > 0 $\Sigma C$	Introversivo Puro
	X K > Y $\Sigma C$	Introversivo Misto
	X K = $\Sigma C$	Tipo Ambiguo
	0K : 0 C	Tipo Coarctado
	1K : 0.5 $\Sigma C$	Tipo com tendência a Coarctativo
<b>R.C%</b> (Percentagem de respostas dadas nos 3 últimos cartões –	< 30%	-Percentagem Reduzida

Pastel – VIII; IX e X, ponderada em função do Nº de respostas (R)-	30-40%	-Percentagem Média
<b>Reactividade à Cor – Mobilização dos afectos</b>	>40%	-Percentagem Elevada
<b>Ban</b> (Número de respostas com Conteúdo banal)-	< 5	-Número Reduzido
Pensamento Socializado, ancorado nas normas colectivas;	5-7	-Número Médio
Convencional	>7	-Número Elevado

Anexo V

Gráfico “Caixa de Bigodes” e amplitudes inter-quartil, relativo à comparação directa dos valores percentuais das variáveis Rorschach de toda a amostra, com os intervalos normativos (Escola Francesa)



## Anexo VI – Averiguação dos pressupostos de Normalidade e Homogeneidade das variáveis

**Tabela 1. Análise da normalidade, através do teste Shapiro-Wilk, para cada uma das variáveis Rorschach, nos grupos com e sem transplante**

Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov*			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J.-T**
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
G%	Sim	0.189	21	0.049	.855	21	.005	.127	.127***
	Não	0.186	24	0.032	.909	24	.033		
*Com correcção de Lilliefors									
** Jonckheere-Terpstra test									
*** Asymp. Sig. (2-tailed)									
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
D%	Sim	.136	21	.200	.933	21	.157	.802	.802
	Não	.197	24	.017	.914	24	.044		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
R	Sim	.162	21	0.159	.966	21	.639	.124	.124
	Não	.134	24	0.200	.884	24	.010		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
T.L	Sim	.171	21	.112	.832	21	.002	.750	.750
	Não	.216	24	.005	.790	24	.000		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
F%	Sim	.195	21	.037	.891	21	.023	.767	.767
	Não	.182	24	.038	.916	24	.048		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
F+%	Sim	.153	21	.200	.914	21	.065	.311	.311
	Não	.176	24	.053	.923	24	.067		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
K	Sim	.368	21	.000	.710	21	.000	.549	.549
	Não	.286	24	.000	.685	24	.000		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
A%	Sim	.117	21	.200	.974	21	.827	.918	.918
	Não	.200	24	.014	.917	24	.050		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
H%	Sim	.104	21	.200	.954	21	.400	.559	.559
	Não	.166	24	.088	.905	24	.027		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
Anat	Sim	.236	21	.001	.791	21	.000	.060	.060
	Não	.436	24	.000	.559	24	.000		
Variável Rorschach	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
Sng	Sim	.456	21	.000	.564	21	.000	.052	.052
	Não	.539	24	.000	.209	24	.000		

Dinâmica Afetiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório

Variável	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
<b>Rorschach</b>	Sim	.320	21	.000	.715	21	.000	.042	.042
<b>Anat – Cartões Pastel (VIII, IX e X)</b>	Não	.484	24	.000	.456	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.209	21	.017	.934	21	.164	.319	.319
<b>BAN</b>	Não	.158	24	.127	.934	24	.118		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.198	21	.030	.840	21	.003	.032	.032
<b>Dd%</b>	Não	.406	24	.000	.606	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.090	21	.200	.977	21	.883	.191	.191
<b>F+a%</b>	Não	.131	24	.200	.945	24	.215		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.278	21	.000	.721	21	.000	.416	.416
<b>FC</b>	Não	.311	24	.000	.670	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.377	21	.000	.716	21	.000	.576	.576
<b>FC +</b>	Não	.396	24	.000	.649	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.320	21	.000	.623	21	.000	.011	.011
<b>FC-</b>	Não	.518	24	.000	.302	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.539	21	.000	.228	21	.000	.243	.243
<b>FC ±</b>	Não	.503	24	.000	.454	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.186	21	.055	.852	21	.005		.380
<b>I.A%</b>	Não	.267	24	.000	.828	24	.009		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.149	21	.200	.942	21	.239		.569
<b>R.C%</b>	Não	.162	24	.105	.940	24	.165		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.479	21	.000	.509	21	.000		.139
<b>Gbl%</b>	Não	.539	24	.000	.209	24	.000		
<b>Variável Rorschach</b>	Transplante Hepático	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Kruskall-Wallis	J-T
	Sim	.368	21	.000	.711	21	.000		.694
<b>DbI%</b>									

Não	.417	24	.000	.620	24	.000
-----	------	----	------	------	----	------

**Tabelas alusivas à demonstração do estudo da Homogeneidade das variâncias, através do Teste de Levène (apenas das variáveis cuja normalidade foi demonstrada)**

		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
D% (Percentagem de Apreensões em Grande Detalhe)	Based on Mean	1,396	1	43	,244	
	Based on Median	,541	1	43	,466	
	Based on Median and with adjusted df	,541	1	42,015	,466	
	Based on trimmed mean	1,263	1	43	,267	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
Número Total de Respostas no Rorschach	Based on Mean	,085	1	43	,772	
	Based on Median	,026	1	43	,871	
	Based on Median and with adjusted df	,026	1	39,432	,872	
	Based on trimmed mean	,039	1	43	,844	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
Tempo de Latência Médio	Based on Mean	,689	1	43	,411	
	Based on Median	,280	1	43	,600	
	Based on Median and with adjusted df	,280	1	40,251	,600	
	Based on trimmed mean	,683	1	43	,413	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
F+% (Percentagem de Apreensões pela Forma com boa qualidade)	Based on Mean	1,016	1	43	,319	
	Based on Median	,803	1	43	,375	
	Based on Median and with adjusted df	,803	1	37,879	,376	
	Based on trimmed mean	,953	1	43	,334	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
A% (Percentagem de Conteúdos Animais)	Based on Mean	,051	1	43	,823	
	Based on Median	,006	1	43	,939	
	Based on Median and with adjusted df	,006	1	41,299	,939	
	Based on trimmed mean	,049	1	43	,825	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
H% (Percentagem de Conteúdos Humanos)	Based on Mean	5,251	1	43	,027	
	Based on Median	4,792	1	43	,034	
	Based on Median and with adjusted df	4,792	1	39,483	,035	
	Based on trimmed mean	5,123	1	43	,029	
		<b>Test of Homogeneity of Variance</b>				
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
Total de Respostas Banais registadas (BAN)	Based on Mean	,394	1	43	,533	

Dinâmica Afetiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crônica: estudo exploratório

	Based on Median	,415	1	43	,523
	Based on Median and with adjusted df	,415	1	42,912	,523
	Based on trimmed mean	,350	1	43	,557

<b>Test of Homogeneity of Variance</b>						
		Levene Statistic	df1	df2		Sig.
F+a%	Based on Mean	1,978	1	43		,167
	Based on Median	2,026	1	43		,162
	Based on Median and with adjusted df	2,026	1	37,880		,163
	Based on trimmed mean	1,996	1	43		,165

<b>Test of Homogeneity of Variance</b>						
		Levene Statistic	df1	df2		Sig.
Reactividade à Cor	Based on Mean	,249	1	43		,620
	Based on Median	,321	1	43		,574
	Based on Median and with adjusted df	,321	1	39,066		,574
	Based on trimmed mean	,257	1	43		,615



## Anexo VII

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra total e dos subgrupos amostrais

Variáveis	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
		N(%) (DP)	M (%) (DP)
<b>Faixa etária</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Crianças (5-11)	15 (33.3)	8 (38.1)	7 (29.2)
Pré-adolescentes (12-13)	9 (20.0)	1 (4.8)	8 (33.3)
Adolescentes (14-18)	21 (46.7)	12 (57.1)	9 (37.5)
	M=12.44; DP=(3.72) (valor máx-min: 5-18)	M=13.29; DP=(4.06) (valor máx-min:5-18 )	M=11.71; DP=(3.71) (valor máx-min: 5-16)
<b>Género</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Masculino	21 (53.3)	10 (47.6)	11 (45.8)
Feminino	24 (46.7)	11 (52.4)	13 (54.2)
<b>Nível Escolar</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Pré-escola	2 (4.7)	1(4.8)	1 (4.2)
1º Ciclo	14 (32.6)	8 (38.1)	6 (25.0)
2º Ciclo	3 (7.0)	0	3 (12.5)
3º Ciclo	17 (39.5)	6 (28.6)	11 (45.8)
Ens. Secundário	7 (16.3)	6 (28.6)	1 (4.2)
<b>Frequência Ensino Especial</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Sim	7 (17.9)	5 (23.8)	2 (8.3)
Não	32 (82.1)	13 (61.9)	19 (79.2)
S/ Informação	6	3 (14.3)	3 (12.5)
<b>Habitações Literárias da Mãe</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
1º Ciclo	1 (2.4)	1 (4.8)	0
2º Ciclo	15 (36.6)	8 (38.1)	7 (29.2)
3º Ciclo	12 (29.3)	5 (23.8)	7 (29.2)
Ens. Secundário	5 (12.2)	2 (9.5)	3 (12.5)
Ens. Superior	5 (12.2)	1 (4.8)	4 (16.7)
S/ Informação	3 (7.3)	4 (19.1)	3 (12.5)
<b>Habitações Literárias do Pai</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
1º Ciclo	6 (16.2)	2 (9.5)	4 (16.7)
2º Ciclo	13 (35.1)	9 (42.5)	4 (16.7)
3º Ciclo	5 (13.5)	2 (9.5)	3 (12.5)
Ens. Secundário	7(18.9)	2 (9.5)	5 (20.8)
Ens. Superior	4 (10.8)	1 (4.8)	3 (12.5)
S/ Informação	2 (5.4)	5 (23.81)	5 (20.8)
<b>Situação Prof. da Mãe</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Activo	29 (49.5)	12 (57.1)	17 (70.8)
Desempregado	12 (20.3)	8 (38.1)	4 (16.7)
S/ Infomação	4	1 (4.8)	3 (12.5)
<b>Situação Prof. do Pai</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
Activo	33 (55.9)	16 (76.2)	17 (70.8)
Desempregado	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (8.3)
S/ Informação	7	2 (9.5)	5 (20.8)

**Tabela 2. Caracterização clínica da amostra em grupo com transplante e grupo sem transplante**

	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
Diagnóstico	N(%)	N(%)	N(%)
-Aorta Bicúspide C/ Insuficiência Hepática	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-AVBEH	7 (13.0)	6 (28.6)	1 (4.2)
-AVBEH; Cirrose Biliar	2 (3.7)	1 (4.8)	1 (4.2)
-AVBEH; Cirrose Bilar; Cirrose Hepática; Hepatite Crónica	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-AVBEH; Trombose na veia Porta	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-AVBEH; Cirrose Hepática	2 (3.7)	2 (9.5)	0
-Cirrose Biliar	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-Cirrose Hepática	4 (7.4)	2 (9.5)	2 (8.3)
-Doença Crónica do fígado n/ especificada	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-Doença de Wilson	2 (3.7)	0	2 (8.3)
-Doença n/ especificada do fígado, s/ menção de álcool	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Fibrose Hepática e Quistos Hepáticos	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Glicogenose Tipo 1-B	2 (3.7)	2 (9.5)	0
-Glicogenose Tipo 1-A	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-Hepatite Auto-imune	4 (7.4)	0	4 (16.7)
-Hepatite C (Vírus "adormecido")	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Hepatite C e B não reactiva; Doença Crónica do fígado não alcoólica	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Hepatite Crónica; Cirrose Hepática	1 (1.9)	1 (4.8)	0
-Hepatite Crónica; Colangiopatia Auto-imune	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Hepatite Crónica; Cobre no fígado	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Hepatite Fulminante	2 (3.7)	2 (9.5)	0
-S/ diagnóstico hepático especificado	4 (7.4)	0	4 (16.7)
-Síndrome Crigler-Najjar Tipo 1	1 (1.9)	0	1 (4.2)
-Suspeita de Doença de Wilson	2 (3.7)	0	2 (8.3)
<b>Fobias</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
Não	41 (75.4)	18 (85.7)	23 (95.8)
Específica	0	0	0
Bizarra	1 (1.9)	1 (4.8)	0
S/ Informação	3	2	1

**Tabela 3. Teste Kruskal-Wallis (influência variável transplante nas múltiplas variáveis Rorschach)**

Variáveis	Chi-square	Sig
-----------	------------	-----

Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório

---

R	2.365	.124
T.L	.102	.750
F+	3.60	.057
F-	.175	.676
F±	.614	.433
FC	.662	.416
FC+	.313	.576
FC-	6.527	.011
CF	.005	.941
C	.749	.387
Clob	.377	.539
FE	1.276	.259
EF	.009	.924
E	1.437	.231
K	.359	.549
K+	.164	.685
K-	.009	.063
Kan	.372	.542
G%	2.325	.127
D%	.063	.802
Dd%	4.621	.032
Dbl%	.155	.694
Do%	.075	.785
F%	.088	.767
F+%	1.028	.311
F+a%	1.713	.191
H%	.342	.559
A%	.010	.918
Recusas	.030	.862
Eq.Choque	.250	.617
I.A%	.770	.380
R.C%	.324	.569
TRI	2.421	.120
F.C	1.360	.244
H prancha II	.047	.828
K prancha II	.484	.487
H prancha III	1.586	.208
K prancha III	.030	.862
H prancha VII	.047	.828
K prancha VII	.224	.636
Ban Cartão V	.022	.883
Recusas Cartões Compactos	.172	.678
F (-) cartões compactos	.036	.849
F(-) cartões Bilaterais II, III e VII	1.083	.298
Anat Cartões Compactos	1.791	.181
Anat Cartões Pastel	4.138	.042
Hd Cartões Compactos	.358	.550
Hd Cartões pastel	1.375	.241
Ban	.993	.319
Anat	3.531	.060
Sng	3.879	.052

---

## Anexo VIII

## Análise descritivas das variáveis Rorschach

Tabela 1. Percentagens, Médias e Desvios-padrão das variáveis relativas aos Modos de Apreensão

Variáveis	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
<b>G%</b>	M=36.20; DP=(21.94) (valor máx-min: 5-100)	M=31.19; DP=(21.45) (valor máx- mín: 5-100)	M=40.58;DP=(21.87) (Valor máx-min: 7-80)
<b>D%</b>	M=54.57; DP=(21.08) (valor máx- min:0-88.89)	M=59.94; DP=(19.5) (valor máx-mín: 0-88.89)	M=52.50 ; DP=(22.4) (valor máx-mín: 0-85.70)
<b>Dd%</b>	M=4.74; DP=(6.80) (valor máx- min:0- 23.52)	M=6.88; DP=(7.59) (valor máx-mín:0-23.52)	M=2.88; DP=(5.55) (valor máx-mín:0-21.56)
<b>Dbl%</b>	M=1.73; DP=(2.87) (Valor máx-min: 0-10)	M=1.75; DP=(2.61) (valor máx-min:0-9.52)	M=1.72; DP=(3.14) (Valor máx-min:0-10)

Tabela 2. Percentagens, Médias e Desvios-Padrão das variáveis relativas aos Determinantes Formais

Variáveis	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
<b>F%</b>	M=72.02; DP=(22.58) (valor máx-min:5- 100 )	M=71.86; DP=(24.64) (valor máx- mín:5-100)	M=72.17;DP=(21.15) (Valor máx-min:35-100)
<b>F+%</b>	M=57.92; DP=(17.28) (valor máx-min:0- 100)	M=59.9; DP=(20.14) (valor máx-mín:0-100 )	M= 56.80; DP=(14.69) (valor máx-mín:33-100 )

Tabela 3. Contagens totais, médias e desvios-padrão das variáveis relativas aos Determinantes Cinestésicos e Sensoriais Puros, ou com Forma associada

Variáveis	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
<b>C</b>	<b>M; (DP)</b> M=.96; DP=(1.89) (valor máx-min:0-10 )	<b>M; (DP)</b> M=.86; DP=(1.27) (valor máx- mín:0-5)	<b>M; (DP)</b> M=1.04;DP=(2.33) (Valor máx-min:0-10)
<b>E</b>	<b>M; (DP)</b> M=.11; DP=(.38)	<b>M; (DP)</b> M=.19; DP=(.51)	<b>M; (DP)</b> M=.04 ; DP=(.20)

Dinâmica Afetiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crônica: estudo exploratório

	(valor máx-min:0-2)	(valor máx-min: 0-2)	(valor máx-min:0-1 )
<b>K</b>	<b>M; (DP)</b> M=.80; DP=(1.23) (valor máx-min: (0-5)	<b>M; (DP)</b> M=.62; DP=(.92) (valor máx-min:0-3)	<b>M; (DP)</b> M=.96; DP=(1.45) (valor máx-min:0-5)
<b>K+</b>	<b>M; (DP)</b> M=.44; DP=(.69) (valor máx-min:0-3)	<b>M; (DP)</b> M=.48; DP=(.68) (valor máx-min:0-2)	<b>M; (DP)</b> M=.42; DP=(.71) (valor máx-min:0-3)
<b>K-</b>	<b>M; (DP)</b> M=.24; DP=(.80) (valor máx-min:0-5)	<b>M; (DP)</b> M=.05; DP=(.21) (valor máx-min:0-1)	<b>M; (DP)</b> M=.42; DP=(1.06) (valor máx-min:0-5)
<b>Kan</b>	<b>M; (DP)</b> M=1.02; DP=(1.39) (valor máx-min:0-5)	<b>M; (DP)</b> M=1; DP=(1.18) (valor máx-min:0-5)	<b>M; (DP)</b> M=1.04; DP=(1.57) (valor máx-min:0-5)
<b>Clob</b>	<b>M; (DP)</b> M=.56; DP=(.97) (valor máx-min:0-4)	<b>M; (DP)</b> M=.43; DP=(.74) (valor máx-min:0-2)	<b>M; (DP)</b> M=.65; DP=(1.12) (valor máx-min:0-4)
<b>FC</b>	<b>M; (DP)</b> M=1.62; DP=(2.57) (Valor máx-min:0-9 )	<b>M; (DP)</b> M=2.14; DP=(3.11) (valor máx-min:0-9)	<b>M; (DP)</b> M=1.17; DP=(1.92) (Valor máx-min:0-7)
<b>FC+</b>	<b>M; (DP)</b> M=.80; DP=(1.21) (Valor máx-min:0-4 )	<b>M; (DP)</b> M=.95; DP=(1.35) (Valor máx-min: 0-4)	<b>M; (DP)</b> M=.67; DP=(1.09) (Valor máx-min:0-3 )
<b>FC-</b>	<b>M; (DP)</b> M=.59; DP=(1.4) (Valor máx-min: 0-6)	<b>M; (DP)</b> M=1.05; DP=(1.83) (Valor máx-min:0-6 )	<b>M; (DP)</b> M=.17; DP=(.65) (Valor máx-min:0-3 )
<b>CF</b>	<b>M; (DP)</b> M=.40; DP=(0.80) (Valor máx-min: 0-4)	<b>M; (DP)</b> M=.33; DP=(.57) (Valor máx-min:0-2 )	<b>M; (DP)</b> M=.46; DP=(.97) (Valor máx-min: 0-4)
<b>FE</b>	<b>M; (DP)</b> M=.31; DP=(.66) (Valor máx-min: 0-3)	<b>M; (DP)</b> M=.48; DP=(.87) (Valor máx-min:0-3 )	<b>M; (DP)</b> M=.17; DP=(.38) (Valor máx-min:0-1 )
<b>EF</b>	<b>M; (DP)</b> M=.004; DP=(.20) (Valor máx-min: 0-1)	<b>M; (DP)</b> M=.05; DP=(.21) (Valor máx-min: 0-1)	<b>M; (DP)</b> M=.04; DP=(.20) (Valor máx-min: 0-1)
<b>Fa%</b>	<b>M (%); (DP)</b> M=91.97; DP=(10.18) (valor máx-min:59.30-100)	<b>M(%); (DP)</b> M=91.50; DP=(9.13) (valor máx-min:66-100)	<b>M (%); (DP)</b> M=92.38; DP=(11.11) (valor máx-min:59-100)
<b>F+a%</b>	<b>M (%); (DP)</b> M=60.77; DP=(18.67) (Valor máx-min:24-100 )	<b>M (%); (DP)</b> M=63.83; DP=(14.68) (valor máx-min:37-100)	<b>M (%); (DP)</b> M=58.08; DP=(21.52) (Valor máx-min:)

**Tabela 4. Percentagens, Médias e Desvios-padrão de variáveis relativas aos Conteúdos e a elementos de Dinâmica Afetiva**

	<b>Total (N=45)</b>	<b>Grupo com Transplante (N=21)</b>	<b>Grupo sem Transplante (N=24)</b>
<b>Variáveis</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
<b>Sng</b>	<b>M; (DP)</b> M=.18; DP=(.49) (valor máx-min:0-2)	<b>M; (DP)</b> M=.33; DP=(.65) (valor máx-min:0-2)	<b>M; (DP)</b> M=.04; DP=(.20) (valor máx-min:0-1)
<b>Anat</b>	<b>M; (DP)</b> M=1.40; DP=(2.20)	<b>M; (DP)</b> M=1.86; DP=(2.33)	<b>M; (DP)</b> M=1; DP=(2.06)

Dinâmica Afetiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crônica: estudo exploratório

		(valor máx-min:0-8)	(valor máx-min:0-7)	(valor máx-min:0-8)
<b>Ban</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=2.47; DP=(1.56)	M=2.67; DP=(1.46)	M=2.29; DP=(1.65)
		(valor máx-min:0-6)	(valor máx-min:0-5)	(valor máx-min:0-6)
<b>H%</b>		<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>
		M=13.89; DP=(11.50)	M=12.30; DP=(9.02)	M=15.28; DP=(13.34)
		(valor máx-min:0-40)	(valor máx-min:0-33.33)	(valor máx-min:0-40)
<b>A%</b>		<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>
		M=58.62; DP=(21.48)	M=57.61; DP=(20.79)	M=59.51; DP=(22.46)
		(valor máx-min:14.81-100)	(valor máx-min:19.05-100)	(valor máx-min:14.81-100)
<b>F(-) Cart. Bilat. (II, III e VII)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=1.96; DP=(1.97)	M=2.10; DP=(1.92)	M=1.83; DP=(2.05)
		(valor máx-min:0-9)	(valor máx-min:0-9)	(valor máx-min:0-7)
<b>F± Cart. Comp. (I; IV; V e VI)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=.98; DP=(1.90)	M=1.05; DP=(2.10)	M=.92; DP=(1.74)
		(valor máx-min:0-9)	(valor máx-min:0-9)	(valor máx-min:0-7)
<b>F(-) Cartões Comp.</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=1.40; DP=(1.80)	M=1.38; DP=(1.93)	M=1.42; DP=(1.71)
		(valor máx-min:0-8)	(valor máx-min:0-8)	(valor máx-min:0-6)
<b>Hd Cart. Pastel (VIII, IX e X)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=.36; DP=(1.00)	M=.10; DP=(.31)	M=.58; DP=(1.31)
		(valor máx-min:0-5)	(valor máx-min:0-1)	(valor máx-min:0-5)
<b>Hd Cart. Compact.(I; IV; V e VI)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=.27; DP=(.65)	M=0.19; DP=(.51)	M=.33; DP=(.76)
		(valor máx-min:0-3)	(valor máx-min:0-2)	(valor máx-min:0-3)
<b>Anat Cart Compact.(I; IV; V e VI)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
		M=.04; DP=(0.20)	M=0; DP=(0)	M=.08; DP=(.28)
		(valor máx-min:0-1)	(valor máx-min:0-0)	(valor máx-min:0-1)
<b>Anat Cart. Pastel (VIII, IX e X)</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>

	M=.87; DP=(1.68) (valor máx-min:0-7)	M=1.43; DP=(2.13) (valor máx-min:0-7)	M=.37; DP=(.97) (valor máx-min:0-4)
<b>R.C%</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>
	M=36.52; DP=(12.51) (valor máx-min:0-67)	M=37.09; DP=(14.29) (valor máx-mín:0-67)	M=36.01; DP=(11.02) (valor máx-mín:20-59)
<b>I.A %</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>	<b>M (%); (DP)</b>
	M=11.87; DP=(13.23) (Valor máx-min: 0-47.6)	M=13.80; DP=(14.91) (valor máx-min:0-47.6)	M=10.16; DP=(11.62) (Valor máx-min:0-40)
<b>Recusas</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
	M=1.33; DP=(2.17) (Valor máx-min:0-9 )	M=1.14; DP=(1.98) (Valor máx-min:0-9 )	M=1.50; DP=(2.35) (Valor máx-min:0-8 )
<b>Eq. Choque</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
	M=2.38; DP=(2.27) (Valor máx-min: 0-11)	M=2.19; DP=(2.33) (Valor máx-min:0-11 )	M=2.54; DP=(2.26) (Valor máx-min:0-8 )

**Tabela 5. Médias e Desvios-padrão das variáveis relativas à Produtividade (Número de Respostas) e Tempo de Latência**

	Total (N=45)	Grupo com Transplante (N=21)	Grupo sem Transplante (N=24)
<b>Variáveis</b>		<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
<b>R</b>	<b>M; DP</b>	<b>M; DP</b>	<b>M; DP</b>
	M=17.62; DP=(10.41) (valor máx-min:1-51 )	M=19.48; DP=(9.65) (valor máx- min:1-39)	M=16;DP=(10.97) (Valor máx-min:2-51)
<b>T.L</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>	<b>M; (DP)</b>
	M=16.03; DP=(13.25) (valor máx-min:2.1-55.0)	M=15.63; DP=(12.14) (valor máx-mín:3.0-55.0 )	M=16.39 ; DP=(14.46) (valor máx-mín: 2.1-54.5)

**Tabela 6. Frequências e percentagens das variáveis Rorschach de índole eminentemente qualitativa**

Variáveis	Amostra total (N=45)		Grupo com Transplante (N=21)		Grupo sem Transplante (N=24)	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.
<b>TRI</b>						
-Introversivo Puro	8	13.6	2	9.5	6	25
-Introversivo Misto	2	3.4	0	0	2	8.3
-Extroversivo Puro	18	30.5	9	42.9	9	37.5
-Extroversivo Misto	9	15.3	6	28.6	3	12.5
-Coarctado	8	13.6	4	19.0	4	16.7
<b>F.C</b>						

-Introversivo	21	35.6	11	52.4	10	41.7
-Extroversivo	2	3.4	1	4.8	1	4.2
-Coartado	19	32.2	7	33	12	50
-Ambigüal	3	5.1	2	9.5	1	4.2
<b>FC:C+CF</b>						
-FC > C+ CF (Dominância Formal da Cor)	14	23.7	7	33.3	7	29.2
-FC= C+CF (Pólos equitativos)	2	3.4	1	4.8	1	4.2
-0 FC: 0C + CF (Pólos Nulos)	15	25.4	6	28.8	9	37.5
-FC < C+CF (Dominância Pólo Sensorial)	14	23.7	7	33.3	7	29.2
<b>K Prancha II</b>						
Sim	6	33.9	2	9.5	4	16.7
Não	39	66.1	19	90.5	20	83.3
<b>H Prancha II</b>						
Sim	7	35.6	3	14.3	4	16.7
Não	38	64.4	18	85.7	20	83.3
<b>H Prancha III</b>						
Sim	17	52.5	10	47.6	17	70.8
Não	28	47.5	11	52.4	7	29.2
<b>K Prancha III</b>						
Sim	6	33.9	2	9.5	4	16.7
Não	39	66.1	19	90.5	20	83.3
<b>H Prancha VII</b>						
Sim	7	11.9	3	14.3	4	16.7
Não	38	64.4	18	85.7	20	83.3
<b>K Prancha VII</b>						
Sim	3	5.1	1	4.8	22	91.7
Não	42	71.2	20	95.2	2	8.3

**Tabela 7. Frequências e percentagens relativas aos níveis estabelecidos para a Dimensão da Actividade Intelectual**

Dimensão	Amostra total (N=45)		Grupo com Transplante (N=21)		Grupo sem Transplante (N=24)	
	Freq.	Percent.	Freq.	Percent.	Freq.	Pecent.
<b>Actividade Intelectual</b>						
-Pens. Concreto e Factual	7	11.9	3	14.3	4	16.7
-Pens. Lacónico na Inserção ao Real	16	27.1	8	38.1	8	33.3
-Pens. Fragilizado na Formalização	1	1.7	1	4.8	0	0
-Pens. Concreto e Factual, com falhas na inserção ao real	15	25.4	7	33.3	8	33.3
-Pens. Lacónico na formalização e na						

Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório



inserção ao real	6	10.2	2	9.5	4	16.7
------------------	---	------	---	-----	---	------

**Tabela 8. Frequências e percentagens dos níveis estabelecidos na dimensão da Dinâmica Afectiva**

Dimensão	Amostra total (N=45)		Grupo com Transplante (N=21)		Grupo sem Transplante (N=24)	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
<b>Dinâmica Afectiva</b>						
-Domínio da Labilidade	4	8.5	4	19	0	0
-Domínio da Labilidade/Angústia de Fragmentação	7	11.9	5	23.8	2	8.3
-Domínio da Rigidez e Inibição	5	8.5	1	4.8	4	1.7
-Domínio dos Processos Primários (C/ Planura Simbólica)	2	3.4	0	0	2	8.3
-Domínio dos Processos Primários/Angústia de Fragmentação	5	8.5	1	4.8	4	16.7
-Domínio da Rigidez e inibição (C/ derrapagem perceptiva)	14	23.7	6	28.6	8	33.3
-Domínio da Rigidez c/ Derrapagem perceptiva e Angústia de Fragmentação	6	10.2	3	14.3	3	12.5
-Domínio da Rigidez e Inibição, c/ Angústia de Fragmentação	1	1.7	1	4.8	0	0
-Domínio dos Processos Primários, c/ Angústia de Fragmentação (Planua Simbólica)	1	1.7	0	0	1	4.2

## Anexo IX

Tabela 1. Influência da variável gênero, nas principais variáveis Rorschach

Variáveis	Man-Whitney/ Wilcoxon	Sig
R	U=205.5; W=436.5	.289
T.L	U=251.5; W=551.5	.991
Kan	U=244.0; W=435.0	.083
K	U=188.5; W=419.5	.105
K+	U=210.0; W=441.0	.256
K-	U=204.0; W=435.0	.083
Ban	U=244.0; W=400.0	.054
Anat	U=169.0; W=400	.662
Sng	U=244.5; W=544.5	.773
G%	U=235; W=535	.381
D%	U=213.1; W=513.1	.495
Dd%	U=222.0; W=453.0	.600
Dbl%	U=231.0; W=462.0	.828
F%	U=244.0; W=544	.838
F+%	U=243; W=474	.142
F+a%	U=187.5; W=418.5	.419
H%	U=216.5; W= 447.5	.097
A%	U=179; W=410.5	.546
Recusas	U=225; W=456.5	.814
Eq.Choque	U=242.5; W=473.5	.329
I.A%	U=210; W=441	.888
Anat Cartões Compactos	U=246; W=477	.924
Anat Cartões Pastel	U=250.5; W=550.5	.905
Hd Cartões Compactos	U=248.5; W=548.5	.513
Hd Cartões pastel	U=248.5; W=548.5	.056

Tabela 2: Diferenças entre a variável relativa à faixa etária e as principais variáveis Rorschach

Variáveis	Chi-square	Sig
R	3.190	.203
T.L	7.277	.026
Kan	1.838	.399
K	2.148	.342
K+	3.108	.211
K-	0.318	.853
G%	3.590	.166
D%	3.935	.140
Dd%	0.324	.851
Dbl%	1.825	.401
F%	0.019	.990
F+%	0.872	.647
F+a%	0.675	.713
H%	1.750	.417
A%	1.042	.379
Recusas	0.557	.757
Eq.Choque	0.430	.807
I.A%	0.012	.994
Anat Cartões Compactos	2.047	.359
Anat Cartões Pastel	1.429	.489
Hd Cartões Compactos	1.289	.525
Hd Cartões pastel	1.230	.541
Ban	6.729	.035
Anat	0.234	.889
Sng	0.073	.964

**Tabela 3: Estudo da influência da variável Nível Escolar nas principais variáveis Rorschach**

Variáveis	Chi-square	Sig
R	3.190	.203
T.L	7.277	.026
Kan	1.838	.399
K	2.148	.342
K+	3.108	.211
K-	0.318	.853
G%	3.590	.166
D%	3.935	.140
Dd%	0.324	.851
Dbl%	1.825	.401
F%	0.019	.990
F+%	0.872	.647
F+a%	0.675	.713
H%	1.750	.417
A%	1.042	.379
Recusas	0.557	.757
Eq.Choque	0.430	.807
I.A%	0.012	.994
Anat Cartões Compactos	2.047	.359
Anat Cartões Pastel	1.429	.489
Hd Cartões Compactos	1.289	.525
Hd Cartões pastel	1.230	.541
Ban	6.729	.035
Anat	0.234	.889
Sng	0.073	.964

**Tabela 4. Teste de Kruskal-Wallis calculado na averiguação da Influência da variável Frequência em Ensino Especial**

Variáveis	Chi-square	Sig
R	.344	.558
T.L	.977	.323
Kan	.627	.428
K	.335	.563
K+	1.432	.231
K-	.012	.913
G%	.001	.971
D%	.048	.826
Dd%	2.120	.145
Dbl%	1.425	.233
F%	1.014	.314
F+%	.680	.410
F+a%	.000	.985
H%	2.384	.123
A%	.086	.770
Recusas	.103	.748
Eq.Choque	.043	.837
I.A%	.000	.985
Anat Cartões Compactos	.449	.503
Anat Cartões Pastel	2.684	.101
Hd Cartões Compactos	2.118	.146
Hd Cartões pastel	.147	.702
Ban	3.082	.079
Anat	1.372	.241
Sng	.004	.950

**Tabela 5. Influência da variável Situação Profissional do Pai na expressão das várias variáveis Rorschach**

Variáveis	Man-Whitney/ Wilcoxon	Sig
R	U=76.5; W=637.5	.404
T.L	U=63.5; W=624.5	.215
Kan	U=73.0; W=88.0	.382
K	U=63.0; W=78.0	.233
K+	U=73.0; W=88.0	.476
K-	U=67.5; W=82.50	.401
Ban	U=35.5; W=596.5	.120
Anat	U=69.50; W=630.5	.577
Sng	U=77.0; W=638.0	.527
G%	U=70.5; W=85.5	.311
D%	U=56.50; W=617.5	.137
Dd%	U=60.0; W=621.0	.153
Dbl%	U=51.00; W=612.0	.061
F%	U=77.0; W=92.0	.412
F+%	U=37.5; W=598.5	.095
F+a%	U=29.0; W=590	.069
H%	U=68.5; W=630.5	.295
A%	U=68.5; W=83.5	.282
Recusas	U=70.50; W=85.5	.301
Eq.Choque	U=81.5; W=96.0	.474
I.A%	U=65.5; W=75.5	.501
Anat Cartões Compactos	U=77.5; W=92.5	.751
Anat Cartões Pastel	U=77.5; W=92.5	.510
Hd Cartões Compactos	U=82.00; W=643	.661
Hd Cartões pastel	U=80.0; W=641	.599

**Tabela 6. Influência da variável Situação profissional da mãe na expressão das principais variáveis Rorschach**

Variáveis	Man-Whitney/ Wilcoxon	Sig
R	U=173.0; W=251	.492
T.L	U=172.0; W=250.0	.480
Kan	U=165.5; W=243.5	.414
K	U=118.0; W=196.0	.141
K+	U=116.0; W=194.0	.232
K-	U=152.0; W=250.0	.287
Ban	U=151.5; W=229.5	.263
Anat	U=86.5; W=164.5	.002
Sng	U=;166.0 W=244.0	.539
G%	U=170.0; W=248.0	.458
D%	U=171.0; W=249.5	.475
Dd%	U=130.5; W=565.5	.091
Dbl%	U=145.5; W=223.5	.163
F%	U=133.0; W=568.0	.123
F+%	U=145.0; W=225.0	.267
F+a%	U=165.5; W=600.5	.408
H%	U=126.5; W=204.5	.087
A%	U=81.50; W=516.5	.063
Recusas	U=164.5; W=242.5	.392
Eq.Choque	U=138.5; W=216.5	.156
I.A%	U=100.0; W=178.0	.019
Anat Cartões Compactos	U=162.0; W=240	.495
Anat Cartões Pastel	U=118.0; W=196	.214
Hd Cartões Compactos	U=155.0; W=233	.323
Hd Cartões pastel	U=152.5; W=230.5	.020

**Tabela 7. Níveis de significância associados ao teste de Kruskal-Wallis, aplicado na averiguação da influência do diagnóstico nas variáveis Rorschach**

Variáveis	Sig
R	.633
T.L	.679
Kan	.554
K	.755
K+	.633
K-	.647
G%	.487
D%	.338
Dd%	.521
Db%	.152
F%	.606
F+%	.447
H%	.488
A%	.359
Recusas	.551
Eq.Choque	.340
I.A%	.384
Anat Cartões Compactos	.115
Anat Cartões Pastel	.135
Hd Cartões Compactos	.215
Hd Cartões pastel	.925
Ban	.464
Anat	.164
Sng	.452

## Anexo X

## Análise de Correspondências Múltiplas de cada uma das Dimensões

Tabela 1. – Valores de discriminância e percentagens de variância associados às principais variáveis integrantes da Actividade Intelectual

	Discrimination Measures					Mean
	Dimension					
	1	2	3	4	5	
R	,944	,840	,850	,865	,860	,872
K	,268	,038	,196	,200	,093	,159
D%	,667	,763	,614	,610	,583	,647
G%	,804	,615	,644	,579	,472	,623
F+%	,623	,396	,576	,422	,490	,501
F%	,632	,693	,237	,281	,400	,449
Actividade Intelectual <sup>a</sup>	,232	,219	,043	,197	,280	,194
Active Total	3,937	3,344	3,117	2,958	2,899	3,251
% of Variance	65,624	55,737	51,957	49,297	48,322	54,187

a. Supplementary variable

Tabela 2. Alfa de Cronbach e percentagens de variância associados a cada uma das dimensões da Actividade Intelectual

Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For		
		Total	Inertia	% of Variance
		(Eigenvalue)		
1	,895	3,937	,656	65,624
2	,841	3,344	,557	55,737
3	,815	3,117	,520	51,957
4	,794	2,958	,493	49,297
5	,786	2,899	,483	48,316
Total		16,256	2,709	
Mean	,831 <sup>a</sup>	3,251	,542	54,186

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

Tabela 3. – Valores de discriminância e percentagens de variância associados às principais variáveis integrantes da Dinâmica Afectiva

	Discrimination Measures					Mean
	Dimension					
	1	2	3	4	5	
R	,914	,881	,751	,892	,921	,872
TRI	,728	,263	,370	,536	,274	,434
K	,373	,282	,260	,202	,174	,258
F+%	,446	,612	,620	,322	,344	,469
F%	,679	,546	,503	,391	,336	,491
aRecusas	,712	,181	,033	,349	,431	,341
aFC	,286	,595	,624	,561	,301	,473
aIA_Percentagem	,456	,439	,399	,371	,308	,394
aH_Percentagem	,511	,658	,599	,250	,640	,532
aRC_Percentagem	,494	,246	,291	,510	,340	,376
aTL_médio_segundos	,273	,285	,247	,209	,315	,266
Dinâmica Afectiva <sup>a</sup>	,650	,197	,159	,386	,189	,316

Dinâmica Afectiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório

Active Total	5,872	4,986	4,697	4,592	4,383	4,906
% of Variance	53,384	45,324	42,704	41,742	39,847	44,600

a. Supplementary variable

**Tabela 4. Alfa de Cronbach e percentagem de variância associados a cada uma das dimensões da Dinâmica Afetiva**

Dimension	Cronbach's Alpha	Model Summary			
		Total (Eigenvalue)	Inertia	Variance Accounted For	
				% of Variance	
1	,913	5,872	,534	53,384	
2	,879	4,986	,453	45,324	
3	,866	4,697	,427	42,704	
4	,860	4,592	,417	41,742	
5	,849	4,383	,398	39,847	
Total		24,530	2,230		
Mean	,876 <sup>a</sup>	4,906	,446	44,600	

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

**Tabela 5. Valores de discriminância associados às principais variáveis que integram a Dinâmica Afetiva, na presença da variável Transplante**

	Discrimination Measures		
	Dimension		Mean
	1	2	
TRI	,727	,275	,501
F%	,676	,537	,607
F+%	,441	,605	,523
K	,366	,295	,330
aRecusas	,713	,174	,443
aFC	,289	,588	,439
aIA_Percentagem	,460	,445	,453
R	,916	,887	,902
aTL_médio_segundos	,276	,283	,279
aH_Percentagem	,510	,651	,581
aRC_Percentagem	,497	,244	,371
Transplante	,005	,004	,004
Active Total	5,876	4,988	5,432
% of Variance	48,966	41,564	45,265

**Tabela 6. Valores de discriminância associados às principais variáveis que integram a Actividade Intelectual, na presença da variável Transplante**

	Discrimination Measures		
	Dimension		Mean
	1	2	
F%	.635	.701	.668
F+%	.612	.397	.504
K	.272	.041	.156
G%	.803	.606	.704
D%	.667	.757	.712
R	.940	.842	.891
Transplante	.023	.002	.012
Active Total	3.951	3.345	3.648
% of Variance	56.442	47.787	52.115

Dinâmica Afetiva e *Performance* Intelectual em crianças e adolescentes submetidos a transplante hepático e com insuficiência hepática crónica: estudo exploratório