

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLINICA

(.1997/1999)

Dissertação de Mestrado

Estudo de um caso de Esquizofrenia

Seminário de Dissertação dirigido por: Prof. Doutor Eduardo Sá

Elaborado por: Maria José Teles Fialho Godinho Graça

Aluna nº 1022

« À medida que interioriza a mãe e o pai, um bebê pode passar mais tempo sem eles (porque os tem dentro). Mas talvez tenhamos sempre alguma «insuficiência renal» na transformação dos nossos pensamentos. Isto é, talvez nunca deixemos de solicitar (aos nossos pais, como a outras pessoas muito importantes para nós) ajuda para pensarmos os nossos pensamentos, sem a qual correremos o risco da solidão nos empurrar para experiências onde os pensamentos por pensar intoxicam o pensamento e nos aproximem da loucura.»

Eduardo Sá (1995, p. 100)

Índice

pág.s

I - Introdução -----	5
II - A Esquizofrenia - Breve história -----	7
III - O Conceito de Esquizofrenia -----	8
- Semiologia -----	8
- Nosografia -----	11
* DSM-IV -----	11
* ICD-10 -----	18
* Comparação entre os critérios da ICD-10 e do DSM-IV -----	25
IV - A Etiologia -----	26
V - Entendimento psicodinâmico da esquizofrenia -----	29
Uma compreensão a partir de:	
Freud -----	29
Klein -----	30
Bion -----	32
Kaufmann -----	33
Bouvet -----	34
Kohut -----	35
Bergeret -----	36
Claude -----	37
Badaracco -----	38
Racamier -----	41
Mauro Mancia -----	45
E.Sá -----	47
VI - Síntese do entendimento dinâmico da esquizofrenia -----	49
* quadro síntese -----	54
VII- Estudo de um caso de Esquizofrenia -----	55
- O problema -----	55
* os conceitos -----	57
- Hipóteses Clínicas -----	57
- Metodologia -----	58
* História Clínica -----	58
- História da doença -----	59
- Dados da história pessoal -----	61

- Dados da história familiar -----	62
* O Rorschach -----	64
- Análise dos cartões -----	64
- Conceção psicanalítica -----	67
- Aplicação -----	69
* o psicograma -----	73
- Análise dos dados -----	73
* síntese -----	79
* O Diagnóstico -----	80
VIII - Intervenção terapêutica -----	81
* Análise das sessões -----	81
- quadro síntese das sessões -----	112
- auto-crítica -----	113
IX - Discussão -----	113
- Síntese -----	122
X - Conclusão -----	124
XI - Bibliografia -----	128
XII - Os anexos -----	131
* O protocolo de localização	
* Cópia da carta do Hospital	

I - Introdução

O meu interesse por um trabalho na área da esquizofrenia surge quando conheci o D.V. Um jovem que tinha na altura apenas 19 anos, a quem a doença, provavelmente, estaria a anular os projectos de vida.

Senti uma grande vontade de o «ajudar», mas, para isso, tinha de «aprender» mais sobre esta doença - o D.V. foi a minha primeira experiência em termos de intervenção terapêutica na área da psicose.

Nas aulas de Seminário de Dissertação ouvi o Professor Eduardo Sá falar numa hipótese de trabalho para a Dissertação - A Sexualidade na Esquizofrenia. Não hesitei na escolha, pois era importante para mim contar com o apoio do Professor para poder ajudar este jovem.

Comecei por aprofundar os aspectos teóricos da esquizofrenia, abordando primeiro os **conceitos** quer em termos históricos, numa breve abordagem, através das concepções de Kraepelin e Bleuler, quer em termos psicopatológicos, pegando no DSM-IV e ICD.10, os manuais mais actualizados na área das doenças mentais.

Refiro-me, nesta perspectiva, às diversas variantes da psicose, mas, tendo em conta o meu interesse pela esquizofrenia, esta é abordada de uma forma mais exaustiva.

Os aspectos etiológicos, também, mereceram a minha atenção, e, no capítulo IV, refiro-me a diversas hipóteses para as causas do aparecimento da esquizofrenia, tais como os factores genéticos, neuro-biológicos, o papel dos acontecimentos, e as características da personalidade.

Contudo, é o entendimento dinâmico que me mereceu uma melhor atenção, dado as insuficiências de um diagnóstico puramente nosológico. Porque, sem dúvida, é a teoria psicanalítica que nos permite uma melhor compreensão desta doença.

São os trabalhos de Freud, M.Klein, Kohut, Bergeret, Badaracco, Racamier, E.Sá, entre outros, que me mereceram esta atenção, os quais enriqueceram a minha compreensão nesta área.

As suas concepções baseiam-se na ideia de que a integração das pulsões pela criança depende do modo de investimento dos objectos, que culminam, para o futuro psicótico, na fragmentação destes investimentos, impossibilitando-o de atingir a triangulação edipiana. É uma falha primordial, pois não lhe permitirá o acesso à simbolização nem à castração, aparecendo os fantasmas incestuosos e uma relação frágil com o real.

O meu objectivo com este estudo é tentar relacionar estas concepções com o que observei no D.V.. Começo por, no capítulo VII, fazer a apresentação deste caso, através da sua história clínica, e avaliação pelo RCH, terminando na análise das sessões. Estas permitiram-me conhecer este jovem, contudo, é preciso não esquecer que a sua imagem, por aspectos contratransferenciais, ligados à minha falta de experiência, pode ficar aquém da realidade em si.

II - A Esquizofrenia

Breve história

O interesse pelos sintomas do que agora se chama Esquizofrenia inicia-se em 1890, com Médicos e Filósofos. Contudo, só em 1896 com Kraepelin, no seu «Tratado das Doenças Mentais », surge esta entidade nosológica com o nome de demência precoce. Era, segundo o autor, uma espécie de loucura, caracterizada por um estado de enfraquecimento psíquico e perturbações profundas, tais como - indiferença, apatia, alucinações, delírios, esteriotipias e desordens afectivas, (Kaplan, e al, 1981).

Kraepelin distinguia três formas clínicas de demência precoce: a hebefrenia, a catatonia, e uma forma paranóide.

Mais tarde, outros observadores verificaram que se tratava menos de demência, no sentido de enfraquecimento intelectual, e mais de uma dissociação da vida psíquica - uma espécie de desagregação da personalidade.

E, em 1911, Bleuler substituiu o termo demência precoce por «esquizofrenia». Para ele, esta doença é caracterizada por um processo de desintegração da capacidade associativa, processo que altera o pensamento, onde as ideias e os sentimentos são, como no sonho, a expressão simbólica dos complexos inconscientes, (*ibid.*).

A contribuição essencial de Bleuler foi a introdução de uma hierarquia de sintomas, com a denominação de sintomas primários, os quais compreendiam as perturbações do afecto, da associação e da volição, e os sintomas secundários, tais como as alucinações, os delírios, negativismo e estupor.

A esquizofrenia passou a ser considerada não uma doença mas síndrome - uma espécie de ruptura com a realidade, que pode ser uma simples atitude de introversão ou uma profunda regressão autística da personalidade.

III - O Conceito de Esquizofrenia

A esquizofrenia, é uma entidade clínica, integrada num quadro nosológico mais amplo, o das psicoses, as quais, de acordo com a Associação Mundial de Psiquiatria (1987), caracterizam-se por uma estruturação desarmónica da personalidade, com alterações graves da consciência, do contacto com a realidade e das possibilidades de fazer face às necessidades de existência.

Semiologia

De acordo com a DSM-IV, as grandes síndromes psicóticas, de que importa conhecer as características, permitem-nos analisar os quadros clínicos.

Estes manifestam-se clinicamente por diversos sintomas:

As ideias delirantes - são falsas crenças, que habitualmente envolvem uma interpretação errada das percepções ou experiências, cujo conteúdo pode incluir uma grande variedade de temas (persecutório, auto-referência, somático, religioso ou de grandeza).

As alucinações - podem ser auditivas, visuais, olfativas, gustativas e cinestésicas, sendo que as auditivas são as mais comuns, e vividas como vozes distintas do pensamento do sujeito.

O pensamento desorganizado (perturbação formal do pensamento, afrouxamento das associações) foi considerado como a característica mais importante da esquizofrenia.

Os comportamentos motores, incluem uma marcada diminuição da reactividade ao meio, atingindo, por vezes um grau extremo (estupor, catatónico).

O embotamento afectivo, é caracterizado pela aparência imóvel e sem resposta da face do sujeito, com reduzida expressão corporal.

A pobreza do discurso - manifesta-se por respostas breves e lacónicas ou sem conteúdo, aparentando uma diminuição do pensamento.

Incapacidade para iniciar actividades com um objectivo, significa que o sujeito pode sentar-se e demonstrar pouco interesse em participar em trabalhos ou actividades sociais.

O sujeito com esquizofrenia pode ainda apresentar:

afecto desadequado, por exemplo, sorrir, na ausência de estímulo apropriado.

humor disfórico, que pode tomar a forma de depressão, ansiedade ou angústia.

alterações do padrão do sono - dormir durante o dia.

perda de interesse pela alimentação, em consequência de crenças delirantes.

dificuldades de concentração da atenção e de memória.

ausência de crítica, a qual pode ser um dos indicadores de mau prognóstico, porque predispõe o indivíduo à falta de adesão ao tratamento.

a despersonalização, a desrealização e as preocupações somáticas podem também ocorrer, e, por vezes tomar proporções delirantes.

o suicídio é frequente em idades inferiores aos 30 anos, em consequência dos sintomas depressivos, e do desemprego.

De acordo com a ICD.10, estes sintomas não divergem, significativamente, e referem-se a:

ideias delirantes de ser controlado, de influência ou de passividade, claramente referidas ao corpo, aos movimentos ou ao pensamento, acções ou sensações e percepções delirantes.

aparecem outras ideias delirantes, tais como de identidade religiosa ou política, capacidades ou poderes sobrehumanos.

vozes alucinatórias que comentam a própria actividade, e discutem entre elas sobre o doente.

bloqueios no curso do pensamento, que dão lugar a uma linguagem desagregada.

manifestações catatónicas, tais como excitação, posturas ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo, ou estupôr.

transtornos afectivos, ideias de suicídio.

apatia marcada, empobrecimento da linguagem, retraimento social.

a despersonalização, a desrealização e as preocupações somáticas também podem ocorrer.

Não há, por isso, diferenças significativas entre a ICD-10 e o DSM-IV, no que respeita à semiologia dos quadros psicóticos.

Nosografia

Considera-se, em termos nosográficos, que existem diversas variedades de psicoses. Para apresentar esta classificação, é preciso reportar-mo-nos à evolução das perturbações, e à clinica propriamente dita.

No que respeita à evolução, é preciso distinguir o que caracteriza as psicoses agudas e as psicoses crónicas:

Nas psicoses agudas, existem sintomas cuja organização deixa prever o carácter transitório. São crises ou acessos onde os episódios são mais ou menos longos, mas que têm uma tendência natural à remissão, tais como as psicoses delirantes e alucinatórias agudas, e as psicoses confusionais.

O que caracteriza as psicoses crónicas, é que elas têm uma evolução contínua ou progressiva, que altera de uma maneira durável a actividade psíquica, tal como as psicoses esquizofrénicas.

Quanto à clinica, e de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (DSM - IV-1996), as psicoses classificam-se em:

- | | |
|------------------|---|
| <u>Psicose</u> - | 1 - ESQUIZOFRÉNICA |
| | 2 - ESQUIZOFRENIFORME |
| | 3 - PERTURBAÇÃO ESQUIZOAFECTIVA |
| | 4 - PERTURBAÇÃO DELIRANTE |
| | 5 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA BREVE |
| | 6 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA |
| | 7 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA DEVIDA A UM ESTADO GERAL |
| | 8 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS |

1 - PSICOSE ESQUIZOFRÉNICA:

Os sintomas - as características essenciais da esquizofrenia referem-se a um conjunto de sintomas - «positivos» - (ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado), e «negativos» - (embotamento afectivo, diminuição dos comportamentos dirigidos para um objectivo, diminuição da fluência e produtividade do pensamento e do discurso),

O critério de esquizofrenia requer que dois destes itens estejam simultaneamente presentes, pelo menos durante um mês (ou um período mais curto, no caso de tratamento bem sucedido), em que alguns sinais de perturbação persistem, pelo menos seis meses. Contudo, se as ideias delirantes tiverem um carácter bizarro, ou as alucinações envolverem vozes em comentários, ou vozes em conversa, apenas um item é requerido.

Disfunção sócio-ocupacional - A esquizofrenia envolve a disfunção de uma ou mais áreas do funcionamento (relação interpessoal, trabalho ou educação, ou cuidados consigo próprio). Se a perturbação tem início na adolescência, o progresso escolar é geralmente afectado. A maioria dos pacientes com esquizofrenia não casa.

O início da esquizofrenia ocorre tipicamente entre o final da segunda década e meados da quarta década de vida. É raro que aconteça antes da adolescência, mas também pode ter início em fases muito precoces - aos 5/6 anos, ou mais tardias, após os 45 anos.

As psicoses esquizofrénicas são, assim, caracterizadas por uma perturbação fundamental da personalidade, uma alteração típica do pensamento, um sentimento frequente de ser comandado por forças estranhas, perturbações da percepção, uma afectividade anormal sem relação com a situação real. O doente tem muitas vezes a impressão de que os seus pensamentos e sentimentos, e os seus actos mais íntimos são conhecidos ou partilhados pelo outro. As explicações delirantes desenvolvem-se sobre o tema de forças sobrenaturais, que influenciam os seus pensamentos e os seus actos de maneira muitas vezes bizarra. O pensamento torna-se vago, obscuro e a sua expressão oral é muitas

vezes incompreensível. Rupturas no curso normal do pensamento são frequentes e o paciente pode ter a convicção de que os seus pensamentos lhe são retirados por uma força exterior. O seu humor pode ser superficial ou incongruente. As perturbações da vontade podem aparecer sob a forma de inércia, de negativismo ou estupor. O empobrecimento social crescente pode culminar na retirada sobre si próprio.

As formas clínicas de esquizofrenia podem ser de tipo paranóide; desorganizado; catatónico; residual (DSM-IV):

A FORMA PARANÓIDE:

características essenciais - presença de ideias delirantes ou alucinações auditivas, num contexto de preservação das funções cognitivas e do afecto. O discurso desorganizado, afecto embotado, comportamento catatónico ou desorganizado não são sintomas dominantes. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza, mas podem surgir ideias delirantes de ciúme, místicas, ou somatizações. As alucinações estão também relacionadas com a temática delirante.

Características associadas - ansiedade, cólera, indiferença e querelância. A temática persecutória pode predispor o sujeito ao comportamento suicida, que juntamente com a cólera pode dar origem a actos de violência.

O início tende a ser mais tardio que os outros tipos de esquizofrenia, e o prognóstico também é melhor, nomeadamente, em relação ao funcionamento profissional e capacidade para ter uma vida independente.

A FORMA DESORGANIZADA:

características essenciais - discurso e comportamento desorganizados, afecto inapropriado ou embotado.

O discurso desorganizado pode ser acompanhado de comportamento pueril e risos que não estão relacionados com o contexto do discurso.

A desorganização do comportamento pode levar a uma grave disrupção da capacidade de desempenhar as tarefas quotidianas (cuidar da higiene pessoal, vestuário ou alimentação).

As ideias delirantes, caso estejam presentes, são fragmentárias e não estão organizadas de forma coerente. Estão associados os maneirismos e a estranheza no comportamento.

O início é precoce e insidioso (personalidade pré-mórbida);

A evolução é contínua e sem remissões significativas.

A FORMA CATATÓNICA:

características essenciais - existência de perturbações motoras importantes, indo muitas vezes de um extremo ao outro, de hipercinésia ao estupor, da obediência automática ao negativismo. Se os membros do paciente são postos numa posição normal, pode conservá-la durante um certo tempo, depois da supressão da força exterior. Esta forma pode ser acompanhada de uma excitação extrema. A concomitância de sintomas depressivos ou hipomaniacos podem existir.

A ecolália traduz-se pelo «papaguear» patológico e repetições aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase dita por terceiros.

Durante a excitação ou o estupor catatónico, o sujeito pode ter necessidade de uma cuidadosa vigilância para evitar auto ou heteroagressões. Existem riscos de desnutrição.

A FORMA RESIDUAL:

caraterísticas essenciais - presença de sintomas negativos - embotamento afectivo, pobreza do discurso ou avolição. Caso estejam presentes ideias delirantes ou alucinações, estas não são dominantes, nem marcadas pela alteração do humor.

A evolução pode estar marcada no tempo e representar uma transição entre um episódio completo e uma remissão completa, mas pode estar constantemente presente durante vários anos.

2 - PERTURBAÇÃO ESQUIZOFRENIFORME:

As características são idênticas às da esquizofrenia (ideias delirantes, alucinações, discurso e comportamento desorganizado, embotamento afectivo), sem dificuldades no funcionamento social e ocupacional.

A duração da doença, incluindo a fase prodómica, activa e residual, tem o mínimo de um mês e o máximo de seis meses. É uma duração intermédia entre a Perturbação psicótica breve, na qual os sintomas têm a duração mínima de um dia e máxima de um mês, e a Esquizofrenia, na qual os sintomas persistem no mínimo durante 6 meses. O diagnóstico é aplicado quando uma pessoa, embora sintomática, o tenha estado por um período inferior a 6 meses. Caso a perturbação persista para além dos seis meses o diagnóstico deverá ser modificado para Esquizofrenia.

3 - PERTURBAÇÃO ESQUIZOAFECTIVA:

características essenciais - existência de Depressão Major, Episódio maníaco ou Misto, acompanhada de ideias delirantes ou alucinações durante pelo menos duas semanas, na ausência de disfunção socio/ocupacional.

O episódio depressivo major inclui marcada diminuição do campo de interesses ou da capacidade de sentir prazer.

Durante a doença, os sintomas do sujeito preenchem simultaneamente os critérios para episódio depressivo major e para o critério de esquizofrenia, estando as alucinações auditivas e as ideias delirantes presentes antes e depois da fase depressiva.

A *duração* total da doença é de seis meses, com sintomas psicóticos isolados durante os dois meses iniciais. Os sintomas depressivos e psicóticos estão presentes nos três meses seguintes, e os sintomas psicóticos isolados, durante o último mês. É mais frequente em adultos mais idosos.

4 - PERTURBAÇÃO DELIRANTE:

características essenciais - presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras, que persistem pelo menos durante um mês. As alucinações auditivas ou visuais, se estiverem presentes, não são dominantes. Alucinações cinestésicas ou olfativas podem estar presentes (sensação de estar infestado por insectos associada a ideias delirantes de infestação ou a percepção de que emite um odor desagradável por um orifício do corpo, associado a ideias delirantes de auto-relação). O funcionamento psicossocial não está alterado de forma marcada.

Existem alguns subtipos:

a) tipo erotomania - quando o tema da ideia delirante é de que outra pessoa (pessoa famosa ou superior hierárquico) está apaixonada pelo sujeito;

b) tipo grandeza - convicção de ter grande talento, ou ter um conteúdo místico;

c) tipo ciúme - convicção de que o seu amante lhe é infiel;

d) tipo persecutório - convicção de que é objecto de conspiração;

e) tipo somático - convicção de que emite um odor desagradável.

5 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA BREVE com início súbito de pelo menos um destes sintomas - ideias delirantes, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado, cujo episódio dura pelo menos um dia e menos que um mês.

6 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA: (Folie à deux)- em que a ideia delirante se desenvolve num sujeito envolvido numa relação próxima com outra pessoa (indutor), que já sofre de uma perturbação psicótica com ideias delirantes dominantes, de características bizarras.

7 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA DEVIDA A UM ESTADO FISICO GERAL: em que as características essenciais são as alucinações ou ideias delirantes, resultantes de um estado físico geral, em que as alucinações podem ser visuais, olfativas, gustativas, auditivas, ou tácteis. As perturbações delirantes com carácter persecutório têm sido associadas a casos de epilepsia do lobo temporal.

8 - PERTURBAÇÃO PSICÓTICA INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS: as características essenciais são as alucinações ou ideias delirantes, devidas aos efeitos fisiológicos da substância.

A perturbação psicótica induzida por substâncias surge em associação a intoxicações ou síndrome de abstinência, cujos sintomas podem manter-se enquanto a substância continuar a ser utilizada. O seu início pode ocorrer até 4 semanas após a suspensão da

substância. Uma história anterior de perturbação psicótica primária não invalida a possibilidade de existência de uma perturbação psicótica induzida por substâncias. É sugerido que as alucinações auditivas são devidas a esta perturbação. Não é raro a existência de problemas originados pela utilização de substâncias entre pessoas com perturbações psicóticas não induzidas por substâncias.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças Mentais e do Comportamento, (ICD-10), as psicoses classificam-se em:

- Psicose
- | 1 - **ESQUIZOFRÊNICA**
 - | 2 - **TRANSTORNO ESQUIZOTÍPICO**
 - | 3 - **TRANSTORNOS DE IDEIAS DELIRANTES PERSISTENTES**
 - | 4 - **TRANSTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS E TRANSITÓRIOS**
 - | 5 - **TRANSTORNOS DE IDEIAS DELIRANTES INDUZIDAS**
 - | 6 - **TRANSTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS**
 - | 7 - **OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS NÃO ORGÂNICOS**

1 - PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA

Os sintomas - as características essenciais da esquizofrenia dizem respeito a perturbações da percepção, do pensamento e das emoções, com embotamento afectivo. A consciência e a capacidade intelectual mantêm-se inalteradas. Existe a crença de que os actos mais íntimos são conhecidos e partilhados por outros. Podem existir ideias delirantes em torno da existência de forças sobrenaturais capazes de influenciar, de forma bizarra, os actos e os pensamentos do indivíduo. São frequentes as alucinações, especialmente auditivas, que podem comentar a própria conduta ou os pensamentos do sujeito.

O critério de esquizofrenia requer a presença, na maior parte do tempo, de pelo menos um sintoma mais evidente, ou dois menos evidentes, durante um mês ou mais. O

diagnóstico não deve fazer-se em presença de sintomas depressivos ou maníacos relevantes, a não ser que os sintomas esquizofrénicos sejam anteriores.

As formas clínicas são: esquizofrenia paranóide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depressão pos-esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outra esquizofrenia:

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

características essenciais - predominam as ideias delirantes de perseguição, acompanhadas de alucinações auditivas que dão ordens ao doente, ou podem não possuir conteúdo verbal, tais como risos ou murmúrios.

características associadas - existe alguma incongruência afectiva, certa irritabilidade, ira e temor. Pode aparecer embotamento afectivo e transtornos da vontade.

A evolução é contínua. *O curso* pode ser episódico, com remissões parciais ou completas, ou crónico, em que os sintomas persistem durante anos. *O início* é mais tardio

ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA

características essenciais - os transtornos afectivos são os mais importantes - a afectividade é superficial e inadequada, acompanhada, com frequência, de risos emotivos. É frequente um comportamento irresponsável e imprevisível, e maneirismos. O pensamento aparece desorganizado e a linguagem é incoerente. Há uma tendência em permanecer solitário.

características associadas - as ideias delirantes e as alucinações são transitórias e fragmentárias.

O início é em geral entre os 15 e os 25 anos. *A evolução* é episódica, com defeito progressivo. *O prognóstico* é mau.

ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

características essenciais - presença de transtornos psicomotores graves, que variam desde a hiperkinésia ao estupor, ou da obediência automática ao negativismo.

características associadas - podem surgir estados oniróides, com alucinações.

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA - deve reservar-se a doentes que satisfaçam os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia e não reúnem os critérios de tipo catatónico, hebefrénico ou paranóide, nem de esquizofrenia residual ou depressão. *A evolução* é episódica, com remissões completas.

DEPRESSÃO POS-ESQUIZOFRÉNICA

Existe uma perturbação de tipo depressiva, a qual surge após um transtorno esquizofrénico. Os sintomas podem ser positivos (ideias delirantes, alucinações), ou negativos (embotamento afectivo), ainda que estes últimos sejam os mais frequentes. Os estados depressivos acompanham um alto risco de suicídio.

ESQUIZOFRENIA SIMPLES

É uma perturbação muito frequente, cujo desenvolvimento é insidioso e progressivo. Caracteriza-se por um comportamento extravagante, incapacidade para satisfazer as exigências da vida social. Não existem alucinações evidentes, nem ideias delirantes. O embotamento afectivo aparece sem ser precedido de sintomas psicóticos. O empobrecimento social pode levar ao fechamento sobre si mesmo, perdendo os seus objectivos.

OUTRA ESQUIZOFRENIA - inclui o ***TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME***

2 - TRANSTORNO ESQUIZOTÍPICO

caracteriza-se por anomalias do pensamento e da afetividade, em que esta é fria e vazia de conteúdo. O comportamento tem uma aparência excêntrica. Há empobrecimento das relações pessoais e tendência ao retraimento social. Existem ideias de referência, paranóides ou extravagantes, crenças, e preocupações autísticas, que não estão conformes com as ideias delirantes. Existem ruminções obsessivas, sobre conteúdos sexuais ou agressivos; ilusões corporais somato-sensoriais, ou manifestações de despersonalização ou desrealização ocasionais. O pensamento e a linguagem são vagos e estereotipados. Existem episódios quase psicóticos transitórios, com alucinações visuais e auditivas intensas e ideias pseudo-delirantes.

O curso é crônico, com flutuações de intensidade. Normalmente, evolui para uma esquizofrenia clara.

Os critérios de diagnóstico exigem que três destes sintomas estejam presentes pelo menos dois anos.

3 - TRANSTORNO DE IDEIAS DELIRANTES

caracteriza-se por um único tema delirante, o qual é persistente e pode durar até ao final da vida do indivíduo. As ideias delirantes são de tipo persecutório, hipocondríaco ou de grandeza e também se referem à convicção de que uma parte do corpo está deformada. Podem aparecer de forma intermitente sintomas depressivos, e em alguns casos alucinações olfactivas e tácteis. Surgem alucinações auditivas ocasionais ou transitórias. Esta patologia aparece na meia idade, ou no início do amadurecimento.

As manifestações clínicas devem estar presentes durante pelo menos três meses.

4 - TRANSTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS E TRANSITÓRIOS

Esta patologia caracteriza-se por um começo subitico (no prazo de 48 horas), o que significa um bom prognóstico. Existe um stress agudo associado aos primeiros sintomas psicóticos, tal como perdas inesperadas significativas, ou trauma psicológico, que não permanecem para além de duas semanas, depois do acontecimento vivenciado como stressante. A recuperação completa tem lugar dentro do prazo de 2 ou 3 meses.

Estes transtornos classificam-se em:

TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO - SEM SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA

As alucinações, as ideias delirantes e as alterações da percepção são evidentes, mas marcadamente variáveis. Está também presente um estado de confusão emocional com sentimentos fugazes de felicidade e extase, ou de angústia e irritabilidade. Se estes sintomas persistem por mais de três meses, deve-se colocar o diagnóstico de transtorno delirante persistente.

TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO - COM SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA

Se os sintomas de esquizofrenia, descritos atrás, persistirem por mais de um mês, o diagnóstico deve ser o de esquizofrenia.

TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO

os sintomas psicóticos são estáveis e satisfazem o quadro de esquizofrenia, mas a sua duração é inferior a um mês.

inclui - esquizofrenia aguda (indiferenciada); transtorno ou psicose esquizofreniforme breve, reacção esquizofrénica.

OUTRO TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO COM PREDOMÍNIO DE IDEIAS DELIRANTES

as características principais são ideias delirantes (de perseguição ou de referência) ou alucinações (auditivas - vozes que falam directamente com o doente), as quais não satisfazem os critérios de esquizofrenia. Se as ideias delirantes persistirem por mais de três meses, o diagnóstico deve ser o de ideias delirantes persistentes - inclui - reacção paranóide.

5 - TRANSTORNO DE IDEIAS DELIRANTES INDUZIDAS

São transtornos de ideias delirantes partilhadas por duas ou mais pessoas, por laços emocionais estreitos, em que só um sofre do transtorno psicótico. Nos outros, as ideias delirantes são induzidas, crónicas, de natureza persecutória ou de grandeza.

6 - TRANSTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

são transtornos episódicos, em que os sintomas afectivos e esquizofrénicos estão presentes simultaneamente, ou distam poucos dias uns dos outros, e classificam-se em:

TRANSTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MANÍACO

em que a anormalidade do humor assume a forma de euforia, acompanhada de um aumento da auto-estima e ideias grandiosas, mas às vezes de excitação e irritabilidade, acompanhadas de um comportamento agressivo e ideias persecutórias.

Há hiperactividade, e a capacidade de concentração fica comprometida. Há perda de inibição social, sem delírios de referência, grandiosidade e persecutórios. Os doentes

consideram que os seus pensamentos sofrem de interferência, ou expressam ideias delirantes bizarras. A recuperação ocorre geralmente dentro de duas semanas.

TRANSTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO DEPRESSIVO

Os sintomas depressivos estão presentes (insónia, perda de energia, do apetite e do peso, redução dos interesses normais, culpa sentimentos de desespero e pensamentos suicidas), bem como os sintomas tipicamente esquizofrénicos, tais como a convicção de que os seus pensamentos são irradiados ou sofrem interferência. Pode existir nos doentes a convicção de que são espionados ou que tramam algo contra eles. Podem escutar vozes que não são meramente depreciativas ou condenatórias, mas que falam em matá-los ou discutem o seu comportamento entre elas. Os episódios esquizoafectivos de tipo depressivo tendem a durar mais do que o de tipo maníaco e o prognóstico é menos favorável. Alguns doentes recuperam completamente, e outros desenvolvem um defeito esquizofrénico.

Para que se faça o diagnóstico devem existir, pelo menos, dois sintomas característicos da depressão, e um de tipo esquizofrénico.

TRANSTORNO ESQUIZOAFECTIVO MISTO

Os sintomas de esquizofrenia coexistem com os transtornos afectivos bipolar misto. Inclui psicose esquizofrénica e afectiva mista.

7 - OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS NÃO ORGÂNICOS

Inclui a psicose alucinatória crónica

Os critérios de diagnóstico da ICD-10 e do DSM-IV

Pelo facto de os critérios de diagnóstico da ICD-10 permitirem o diagnóstico de esquizofrenia com apenas um mês de sintomas, muitos casos de perturbação de tipo esquizofreniforme do DSM-IV são diagnosticados de esquizofrenia.

As definições de Perturbação Esquizoafectiva do DSM-IV e da ICD-10 diferem. A definição da ICD-10 é mais ampla, e inclui situações nas quais sintomas psicóticos específicos (eco, inserção, roubo ou transmissão de pensamento; ideias delirantes de controlo ou passividade; vozes que fazem comentários repetitivos; discurso desordenado) ocorrem mesmo que estejam limitados a um episódio de humor. Muitos casos de Perturbação do Humor com características psicóticas, com Humor Incongruente são consideradas como Perturbação Esquizoafectiva pelos critérios da ICD-10.

Na Perturbação Delirante, os critérios de diagnóstico da ICD-10 especificam uma duração mínima de três meses, em contraste com uma duração mínima de um mês para o DSM-IV.

A ICD-10 inclui critérios para as quatro perturbações psicóticas breves, que diferem com base em tipos de sintomas (com ou sem sintomas de esquizofrenia). A duração máxima destes episódios psicóticos breves varia consoante o tipo de sintomas (um mês para os sintomas tipo Esquizofrenia, e três meses para os sintomas predominantemente delirantes). O DSM-IV tem um único conjunto de critérios e uma duração máxima de um mês.

Quanto à perturbação psicótica induzida, as definições são as mesmas, quer para o DSM-IV, quer para a ICD-10, em que esta perturbação é referida como Perturbação Delirante Induzida.

IV - Etiologia da esquizofrenia

Os factores genéticos

Os problemas da hereditariedade têm, segundo Henri Ey e al (1978), sido demonstrados pelos estudos com gémeos, atribuindo-lhe responsabilidade na etiologia da esquizofrenia. Contudo, têm surgido críticas em relação a estas estatísticas, em consequência dos resultados de estudos feitos com crianças adoptadas, o que permite valorizar o meio educativo.

O problema da genética na esquizofrenia, (a hereditariedade), aparece, assim, combinado com os factores do meio.

A percentagem de esquizofrenia na população em geral é, segundo este autor, inferior a 1% (0,85%), enquanto que para os irmãos dos esquizofrénicos, o risco eleva-se para 10,8%.

As conclusões de Henri Ey vão no sentido de que existe uma predisposição genética para a esquizofrenia, mas ela é fortemente complexa e intervem de maneira variável.

Ele considera de grande importância o momento (o tempo), em que os factores do meio agem sobre os factores hereditário/genéticos.

Os estudos de Kety (1990), confirmam os de Henri Ey, pois aquele considera que os factores genéticos jogam um papel significativo na ocorrência da esquizofrenia, tal como os factores do meio. No entanto, Kety considera que as atitudes parentais e as interacções familiares afectam a severidade dos sintomas e o curso da doença, ainda que, segundo ele, estas influências não joguem um papel dominante na produção da esquizofrenia.

Não existe, segundo o autor, uma prova conclusiva de transmissão genética, em relação à ocorrência de esquizofrenia em famílias, ainda que os seus estudos revelem uma alta concordância (40%-50%) em gémeos monozigóticos, e menor (10%-15%) em gémeos dizigóticos.

Kety realizou estudos com pais biológicos e adoptivos, os quais revelaram uma prevalência da doença esquizofrénica nos primeiros, pondo em realce os efeitos genéticos.

Outros estudos de Gurling e al (1990) apontam para a transmissão de um gene no cromossoma 5, que pode tornar susceptível o aparecimento da esquizofrenia. Estes autores consideram que esta doença tem uma etiologia genética complexa, pelo que podem ser encontradas «anormalidades citogenéticas» associadas a esta patologia, embora considere que este modelo de transmissão genética na esquizofrenia não é um modelo consistente.

Para Crow (1990), existe uma discordância para a psicose em gémeos monozigóticos, o que leva a considerar que os factores não genéticos têm um papel importante na sua etiologia, (é significativa a contribuição do meio). Contudo, os factores genéticos têm, segundo este autor, um maior significado, e os seus estudos revelam que a psicose resulta de uma sequência patogénica integrada no genoma, por uma predisposição parental ou adquirida em consequência de um «rearranjo» genético.

	<i>Henri Ey</i>	<i>kety</i>	<i>Gurling</i>	<i>Crow</i>
<u>etio-patogenia</u>	hereditariedade	hereditariedade	hereditariedade	hereditariedade
	factores do meio/	factores do meio	factores do meio	factores do meio
	o tempo			

Os factores neuro-biológicos

Alguns estudos tendem a mostrar que se trata de uma doença física, devido a defeito localizado no cérebro, ou um problema a nível das glândulas endócrinas.

Estudos feitos com anfetaminas provam que algumas podem actuar sobre os receptores de serotonina no cérebro, induzindo, quando administrada em grandes doses, a psicose paranóide em indivíduos predispostos.

Outras teorias, afirmam que se trata de um erro de metabolismo genético, manifestado pela presença de uma proteína, «a taraceína», responsável pela aberração do metabolismo das aminas biogénicas, cujo aumento nos pacientes esquizofrénicos, é responsável pelo apãrecimento da doença.

Outras hipóteses, com experiências ontogenéticas, mostram que a química cerebral é alterada, em consequência de uma deficiência enzimática, a qual vai influenciar o sistema nervoso, e produzir alterações da personalidade, o que pode impedir a diferenciação, a integração e a maturação das funções psicológicas.

O papel dos acontecimentos

Muitos dos acontecimentos contemporãneos do início da psicose, são indicados como causa desencadeadora da esquizofrenia, (insucessos, lutos - verdadeiramente significativos), os quais podem surgir em períodos chave da evolução do indivíduo - início da puberdade - reactivando «traumatismos» da infância.

As características da personalidade

Alguns autores falam do carácter esquizo-evolutivo, o que significa que a entrada na psicose esquizofrénica é constituída por uma organização da personalidade, onde existem já os traços característicos da doença - inibição e rigidez de carácter, que culminam numa série de modificações intra e interpessoais, e da afectividade, as quais podem surgir durante a adolescência, e mesmo na infância.

V - Entendimento psicodinâmico da esquizofrenia

Uma compreensão a partir de:

Freud

Os estudos de Freud (1911) sobre a paranóia, a propósito do caso de Schreber, revelam-nos que a «causa activadora e de desfecho» desta patologia, é o mecanismo de projecção.

Para compreender este processo psicológico, Freud refere que é preciso recuar a um estágio de desenvolvimento da libido entre o auto-erotismo e o amor objectal - ao narcisismo. O que significa que a libido, depois de ter sido retirada do objecto, vincula-se ao eu, e é utilizada para engrandecimento deste, em que o único objecto sexual é o próprio eu.

O autor considera que, no cerne dos casos de paranóia, existe um conflito e uma fantasia de desejo homossexual de amar um homem, que é representado na seguinte proposição: « eu (homem) amo-o (homem), que é contraditório aos delírios de perseguição onde se diz: « eu não o amo, eu o odeio ».

Este mecanismo exige que as percepções internas (sentimentos) - sejam substituídas por percepções externas, em que a proposição - «eu odeio-o» transforma-se em « ele odeia-me, o que me desculpará por odiá-lo». Desta maneira, surge a percepção externa « eu não o amo - eu odeio-o, porque ele me persegue».

A fixação no estágio narcisista, e as fantasias eróticas homossexuais conduzem o indivíduo a um delírio de perseguição, através de mecanismos de projecção das partes sádicas do self e do recalçamento.

Nestes delírios de perseguição, existe uma transformação do afecto - em que o amor anteriormente sentido, é percebido como ódio. É, segundo o autor, uma tentativa de reconstrução, em que o trabalho de repressão se desfaz, e traz de volta a libido para as pessoas que antes tinha abandonado, pelo método de projecção.

É um processo psicótico, segundo Freud, cuja expressão, é uma «rebelião» por parte do id, contra o mundo externo, pela incapacidade em se adaptar às exigências da realidade.

Esta incapacidade, permite diferenciar a psicose da neurose, em que, nesta última, o eu, na sua dependência da realidade, suprime um fragmento do id (da vida instintiva), ao passo que, na psicose, o eu, ao serviço do id, afasta-se do fragmento da realidade, cuja perda se impõe constantemente à mente, e é enriquecida e alterada mediante a alucinação e o delírio (Freud, 1924).

M.Klein

Para M. Klein (1957), o ponto de fixação da doença psicótica estabelece-se na posição esquizoparanóide e no início da posição depressiva, quando esta não é suficientemente elaborada, facto que se deve à intensidade das angústias persecutórias. Estas, em conjunto com os processos de clivagem muito intensos, em que a inveja excessiva, expressão de impulsos destrutivos interfere na clivagem primária entre o seio bom e o seio mau, não vai permitir que a construção do objecto bom possa ser suficientemente alcançada. Este processo perturba a intersecção entre a projecção e a introjecção, e o resultado final é um mundo povoado de objectos perigosos, persecutórios, dos quais é necessário defender-se. Isto faz aumentar a intensidade das defesas próprias da posição esquizoparanóide, e a mutilação grave do Eu, que só pode prosseguir o seu desenvolvimento, a partir de um certo grau de reconhecimento de diferenciação entre o sujeito e o objecto.

Nas suas concepções, ela considera que, desde o nascimento, existe vida de fantasia, primariamente, uma fantasia que tem a ver com as sensações físicas experimentadas pelo

bébé, e subjacente a todo o fenómeno psíquico. Isto é, existe, na altura do nascimento, um Eu, se bem que imaturo e desorganizado, mas já dotado de rudimentos de integração e síntese, em que o bebé é capaz de experimentar ansiedade, porque é impulsionado pelos instintos, capaz de usar mecanismos de defesa, e formar relações de objecto primitivas na fantasia e na realidade.

Para M.Klein, o Eu do bebé experimenta, na altura do nascimento, ansiedade de separação, pela perda de segurança proporcionada pelo útero da mãe. Para fazer face a esta ansiedade, o Eu projecta o que é mau - o seu sentimento de medo e de ansiedade - no único objecto que concebe, o seio, que é também fonte de nutrição e de uma boa unidade com a mãe. Ocorre, assim, uma clivagem muito inicial, quando o objecto originário é dividido em bom e mau, a fim de que o Eu mantenha a pequena integridade que possui.

Desta forma, o bebé recebe ou introjecta a parte boa do seio, donde resulta um intercâmbio complexo entre as fantasias de bom e de mau. É esta proximidade com a mãe (o seio bom), que permite ao bebé o início do processo decisivo de internalizar o bom. Inicialmente, são internalizados objectos parciais, e mais tarde há a introjecção dos objectos totais, como a mãe, e o pai.

Para Klein, a identificação por introjecção parece ser um processo complementar da identificação projectiva, a qual deriva das primeiras descobertas da relação objectal com o corpo da mãe, para quem o bebé dirige a sua libido, a sua agressão e a pulsão epistemofílica, colocando dentro da mãe partes dele próprio, para poder controlá-la, conhecê-la, e atacá-la.

Tal como a identificação projectiva, também a clivagem, segundo a autora, é um mecanismo essencial para o crescimento psíquico. A identificação projectiva, age como um anexo da clivagem, ajudando a separar e a manter separadas as duas classes de objectos internos, permitindo ao Eu ordenar as suas experiências - as experiências de bom e de mau. O processo de clivagem é uma pré-condição para a relativa estabilidade do bebé recém nascido, que mantém predominantemente o objecto bom separado do

objecto mau e, desse modo, preserva-o. Assim, a segurança do Eu é aumentada, possibilitando ao Eu sintetizar os seus dois aspectos.

O processo de clivagem estabelece, ainda, as bases para mecanismos posteriores e menos primitivos, como a repressão, e, neste sentido, a elaboração deste processo proporciona uma discriminação justa da realidade, por um lado, e o desenvolvimento psicológico posterior, por outro.

Assim, a identificação projectiva e a clivagem são mecanismos essenciais, característicos da posição esquizo-paranóide e protegem o Eu de ansiedades muito intensas, tornando-se fundamentais para a entrada na próxima etapa de desenvolvimento - a posição depressiva. A projecção de partes cruéis, sádicas e destrutivas no objecto é, assim, um processo onde prevalecem angústias persecutórias, que a criança deverá enfrentar com a ajuda da mãe. O aparecimento da posição depressiva assinala uma passagem maturativa essencial para a criança, que lhe permitirá tolerar a falta do objecto e a possibilidade de o representar. Esta perda do objecto, levará a criança a introjectá-lo e a colocá-lo dentro de si.

Bion

As concepções de Bion (1967), vêm no seguimento das de Klein, o qual considera que, desde o início da vida da criança, existe um vínculo emocional muito profundo entre o bebé e a mãe. A identificação projectiva é, segundo o autor, a precursora da comunicação entre eles, e deve inserir-se num contexto interpessoal, assumindo um papel fundamental na interacção entre a mãe e a criança. Esta visa despertar na mãe sentimentos dos quais o bebé deseja livrar-se e que ela deve aceitar, «de maneira que o bebé sinta que está recebendo de volta a sua própria personalidade amedrontada», mas numa forma que ele pode tolerar.

É no seio desta relação, que Bion formula através da relação dinâmica «contínente/conteúdo» (φ - σ^2), concebida como uma relação de identificação

projectiva mútua entre o bebé e a mãe - bem como a relação dinâmica entre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva (PS <----> D), que corresponde às oscilações entre a tendência à desintegração e à integração -, que o bebé desenvolve pouco a pouco o seu próprio funcionamento psíquico.

Bion considera, assim, que a «capacidade de rêverie» permite o aparecimento e o desenvolvimento da vida psíquica da criança. Mas que a catástrofe psicológica, que conduz à não formação e consolidação desta função, pode estar no fracasso da mãe pensar as experiências emocionais do bebé, ou ser devida a uma predisposição inata do bebé, como a falta de tolerância à frustração, ou ainda, à interacção desta predisposição com um ambiente adverso, resultando daí, por parte da criança, uma organização em que prevalece a identificação projectiva patológica. Esta situação leva a que as partes separadas e fragmentadas do Self sejam projectadas no meio exterior, donde resultam objectos bizarros altamente persecutórios e fonte de profunda angústia.

Kaufmann

Para Kaufmann (1967), o esquizofrénico não encontra objectos inteiros nos seus pais. Esta ausência compromete a introjecção do objecto pela criança. Assim, em lugar de proceder à edificação das suas pulsões prégenitais, os pais fixam e frustram, progressivamente, as suas pulsões imaturas, dando origem não a um conflito edipiano, mas a material incestuoso, o qual surge, muitas vezes, numa expressão acusatória, em que o delírio incestuoso parece inserir-se num movimento de revolta, passando por uma atitude sedutora, indo até aos contactos físicos.

É como se estas tendências incestuosas não reencontrassem «tabu» na família do esquizofrénico. Elas oscilam entre uma distância infinita e a intimidade massiva, em que a falta de afectividade, alterna com gestos ternurentos ou eróticos, e bruscos, como se houvesse, nestas pessoas, continuamente, medo dos seus desejos de fusão.

Isto, sugere que nas famílias dos esquizofrénicos um dos pais favorece o incesto entre a criança e o conjuge, delegando a sua função de companheiro sexual à criança para manter mais facilmente a sua fixação prégenital na própria criança. A criança esquizofrénica, em lugar de passar pelo seu édipo, «trata» o do seu pai ou o da sua mãe. - São pseudo-famílias, onde ninguém fez a individuação, e vivem numa reciprocidade sem identidade, aspirando à simbiose sem nunca a atingir (ibid.).

Para o autor, os pais dos esquizofrénicos não formam a aliança parental que facilite à criança a passagem do édipo. Aquilo que se vê, segundo o autor, é que o esquizofrénico teve, desde a infância, para os seus pais, o papel de um sintoma - é portador dos seus conflitos, sendo-lhe negado a existência como pessoa autónoma, cuja relação é baseada na projecção e na introjecção e num mínimo de relação objectal.

Bouvet

Bouvet (1967) considerava, referindo-se a Freud, que na fase da sua instalação, as psicoses passam por um período de recalçamento do meio exterior, de «recesso» narcísico da libido objectal, e de uma negação do mundo exterior.

Os gastos energéticos exigidos para este processo, segundo o autor, explicariam as libertações instintivas que se exprimem nas actividades delirantes, interpretativas ou alucinatórias. É, por isso, que nas psicoses o Eu é aliado do Id, e não dispõe de energias necessárias para organizar as correntes instintivas, porque está ocupado em manter uma inaceitação da realidade.

Estes fenómenos desenvolvem-se, porque há um superinvestimento narcísico do eu, e, por conseguinte, com esta fase de «recalçamento» do meio exterior, em que a hipocondria e a megalomania intervêm na tomada de contacto com o real, surge a reconstrução objectal, tal como se vê nos delírios.

Há, segundo o autor, retraimento do mundo objectal, uma fixação e regressão combinadas, que transformam, pela projecção, o meio externo num universo perigoso, pelo que existe uma procura de satisfação auto-erótica e narcísica, como na primeira infância.

Assim, toda a «aproximação» torna-se destruidora para o sujeito, e o «recesso» narcísico não pode ser evitado, senão pelo duplo movimento de aproximação e afastamento, que permite ao paciente manter, por vezes, relações com o objecto externo.

Kohut

Para Kohut (1971), citando Freud, a organização narcísica da personalidade é uma tentativa natural de enfrentar as situações maturativas irregulares que se verificam, inevitavelmente, no desenvolvimento infantil, uma vez que os cuidados maternos, mesmo que sejam bons, são sempre insuficientes.

Nasce a organização de um self narcísico grandioso, que idealiza a imago parental, pela emergência de experiências de amor e admiração, que caracterizam o ideal do Eu. O self objecto parental encontrará, assim, a integração na personalidade adulta, sob forma de super-eu, através de um processo de idealização, que permitirá valorizar as imagos parentais e, simultaneamente, adaptá-las, ao que Kohut chama «interiorização transmutativa». Forma-se, desta maneira, um self coeso, dotado de grandiosidade, onipotência, exibicionismo, que, na evolução normal, perderá estas características, apesar de permanecer carregado de libido narcísica, servindo de base a uma auto-estima segura.

Se o equilíbrio narcísico primário for perturbado pelas falhas de cuidado materno, resultantes de uma empatia defeituosa com as necessidades da criança, surge uma imagem grandiosa do self, que, se não for gradualmente integrada na organização do Eu, em consequência de experiências patogénicas (por exemplo, «emaranhamento» com

uma mãe narcísica, seguida de rejeição e decepção traumáticas), poderá levar à dissociação do aparelho psíquico.

Assim, quando a perturbação se instala, e a evolução normal é impedida, e, com ela a não integração do self no Eu, este fica ligado aos self-objects arcaicos, dando origem à desintegração do self nuclear, à agressividade e à destrutividade, motivadas por uma ferida narcísica, colocando o self em perigo.

Desta maneira, as necessidades exibicionistas e as fantasias grandiosas permanecem reprimidas e inacessíveis à influência modificadora do Eu, dando origem a uma diminuição da auto-estima, em consequência da libido narcísica estar ligada a fantasias grandiosas e irrealistas e a preocupações hipocondríacas.

Estas preocupações hipocondríacas, segundo Kohut (1971), podem ocorrer nos estágios iniciais da esquizofrenia, em que o self se está fragmentando, e a parte residual coesa não pode fazer mais que uma regressão, resultando desta, uma reorganização dos fragmentos, em alucinações e delírios, por meio de esforços das funções remanescentes da psique.

A esquizofrenia é vista, na perspectiva de Kohut, como psicose narcísica, que resulta da fixação do self grandioso, como resposta à falha do self-objecto da infância, que origina um estilo de vida dominado pela fantasia onipotente de não ter necessidade de ninguém, e pela crença delirante de capacidades megalómanas, em que prevalece a identificação projectiva patológica, e as partes fragmentárias do self são projectadas no exterior, criando objectos bizarros carregados de agressividade e persecutórios, que impedem o desenvolvimento do pensamento e a organização de um super-eu.

Bergeret

Para Bergeret (1975), a esquizofrenia é uma estrutura psicótica, ligada a uma economia pré-genital de dominância oral, e corresponde a uma falha narcísica primária. Neste processo, segundo o autor, a criança não pode ser considerada como objecto distinto da

mãe, e o pai não constitui um verdadeiro valor económico, nem representa algo mais que uma duplicação de uma imagem fálica materna. Por este facto, a relação triangular é impedida, e o super-eu não atinge um papel organizador ou conflitual de base.

Desta maneira, a angústia subjacente não é uma angústia de castração genital, nem de perda de objecto, mas uma angústia de fragmentação. E o conflito não é causado pelo supereu, nem pelo ideal do eu, mas pela realidade, e leva a uma negação desta, e à reconstrução de uma neo-realidade.

O Eu das pessoas com esquizofrenia é um eu fragmentado, em que os principais mecanismos de defesa são a projecção, a clivagem do eu, e a negação da realidade, dando origem a fenómenos de despersonalização, ou desrealização.

Bergeret considera que as características dos indivíduos com esquizofrenia, se revelam pela tendência ao retraimento sobre si próprio, à frieza afectiva e do comportamento relacional. E nos quadros mistos, de tipo esquizo-paranóide, os elementos paranóicos permanecem fixados a um temperamento agressivo, o qual se manifesta por comportamentos reivindicativos, vingativos e desconfiados, dando origem a impressões de perseguição, isolamento e susceptibilidade. Existe também uma rigidez afectiva e relacional, que se traduz por uma necessidade de isolamento em relação aos outros.

Ainda no que respeita aos elementos paranóicos, Bergeret, associa-os a um eu fixado a uma economia pré-genital, de preponderância anal (1º substágio anal), onde falhas narcísicas e desejos homossexuais passivos predominam. Estes surjem como reparadores do fracasso da relação com a mãe, porque existe uma aparente dominação paterna, que marca a verdadeira autoridade da mãe. Estas dificuldades, segundo o autor, originam problemas a nível da identificação sexual e a manifestações homossexuais.

Claude

O que se vê na psicose, segundo Claude (1986), é a impossibilidade de que os elementos constitutivos do conflito edipiano, (diferenciação de sexos, desejo contraditório frente às

duas imagos parentais), se tornem integrativos e estruturantes. Isto significa, que estes elementos não são nem estruturados em conflitos, nem estruturantes do eu.

Isto, porque, segundo o autor, os pais de esquizofrênicos são pessoas com um funcionamento psicótico, ainda que não tenham nunca feito descompensação, em que o «contra-édipo» é revelador desta dificuldade.

O material edipiano aparenta-se mais ao material incestuoso, na medida em que não existe uma relação triangular, mas sempre dual, da qual faz parte uma relação dita fusional, não genitalizada.

O super-eu dos esquizofrênicos não tem nada a ver com o super-eu herança do complexo de Édipo, formado a partir da interiorização das imagos parentais, porque, segundo Claude, o Édipo dos esquizofrênicos é invalidado pela impossibilidade de uma verdadeira função simbólica, quer a nível do super-eu, ou das identificações.

Badaracco

Badaracco (1986), considera que o que caracteriza o fenómeno psicótico é a desorganização ou desintegração do eu, resultante de um défice na identificação primária.

É como se o self pré-psicótico não fosse capaz de utilizar os recursos do eu, porque foi privado do seu próprio crescimento, em consequência de identificações patogénicas com as figuras parentais.

Tudo se passa como se por identificação tivesse havido uma incorporação de formas patológicas do funcionamento do eu e do super-eu, a partir de objectos parentais da infância. Surge, assim, a tendência em transformar toda a relação de objecto numa simbiose patológica, em que o sujeito não pode passar sem o objecto. Isto resulta da frustração das necessidades infantis, em consequência de carências dos objectos

parentais. Trata-se de objectos que induzem o sujeito a agir de maneira sádica e ameaçante, de tal maneira, que o sujeito se sente ele próprio culpado.

Nesta organização, entram em jogo ligações patogénicas primitivas introjectadas, censuras vingativas, e necessidades compulsivas do self, ao mesmo tempo que intrevém a ansiedade psicótica intolerável, que correspondem a experiências traumáticas primitivas com o «objecto enlouquecedor» (ibid.).

O Eu psicótico ver-se-á, assim, obrigado a fabricar um mundo delirante, por identificações projectivas.

Na regressão psicótica, o que acontece é que os elementos do Id são controlados por contrainvestimentos, de maneira obsessiva e rígida, pelo eu psicótico, como se se tratasse de um ensaio desesperado do eu controlar, de maneira onipotente, os conteúdos e os mecanismos inconscientes, a fim de se defender do mundo interior e da realidade exterior, por sua vez ameaçantes.

Esta forma de onipotência, será geralmente exercida a partir destas identificações patogénicas, o que permite criar a ilusão de ter acesso ao impossível, de ser invulnerável, imortal, porque dão ao eu, de uma maneira ilusória, todo o poder deste objecto. As identificações a Jesus Cristo são bem conhecidas nos estados psicóticos, que têm origem no self grandioso.

Encontramos também, segundo o autor, condutas psicóticas a partir de identificações parciais de traços patológicos das figuras parentais (percursos do super-eu arcaico), que poderão ser utilizados para construir projectos puramente imaginários - como nas crianças - mas inflexivelmente mantidos por uma convicção delirante, porque são vitais para a sobrevivência psíquica.

O insucesso destes projectos e dos mecanismos de defesa levam, geralmente, a depressões melancólicas e psicóticas muito profundas que conduzem estes indivíduos a sentirem-se «farrapos humanos».

No processo psicótico, segundo Badaracco, o sujeito não pode desenvolver um verdadeiro si mesmo. Ele sentir-se-á ameaçado pela angústia de morte ou de desintegração, e fará apelo às identificações patogénicas e às construções delirantes.

Quando as identificações se realizam numa relação simbiótica sã, os pais sustentam o eu imaturo, sendo postos em jogo mecanismos de assimilação e acomodação entre o sujeito e o objecto, passando progressivamente da dependência à independência recíproca, onde aparece cada vez mais a dimensão intersubjectiva, que permite a diferenciação entre o Eu e o não-eu.

Os processos de identificação podem, assim, trazer elementos positivos ao desenvolvimento da personalidade.

Neste processo, vê-se o objecto gratificante como um bom objecto e o objecto frustrante como um mau objecto. O objecto mau será o que, condicionado pela sua própria carência, não é capaz de fornecer os elementos indispensáveis e agir, pelo contrário, à maneira de um amplificador de frustração, de invejas e de ódios primitivos - ligados ao objecto enlouquecedor.

Nas identificações patológicas encontramos sempre uma história de situações traumáticas e momentos de sofrimento psíquico muito intenso. Pareceriam ligações asfixiantes da espontaneidade, que levam a uma paralisia através de mecanismos de introjecção ou identificação introjectiva, produzidos quer por invasão, quer por intrusão no eu frágil e imaturo, que não pode defender-se, e se vê obrigado ao mimetismo (identificação com o agressor). São objectos internos «enlouquecedores», os quais vão fazer parte de um inconsciente, com mecanismos de defesa poderosos, que obrigam a um equilíbrio instável, constantemente ameaçado do interior e do exterior.

Por vezes, o carácter compulsivo destas identificações com estes objectos primitivos enlouquecedores, levam o paciente a sentir-se mau, tornando-se ele próprio objecto enlouquecedor, abrindo o caminho para novas feridas narcísicas.

Racamier

Para Racamier (1990), existem dois conceitos importantes, que nos permitem perceber a diferença entre a neurose e a psicose: - é o sentido do real, que o autor considera como uma função do eu que sustenta a prova da realidade; e o sentido do humano - o objecto, o qual parece existir em nós, depositado pelas primeiras identificações, como uma imagem do ser humano, por meio da qual nos aproximamos do outro sem medo.

O sentido do humano, a que Racamier chama de ideia de eu, constitui o eixo sobre o qual se reencontram e diferenciam a imagem do outro e a imagem de si, que fará com que nunca estas duas imagens possam completamente afastar-se ou confundir-se, e permanecerá como um suporte discreto mas essencial do sentido da realidade psíquica do objecto e de si-mesmo.

Estes mecanismos, segundo Racamier, encontram-se desinvestidos no início das erupções psicóticas, e na base das organizações esquizofrénicas. Assim, a primeira modalidade de relação com o real e com o objecto, é um «engrènement», de tal maneira, que o psicótico, com o seu objecto são «máquina com máquina, de rodas engrenadas».

Trata-se de um objecto fetiche, próximo do self objecto de Kohut, que Racamier denomina de «soibject», e representa a delegação exterior da imagem narcísica idealizada de si. É uma posição surrealista, que traduz a utilização aloplástica da realidade externa.

Isto significa, que um psicótico não tem duas realidades (uma interior e outra exterior) nem dois espaços (um fora e um dentro), e que, entre os dois, não há um espaço intermediário que os separa e une - o espaço transicional (Winnicott) - um espaço de jogo, de ilusão e de cultura, mas um corpo a corpo estreito, um «englobamento» recíproco, pois este espaço falta aos psicóticos (ibid.).

Pasche, citado por Racamier (1990), considera que o investimento no real, passa por meio de um espelho, pela mediação simbólica do olhar da mãe.

Organiza-se desta maneira, uma imago intermediária, que não é exactamente a representação de si, nem a do objecto, mas a participação dos dois, e, que vai constituir a representação fundamental do humano - «a ideia de eu».

Racamier, considera que a integração do sentido do real, vai depender da atitude da mãe, em que o desenvolvimento precoce harmonioso, conduzirá a criança à descoberta do eu e do outro, e à sua instalação estruturante e conjugada na psique, o que resulta da «intrincação» das pulsões narcísicas e antinarcísicas.

O antinarcisismo é, para o autor: «arrancar-se de si, para descobrir-se a si mesmo, através do objecto». Isto é, a mãe e o objecto externo, não são reparados e investidos, senão depois do seu contrainvestimento, ou ainda, - a mãe é encontrada porque é perdida. Isto leva Racamier a abordar as formulações de Bion e de Green, sobre a alucinação negativa da mãe e a simbolização da sua ausência.

Estes investimentos narcísicos e objectais estão intrincados desde o início da vida da criança. E a sua ruptura irá dar origem à psicose.

Como?

Surgem algumas explicações, segundo Racamier. Pensa-se que esta «intrincação» pode ser ténue desde o início. Ou, porque a mãe, pela sua organização psíquica, pela sua visão da criança e do mundo objectal, ou ainda pelas suas atitudes poderá não favorecer esta intrincação. Ou então, a criança é ela própria dotada, desde o nascimento, de hipersensibilidade, que a tornará intolerável a toda a aspiração antinarcísica. Isto é, a criança desde o nascimento é insuficientemente protegida, devido a um limiar sensorial demasiado baixo, ou a um autismo «normal» demasiado frágil.

Os autores kleinianos privilegiam a tese de uma presença inata de pulsões destrutivas reforçadas pela atitude pouco acolhedora da mãe, que é preciso procurar na «textura» mais precoce da relação mãe-criança. Porque, experiências repetidas de frustração e de

insegurança, ou ao contrário, de super solicitude e de intrusão têm fragilizado a primeira maturação do eu, (Racamier, 1976).

Entre o bebé e a mãe, segundo este autor, instaura-se uma fascinação mútua, que visa preservar o bebé das excitações internas e externas. Mas esta ordem narcísica, pode ser perturbada, se a mãe não aceita os desejos libidinais da criança; ou, se ameaçada de depressão, vai necessitar que a criança permaneça parte integrante de si própria, tornando-a narcisicamente seduzida, e, por isso, esta criança é como se não tivesse nascido.

Para Racamier (1990), esta sedução narcísica, nega a alteridade do objecto, de forma que este é tanto continente como conteúdo, (Bion). Trata-se de um objecto de natureza auto-erótica, de uma extrema elasticidade, que permite ao esquizofrénico empenhar-se nas vias do «antiédipo», de onde o pai é completamente excluído, e o sujeito torna-se pai dele próprio. Tal situação, segundo o autor, impede a cena primitiva, a castração, e faz jogar o incesto contra o édipo.

É, por isso, segundo ele, que a sedução narcísica, na patologia psicótica, toma o valor de sedução sexual, real ou imaginária, cujo objectivo é o de manter o narcisismo primário. A relação narcísica incestuosa surge sob a cobertura de uma fusão simbiótica. É uma defesa que se exerce, não no sentido do conflito, mas contra o conflito edipiano.

Em que a criança e a mãe, formam um mundo autárquico, o qual faz refluir as excitações externas e as pulsionais, onde reina um ideal do eu, que atrai toda a energia disponível. Isto é, a relação de sedução narcísica lança para fora a ameaça da ambivalência, que aparece ligada ao conflito originário, conflito entre os investimentos objectais e narcísicos.

Todos os mecanismos psicóticos do eu - cisão, denegação, ejeção e projecção, estão ao serviço de um eu, cuja aspiração essencial é desembaraçar-se do conflito, e a sua estratégia é a «antiambivalência».

Esta noção de anticonflitualidade é indicada por Freud, para especificar que na psicose o conflito não está entre o eu e o Id, e, por isso, interno, mas entre o eu e a realidade externa, e, por isso, desinteriorizado.

E Jacobson, considerou que o conflito ambivalente é cortado pela psicose, porque embora seja inevitável é também intolerável, e leva o doente a um estado de confusão de identidade, que culmina na confusão mental - é uma identificação fusional, que vai dar, segundo Cain, ao mimetismo, em que o sujeito não faz já senão um, com o seu objecto. Aparece a angústia de se difundir, de se perder, cujas representações de si e do objecto se apagam, e a perda psicótica primordial é a do self, em que o eu é liquidado com a ambivalência, aparecendo o delírio (Racamier, 1990).

A este respeito, Racamier refere que algumas fases de invasão das «esquizofrenias malignas são assustadoras - são uma espécie de liquefação psíquica, onde o eu voa em chamas, onde o aparelho psíquico entra em fusão, onde, de maneira mais aguda, o objecto vital se torna mortífero, e a vida mortal, onde a desafetação do outro, leva à secagem progressiva da vida psíquica, onde se vê a regressão deslizar para a degressão».

Face a este dilema, segundo o autor, a psicose vai até ao «fantasma louco do antiédipo», a que ele chama de «teia» edipiana onde se «tece» o eu dos esquizofrénicos, que é menos uma incursão nas camadas mais primitivas do édipo, que uma excursão fora do tecido edipiano.

Racamier (1990), considera que se trata de material incestuoso, começando por referir, citando Kaufmann, que se conhecem doentes masculinos que partilham a cama com a mãe; e também ao seu paciente Tibere, que lhe falava das noites visitadas pela sua mãe, em que ela lhe «trasfegava - soutire» os seus órgãos genitais (pag. 133).

Para este autor, «o antiédipo não é uma regressão prégenital, porque nunca se poderá assimilar a esquizofrenia a uma neurose pré-edipiana grave. Os esquizofrénicos experimentaram, em vão, as vias da regressão préedipiana antes de abordar as da esquizofrenia, e o antiédipo é uma transgressão - um édipo subvertido pela sedução

narcísica, pondo nesse lugar um triangulo subvertido, onde o sujeito, em relação de sedução incestuosamente narcísica com a mãe, ocupa o seu lugar e o do seu progenitor, e o pai, excluído, não aparece senão como puro e simples perseguidor.» (pag.135,136,138).

Para Racamier, (1967), o material edipiano aparece de tempos a tempos nos psicóticos. A sua presença, na forma rudimentar, resulta de esforços inconscientes desesperados dos esquizofrénicos, em torno de uma relação dual primitiva e angustiante, em que a triangulação aparece como recurso a uma imagem paterna (prépaterna), para se proteger da imagem materna (edipificação).

É nas psicoses agudās, segundo o autor, que surgem em estado bruto bocados de édipo, que escaparam ao recalçamento, e, considera que, se o super-eu adulto é classicamente a herança do édipo, nos esquizofrénicos, a função superegóica exerce-se de uma maneira fragmentada e anárquica, parecendo que o paciente é, por vezes, privado de todo o super-eu, e que este é como uma «tela esburacada» por onde podem emergir, por vezes, «estilhaços» de édipo revelando a descontinuidade das funções superegóicas.

A este propósito, Racamier, em 1966, tinha-se referido ao conflito homossexual, na paranóia, considerando que este não pode ser um sub-produto defensivo do complexo de édipo, que visa estruturar o eu, mas uma tentativa, votada ao insucesso, de se construir uma identidade, diante do vazio deixado pela relação perigosa com a imagem materna e a relação inconsistente com a imagem paterna.

E, considerou que as defesas paranóicas visam proteger o sujeito contra os desejos, primariamente, dirigidos em relação à mãe numa relação fusional e, secundariamente, em relação ao pai numa relação homossexual inconsciente.

Mauro Mancía

O desenvolvimento do Eu, segundo Mauro Mancio (1992), consiste no progressivo distanciamento em relação às condições do narcisismo primário. Há uma deslocação da

libido para o ideal do eu, acontecendo, posteriormente, uma fragmentação da libido contida no eu em três direcções, em que uma parte permanece como resíduo do narcisismo primário, outra, dirige-se ao ideal do eu, outra, ainda, torna-se libido objectal.

Para este autor, reportando-se a Freud, a libido objectal na esquizofrenia retira-se para dentro do Eu, desinvestindo os objectos.

Tal como no estados depressivos, em que Freud inclui esta regressão do investimento objectal à fase oral-narcísica da libido. Com a perda de objecto de amor, a libido, que se encontra livre, não investe outros objectos, mas dirige-se ao próprio Eu, identificando-se, assim, com o objecto perdido. É um dos primeiros exemplos de identificação projectiva, em que a libido que aflui ao Eu, através desta identificação, representa o narcisismo secundário.

Mais tarde, Freud une o narcisismo ao masoquismo e a todas as manifestações clínicas que exprimem o instinto de morte, nos casos em que este instinto não encontrou o caminho para o exterior, sob a forma de agressividade, e ficou no interior, ligando-se à libido. No masoquismo, a destrutividade que regressa do meio externo é absorvida pelo Super-Eu, aumentando o seu sadismo contra o Eu.

Freud cria, assim, o conceito de narcisismo destrutivo, enquanto modalidade relacional, dominado pela pulsão de morte, em que as relações objectais narcísicas são dominadas pela onipotência e pela identificação projectiva, desempenhando um papel importante contra qualquer reconhecimento de separação entre o Self e o objecto, levando a sentimentos de dependência do objecto.

Para Rosenfeld, citado por Mauro Mancia, o narcisismo já não é apenas uma defesa contra a inveja, mas também uma negação da separação.

Mas é a separação do objecto, segundo o autor, que favorece a sua representação, e ocupará, enquanto objecto interno, o espaço do mundo interno, organizando-se na mente da criança. Mas, para que esta representação tenha uma boa relação com o self, é

necessário que o objecto primordial (a mãe e o seu seio) esteja em posição de metabolizar as angústias do bebé. Se isto não se verificar, encontramos-nos perante um objecto de desilusão para a criança, um objecto trauma, que a obrigará a criar os seus próprios objectos, propensos a atacar o objecto de desilusão e traumático.

Será a vitória do narcisismo destrutivo, pelo que o Eu e o Objecto tenderão a um anulamento recíproco, surgindo, assim, a psicose.

É necessário afirmar, segundo Mauro Mancia, que no Eu esquizofrénico não operam apenas partes destrutivas, mas, também, aspectos libidinais do narcisismo, aos quais é confiada a missão de hipervalorizar e idealizar o self através de identificações introjectivas e projectivas com objectos bons. Mas são os aspectos destrutivos, que impedem as relações objectais, e mantêm desvalorizados os objectos internos, dominados pela inveja, e pelo desejo de destruir, que prevalecem nas psicoses.

E.Sá

É sobre estes aspectos destrutivos, que impedem as relações objectais, que E.Sá (1999) nos fala, dizendo: « ... a violência, é vizinha de sentimentos irreparáveis de abandono - é ausência de pessoas, dentro e ao pé de nós; gera culpa persecutória, que passa por nos imaginarmos responsáveis por um abandono irreparável ; emana desespero e a sua compulsão é, sobretudo, uma forma de não enlouquecer» (pag.s 107,108).

É um processo que impede a diferenciação entre o sujeito e o objecto, só possível, segundo o autor, com o crescimento da criança, e que ele associa à bondade dos pais. Crescimento, que prepara os filhos para a ausência dos pais, e que o autor explica, pegando no exemplo universal de .. «cucu», em que a ausência da mãe é introduzida de uma forma lúdica, e acaba por permitir que o bebé aprenda que da ausência surge o regresso, fazendo com que ele participe activamente no jogo, e se tranquilize ao entender que tudo aquilo é a brincar.

A brincar. não é a disputa do colo da mãe, pelo irmão, em que o bebé vinca a sua presença impondo-se num gesto agressivo - inveja, que é essencial para o crescimento das crianças. Os sentimentos (bons e maus) surgem irreprimíveis no interior de todos nós, e colocam-nos perante o mal-estar de não se lhes poder fugir, nem de termos como os ignorar, (ibid.).

Porque, segundo o autor, o crescimento faz-se dos conflitos entre o que nos liga e o que nos diferencia dos outros.

Para E. Sá, o que é dramático para uma criança, é a ameaça de abandono dos pais, a falta de imagens de um rosto de mãe ou de pai, tão importantes para se identificarem. Ele considera que a relação com as duas pessoas a quem nos identificamos, «nos obriga a ser iguais .. às duas». Este processo de relações e de identificações que acontecem desde muito cedo - a triangulação -, a qual terá sido restringida à noção de complexo de Édipo, e, por isso, à disputa, por parte da criança, do pai do sexo oposto, com os consequentes acessos de rivalidade e de destrutividade em relação ao pai do mesmo sexo, como forma de aspirar ao seu lugar - é o resultado da necessidade de conhecer aquilo que é vivo e se relaciona dentro de uma criança ou adolescente. Isto significa para a criança e para o adolescente, não rivalizar com um pai, mas com o conhecimento dos dois - isto é, «a necessidade de amar e de conhecer quem nos ajuda a conhecer», (pag.99).

Os pais interiores inconjugáveis, representarão a impossibilidade de conjugar no interior do pensamento o pai e a mãe, como se amar um deles implicasse trair o outro, parecendo surgir, na intersecção dos objectos internos, uma relação de morte (ibid.).

Sonhar a morte dos pais, segundo o autor, (quer quando se sonha, como quando se fantasia), permite-nos compreender que o pai e a mãe estão, inequivocamente, vivos no nosso interior.

«Todavia, sentindo-se que o amor do pai, de quem se aguardam gestos de ternura, se concretiza sómente numa atenção mais narcísica (o orgulho do pai pelas presenças do filho) e, de menos, em erotismo, em calor e em vida (que se concretize num abraço

intenso e terno), o amor pelo pai origina um «re-sentimento» depressivo (que se traduz numa grandiosa ... fragilidade narcísica) » (ibid.).

Ele considera, que as ligações amorosas e de conhecimento, resultantes da relação com a vida e com a morte das pessoas do nosso interior, que organizam a relação dos adolescentes com a vida e com a morte, pode ser, por vezes tensa.

Assim, num contexto de falência de relações calorosas, fantasiar a morte do pai, poderá representar, segundo o autor, a forma de expressar uma raiva intensa, que vem da tristeza, somente possível quando há um amor que aguarda gestos de ternura, dando origem, por isso, a uma agressividade apelativa, e anti-depressiva.

VI - Síntese do Entendimento Psicodinâmico da Esquizofrenia

Freud -

narcisismo

fantasia/

homossexual

projecção/

perseguição

A paranóia é um processo psicológico em que a libido recua ao estágio do narcisismo, é retirada do objecto e vincula-se ao eu, em que o objecto sexual é o próprio eu. Existe um conflito e uma fantasia de desejo homossexual, a qual, juntamente, com a fixação ao estágio narcisista, conduz o indivíduo a um delírio de perseguição, através do mecanismo de projecção das partes sádicas do self.

Klein -

R. objecto primitivas o bebé é dotado, desde o nascimento, de rudimentos de integração, em que é capaz de experimentar a ansiedade, e de usar mecanismos de defesa.

Identif. projectiva

o eu projecta o mau, no objecto que concebe - o seio - processo que permite internalizar o bom, o qual deriva das primeiras descobertas de relação objectal com o corpo da mãe. É um processo complementar da identificação introjectiva, age como anexo da clivagem - uma pré-condição para a relativa estabilidade do bebé recém nascido, que mantém o objecto bom separado do objecto mau, possibilitando ao eu sintetizar os seus dois aspectos.

P. esquizoparanóide é um processo onde prevalecem angústias persecutórias, dando origem à projecção das partes destrutivas do objecto, que a criança deverá enfrentar com a ajuda da mãe.

Posição depressiva assinala a passagem maturativa, que permite à criança tolerar a falta do objecto e a possibilidade de o representar. A perda do objecto levará a criança a introjectá-lo e a colocá-lo dentro de si.

A doença psicótica estabelece-se, quando a posição depressiva não é suficientemente elaborada, facto que se deve à intensidade **angúst persecutória** das angústias persecutórias, que em conjunto com o processo de clivagem muito intenso, em que a inveja **clivagem** excessiva, expressão dos impulsos destrutivos, interfere na clivagem primária entre o seio bom e o seio **impuls destrutivos** mau, não permitindo a construção do bom objecto. Este processo perturba a intersecção entre a projecção **objectos perigosos** e a introjecção, e o resultado final é um mundo povoado de objectos perigosos, persecutórios, dos quais é **mutilação do eu** necessário defender-se. Isto faz aumentar a intensidade das defesas da posição esquizoparanóide e a mutilação grave do eu.

Bion -

Identif. projectiva percursora da comunicação entre o bebé e a mãe, a qual visa despertar na mãe sentimentos, dos quais o bebé deseja livrar-se, e que aquela deve aceitar, de maneira que o bebé sinta que está recebendo de volta a a sua própria «personalidade» amedrontada, mas numa forma que ele pode tolerar

Ident.proj.patológica pode resultar do fracasso da mãe, em pensar as experiências emocionais do bebé, ou existir uma **objectos bizarros** predisposição inata no bebé., o que leva a que as partes separadas e fragmentadas do self sejam **angúst.persecutória** projectadas no exterior, donde resultam objectos bizarros, persecutórios, e fonte de profunda angústia.

Kaufmann -

edipificação/pulsões/ pré-genitais o esquizofrénico é o portador dos conflitos dos pais, e a relação entre eles é baseada na projecção e na introjecção e num mínimo de relação objectal. Situação que compromete a introjecção do objecto pela criança, impedindo a edipificação das pulsões pré-genitais.

Relação incestuosa Os pais frustram as pulsões imaturas da criança, dando origem, não ao conflito edipiano, mas a material incestuoso. As tendências incestuosas não encontram «tabu» na família do esquizofrénico. São **não individuação** famílias, onde ninguém fez a individuação, e vivem numa reciprocidade sem identidade. O incesto surge numa expressão acusatória, em que o delírio incestuoso parece inserir-se num movimento de revolta, passando por uma atitude sedutora, indo aos contactos físicos, oscilando entre uma distância **atitude sedutora** infinita e a intimidade massiva.

Bouvet -

narcisismo a instalação da psicose passa por um período de recalçamento do meio exterior, de regressão da libido objectal, e de negação do mundo exterior. Neste processo, a hipocondria e a megalomania
a psicose *isolamento* intervêm na tomada de contacto com o real, surge a reconstrução objectal, em que os gastos
delírios / «energéticos» explicariam as actividades delirantes e alucinatórias. Estes fenómenos desenvolvem-se
regressão porque há um super-investimento narcísico do eu.

Kohut -

organização narcísica a organização narcísica da personalidade é uma tentativa natural de enfrentar as situações maturativas irregulares, que se verificam, inevitavelmente, no desenvolvimento infantil.

perturb.do narcisismo Se o equilíbrio narcísico primário for perturbado pelas falhas de cuidado materno, resultantes de uma empatia defeituosa com as necessidades da criança, surge uma imagem grandiosa do self, que, se não for gradualmente integrada na organização do eu, em
desintegração do self consequência de experiências patogénicas, (por ex., «emaranhamento» com uma mãe narcísica),
agressividade poderá levar à dissociação do aparelho psíquico, dando origem à desintegração do self nuclear, à agressividade e à destrutividade, motivadas por uma ferida narcísica, em que as
destrutividade necessidades exibicionistas e as fantasias grandiosas permanecem ligadas a preocupações
preocupações/ hipocondíacas, as quais podem ocorrer nos estágios iniciais da esquizofrenia, em que o self
hipocondíacas se fragmenta, e a parte residual coesa, não pode fazer mais que uma regressão, resultando os
alucinações/delírios fragmentos, em alucinações e delírios. Em que as partes fragmentárias do self são projectadas
objectos persecutórios no exterior, criando objectos bizarros, carregados de agressividade e persecutórios, que impedem o pensamento e a organização do super-eu.

Bergeret -

falha narcísica a esquizofrenia é uma estrutura psicótica, ligada a uma economia pré-genital de dominância oral, e corresponde a uma falha narcísica primária. A criança não pode ser considerada como um objecto distinto da mãe, e o pai não constitui um verdadeiro valor económico, em que a relação triangular é impedida, e o super-eu não atinge um papel organizador ou conflitual de base.

desejos homossexuais Na paranóia, existe um eu fixado a uma economia pré-genital de preponderância anal -1º subestágio.
problem/identif.sexual Existem falhas narcísicas, e desejos homossexuais passivos, que surgem como reparadores da relação com a mãe - dificuldades que originam problemas a nível da identificação sexual e a manifestações homossexuais.
A angústia é de fragmentação.
O conflito é causado pela realidade.
Os mec. de defesa a projecção, a clivagem do eu, e a negação da realidade
Isolamento Na esquizofrenia existe uma tendência ao retraimento sobre si próprio, à frieza afectiva e do comportamento relacional. Na paranóia existe uma fixação a um temperamento agressivo, que se
agressividade manifesta por comportamentos vingativos e desconfiados, dando origem a impressão de perseguição.
perseguição

Claude -

Na psicose existe a impossibilidade de que os elementos constitutivos do conflito edipiano se tornem integrativos e estruturantes do eu.

O conflito edipiano

Os pais dos esquizofrênicos são pessoas com um funcionamento psicótico, ainda que não tenham feito descompensação

material incestuoso

O material edipiano aparenta-se a um material incestuoso, pois não existe uma relação triangular, mas sempre dual, da qual faz parte uma relação fusional, não genitalizada.

o super-eu

O super eu dos esquizofrênicos não é um super-eu herança do complexo de Édipo, porque este é invalidado pela impossibilidade de uma verdadeira função simbólica, a nível do super-eu, ou das identificações.

Badaracco -

desintegração do eu -

Ident. proj. patológica

simbiose patológica

o fenómeno psicótico caracteriza-se pela desintegração do eu, resultante de um défice de estruturação primária. É como se o self pré-psicótico, não fosse capaz de utilizar os recursos do eu, porque foi privado do seu próprio crescimento, em consequência de identificações patogénicas com as figuras parentais. Surge a tendência em transformar toda a relação de objecto, numa simbiose patológica, em que o sujeito não pode passar sem o objecto.

ansiedade psicótica

Objecto enlouquecedor

Trata-se de objectos que induzem o sujeito a agir de maneira sádica e ameaçante, surgindo ao mesmo tempo uma ansiedade psicótica intolerável, que corresponde a experiências traumáticas primitivas com o objecto enlouquecedor - o qual, condicionado pela sua própria carência, não é capaz de fornecer os elementos indispensáveis, e age como amplificador de frustrações, invejas e ódios primitivos. O eu psicótico vê-se obrigado, ameaçado pela angústia de morte, a fabricar um mundo delirante, por identificações projectivas.

Angústia de morte

controlo obsessivo

omnipotência

convicção delirante

depressão psicótica

Na regressão psicótica, os elementos do Id são controlados, de maneira obsessiva e rígida pelo eu psicótico, como se se tratasse de um ensaio desesperado, de maneira onnipotente, de se defender do mundo interior e da realidade exterior, por vezes, ameaçantes. Esta forma de onnipotência, será exercida a partir das identificações com traços patológicos das figuras parentais (precursores de um super-eu arcaico), que poderão ser utilizados para construir projectos puramente imaginários, inflexivelmente mantidos, por uma convicção delirante, porque são vitais para a sobrevivência psíquica, mas, o insucesso destes projectos, e dos mecanismos de defesa levam, geralmente, a depressões psicóticas muito profundas, que levam a que estes indivíduos se sintam farrapos humanos. Sentir-se-ão ameaçados pela angústia de morte ou desintegração.

Racamier -

sentido do humano

sentido da realidade

O sentido do humano constitui o eixo fundamental, sobre o qual se reencontram e diferenciam a imagem do outro e a imagem de si, que fará com que nunca estas duas imagens possam completamente afastar-se ou confundir-se, e permanecerá como um suporte directo e essencial do sentido da realidade do objecto e de si-mesmo. Organiza-se, desta maneira, uma imagem intermediária, que não é exactamente a representação de si, nem do objecto, mas a participação dos dois, e, que constitui a representação fundamental do humano (a ideia de eu), e que se encontra desinvestida no início das das erupções psicóticas, e na base das organizações esquizofrênicas.

ruptura das relações/ objectais/ narcísicas pulsões destrutivas Há uma ruptura entre as relações objectais e narcísicas, pela presença inata de pulsões destrutivas reforçadas pela atitude pouco acolhedora da mãe, que se encontra na relação mais precoce entre a mãe e a criança. Entre o bebé e a mãe instaura-se uma fascinação mútua, que visa preservar o bebé das excitações internas e externas. Mas esta ordem narcísica pode ser perturbada, se a mãe não aceita os desejos libidinais da criança, ou se ameaçada de depressão vai necessitar que a criança permaneça parte integrante de si própria, tornando-a narcisicamente seduzida, negando a sua alteridade

sedução narcísica sedução sexual relação incestuosa material edipiano A sedução narcísica na patologia psicótica toma o valor de sedução sexual, cujo objectivo é manter o narcisismo primário. A relação narcísica incestuosa, surge a coberto de uma fusão simbiótica. É uma defesa que exerce contra o conflito edipiano. O material edipiano aparece de tempos a tempos nos psicóticos, cuja presença, na forma rudimentar, resulta de esforços inconscientes dos esquizofrênicos, em torno de uma relação dual primitiva e angustiante.

função super-egóica/ fragmentária A função super-egóica nos esquizofrênicos exerce-se de uma maneira fragmentária, parecendo que estes, por vezes, são privados de todo o super-eu, e, que este é como «uma teia esburacada», por onde podem emergir, por vezes, «estilhaços» de Édipo.

conflito homossexual relação perigosa/ imagem materna Na paranóia, o conflito homossexual, não é um subproduto defensivo do complexo de Édipo, que visa estruturar o eu, mas uma tentativa votada ao insucesso, de construir uma identidade, diante de um vazio deixado pela relação perigosa com a imagem materna, e a relação inconsistente com a imagem paterna.

Mauro Mancía

organização narcísica O desenvolvimento do eu, consiste no progressivo distanciamento em relação às condições do narcisismo. Há uma deslocação da libido para o ideal do eu, e posteriormente uma fragmentação da libido contida no eu, em que uma parte permanece como resíduo do narcisismo primário, outra, no ideal do eu, outra, torna-se libido objectal. Esta última, na esquizofrenia, retira-se para dentro do eu, desinvestindo o objecto.

objecto traumático narcisismo destrutivo A separação do objecto favorece a sua representação, e ocupará, enquanto objecto interno, o espaço do mundo interno, organizando-se na mente da criança. Mas para que esta representação tenha uma boa relação com o self, é necessário que o objecto primordial (a mãe), esteja em condições de metabolizar as angústias do bebé. Se isto não se verificar, estamos perante um objecto de desilusão, e traumático, que obrigará a criar os seus próprios objectos, propensos a atacar este objecto. É a vitória do narcisismo destrutivo, pelo que o eu e o objecto tenderão a um anulamento recíproco, surgindo a psicose.

E.Sá

crescimento/processo de identificação O crescimento dos filhos prepara-os para a ausência dos pais, através de um processo de relações e identificações, que acontece desde muito cedo. O dramático para a criança é a ameaça de abandono dos pais, que origina a falta de um rosto de mãe e de pai, tão importantes para se identificarem.

abandono agressividade falha equilíb. narcísico Neste contexto de falência de relações calorosas, fantasiar a morte dos pais, é uma forma de expressar uma raiva intensa, que vem da tristeza, dando origem a uma agressividade apelativa e anti-depressiva.

culpa persecutória Os sentimentos irreparáveis de abandono - a ausência de pessoas, dentro e ao pé de nós, gera culpa persecutória, violência, e desespero, e a sua compulsão é uma forma de não enlouquecer.

Quadro síntese

<i>Freud</i>	<i>Klein</i>	<i>Bion</i>	<i>Kaufmann</i>	<i>Bouvet</i>
narcisismo	relações de objecto primitivas	Identificação projectiva	conflito edipiano	narcisismo
fantasia homossexual	identificação projectiva	identificação projectiva patológica	relação incestuosa	isolamento
projectão/perseguição	p. esquizoparanóide	projectão	edipificação/pulsões/	delírios /
	p. depressiva	objectos bizarros	prégenitais	regressão
	angústias persecutórias	angústia persecutória	não individuação	
	impulsos destrutivos		atitude sedutora	
	objectos perigosos			
	mutilação do eu			

<i>Kouht</i>	<i>Bergeret</i>	<i>Claude</i>	<i>Badarraco</i>	<i>Racamier</i>
organização narcísica	falha narcísica primária	conflito edipiano	identif. project patológica	sentido da realidade
perburbação do narcisismo	desejos homossexuais passivos	material incestuoso	objecto enlouquecedor	sentido do humano
desintegração do sef	problemas identificação sexual	super-eu	angústia de morte	ruptura das relações/
agressividade	angústia de fragmentação		controlo obsessivo	objetais/narcísicas
destrutividade	conflito causado pela realidade		omnipotência	pulsões destrutivas
preocupações hipocondriacas	projectão		convicção delirante	sedução narcísica
alucinações	clivagem do eu		depressão psicótica	sedução sexual
delírios	negação da realidade		desintegração do eu	relação incestuosa
objectos persecutórios	isolamento		simbiose patológica	material edipiano
	agressividade		ansiedade psicótica	função super-egóica/
	perseguição			fragmentária
				rel.perig.imag.mater
				confl. homossexual

<i>Mauro Mancia</i>	<i>E.Sá</i>
Organização narcísica	Crescimento/ processo de identificação
Objecto traumático	falha do equilíbrio narcísico
narcisismo destrutivo	abandono
	agressividade
	culpa persecutória

VII - Estudo de um caso de Esquizofrenia

O Problema

Nesta revisão bibliográfica, o conceito preponderante, é o conceito de narcisismo. Este começa por ser considerado uma tentativa natural de enfrentar as situações maturativas irregulares que se verificam, inevitavelmente, no desenvolvimento infantil - processo que remete para o conceito de identificação projectiva, onde surgem ansiedades muito intensas, que a criança deverá enfrentar com a ajuda da mãe, despertando nesta sentimentos dos quais o bebé deseja livrar-se.

Se este equilíbrio narcísico for perturbado pelas falhas do cuidado materno, ou por uma predisposição inata do bebé, surge uma organização, em que prevalece a identificação projectiva patológica, donde resulta uma imagem grandiosa do self, que, se não for gradualmente integrada na organização do eu, em consequência destas experiências patogénicas (por exemplo, envolvimento com uma mãe narcísica, seguida de rejeição e decepção traumáticas), poderá levar à dissociação do aparelho psíquico.

É como se o self pré-psicótico não fosse capaz de utilizar os recursos do eu, porque foi privado do seu próprio crescimento, em consequência de identificações patogénicas com as figuras parentais.

Assim, o conceito de narcisismo, como processo integrativo, dá lugar ao conceito de narcisismo destrutivo, ligado à pulsão de morte. Há um retraimento do mundo objectal, uma fixação e regressão combinadas, que transformam, pela projecção, o meio externo

num universo perigoso e persecutório, em que o regresso ao narcisismo primário é inevitável.

É como se tivesse havido uma incorporação de formas patológicas do eu e do super-eu, a partir dos objectos parentais da infância.

Existe, assim, a impossibilidade de que os elementos constitutivos do conflito edipiano se tornem integrativos e estruturantes do eu, em que o material edipiano surge numa forma rudimentar, e resulta de esforços inconscientes, em torno de uma relação dual primitiva.

Existe uma relação dual, da qual faz parte uma relação fusional; não genitalizada, em que a sedução narcísica toma o valor de sedução sexual, real ou imaginária, cujo objectivo é o de manter o narcisismo primário. A relação narcísica incestuosa surge sob a cobertura de uma fusão simbiótica - uma defesa que se exerce não no sentido do conflito, mas contra o conflito edipiano.

É um processo, segundo Bergeret, onde a criança não pode ser considerada como objecto distinto da mãe e o pai não constitui um verdadeiro valor económico, porque não é mais que uma duplicação da imagem fálica materna. Assim, a relação triangular é impedida e o super-eu não atinge um papel organizador ou conflitual de base.

O conflito homossexual surge, de acordo com Racamier, como uma tentativa de construir uma identidade, diante do vazio deixado pela relação perigosa com a imagem materna e a relação inconsistente com a imagem paterna, onde, falhas narcísicas e desejos homossexuais passivos, surgem como reparadores do fracasso da relação com a mãe. São dificuldades, segundo Bergeret, que originam problemas a nível da identificação sexual e a manifestações homossexuais.

Será que este estudo vem confirmar as dificuldades a nível da identificação sexual e manifestações homossexuais na esquizofrenia? Estarão elas associadas à impossibilidade de uma triangulação?

Os conceitos

crescimento/processo de identificação
narcisismo/ perturbação do narcisismo/ falha narcísica primária
fantasia homossexual
projectão/perseguição
identificação projectiva patológica
angústia persecutória/ angústia de fragmentação/ pulsão de morte
impulsos destrutivos/ agressividade
objectos persecutórios/objecto traumático
desintegração do eu/desintegração do self
material edipiano rudimentar/ relação incestuosa
relação dual/relação triangular
não individuação/ não identidade
delírio/regressão
omnipotência/self grandiosa

Hipóteses clínicas - Estas vão no sentido de:

- 1 - compreender os factores que estão na origem do aparecimento do processo psicótico/esquizofrenia, e os mecanismos narcísicos a ele associados.
- 2 - compreender os processos inerentes à impossibilidade de que os elementos constitutivos do conflito edipiano se tornem integrativos e estruturantes do eu, nesta patologia.
- 3 - compreender a relação existente entre estes processos e as fantasias eróticas homossexuais.

Metodologia

História Clínica

O D.V., é um jovem de 21 anos, foi-me enviado para esta consulta de Psicologia, após internamento no Hospital Júlio de Matos, pelos Médicos Psiquiatras que o seguiram, enquanto esteve internado.

Estes diagnosticaram-lhe - Síndrome Depressivo Major, com sintomatologia obsessivo-compulsiva, revestido de sintomas psicóticos (auto-relação, actividade alucinatória auditivo verbal - com crítica).

É referido, também, nesta informação, em anexo, que, no passado, lhe tinha sido diagnosticado - Esquizofrenia Paranóide.

O pedido dos Médicos do Hospital Júlio de Matos é feito do seguinte modo: «Parecendo-nos benéfico para o doente, um eventual seguimento psicoterapêutico, aconselhámo-lo a dirigir-se a si».

A primeira vez que estive com o D.V., este conta-me como é que tudo começou: «Estava num estado de depressão, a minha irmã começou a chamar-me nomes: que eu só ando com moças, não tenho amigos moços - comecei a tremer todo....., agredi a minha irmã... . Há três meses tinha ido ao médico. Não me sentia bem - as cismas - via vultos e ouvia vozes; só queria estar sózinho; ouvia chamar e dizer para me matar».

«Fui para o Hospital Júlio de Matos - a primeira vez, estive lá só três dias - não conseguia estar ali, e a Médica permitiu que eu fosse para casa de minha tia, no Cacém - ia todas as Sextas-feiras ao Hospital com o meu pai..... Vim para casa ... veio a recaída - as vozes e os vultos não me deixavam, deixei de comer, não comia nem bebia, não saía

do quarto Eu sempre gostei de estar sozinho desde pequeno ... sempre fui pessoa de poucos amigos ...a maior parte dos amigos que tenho são moças.... ».

«Foi a morte da minha avó. Eu gostava dela, e ela gostava de mim - Eu quiz não sei se foi por isso, ... eu quiz ter um acto de heroísmo - vesti-a - na altura não me fez mal nenhum. mais tarde, ao fim de um ano, comecei a ver vultos aos cantos do quarto, ouvia vozes a dizerem para me matar».

O D.V. esteve internado duas vezes no Hospital Júlio de Matos. Situação que o traumatizou muito, e diz: - «não posso pensar nisso - nunca mais quero voltar para lá».

É, depois do último internamento, que o D.V. chega à minha consulta, e me conta esta história.

História da doença

O D.V. refere que adoeceu um ano após o falecimento da avó materna. Esta, quando ele tinha 14 anos, adoeceu, (fez um AVC), já era viúva, e ficou de cama, durante três anos, em casa dos pais do D.V.

Era o D.V. quem se ocupava mais da avó. Dava-lhe de comer, fazia-lhe a higiene, pois a «mãe não tinha muita paciência para desempenhar estas funções».

A situação clínica da avó agravou-se ao fim destes três anos, e tiveram de a levar para o Hospital. O D.V. estava lá sempre que podia. Esta pedia sempre para não a deixarem morrer no Hospital, mas acabou por morrer aí.

Existe este ressentimento, tanto por parte de D.V., como da mãe, por não terem podido satisfazer este desejo da avó.

Depois da sua morte, o D. V. via constantemente a imagem da avó no quarto dela, mas entrava aí sem problemas.

Ao fim de um ano do seu falecimento, o D.V., quando lá ia, «via vultos e ouvia vozes», a dizerem para se matar.

No início, o D.V. não lidou muito mal com a perda da avó, diz até que a conseguiu vestir depois de morta. «Eu penso que é o espírito dela. Mas como é que a minha avó, que gostava tanto de mim, agora quer que eu morra?»

Mas o desencadear da sua situação clínica, descrita no início da apresentação do caso, também coincidiu com a altura em que o D.V. começou a namorar.

Ele conheceu a namorada na equitação, quando veio para Beja, e começou a ir montar a cavalo no picadeiro da GNR. Foi aí que começou a arranjar alguns amigos. Um deles ainda é - é o seu melhor amigo. São ambos muito parecidos, porque são tímidos. Os outros amigos e amigas afastaram-se dele, depois de ter adoecido.

O D.V. diz que, por causa da sua timidez, foi a namorada quem lhe pediu namoro. Diz, também: «Depois de ter adoecido, tornei-me agressivo com ela, sem me conseguir controlar - torcia-lhe os braços - eu nem sabia o que estava a fazer. No início, estávamos sempre juntos. A minha mãe até se chateava comigo, porque íamos para o meu quarto sozinhos, mas não aconteceu nada - adoeci».

Começou a querer afastar-se da namorada. Tinha uma radiografia, que em tempos tinha feito no Hospital, e acrescentou no relatório que tinha um cancro no intestino.

A sua namorada acompanhou-o a «bruxas», onde lhe recomendaram, entre outras coisas, que colocasse uma vela do seu tamanho, no «Santo Lenho», mas nada resultou.

Surgiram os internamentos, o D.V. melhorou, deixou de ver os vultos e ouvir as vozes, mas gostava de deixar de tomar medicamentos. «Outro dia tive uma semana sem os tomar, e voltaram logo os vultos e as vozes».

Dados da História Pessoal

O D.V. foi uma criança e adolescente tímido, muito sensível, superficialmente bem adaptado ao seu meio ambiente.

Diz que era muito tímido, por isso tinha poucos amigos, era submisso, e fazia tudo o que lhe mandavam, mesmo que não concordasse.

Em termos escolares, existiram algumas dificuldades, se bem que não fossem valorizadas nem pelo D.V., nem pela família. Reprovou dois anos no 4º ano, e um no 5º - diz: «era a brincadeira».

Nesta altura, a relação com os pais «era boa». Diz que o pai nunca foi de muitas palavras, mas dava-se bem com ele. A mãe gostava muito de lhe dar beijinhos.

A mãe é doente, e o D.V. diz que desde a primeira crise, quando ele era pequeno, melhorou muito, embora, de vez em quando, surjam algumas crises, com períodos menos bons, em que fica mais irritada - «zanga-se muito, fica mais tempo na cama».

Em algumas destas ocasiões, quando a avó era viva, foi necessário a sua vinda - presença que deixava o D. V. muito feliz.

Aos 17 anos, quando frequentava o 10º ano, já não se sentia muito bem. Desistiu da escola antes de terminar o ano lectivo - achava que não ia conseguir obter bons resultados - queixava-se que não era capaz de se concentrar para estudar, nem de

«decorar» o que lia, e expressava preocupação em relação aos colegas, pensava que eles falavam dele, porque ele não era capaz de obter bons resultados.

Um ano depois adoecia, vieram os internamentos - e a seguir a melhoria da doença - os delírios e as alucinações tinham desaparecido, embora não sentisse grande capacidade de controlar a impulsividade, especialmente em relação à mãe e à irmã.

Foi recrutado - tinha, algum tempo antes, feito um pedido para ir voluntário para a tropa - mas na altura do ingresso, a situação da doença agravou-se, e não aguentou os treinos.

Começou a ficar triste, e a perder a esperança de poder, depois da tropa, ir para a G.N.R. - uma paixão desde pequeno - desde que começou a treinar equitação, no picadeiro da G.N.R.

As alucinações apareceram de novo, e foi levado para o Hospital Militar da Estrela, tendo sido dispensado do serviço Militar.

Quando voltou, queixou-se de um superior, atribuindo-lhe a culpa, por ele não ter «aguentado» a recruta, porque era muito exigente.

O D.V. frequentou um curso de formação profissional, de Animação Sócio Cultural, do qual desistiu.

Trabalha, presentemente, nos Bombeiros, como Voluntário.

Dados da História Familiar

O D.V é o segundo de uma fratria de 3 irmãos. A irmã mais velha tem 26 anos, estuda enfermagem, o irmão mais novo tem 10 anos, frequenta o 4º ano do ensino primário.

O pai é reformado da GNR, tem 50 anos, é saudável; a mãe é doméstica, tem 48 anos, é acompanhada em consultas de psiquiatria, (há antecedentes psiquiátricos na família materna).

O D.V. lembra-se do início da doença da mãe, tinha ele 4/5 anos, ainda não viviam em Beja. Viviam em Safara, pois o pai, nessa altura, era aí Guarda Fiscal.

A mãe estava no quintal, a cortar uma mangueira, e começou a gritar. A partir daí, meteu-se na cama, não queria ver ninguém, nem os filhos, estava sempre a gritar.

Esta situação, levou o pai a decidir levar o D. V. e a irmã mais velha, pois o irmão mais novo ainda não era nascido, para casa de uma prima. De noite tinha medo, a porta do quarto fazia barulho, e, por isso, dormia de cabeça tapada.

A «descompensação» da mãe, aconteceu pouco tempo antes da fase de desintegração da Guarda Fiscal, o que obrigou a que o pai fosse integrado na GNR, e a deslocar-se de Safara para Serpa, para onde ia todos os dias.

O pai, demanhã, antes de sair de casa, ia vê-los, e quando voltava à noite, também.

Ainda estiveram um tempo em casa da avó materna, que vivia a 10 Km da sua residência, já falecida.

Era a avó quem substituiu a mãe em momentos de maior crise, por quem o D.V. tinha um carinho muito especial.

Durante este período, a mãe do D.V., fez uma tentativa de suicídio - «pendurou-se» de uma corda, onde, habitualmente, o pai pendurava o presunto para secar.

O D.V. não viu, mas nunca aceitou que a mãe tivesse feito isto. Pensou sempre que a mãe não gostava dele.

A irmã falava muito com ele, e dizia-lhe que ela gostava deles, mas que estava doente.

O pai, ao fim de 5 anos, conseguiu a transferência para a GNR de Beja, e vieram todos morar para cá.

Vieram morar para uma casa nos arredores da cidade, perto do cemitério, e o D.V., à noite, tinha medo de aí estar, especialmente, quando voltava para casa um pouco mais tarde - tinha medo que as pessoas o perseguissem e o maltratassem.

O Rorschach

Análise dos cartões (Les Methodes Projectives - C.Chabert; La Pratique du Rorschach - Nina Traubenberg)

Cartão - I: situa o sujeito face ao teste, o que pode fazer-lhe reviver a experiência de um primeiro contacto com um objecto desconhecido. Solicita imagens evocadoras das relações precoces ao primeiro objecto. Por outro lado, a sua referência ao corpo humano, oferece uma dupla mobilização: narcísica (imagem do próprio corpo, representação de si), e objectal (relação à imagem materna).

Cartão - II: construída à volta da lacuna intermacular, em configuração bilateral e tricromática (vermelho, branco, negro); é apreendida nas suas repercussões mais arcaicas, como um todo exclusivo: a lacuna mediana é sentida como vazio interno, falha corporal fundamental; as possibilidades de unificação e de delimitação entre dentro e fora têm insucesso.

No registo das modalidades de relações, o tipo de imagem de si associa-se a representações simbióticas fusionais e/ou destrutivas.

Ao nível mais evoluído, reenvia a uma problemática da ordem da angústia de castração: O Dbl é sentido como buraco, ferida, por vezes contra-vestido pela valorização da

ponta mediana interpretada como simbolo fálico. As referências femininas são frequentes (regras, gestação, nascimento, fantasmas sexuais).

No registo relacional, solicita investimentos pulsionais, fortemente mobilizados quer na sua valência agressiva (combate de dois ursos), quer na sua valência libidinal (dois animais que se abraçam).

Cartão - III: põe à prova a solidez do esquema corporal, pois o material manifesto oferece uma figuração clara de personagens humanos.

Por outro lado, põe sobretudo o acento nos processos de identificação sexual: a sua bissexualidade manifesta (personagens com seios e pénis) torna por vezes difícil uma escolha.

Nas representações de relações, as evocações têm a ver com o manejo pulsional libidinal ou agressivo (as personagens humanas constituem uma banalidade).

Cartão - IV: põe o acento sobre a representação do corpo. É evocadora de imagens de poder - um cartão de simbolismo fálico, sem prejudicar o carácter masculino ou feminino desta referência. Normalmente é associado a uma imagem masculina, o que justifica a interpretação como cartão paternal. Mas também a evocação de uma imago materna fálica e perigosa.

Cartão - V: é considerado como o cartão da identidade e da representação de si. Reenvia para uma problemática de identidade, à noção de self, ou simplesmente ao esquema corporal. Isso explica a sua sensibilidade a toda a forma de fragilidade narcísica: manifestações depressivas ligadas à falta de estima de si, ou afirmações megalómanas de todo o poder, ou ainda exibicionismo em busca de gratificações narcísicas. A Ban constitui a prova da realidade fundamental na abordagem do mundo exterior, mostrando a interdependência estreita que une a representação de si e a relação aos objectos externos.

Cartão - VI: é caracterizada como portadora de simbolismo sexual. A bissexualidade caracteriza este cartão - a dimensão peniana-fálica é dominante (D médio superior), mas existe igualmente uma sensibilidade passiva, associada a imagens sexuais femininas (D inferior).

Cartão - VII: com ressonância essencialmente maternal, numa relação simbiótica ou fusional; as relações objectais são marcadas pela analidade ou oralidade, sentimentos de bem estar ou insegurança; angústia ou depressão ligadas à perda de objecto.

É um mediador das relações precoces. Permite, num registo identificatório a um modelo feminino: oposição, conflito ou submissão passiva, valorização ou desvalorização das imagens femininas.

Cartões - VIII: suscita a emergência de emoções e afectos, e permite também escolher o tipo de relação que o sujeito estabelece com o meio. As respostas podem ir no sentido da valorização narcísica, ou das preocupações somáticas, e mesmo de um vivido de destruição corporal

Cartão - IX: A tonalidade emocional depende da aceitação ou da resistência ao apelo simbólico do cartão, que suscita a ambivalência, quanto à escolha ou rejeição. Favorece as relações maternas precoces, associadas aos fantasmas de gravidez e nascimento. Pode reenviar a respostas sexuais cruas, ou à deterioração do corpo humano.

Cartão - X: a solicitação simbólica da côr e movimento associa-se ao imaginário infantil, se a regressão é permitida. Pode evocar facilmente a agressividade de nível secundário (animais em luta), ou de nível primário (o caos). A dispersão perceptiva torna-se sinal de explusão, de fragmentação traduzidas por imagens morbidas de partes do corpo. A procura da unidade torna-se difícil. Uma elaboração de nível secundário é possível, na investigação de unidade, através da organização activa do material no plano perceptivo e simbólico - é considerado como um cartão de individuação e separação.

O Rorschach e a Psicose

(*Le Rorschach en clinique adulte - La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach - C. Chabert -*)

A concepção psicanalítica do RCH

Nesta perspectiva, é possível uma avaliação dinâmica do funcionamento do sujeito, destacando-se diversos níveis de conflito, tipos de angústia, e mecanismos de defesa.

Esta autora, considera que o sujeito oscila entre um nível de funcionamento primário, e outro secundário, próximo da percepção objectiva, em que esta última permite a adaptação à realidade, e os processos primários dizem respeito a um prazer narcisista.

A emergência dos processos primários

As manifestações fora da resposta, as quais se revelam pela desconfiança, e extrema vigilância, colocando em jogo um vivido persecutório

As respostas - localizações mal definidas, respostas globais mal organizadas, presença de respostas de qualidade mediocre (F-), respostas com valor interpretativo ou delirante, ausência de integridade corporal (Hd, Anat, sang.).

Factores específicos - má qualidade de ligação à realidade objectiva - fraqueza do F+% e de D%; o tipo de ressonância íntima dá a aparência de morte psíquica (quando a ausência dos determinantes K, está associada a expressão mínima de determinantes C); diminuição das banalidades; referências ao corpo em imagens truncadas; os conteúdos animais são contaminados pela parcialização e fragmentação: a imagem do corpo, os objectos não podem ser apreendidos na sua unidade.

A organização das defesas e o registo dos conflitos

A projecção - aparece num vivido corporal fragmentado, pelas preocupações delirantes, inadequação perceptiva, externalização de pulsões agressivas e destrutivas.

A Denegação - traduz-se por um F+% baixo

A clivagem - há duas atitudes, uma que permite a ligação à realidade e outra que se afasta da realidade - denegação.

A problemática reenvia para a perda da identidade; *a angústia* de fragmentação e desintegração.

A fragilidade da representação de si - revela-se pela ausência de K, pelos conteúdos centrados na fragmentação, doença e morte.

Esta ausência de K mostra, ainda, a incapacidade em evocar representações de relações. E, quando associada à ausência de respostas humanas (H), revela falhas no registo das identificações primárias.

As dificuldades de representação das relações, quaisquer que sejam as modalidades (fusionais/persecutórias; narcísicas/objectais; libidinais/agressivas), encontram-se nos protocolos, em que aparecem representações de si fragmentadas, despedaçadas, onnipotentes.

Outras características

Um F+% baixo pode mostrar a perda do contacto com a realidade externa e/ou desorganização do pensamento.

As respostas formais são uma tentativa de delimitar conteúdos que fundamentam a organização narcísica. Existe aqui um fracasso, imputável à não utilização das fronteiras como superfície de mediação e de troca entre o interior e o exterior.

A indiferenciação figura-fundo, aparece nas respostas que utilizam o branco como localização, do mesmo modo que as manchas negras ou coloridas - em que os contornos e fronteiras não são percebidos. A falta de diferenciação associa-se à falta de garantia dos limites do sujeito na relação com o objecto.

A perseveração, obedece à compulsão de repetição, em que quaisquer que sejam as variações do estímulo, as imagens fornecidas são quase idênticas. Isto revela a não observância da prova da realidade. Este processo é sustentado, em geral, por formas de má qualidade (F-), o que explica falhas consideráveis na qualidade da relação com o real.

A dissociação da imagem do corpo

A fragmentação traduz-se pela raridade de respostas humanas inteiras. As respostas são geralmente fragmentadas, sobretudo, pela predominância de respostas anatómicas, o que demonstra grande fragilidade, ou quase a inexistência de um continente.

Aplicação do O RCH.

Tendo em conta a necessidade de conhecer o D.V. em termos psicológicos, pareceu-me importante a aplicação de um teste projectivo - o RCH, porque se trata de uma prova que nos permite avaliar: 1 - a qualidade da relação com o real; 2 - o registo conflitual; 3 - a análise dos mecanismos de defesa.

D.V. - 19 anos

I

2''

1 - Parece um morcego

G, F+, A Ban

10''

Parecem-me aqui as asas (Ds cinzentos laterais); aqui os olhos e as patas (Dd superior interior), para agarrar; e aqui o rabo (Dd inferior interior).

(?) Está em cima de uma coisa qualquer. (?) É a forma.

II

2''

Você está a testar a minha personalidade. Isto, sinceramente, não sei., V / >. O que é que isto parece? Não me parece nada.

2 - / Parece-me também um morcego.

G, F-, A

Tem aqui as asas (Ds cinzentos laterais); a cauda - o rabo (D vermelho inferior).

1'12''

O rabo - é aqui - (Dd cinzento interior superior); os olhos (Dd vermelho escuro inferior); faltam é as mãos. E isto, (Ds cinzentos laterais), são as asas.

(?) está deitado, em cima de um objecto. (?) foi a forma.

III

2''

3 - Isto parece o quê? Parece a barriga de uma mulher. O exame às barrigas das mulheres.

G, F-, Anat.

4 - Isto parece o feto (D vermelho interior).

D, CF-, H

1'10''

. (G) Isto parece a imagem que sai no ecrã da ecografia - da barriga de uma mulher. Parece a figura que a minha mãe fazia, quando estava grávida do meu irmão (o Domingos tinha 10 anos, quando o irmão nasceu), quando via os exames que a minha mãe fazia - aqui (Ds cinzentos laterais) parecem os lados da barriga. - pela forma.
. O feto - é aqui o vermelho (D vermelho interior) - pela côr e pela forma.

IV

2''

5 -V - Parece-me um morcego morto. Outro dia vi um filme com um morcego / V > <
45'' G, FC', A

Talvez pela forma e pela côr - as patas (V - Dd lateral inferior); a cabeça (V - D interior superior); o rabo (V - Dd interior inferior) - (?) parece que está morto e aberto ao meio.

V

2''

6 - Isto parece uma borboleta. As borboletas são bonitas. G, F+, A Ban
20''

Borboleta - por causa da forma - está viva. Aqui o rabo (Dd inferior interior); as antenas (Dd interior superior); as asas (Ds laterias).

VI

2''

7 - Isto parece um peixe aberto ao meio > V / < - um peixe morto. G, F+, A
31''

Aqui o rabo (V - Dd inferior interior) tem escamas no rabo; as gelras (V - Dd interior superior. - (?) a forma.

VII

2''

8 - V - Isto é uma rã aberta ao meio, morta. Eu hoje estou muito trágico. Você diz: este gajo só pensa na morte.

G, F-; A

É uma rã morta, aberta ao meio.

41''

Pela forma. Aqui as patas (V - Dd cinzento lateral inferior); a cabeça (V - D cinzento lateral superior). Está aberta ao meio, porque se estivesse fechada só via um lado.

VIII

2''

9 - Ólá! Tão colorido. O que é isto? Isto parece a vagina de uma mulher. V > /

D, CF, Sexo

27''

Aqui parece a parte da barriga (Ds rosa lateral). A vagina da mulher (D rosa inferior interior) (?) foi a côr e pela forma.

IX

2''

10 - V / V / - É o mesmo. Parece a vagina

D, CF, Sexo.

34''

A vagina (D rosa) foi a côr; a barriga (D verde)

X

2''

11 - Isto é uma pintura rupestre. Parece um quadro pintado V / .

G, C, Arte

34''

É uma pintura, por causa das cores alegres. Daquelas pinturas abstractas. Umhas cores por cima das outras.

Gosta (+) - X - É um quadro com cores alegres:

V - Borboleta-é o simbolo da liberdade. voando no ar.

Gosta (-) - VII - Parece que a rã está morta;

I - Porque é um morcego, e eu não gosto de morcegos.

O psicograma

R = 11 ↓	G=7; Gbl=1 (73%) ↑	F+=6	A=6	F%=55% ≈
Recusas = 0	D=3 (27%) ↓	F-=1	H=1	F+=50% ↓
T.total = 6'30" ↓		FC=3	Sexo=2	
T.resposta = 35,4" ↓		CF=3	Arte=1	A%=55% ↑
T.Lat. médio = 2"		C=1	Anat.= 1	H%=!% ↓
				BAN=2 ↓

Tipo de Apreensão = $\bar{G} \bar{D}$

TRI = K/ C - 0/5 - Extratensivo

Escolhas - (-) I;VII

F.Complementar - k/ E - 0/0 - Coartado

(+) V;X

RC% = 27% ↓

FC < C+CF = imaturidade psico-afectiva

Análise dos Dados do RCH

(o protocolo de localização encontram-se em anexo)

Os modos de Apreensão, na sua maioria (**G**) *simples*, testemunham uma adaptação perceptiva de base, que permite pensar que o **D.V.** tem possibilidades de abordagem ao mundo socializado. Estes (Gs) estão associados a percepções correctas (F+=50%), embora não em número suficiente, pelo que poderemos considerar que existe um carácter adaptativo do seu funcionamento cognitivo, mas não activo e dinâmico, (inexistência de Gs elaborados).

Este tipo de apreensão, (Gs simples), pode levar-nos a pensar *numa atitude de controlo na relação com o outro* - pelo que mantém uma globalidade que julga neutra, uma inibição da abordagem do objecto, que parece suscitar inquietude.

No entanto, no cartão VI (de simbolismo sexual), onde é apreendido « um peixe morto, aberto ao meio », (G), aparece a dúvida sobre a unidade deste cartão, a qual poderá ser interpretada, no sentido de uma representação de si, marcada pela fragmentação.

Fragmentação que também está presente no cartão VII (de ressonância maternal-mediadora das relações precoces), « é uma rã aberta ao meio, morta (inquérito) porque se estivesse fechada só via um lado ».

A partir desta análise, podemos emitir a hipótese, de dificuldades importantes a nível da identidade, acompanhadas de uma apreensão frágil do real.

Existe assim uma integridade frágil do real, pondo em perigo o reconhecimento do meio exterior e da identidade, no entanto, estas manifestações são «temperadas» pela presença das respostas globais, cujos engramas banais são referidos. A Ban, no cartão V, (respeitante à identidade e à representação de si) « isto parece uma borboleta - as borboletas são bonitas », e a Ban no cartão I (referência às imagens evocadoras das relações precoces - primeiro objecto, e, referência ao próprio corpo, numa mobilização narcísica (representação de si), e objectal (relação à imago materna) - « parece um morcego» - faz parecer que existe uma intricação de si, e apreensão do meio exterior, embora num investimento narcísico (as borboletas são bonitas).

No entanto, no cartão X (referência à individuação/ separação), os elementos sensoriais dominam a determinação da resposta em (G), « Isto é uma pintura rupestre, um quadro pintado, pelas cores». Não existe um movimento defensivo, que venha impedir a emergência das representações - a invasão emocional, mostra a fragilidade das emoções internas, que vêm invadir o espaço psíquico, impedindo o controlo, o limite dentro/fora, que se revela frágil, testemunhando a falta de um espaço psíquico próprio, de uma interioridade afectiva.

As respostas D, têm um significado adaptativo e socializado, e testemunham a presença de um eu forte, quando associadas a boas formas, dando lugar a mecanismos que caracterizam um pensamento mais analítico.

Mas os (Ds) deste protocolo, estão associados a percepções de má qualidade (CF), onde o controlo formal é reduzido, pondo em risco a capacidade de manutenção da distância.

Este modo de apreensão aparece nos cartões VIII (controlo do meio exterior) e IX (referências maternas), onde a apreensão aparece ligada a referências sexuais cruas «parece uma vagina», mostrando o insucesso deste controlo, e da manutenção de uma conduta adaptativa e socializada, evocando claramente preocupações sexuais.

Existe outra apreensão em (D) de má qualidade no cartão III (solidez do esquema corporal, processos de identificação sexual), « Isto parece um feto » (D vermelho interior). A projecção do corpo, surge, aqui, numa perspectiva regressiva (gestação), mostra também a problemática da integridade, a qual ficou patente nos cartões IV, VI, VII «animais mortos e partidos ao meio », apreendidos em (G)), numa espécie de tentativa para encontrar os fragmentos de uma imagem de si, quebrada.

Este modo de apreensão em detalhe, dá-nos conta de controlo rígido, pseudo-obsessivo, posto em causa pelas manifestações de angústia respeitantes ao vivido corporal.

As resposta F, aparecem numa percentagem que é considerada normal (55%), o que reflete um movimento de adaptação à realidade. Mas há engramas onde a qualidade perceptiva é inadequada, (II, III, VII), a qual revela que a relação com o real acenta em bases frágeis, manifestando falta de interesse pelo meio exterior e pelos objectos, e ao mesmo tempo, uma extrema dependência em relação a este meio externo.

A qualidade das respostas (F+), testemunham alguma aptidão do sujeito em estabelecer fronteiras entre dentro e fora, de distinguir o interno e o externo, e integrar diferenças entre o real e o imaginário.

Contudo, as respostas (F-), vêm assinalar a ineficácia deste processo, revelando uma inadaptação ao mundo real, um desinvestimento da realidade objectiva, do meio, e das relações objectais, as quais estão associadas a conteúdos anatómicos, a imagens de animais fragmentados, o que põe em evidência a perda do contacto com a realidade, e a fragilidade da imagem do corpo e da identidade, descobertas pelas manifestações hipocondriacas, de angústia de desintegração.

Por outro lado, os K, pela sua não apreensão, revela a falta de recurso ao imaginário, à vida fantasmática, que impede a elaboração dos conflitos internos, e das suas potencialidades criadoras, as quais, se existissem, poderiam fazer aparecer uma actividade imaginária, lúdica, tornando possível a ilusão, a fantasia, o espaço psíquico.

A sua ausência, no cartão III, remete-nos para a problemática da identificação sexual, e de reconhecimento de uma imagem humana, que dê conta da capacidade de D.V. em se identificar à sua espécie, pela assimilação de certos traços sexuais, e afectivos. A imagem humana, apreendida neste cartão, é uma evocação regressiva (feto - gestação), pondo em causa, não só o processo de identificação sexual, mas também o processo de individuação, expressa por uma relação simbiótica, (ainda dentro do ventre da mãe).

A problemática da identificação sexual é também vista no cartão VI (de simbolismo sexual), cuja apreensão é geradora de angústia - « peixe aberto ao meio e morto »), o que origina a coartação das funções e dos papéis sexuais.

No que respeita aos determinantes sensoriais, cuja presença testemunha a sensibilidade à realidade exterior, surge no protocolo de D.V., com respostas que reenviam para o interior do corpo (Anat. III - parece uma barriga de mulher), para uma representação humana de carácter regressivo, (III - parece um feto), e mesmo para fantasmas de fragmentação, (IV - morcego morto), o que mostra a quebra das fronteiras entre o eu e o não eu. Através da fragilidade deste envelope, descobre-se um dentro sem unidade - uma confusão entre sujeito e objecto, entre o dentro e o fora, que estabelece uma identidade fragmentada, e uma representação psíquica desordenada.

A sensibilidade às cores (cartão IV - « parece um morcego morto » - pela forma e pela cor), revela inquietude, ligado ao C'. Surge uma impressão disfórica inquietante, também desenvolvida no cartão VI « peixe aberto ao meio, morto », cuja ligação a um detalhe corporal (vagina) dotada de significações sexuais (cartão VIII e IX), e a outro de valência regressiva (III -feto), (CF), dá-nos conta de uma sensorialidade primária, que reenvia para carências maternas.

As resposta E, também estão ausentes. Os trabalhos Anzieu sobre o «Eu-pele» relembram a importância destes contactos sensoriais, para o estabelecimento do envelope corporal, e o apoio das relações objectais. A ausência de respostas estompagem, pode revelar algumas dificuldades do sujeito, no que respeita à procura de um continente, para protecção, contra situações desagradáveis da realidade externa.

Os conteúdos animais, aparecem numa % elevada (A%= 55%), o que pode fazer erigir uma «carapaça» social, como defesa, para evitar o contacto autêntico, uma relação verdadeira, o que revela uma adaptação superficial e rígida, em que a compulsão fantasmática, surge como uma projecção.

A quase ausência de conteúdos humanos, existe apenas uma imagem humana de conteúdo regressivo no cartão III - «Isto parece um feto », o que nos dá conta da incapacidade de D.V., em se identificar à imagem humana. Esta falta, pode remeter-nos para uma problemática de identidade, uma fragilidade na elaboração da representação de si.

Quanto à angústia -, a discussão que tem vindo a ser feita, revela uma grande fragilidade a nível da identidade e da representação de si, bem patente ao nível dos conteúdos fragmentários, os quais reenviam para a noção de integridade corporal, e, por isso, para a angústia de fragmentação.

Esta, é, também, perceptível, através dos mecanismos de defesa -, os quais têm vindo a ser evocados, através dos desvios em relação à realidade exterior, que sustentam a

denegação, a clivagem, e ainda a projecção, que implicam uma desconecção dos processos de adaptação perceptiva, e uma confusão fora/dentro.

A projecção, externalização das pulsões perigosas do sujeito - aparece na projecção directa de um vivido corporal fragmentado (cartões III, VI, e, VII);

A denegação, aparece através de um conjunto de procedimentos que põem o acento na denegação da realidade. Esta aparece no F+% baixo, e na falta de qualidade dos (Ds), o que mostra o desinteresse pelo real.

A clivagem, revela-se, também, através de um F+% baixo, no seio de duas atitudes psíquicas em relação à realidade exterior - uma, tem em conta a realidade, e, a outra, a sua negação.

Na primeira, aquela que tem em conta a existência da realidade, revela-nos um sistema adaptativo. (cartões I e V), onde o recalçamento espreita, através das respostas G, F+, A, Ban, e do A% elevado, o que revela um reconhecimento da realidade exterior. E a segunda, que tem em conta a negação da realidade, permite a emergência de processos primários: a desconfiança, posta em acção por uma sensibilidade paranóide - « você está a testar a minha personalidade », a presença de respostas C, que testemunham a impossibilidade de conter os movimentos pulsionais, através de imagens mórbidas (morcego morto, peixe morto e aberto ao meio, rã morta e aberta ao meio), e de imagens cruas (parece uma vagina de mulher), o que mostra a fragilidade das barreiras internas. Os conteúdos (A) são contaminados pela fragmentação - pondo em causa a imagem do próprio corpo, e os objectos do meio exterior, que não podem ser apreendidos na sua unidade. A reactividade aos cartões desaparece, para dar lugar à compulsão de repetição - (o mesmo tipo de resposta em diversos cartões), testemunhando a indiferenciação dentro/fora, e a invasão à identidade, onde os mecanismos de adaptação à realidade são postos em causa.

Síntese dos dados do RCH

A análise do RCH, põe-nos perante um quadro, cuja problemática reenvia para a perda de identidade, para produções que remetem para uma angústia de fragmentação e desintegração, para uma fragilidade das barreiras dentro/fora, para o perigo de destruição e aniquilamento, e para insuficiência da ligação à realidade objectiva.

Existem preocupações sexuais, as quais são visíveis no RCH. reveladas pela incapacidade de mostrar uma imagem de si adulta e sexuada, a qual surge por deslocamento para figuras animais fragmentadas, reveladoras de ameaça de fragmentação.

A falta de integridade e de representação do corpo, demonstra a fragilidade de um continente, que dificulta a existência de um espaço psíquico, um garante dos limites dentro/fora, no seio do qual podem desenvolver-se as operações mentais, a fim de assegurar uma coesão interna.

A relação com a mãe, imago primário, teria sido primordial para que isto não acontecesse. A ausência de cinestésias humanas e respostas humanas, (RCH), revela a falta de identificações primárias, e a pertença ao meio humano. O processo de identificação foi bloqueado, o confronto relacional é quase inexistente, em que a representação de si, enquanto indivíduo separado, é constantemente negada.

As percepções (RCH), sobre as quais o D.V. poderia pensar, guardam significações agressivas, portadoras de um mau objecto e perigoso, que ataca e desenvolve fragmentos, partes despedaçadas, sob o efeito das pulsões destrutivas, remetendo para um mau objecto, pela identificação projectiva, a qual impede a construção, e a unificação, por dificuldades de potencialidades reparadoras do sujeito.

O diagnóstico

A análise do RCH fez-me pensar na hipótese diagnóstica de esquizofrenia, pela discordância do pensamento, a ruptura com o mundo objectal, a falência das condutas adaptativas, a morbidade dos conteúdos corporais, as expressões cruas de angústia de fragmentação.

Esta hipótese diagnóstica é confirmada pelos dados da História Clínica, em que surge a actividade alucinatória e delirante auditivo verbal; a temática persecutória; o isolamento; a perda de interesse pela alimentação; ideias de suicídio; ansiedade; cólera, ameaça de fragmentação - a hipocondria - cancerofobia.

Estes dados estão de acordo com os critérios definidos pela ICD-10 e pelo DSM-IV, para Esquizofrenia Paranóide:

ICD-10 - predominam as ideias delirantes de perseguição, acompanhadas de alucinações auditivas, que dão ordens ao doente. Existe também incongruência afectiva, irritabilidade, ira e temor. A evolução é contínua. O curso pode ser episódico, com remissões parciais ou completas, ou crónico, em que os sintomas persistem para além de dois anos. O critério de diagnóstico requer a presença de pelo menos um sintoma mais evidente, durante um mês ou mais.

DSM-IV - as características essenciais são as ideias delirantes, alucinações auditivas, num contexto de preservação das funções cognitivas e do afecto. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias, de grandeza, ou somatizações. Pode aparecer ansiedade, cólera, indiferença, querelância. A temática persecutória pode predispor ao comportamento suicida, que juntamente com a cólera pode dar origem a actos de violência. O critério de esquizofrenia requer que dois destes itens estejam presentes, pelo menos durante um mês, em que alguns sinais de perturbação persistem, pelo menos seis meses.

Os sintomas apresentados pelo D.V. persistiram para além de um mês, tal como é exigido pela ICD-10, e para além de seis meses, de acordo com o DSM-IV, e, mesmo que assim não fosse, estão presentes alucinações, que envolvem vozes em comentários, critério suficiente para estabelecer o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide.

VIII - Intervenção Terapêutica

Esta intervenção realizou-se a dois níveis:

1 - *A nível psiquiátrico* - O D.V. é seguido em consultas de psiquiatria, para vigilância da medicação - ele toma neurolépticos, para controlo dos sintomas.

2 - *A nível psicoterapêutico*, com vista à estruturação da sua personalidade.

A psicoterapia

Análise das sessões

(a numeração das sessões, serve apenas para dar-lhe uma sequência, pois não foi possível fazer o registo de algumas sessões)

1ª sessão

A primeira vez que estive com o D.V, este conta-me como adoeceu - « eu estava num estado de depressão - a minha irmã começou a chamar-me nomes - que eu só ando com

moças, que não tenho amigos moços - comecei a tremer todo, e agredi a minha irmã

... havia três meses, tinha ido ao médico - eu não me sentia bem - apareceram as cismas: via vultos e ouvia vozes, só queria estar sózinho; ouvia chamar e dizer para me matar

... as vozes e os vultos não me deixavam - deixei de comer - não comia nem bebia - não saía do quarto, e não deixava ninguém lá ir. Isto durou quase um mês - até que os meus pais me levaram ao Hospital - já estava desidratado...

... eu não queria tratar-me - chamaram o psiquiatra - tomei uns medicamentos que me deixaram muito mole.....

... Fui para o Hospital Júlio de Matos - eu nem quero pensar nisso...

... não conseguia estar ali, e a médica permitiu que eu fosse para casa de minha tia que morava no Cacém, ia todas as sextas-feiras ao Hospital com o meu pai...

... passou um mês e tive alta.

... Vim para casa ... veio a recaída - as vozes e os vultos não me deixavam - fui novamente internado no Hospital Júlio de Matos - nunca mais quero para lá voltar - se isso tiver que acontecer mate-me antes».

Disse ao D.V., que o que ele me estava a dizer, significava que entre ele e a sua saúde existia a morte, e que eu tinha de saber isto para o poder ajudar.

Nesta sessão o D.V. relewa um conflito associado a fantasias homossexuais, como se ele acreditasse que a sua irmã poderia conhecer os seus receios de se apaixonar pelos amigos rapazes, porque a agrediu, quando ela lhe chamou nomes, dizendo que ele (só andava com moças, e que não tinha amigos moços)

Aparecem também as alucinações e os delírios, fragmentos que o D.V. construiu para escapar à insuportável experiência de fragmentação do self.

2ª sessão

Aplicação do RCH.

3ª sessão

O D.V. chega e diz que, apesar de já não ouvir as vozes e ver os vultos, continua muito agressivo - não é capaz de controlar a agressividade, especialmente em relação à mãe e à irmã - diz que elas estão sempre a zangar-se com ele, porque não sai de casa, e leva o dia inteiro deitado - Diz. « eu sêmpre gostei de estar sózinho desde pequeno - sempre fui pessoa de poucos amigos».

O D.V. está essencialmente preocupado com a sua doença, e diz que não sabe porque é que isto lhe aconteceu.

Pensa que o aparecimento da sua doença está associada à morte da avó, e diz: « Eu gostava dela e ela gostava de mim - eu quiz ter um acto de heroísmo - vesti-a depois de morta - na altura não me fez mal nenhum, mais tarde, ao fim de um ano, comecei a ver vultos aos cantos do quarto, ouvia vozes a dizerem para me matar - a minha avó não me pode querer mal, porque ela gostava muito de mim....»

Disse-lhe que ele se sentia ameaçado, e pressentia nisso algum perigo.

O D.V. continua, dizendo: «...Quando isto me apareceu, namorava a Alexandra havia 7 meses - comecei a ser também muito agressivo com ela - torcia-lhe os braços, eu nem sabia o que estava a fazer».

Diz que conheceu a Alexandra nos Cavalos - o D.V. tinha treinos de equitação, no picadeiro da GNR, e ela começou a «meter-se» com ele, até que um dia ela lhe pediu

para namorarem. Nesse dia foram ao cinema, e ao fim de um mês já ela ia lá a casa. Ele tinha televisão no quarto, e ficavam lá os dois sózinhos.

Diz que um dia ela começou a agarrar-se a ele - disse-lhe que queria ter relações sexuais com ele - ele ficou com medo - disse-lhe que estivesse quieta - porque a porta estava aberta, e a mãe podia entrar.

Disse-lhe que a mãe poderia aparecer, e proibir a sua sexualidade com uma namorada.

O_D.V. não ligou muito ao que lhe disse, e continuou dizendo, que a partir daí começou com medo de ficar sózinho no quarto com ela - e a pensar em acabar o namoro...

Disse-lhe que ele gostava demais da mãe, e isso não lhe permitia estar com outras mulheres.

Diz que não é bem assim, porque continua a gostar da Alexandra. Só que não queria prejudicá-la nos estudos, e pensou em afastar-se dela.

Por isso, lembrou-se que tinha uma radiografia que tinha feito ao abdómen, quando levou uma patada de um cavalo, e acrescentou no relatório que tinha um câncero nos intestinos, e, por isso queria acabar o namoro.

Disse-lhe que ele sentia que existia qualquer coisa dentro de si, que o poderia destruir.

Nesta sessão aparecem elementos, que permitem ver a ligação de dependência em relação à mãe. O D.V. não encontra nesta mãe, nem na irmã seres fiáveis, ficando assim submetido às suas tensões internas (o D.V. diz que continua muito agressivo especialmente com a mãe e a irmã, porque estas estão sempre a zangar-se com ele, porque ele não sai de casa e leva o dia inteiro deitado).

Por outro lado, a dificuldade em aproximar-se da Alexandra, é uma forma de escapar ao seu corpo sexuado, e à negação da castração.

O pai não foi um modelo intreditor do corpo da mãe. - uma mãe superprotectora, mas também dependente de D.V.

Aparece, ainda, a fragmentação do self corporal, reagindo com angústia hipocondríaca (cancerofobia) - hipocondria psicológica, a qual se manifesta como medo da insanidade, e surge na fase inicial da doença - esquizofrenia.

4ª sessão

O *D.V.* vem novamente falar da ligação entre a morte da avó e a sua doença, e diz « se calhar é o espírito da minha avó - mas como é que ela quer que eu me mate se ela gostava tanto de mim? »

Digo-lhe, que ele espera, poder contar comigo, para o ajudar.

Diz que tanto a família dele como a da namorada acreditam em espíritos, e foram com ele a bruxas, estas disseram que tinha de ir colocar uma vela do tamanho dele, no Santo Lenho - em Vera Cruz, mas isso não resultou.

A namorada e a mãe desta, «que gostava muito dele», acabaram por se afastar - diz que continua a gostar da Alexandra, e que não é capaz de pensar em outras raparigas.

Digo-lhe que a mãe está tão perto dele, que, por isso, as outras mulheres não poderão aproximar-se de si.

O *D.V.* diz que a irmã já se ofereceu para falar com a Alexandra, porque ele é muito tímido, e não é capaz de o fazer.

Ele conta um sonho: - diz que sonhou com uma rapariga, que montava a cavalo. Esta pôs-se a galope - caiu do cavalo, e morreu na queda.

Digo-lhe que este sonho, talvez represente o medo que ele tem de um encontro sexual com a Alexandra.

Volta a aparecer a dificuldade em se aproximar da Alexandra, e a necessidade de negação da castração.

O D.V. esteve ausente uns dias, em casa dos avós paternos, de férias, quiz estar algum tempo com os avós, antes de ir para a tropa.

5ª sessão

O D.V. chega preocupado, diz que esteve em casa dos avós paternos, e que na primeira semana, em que lá esteve, não quiz tomar os comprimidos, e as vozes e os vultos apareceram logo.

Diz que está mais preocupado, porque vai para a tropa - e, assim, a tomar comprimidos, não o vão deixar lá ficar.

Diz que gosta muito dos cavalos e de fardas, e por isso queria ir para a GNR, para Cavalaria, mas primeiro tem de passar pela tropa

Falo-lhe da sua preocupação em relação ao futuro, e que talvez pudéssemos relacionar isto às suas dificuldades na infância, que o tornaram uma pessoa um pouco dependente dos pais.

Diz que começou a trabalhar nas obras, porque quer ficar mais forte para aguentar a recruta.

Digo-lhe que isso representa, afinal, que já existe uma diminuição da sua dependência em relação à família.

Diz que a ida para a tropa também o vai ajudar a ficar mais independente dos pais. Porque estes sempre que saem, querem que ele vá com eles, e ele gosta de ficar em casa sózinho.

Diz que os pais têm medo, porque ele comprou uma arma, uma pistola tipo pressão de ar, e como já tem ameaçado matar-se, têm receio que ele o faça..

Diz que já pensou nisso, mas agora quer ir para a tropa.

Aparecem algumas funções adaptativas do eu, que lhe permitem uma abordagem da realidade.

O **D.V.** na sessão anterior, não pôde vir. Foi chamado para a tropa - a mãe avisou, e ele, no fim de semana seguinte, quando veio a casa, telefonou a dizer-me que estava contente, porque estava a realizar um sonho.

6ª sessão

Ao fim de 2 meses de estar na tropa, teve de dar entrada no Hospital militar - Hospital da Estrela - não aguentou os treinos. O Comandante propô-lo para uma Junta Médica - o **D.V.** ficou muito zangado e dizia-me que este o andava a perseguir - mas que quando o apanhasse cá fora, o havia de tramar - porque o comandante também lhe estava a tramar a vida, porque se ele não concluísse a tropa, não podia ir para a GNR.

O **D.V.** conta-me que os primeiros tempos, após a incorporação, correram bem, mas rapidamente as coisas se complicaram - diz que um dos superiores ia de noite à caserna - acordá-los - tinham de fazer flexões - O **D.V.** começou a ter medo de não acordar quando o superior lá fosse, e o castigasse - passava as noites sem dormir e rapidamente os vultos e as vozes voltaram.

Na Junta Médica, passou à situação de reserva.

Refere que é obrigado a aceitar, mas que um dia há-de vingar-se do comandante. O **D.V.** continua a dizer que o que gostava mesmo era de ir para a GNR.

Volto a dizer-lhe que ele continua muito preocupado com o seu futuro, e com a sua situação de dependência em relação aos pais.

As fantasias homossexuais reaparecem. O D.V. fica zangado com o Comandante da tropa. Este propô-lo para Junta médica - sentiu-se perseguido, porque se não concluísse a tropa, não podia ir para a GNR - um sonho seu, desde criança.

7ª sessão

O D.V. diz que voltou a ficar mais em casa, a estar mais tempo deitado e a comer mais. Só sai, às vezes, à noite com a irmã, o namorado e as amigas da irmã.

Já pensou em voltar para as obras, mas ao mesmo tempo diz que vai esperar que o Centro de Emprego o chame para uma coisa melhor.

Diz também que a relação com a mãe voltou a piorar. Diz: « a minha mãe não é boa da cabeça - há dias em que só me chateia a cabeça, outras não me passa cartão».

Digo-lhe que ele esperava que o pai estivesse mais presente, para o ajudar a resolver essas questões com a mãe.

Diz-me que se lembra de quando a mãe adoeceu - tinha ele 4/5 anos, ainda não viviam em Beja. Viviam em Safara, pois o pai era nessa altura Guarda Fiscal.....

... « a minha mãe estava no quintal a cortar uma mangueira, e começou a gritar, e, a partir daí, meteu-se na cama, não queria ver ninguém, nem os filhos - estava sempre gritando ».

Esta situação levou o pai a decidir levá-lo a ele e à irmã mais velha, (o irmão mais novo ainda não tinha nascido), para casa de uma prima. De noite tinha medo - a porta do quarto fazia barulho, e, por isso, dormia de cabeça tapada.

Diz que a mãe adoeceu quando integraram a Guarda Fiscal na GNR, e o pai teve de se mudar de Safara para Serpa, para onde se deslocava todos os dias.

A mãe fez nesta altura uma tentativa de suicídio - pendurou-se na corda onde habitualmente o pai pendurava o presunto para secar.

O D.V. diz que não viu a mãe fazer isto, mas pensou sempre que a mãe não gostava dele.

Disse-lhe que ele, certamente, tinha-se sentido abandonado nessa altura.

Diz que a irmã, que tinha na altura 11 anos, falava muito com ele, e dizia-lhe que a mãe gostava deles, só que estava doente.

O D.V. fala-me da sua vinda para Beja. Diz que o pai ao fim de 5 anos de estar em Serpa conseguiu ser transferido para Beja - vieram todos morar para cá.

A casa era nos arredores da cidade, junto ao cemitério - e o D.V. à noite tinha medo de aí estar, especialmente, quando voltava um pouco mais tarde para casa - tinha medo de andar sozinho à noite, medo que as pessoas o perseguissem e o maltratassem. Diz que às vezes passava junto às pessoas e ficava com a impressão de que estavam a falar dele - até chegava a ficar parado a ouvir.

Digo-lhe que ele não sabe se as pessoas merecerão que ele confie nelas.

Diz que talvez seja imaginação sua. Diz também que muitas vezes não sai, porque é tímido e tem poucos amigos.

Volto a dizer-lhe que ele sente que as pessoas não lhe dão muitas provas de confiança.

O D.V. diz que mudou muito - quando era mais pequeno era tímido e muito submisso, fazia tudo o que lhe mandavam, mesmo que não concordasse. - agora está completamente diferente - embora continue tímido, tornou-se muito agressivo, sem conseguir controlar-se, e acha muito estranha esta mudança.

Digo-lhe, que ele espera que eu o possa ajudar a compreender, e a vencer as suas dificuldades.

Diz que a culpada é a mãe - porque anda sempre a chateá-lo - «diz que eu não faço nada - não estudo - não trabalho - mas eu estou inscrito na Cruz Vermelha - no Modelo - nos Bombeiros - mas não me chamam para nada - a minha irmã sabe, porque ela vai sempre comigo».

Digo-lhe que ele continua muito preocupado com o seu futuro, mas que se a mãe confiasse mais nele, talvez ele fosse uma pessoa mais autónoma.

Pode-se, assim, presumir que durante os primeiros anos de vida, o D.V. sofreu grandes decepções com a mãe. E que a superficialidade das suas reacções, devem tê-lo levado a uma grande insegurança e vulnerabilidade narcísicas.

8ª Sessão

O D.V. Volta a falar da avó - diz que era uma pessoa por quem tinha muito carinho.

Diz que quando ele tinha 14 anos, ela adoeceu (fez um A.V.C), já o avô tinha falecido - a avó ficou em casa deles - ficou de cama durante três anos. Era ele quem se ocupava mais da avó - dáva-lhe de comer, fazia-lhe a higiene, porque a mãe não tinha muita paciência para desempenhar estas funções.

A Saúde da avó agravou-se ao fim de 3 anos, e tiveram de a levar para o Hospital. O D.V. estava lá sempre que podia - a avó dizia para não a deixarem morrer no Hospital - mas acabou por morrer aí - o D.V. diz que tanto ele como a mãe têm este ressentimento, porque não puderam satisfazer este desejo da avó.

O D.V diz que via a imagem da avó constantemente, no quarto dela, mas entrava aí sem problemas.

«Ao fim de um ano as coisas complicaram-se - apareceram as vozes e os vultos a dizerem para me matar...

Eu penso que é o espirito da minha avó, mas ela gostava tanto de mim, não pode querer que eu morra».

Diz que «um dia aconteceu uma coisa estranha» - tinha-se deitado no quarto dele, e ao acordar, apareceu no quarto da avó, em cima da cama.

Disse-lhe que ele tinha assumido alguma culpa, por não ter trazido a avó do Hospital, e agora não era capaz de se libertar dessa culpa.

Este sentimento de culpabilidade sentido pelo D.V., leva ao aparecimento de fantasmas que merecem uma punição - a «insanidade».

9ª sessão

O D.V. diz que a mãe tem estado pior. E está preocupado por isso (passa quase todo o dia na cama). Diz que não compreende a mãe - a relação entre eles tem altos e baixos - ora é de grande conflito. Ele é muito agressivo com ela - torce-lhe os braços - mas a culpa é da mãe - «quando se zanga, ameaça-me que me leva para o Julinho» - (Hospital Júlio de Matos), e ela sabe que eu fico fora de mim, quando me fala disto. Outras vezes, é muito carinhosa, não a entendo».

Digo-lhe que ele precisava que o pai estivesse mais perto dele e da mãe, para poder libertá-lo desta insegurança.

O D.V. refere que o pai está sempre a dizer-lhe para pensar em arranjar trabalho, porque ele não vai viver sempre.

Digo-lhe que o pai, certamente, quer que ele se torne uma pessoa mais autónoma.

O D.V. diz que quando se vai deitar, pensa muito nisto - fica triste, diz que não vale nada - é um inútil - que não faz cá falta nenhuma.

Digo-lhe que ele acredita pouco em si, e espera que eu o consiga ajudar.

Diz que nestes últimos tempos tem mais necessidade de, antes de se deitar, ir ver tudo - se as torneiras, as janelas, as luzes, estão fechadas. Está também preocupado, porque tem de repetir sempre isto, porque se não o fizer não consegue dormir.

Digo-lhe que ele está muito preocupado, porque sente um medo, que ele ainda não entendeu, e isso impede-o de se sentir mais tranquilo.

Surgem perturbações do equilíbrio narcísico, com hipersensibilidade, e tendência a reagir com gestos de afastamento, agressividade, inibição, controlo obsessivo, resultantes destas experiências traumáticas.

O controlo obsessivo torna-se uma conduta capaz de preservar o que resta do seu narcisismo.

10ª sessão

O D.V. tinha-se inscrito num curso profissional de animação sócio-cultural em Alvito, que vai iniciar, mas está preocupado, porque pensa que não vai dar conta dos estudos - diz que no 10º ano, teve de desistir.

Diz que é um curso com muitas disciplinas de estudo e vai ter de fazer um estágio no Lar, e isso vai exigir-lhe um grande esforço.

Disse-lhe que ele acreditava pouco nas suas capacidades, mas que talvez este curso pudesse responder às suas preocupações em relação ao futuro.

Diz-me que as aulas vão começar, e que logo me diz o que acha do curso.

Depois, diz-me que viu a mãe da Alexandra, e que ela o cumprimentou. Ficou contente por isso.

Digo-lhe que ele ficou a pensar se a Alexandra também o cumprimentaria, se se encontrassem.

Diz que gostava que isso acontecesse.

Apesar de algumas dificuldades, o D.V. tenta criar situações de relacionamento interpessoal, que lhe permitam a posse da realidade.

11ª sessão

O D.V. já frequenta o Curso de Animador Sócio-cultural.

Diz que já foram conhecer o Lar, e viu lá uma velhota que lhe fez lembrar a avó.

Diz que os colegas são simpáticos, mas que tem sentido alguma dificuldade em integrar-se - sempre foi muito tímido.

Mas que há uma colega muito simpática, que começou a aproximar-se dele, e isso está a ajudá-lo - embora lhe pareça que ela tem interesse por ele.

Digo-lhe que embora ele tenha algum medo, no que respeita à relação com as raparigas, neste momento está um pouco mais tranquilo.

Diz que o mal dele é não esquecer a Alexandra. Diz: «tenho de ver se consigo falar com ela, mas ao mesmo tempo tenho medo que ela não me queira ouvir, e depois fico pior».

Digo-lhe que o seu problema, é o de não estar absolutamente seguro se ela o quer ouvir, e isso retrai-o a tomar uma decisão.

Diz que vai ter de arranjar coragem.

Digo-lhe que ele precisa de adquirir confiança nas suas capacidades como homem, antes de poder considerar a hipótese de se aproximar da Alexandra, ou da colega.

- O D.V. diz que é porque é muito tímido.

Não existe o eu ideal masculino, que lhe permita um comprometimento com os desejos edipianos

12ª sessão

O D.V. chega preocupado - diz que começou a ouvir as vozes e a ver os vultos. Diz que há um vulto, com um véu escuro, cuja voz identifica com a da avó, que lhe diz para se matar.

Lembro-lhe que ele me quer dizer, que a aproximação da colega o estava a deixar preocupado, porque era difícil pensar em mulheres, sem pressentir nessa ligação alguns perigos.

O D.V. volta a falar de novo na sua timidez, e que têm de ser sempre elas a declararem-se.

O D.V. diz que tem medo de vir a namorar a colega, e as coisas proporcionarem-se para ter relações sexuais com ela, porque tem medo de falhar.

Diz que tem vontade de morrer - assim deixava de sofrer, e a minha família só chorava dois dias.

Digo-lhe que talvez ele quizesse dizer à colega, que tinha tido uma namorada, de quem ainda gostava, e que queria voltar para ela, e, por isso, só poderia contar com a sua amizade.

O D.V. fica mais tranquilo, e diz que talvez vá fazer isso.

Nesta sessão aparece de novo o evitamento do conflito edipiano, resultante da negação da separação do corpo da mãe

13ª sessão

O D.V. tinha falado com a Cecília, a colega do curso, e ficaram amigos.

Digo-lhe que a ansiedade que sentia, quando pensava nas raparigas, estava agora mais controlada.

Diz-me novamente que a culpada é a Alexandra. Só pensa nela, não consegue pensar em outras raparigas.

Diz que agora tem mais uma preocupação, diz que vão começar os testes, e não lhe apetecia estudar.

Digo-lhe que ele tem medo de se tornar independente dos pais, e não ser capaz de ficar sózinho - o futuro mete-lhe medo.

Os meus pais dizem-me que eu nunca sou capaz de levar as coisas até ao fim.

Digo-lhe que ele está a querer dizer-me, que não pode ter sucesso, se os pais não começarem a acreditar mais nele.

Diz: « a minha mãe está sempre a guerrear comigo, e a chamar-me malandro ».

Esta sessão revela as trocas patogénicas existentes na relação com a mãe, as quais podem levar a um constrangimento massivo, e destruidor da personalidade de D.V..

14ª sessão

Os pais do **D.V.** quiseram vir falar comigo, e acompanharam-no a esta sessão - pediram-me - deixei que estivessem presentes, com a autorização do **D.V.**

(fiquei indecisa se deveria. ou não, aceitar)

A mãe refere que pensou em vir, porque me queria dizer que o **D.V.** estava pior. «Está cada vez mais malcriado, torce-me os braços, não respeita ninguém».

Digo-lhe que ela pensa que a minha intervenção tem ajudado pouco o filho.

Diz que ele não tem melhorado muito, e que também está mais mentiroso - «Os colegas do pai perguntaram-lhe se o filho já tinha vindo do Hospital, porque ele lhes disse que tinha estado internado».

A mãe diz ainda - «agora vai lá a casa uma rapariga - ele diz que é uma amiga - mas só faz é apalpá-la e dar-lhe beijos».

Digo-lhe que ele talvez quizesse mostrar à mãe, que é capaz de pensar em outras mulheres.

O pai intervém dizendo - «de manhã não se quer levantar - não dorme de noite - anda sempre a comer - está muito agressivo - eu tenho medo de lhe pegar - ele pensa que já é homem, e depois faz figuras de moço pequeno - mente».

O D.V. diz: «eu estive muito tempo sem ir lá à GNR - eles perguntaram-me - então malandro - onde que tens andado? - e eu, na brincadeira, disse-lhe que tinha estado no hospital».

O pai diz - «tenho de lhe bater, ele está muito agressivo».

Digo, que talvez o D.V. esteja contente por sentir que o pai se está a preocupar com ele

O D.V. diz - «mas a minha mãe não diz o que me chama - está sempre a ameaçar-me com o Julinho (H.J.Matos). E ela sabe que eu nem sequer quero ouvir falar nisso. E também anda despida, e eu não gosto disso - sai da casa de banho nua, e anda lá pela casa - depois faz-me gestos assim (aponta para os seios).

A mãe afasta-se do assunto e diz:- «o mal dele foi aquele namoro (refere-se à Alexandra) Ela ia lá para casa - «amargulhavam-se» na cama - deu-lhe alguma coisa a beber, que o deixou assim».

Digo que os pais estão muito preocupados com o D.V., e não sabem muito bem como o poderão ajudar.

Talvez possamos associar a fantasia de desejo homossexual em D.V., a esta frustração, pela ausência do pai e a aproximação excessiva, por parte da mãe, que provavelmente o terá impedido da afeição homossexual em relação ao pai (Freud).

Descobriu-se uma mãe sexualmente infantil. Parece ser a tentação de «incesto», a causa principal da regressão, e da sua privação edipiana.

15ª sessão

O D.V. chega, e diz - « tenho de entrar com o pé direito ».

Digo-lhe que ele receia que eu não seja capaz de o proteger, contra os espíritos de que tem tanto medo.

Diz-me que não é isso, é só porque é muito supersticioso, e sempre tem feito isto.

O D.V. diz que as coisas lá em casa melhoraram, um pouco, depois da conversa ali.

Diz também que a mãe tem estado melhor dos nervos, e não se tem zangado tanto com ele.

Diz ainda que o pai, a noite passada, lhe tinha «pregado» um susto. Quando andava a passar a «revista» às coisas (às luzes, às torneiras, às portas), o pai chegou ao pé dele - fez - «pum», e segurou-lhe o braço, e fê-lo apanhar um grande susto. O pai disse-lhe que ele não precisava de se preocupar, que era ele quem tinha de ver se as coisas estavam em ordem lá em casa. O D.V. diz que tem necessidade de fazer isto, senão não consegue dormir.

Digo-lhe que talvez pudessemos comparar este susto, àquele que ele poderia ter sentido, se o pai o tivesse surpreendido, a ver a sua mãe a passear nua pela casa, quando saía do banho.

O D.V. muda de assunto, e diz que não tem muita vontade de continuar a ir à escola, não lhe apetece estudar.

Digo-lhe que ele, possivelmente, estaria contando comigo para o ajudar a ter mais confiança em si mesmo, e motivá-lo para os estudos.

O desenvolvimento de alguns recursos do eu, permitem-lhe reviver a sua situação patológica de uma forma mais tranquilizadora

16ª sessão

O D.V. tinha-me telefonado, porque precisava de falar comigo. Quando chega diz que está muito aborrecido, porque um dos Guardas da GNR foi incorrecto com ele.

Diz-me que, como é hábito, vai todos os sábados montar a cavalo, no picadeiro da GNR. Na sexta-feira telefonou ao responsável dos cavalos - colega do pai - para saber se podia ir montar no dia seguinte - Diz que o colega do pai foi muito incorrecto com ele - respondeu-lhe mal - disse-lhe que ele era chato, pois já tinha telefonado antes, e já lhe tinha dito que sim. - Depois disse-lhe - «tu gostas é de vir cá esfregar o cu». O D.V. diz que lhe respondeu, que quem esfrega o cu são os cães ou os maricas - e o guarda respondeu-lhe, que se calhar, ele era um desses.

O D.V. ficou muito zangado e foi dizer ao pai - o GNR foi chamado a atenção pelos superiores, e o D.V. «descompô-lo», dizendo-lhe que ele tinha revistas pornográficas debaixo da cama, porque, como a mulher não lhe ligava, ele tinha de bater «punhetas», e precisava das revistas para isso. (pediu-me desculpa por falar assim, mas estava muito aborrecido)

O D.V. diz que começou a ouvir novamente as vozes - teve de aumentar a dose do medicamento. E não tem conseguido dormir, nem ir às aulas.

Digo-lhe que ele ficou assustado, porque pensou que o colega do pai estava a falar das suas dificuldades na relação com as mulheres, por considerar que ele era maricas.

O D.V. diz: «ele não pense que as coisas vão ficar assim, porque eu conheço um superior dele, e ele irá ser castigado».

Digo-lhe que ele está muito magoado, e preocupado por causa da opinião que o colega do pai tem sobre ele

A análise desta sessão remete-me para as concepções de Freud e Bergeret, quando se referem aos elementos paranóicos, dos quadros esquizo-paranóides, onde predominam falhas narcísicas, e desejos homossexuais passivos, que conduzem a delírios de perseguição.

17ª sessão

O D.V. esteve uns dias sem ir às aulas. e quando voltou, foi apanhado de surpresa - teve de fazer um teste - quando estava para entrar na sala, começou a ouvir a vozes - não conseguiu entrar, voltou para Beja. Telefonou-me, dizendo que queria falar comigo - o pai veio com ele, e esteve presente na sessão.

O pai estava muito zangado, e dizia-lhe que ele não tinha responsabilidade nenhuma - tinha-se comprometido a frequentar o curso, e só estava a faltar. O D.V. falou diante do pai, sobre o que lhe tinha acontecido na escola, e este entendeu a atitude do filho.

Propus ao D.V. que fosse descansar, e que no dia seguinte iríamos conversar os dois, ao que ele acedeu.

Estamos perante um vivido angustiado e conflitual, marcada pela precaridade do seu ajuste à realidade.

18ª sessão

O D.V. diz que já se sente mais tranquilo.

Digo-lhe que foi importante para ele, que o pai tivesse estado ao lado dele, e tê-lo compreendido, o que não era muito frequente, pois o pai normalmente não estava quando ele precisava.

O D.V. concorda com o que lhe disse, mas passa a contar-me que tinha saído com a irmã e as amigas, no fim de semana, e que, quando vinha no carro, com duas delas, cá atrás, uma tinha dito à irmã: «o teu irmão parece que está morto - elas vinham a agarrar-me e a beijar-me ». Então eu disse-lhe: - «vejam lá se querem que eu deixe de estar morto».

Digo-lhe, que como a relação entre ele e os pais estava melhor, mais tranquilo, e com mais capacidade para prestar atenção às mulheres.

O D.V. diz que elas são suas amigas, e não fica zangado, mesmo que lhe digam coisas menos agradáveis. Sabe que é a brincar.

19ª sessão

O D.V. chega muito eufórico, rindo alto, a falar da passagem de ano com a irmã e os amigos dela. Diz que passaram a noite a fazer jogos, a contar anedotas, e a beber. Diz que de madrugada foram todos para a barragem que ficava ali perto - e se a irmã não o tivesse impedido teria ido dar banho à barragem, mesmo com a água fria.

Quiz explicar-me alguns dos jogos que fizeram.

Depois disse-me que há dias tinha ido a uma «Medium», e que ela lhe tinha dito, que um dia a Alexandra e ele haviam de se encontrar.

Ficou com essa esperança, e muito contente, porque ela é a única pessoa de quem gosta.

Digo-lhe que ele está à procura de alguém, que consiga ajudá-lo a fazer as mudanças sem sofrimento.

Diz que precisa da minha ajuda, mas que também acredita no poder destas pessoas.

Diz que as coisas na escola, afinal não correram muito mal. Recebeu as notas, e só não conseguiu completar 4 módulos. Mas a mãe não se mostrou contente, ela não reconheceu o seu esforço, e foi muito crítica.

Diz que não consegue entender-se com a mãe, e que, às vezes, só lhe apetece sair de casa.

Com o pai as coisas também não estão muito bem - às vezes não o deixa sair com o carro.

Digo-lhe que talvez o pais tenham estas atitudes, porque querem que ele se torne uma pessoa mais independente deles.

Diz que são os cavalos - a equitação é que lhe dá algum prazer - Disse-me que queria que eu um dia o fosse ver montar.

Digo-lhe que às vezes ele não sabe bem se eu sou a sua mãe, a sua namorada, ou a sua terapêuta.

Diz que me considera essencialmente como uma amiga.

O D.V. estabeleceu comigo uma transferência idealizada, vivenciando-me como uma pessoa não separada de si, a quem ele pode amar e odiar como à sua mãe.

20ª sessão

Chega, e diz que o namorado da irmã teve um acidente, mas não ficou mal. Diz que é um grande amigo, e ficou preocupado.

Diz, também, que continua sem conseguir falar com a Alexandra - e que gostava pelo menos de ficar amigo dela. A irmã diz que o ajuda, mas não se resolve.

Diz-me, ainda, que desde sábado de manhã, não se sente bem. Foi demanhã para os cavalos, para não se fechar em casa, e depois foi até ao bar da piscina, mas nada o distraíu.

Os pais nesse fim de semana foram a uma mantança, ficou só com a irmã. Não se sentia bem - apeteceu-lhe deitar cedo, mas não conseguia dormir - pediu à irmã para ficar no quarto com ele, depois lá se deixou dormir - tinha medo de estar sózinho.

Referiu que uma amiga, que andou com ele na equitação, lhe pediu para «curtir» com ele - ele respondeu-lhe - «estás a brincar» - e ela disse-lhe - «não, estou a falar a sério». Foi para casa, e começou a não se sentir bem.

Disse-lhe, que provavelmente ele teria ficado preocupado, pois o seu comportamento poderia ter levado a amiga a pensar que ele «não gostava de mulheres».

Disse-me: - «não, eu ainda gosto da Alexandra, mas não sou capaz de a procurar - tenho medo que ela não me ligue».

Não sei o que é que terá acontecido - desde que andei com ela nunca mais consegui pensar em outra pessoa.

Digo-lhe que o pai não o terá ajudado muito, porque o deixou sempre muito sózinho com a mãe, e isso talvez o tivesse impedindo de gostar de outras mulheres.

Diz que ninguém o consegue ajudar.

Digo-lhe que ele só sentiria que eu o ajudo, se fosse dizer à Ana, que ele não era «maricas», e que está apaixonado pela Alexandra, e é só por isso que não foi «curtir» com ela.

O D.V. diz: «eu devia ir falar com a Alexandra, mas eu não sou capaz».

«Um dia mato-me - dizem que quem ameaça não o faz, mas eu faço-o. Na família da minha mãe e do meu pai há muita gente que o fez».

Digo-lhe que ele me está a chamar de novo a atenção, para a necessidade de eu o proteger contra a sua vontade de se matar.

Diz que nada corre bem com ele: - não gosta do curso, que anda a fazer - só anda lá, porque quer ficar com a equivalência do 12º ano, para poder ir para a GNR.

Diz, também, que se ele mandasse, as raparigas que fossem para a GNR ou para a tropa - tinham de fazer os mesmos esforços que os homens, já que querem ser iguais a eles.

Digo-lhe que desejaria, como em criança, de ver as raparigas com pénis, e que isso aumentava o seu medo de castração

Diz que às vezes eu digo coisas que ele não entende.

O instinto de morte reaparece, porque a sua libido não tem uma base de sustentação no imaginário edipiano.

21ª sessão

O D.V. avisou que iria faltar à sessão seguinte, e, quando voltou, disse que foi passar uns dias de férias com a tia, que mora ao pé de Lisboa. Diz que foi à discoteca com os primos. Quando regressou começaram logo as zangas com a mãe. Diz que a mãe lhe chama «maricão», porque é muito mole - precisa de dormir muito - ele depois torce-lhe os braços e chama-lhe nomes - Ela ameaça-o de que o põe no Júlio de Matos (Julinho).

Diz que qualquer dia sai de casa.

Digo-lhe, que isso indica que existe da parte dele, uma vontade de se tornar independente em relação à família.

Diz que já não vai à escola, aborrece-se de estudar, e, se calhar, vai para os Bombeiros como voluntário. A irmã não quer que ele desista, quer que ele fique com a equivalência ao 12º. ano, mas ele não quer continuar a estudar.

Digo-lhe que ele ainda não conseguiu encontrar a estabilidade emocional, que lhe permita tomar a decisão certa, no que respeita ao seu futuro.

Há um retorno à agressividade em relação à mãe, o que origina situações depressivas, levando ao desinvestimento das relações com o exterior

22ª sessão

O D.V. diz que a mãe já sabe que ele desistiu da escola, e ficou pior dos nervos - diz que o mata - e para não ir presa, a seguir mata-se a ela própria. O D. V. diz que a mãe lhe chama todos os nomes, entre eles, maricas.

Diz que não vai aguentar, e que se mata com 605 forte, ou então sai de casa. Diz que tem de ver se vai para casa da prima, em Alcobaça.

Digo-lhe que ele precisa de se tornar independente da mãe, e que isso só é possível se conseguir sair de casa.

Diz que as coisas complicaram-se mais, porque a irmã arranjou um novo namorado, que é do Jeová, os pais souberam, e agora não a deixam sair. O D.V. quiz apoiar a irmã, e os pais começaram a fazer o mesmo com ele - quase ninguém se fala lá em casa.

O D.V. ficou muito amigo do ex-namorado da irmã, e já o convidou para ficar um fim de semana com ele, quando os pais saírem. Diz que se dão como se fossem irmãos, e isso está a ajudá-lo.

Digo-lhe que apesar de todas as complicações com a família, está sendo importante poder contar com aquele amigo.

O D.V. diz que a mãe lhe disse que sabia tudo o que ele conversava comigo, porque logo que ele saía da consulta, ela telefonava-me, e eu contava-lhe tudo.

Digo-lhe que o que ele me está a dizer, é que eu não mereço a sua confiança.

Diz que não, que sabe que pode ter confiança em mim, mas a mãe está sempre a criar conflitos com ele.

Há uma angústia de desagrado, em relação a uma mãe poderosa, que o faz sentir mau e inútil. Situação que reenvia para a ambiguidade da relação, na qual o D.V. cresceu - o D.V. é um ser amado pela mãe fállica, e esquecido pela mãe protectora. Esta mãe, ela própria não conseguiu ultrapassar a castração primária.

E eu tornei-me o objecto de projecção transferencial das figuras parentais, e as minhas interpretações foram, por vezes, vividas como persecutórias

23ª sessão

O D.V. diz-me que está preocupado - porque a mãe foi à urgência do Hospital. Eles tinham-se aborrecido, e ela fechou-se no quarto.

Como está nos Bombeiros, saiu de casa, e quando o pai regressou, foi encontrar a mãe estendida no chão, no quarto dela, inanimada - foi com ela para o hospital - fizeram-lhe um exame à cabeça - e o médico disse que ela precisava de não se irritar, e que tinha a cabeça fraca.

Digo-lhe que a mãe está a ter dificuldades em lidar com os seus movimentos de autonomia em relação a ela.

Diz que tem de desculpar a mãe, porque ela é mãe.

O D.V. falou-me também que há um colega nos bombeiros, que não lhe agrada muito a conversa dele - um dia estava a tomar banho lá no balneário dos Bombeiros, e ele ameaçou «enrribá-lo».

Digo-lhe que parece que foi mais difícil para ele, ter ouvido comentários semelhantes, por parte do colega do pai.

Diz que já não quer pensar mais nisso.

O D.V. terá tentado canalizar a sua libido para o seu pai, mas esta tentativa foi malograda, pela presença da mãe, o que o terá obrigado a transferir as suas fantasias homossexuais para um relacionamento com um companheiro (Bombeiro).

24ª sessão

O D.V. veio a minha casa - (em Beja toda a gente se conhece) - não podia esperar até à próxima sessão, porque tinham acontecido coisas importantes, que gostava de me dizer.

Aceitei a visita dele - o meu marido estava em casa - ele cumprimentou-o - e estivemos a conversar numa outra sala

O D.V. queria contar-me que a mãe, nesse dia demanhã, tinha entrado no quarto dele, fechou os estores, despiu o robe, e ia meter-se com ele na cama. Mas ele não deixou - mandou-a embora.

Disse-lhe que ele tinha começado a fazer a sua autonomia em relação à mãe, mas que este movimento ainda era feito com alguma hesitação, daí a sua necessidade de partilhar isso comigo.

Diz que não tem ido aos bombeiros porque tem estado um pouco constipado.

Diz, também, que a filha do novo Comandante da GNR, monta a cavalo - e que já lhe disse que quer ser amiga dele. Mas ele continua apaixonado pela Alexandra, e não vai conseguir gostar de mais ninguém..

Digo-lhe que ele precisa de descobrir uma maneira de ela (a filha do comandante da GNR) não perceber as suas dificuldades na relação com as mulheres.

Estes jogos incestuosos destroem o narcisismo de D.V., porque originam sentimentos de culpa, os quais não permitem a aparecimento do eu ideal parental, pela confusão do eu maternal homossexual passivo, onde os fantasmas incestuosos são quase legitimados pelo pai.

O D.V. procura um suporte para a sua identidade masculina, mas não encontra senão o perigo de desestruturação. Em vez de encontrar um modelo sexual masculino, encontrou apenas a mãe.

Contudo, ele tenta abordar os fantasmas edipianos, deixando-se seduzir pelas colegas de escola e de equitação, numa tentativa de preservar o seu narcisismo

25ª sessão

O D.V. vem fardado de Bombeiro - porque ia entrar de serviço. Começou por dizer que os problemas com a mãe continuavam - agora fechava-lhe o esquentador quando ele estava a tomar banho, e quase não falava com ele.

Diz que vai iniciar um curso de primeiros socorros, e que depois vai-se oferecer como voluntário para ir para Timor - quer mostrar aos pais, que é capaz de estar fora de casa.

Digo-lhe que os seus movimentos de autonomia em relação à família, estão a progredir.

Diz que gostava que eu lhe dissesse o nome da doença que tem. Diz que sabe que há clínicas, onde fazem internamentos prolongados, e que curam. Por isso, quer fazer este tratamento, porque não quer que lhe chamem coitadinho, nem maluco.

Digo-lhe que às vezes são os outros que nos põem «malucos», e que a família dele tem contribuído um pouco para isso, mas que ele está a conseguir libertar-se dessa pressão familiar.

Diz: - «então não é o espírito da minha avó, que me faz mal?»

Esta sessão mostra que o D.V. percebe a verdade da sua história, através de um processo progressivo de reconhecimento da realidade.

26ª sessão

Este movimento de autonomia foi interrompido. O D.V. chega muito triste, e diz que não consegue encontrar razão para viver.

Diz que os pais não o entendem, e que se não fossem os irmãos, já tinha tentado matar-se.

Diz que se ao menos a Alexandra quizesse ser sua amiga.

O D.V. fala de tudo isto a chorar, e eu digo-lhe que parece que ele tem algo de muito importante para me dizer, e que está com muitas dificuldades em o fazer.

O D.V. acaba por me dizer que foi com mais três indivíduos, um deles é o filho do Comandante dos Bombeiros, e os outros são Bombeiros, a Espanha, a «uma casa de mulheres». Diz que não gostou nada de lá ter ido, e diz, pedindo-me desculpa pelo palavriado, que só o que aconteceu foi ter ficado de barriga cheia e os «coisos» despejados.

Chorou durante quase toda a sessão, com muitas dificuldades na elaboração do discurso. Diz que não tem tomado o medicamento, que não vai voltar a tomá-lo, e nem voltar à terapia.

Diz, ainda, que já não vai aos Bombeiros, porque o tal indivíduo, que lhe disse que um dia ia «enrrabá-lo», disse-lhe também que todos os filhos dos Guardas deviam ser «enrrabados». E ainda por cima, ele é amigo da Alexandra, e já lhe deve ter ido dizer mal dele.

Digo-lhe que ele está triste, especialmente, comigo, porque eu não fui capaz de o ajudar a libertar-se das suas dificuldade em lidar com as mulheres, e que a confiança que ele tinha depositado em mim de nada valeu.

Digo-lhe, ainda, que a sua necessidade de interromper a terapia, pode ser uma forma de não voltar a falar das coisas que lhe causam tanta ansiedade.

No decurso desta sessão, o D.V. exprime um material que me parece ligado a sinais de angústia de castração (ida às mulheres a Espanha). Ele não terá nenhuma imagem respeitante à penetração, e assim poderá senti-la como um mal.

Por outro lado, o D.V. vivenciou uma decepção traumática, com a minha capacidade de o ajudar, que ele tinha previamente idealizado como ilimitada.

Contudo, a minha relação empática, ao longo da nossa relação, permitiu-lhe voltar à transferência idealizada.

27ª sessão

O D.V. voltou no dia em que a consulta estava marcada., (apesar da sua ameaça de não voltar), referindo que estava mais tranquilo, e que também tinha voltado para os Bombeiros, pois era importante para ele estar ocupado, e os colegas eram seus amigos.

Diz que as coisas em casa continuam iguais. Só tem é de não ligar ao comportamento da mãe, embora seja difícil.

Diz, ainda, que tem ajudado a mãe em casa, e, que, às vezes, pensa que nasceu com o sexo trocado, porque gosta de fazer as coisas em casa, e até as faz bem feitas.

Fala da sua ida às «mulheres» - às prostitutas de Espanha - e diz que os homens são «privilegiados» em relação às mulheres, porque estas, quando têm mais que um namorado são logo mal julgadas.

A interpretação das suas fantasias homossexuais foi proveitosa, ma medida em que se tomaram intelegíveis, quando foram compreendidas, não como transgressões, a ponto do D.V. ser capaz de me dizer: « parece que nasci com o sexo trocado».

Quadro síntese das sessões

2ª SESSÃO - APLICAÇÃO TESTE DO RCH

Os conceitos

1ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão	6ª sessão	7ª sessão	
depressão	agressividade	delirios místicos	alucinações/ideias	alucinações/ideias	isolament/inib/relações/interpes	
fantasias homossexu.	isolamento	preocupações/	delirantes/auditivo/	delirantes/auditivo/	agressividade/insegurança	
alucinações/ideias/	crenças místicas	homossexuais	verbais	verbais	perseguição	
delirantes/audit/verb.	fantasias homosse.		isolamento/solidão	perseguiç/vingança	perturba/relaç/mãe/aproximaç/	
isolamento/solidão	destrutividade				afastamento	
perda/interess/alime.	hipocondria/cancer				T.S. mãe/perturb/psiquiátrica	
ideias/suicídio	fragmentação				alucinações auditivas	
8ª sessão	9ª sessão	10ª sessão	11ª sessão	12ª sessão	13ª sessão	14ª sessão
recordação bom	preocupação/doença/	movim/autonom/	movim/autonom/	medo/aproximaç/	perturbação/	agressividade
substituto/maternom/	mãe/relação/ambival	curso profissional	timidez	raparigas/timidez	relação/mãe	perturb/relaç/
avó	agressividade	insegurança		fantasias homossex/	regressão/autonom/	mãe
alucinações/ideias/	controlo obsessivo			depressão/ansieda.	movim/projectivo	sedução/sexual
delirant. auditivo	relaç/ pai+ autoridade			alucinaç/ideia/deli/		materna
verbais	depressão/isolamento			auditivo/verbais		
15ª sessão	16ª sessão	17ª sessão	18ª sessão	19ª sessão	20ª sessão	21ª sessão
crenças místicas	preocupações homossex/	isolamento	maior equilíbrio/	euforia	ansiedade/isolament	movimento/
melhoria/relaç	perseguição/vingança	alucina/ideias/	emocional	crenças místicas	medo/aproximação	autonomia
com os pais	alucinações e ideias/	delirantes/audit/	fantasias/	atitude ambivalente/	amigo	perturbação/
pai+autoridade	delirantes/audit/verbai	verbais	homossexuais	relação comigo	fantasias homossexu	relação/
controlo/obsessivo/		relação/pai mais		perturb/relação/mãe/	desconfiança	mãe
desistência/curso/		afecto/autoridade/		pai/mais autoridade	depressão/I. Suicidil	
profissional				relaç/idealiz. comigo/	sinais/ang/castração	
22ª sessão	23ª sessão	24ª sessão	25ª sessão	26ª sessão	27ª sessão	
agravament doença/ mãe/	mãe pior/	idealização na	perturbaç/relação/	regressão movimento/autono	maior/	
ideias de suicídio	crise grave	relação/comigo	mãe	depressão ideias suicídio	tranquilidade	
aliança com um amigo	fantasia/homossexu/	sedução sexual/	movim/autonomia	fantasias/preocupações/	tentativa/autonomia	
ambivalência/relação/	ideias/delirantes/	materna	desejo/conhecer /	homossexuais	(-) preocupações /	
comigo	perseguição	fantasias homossex/	pormenores/doença/	alucina/ideias/delirantes	homossexuais	
				auditivo verbais		

Auto-crítica

As críticas em relação à minha intervenção terapêutica dizem respeito à não utilização de interpretações sistemáticas, o que poderá ter sido vivenciado pelo D.V. como incompreensão das suas dificuldades, não o ajudando na luta contra as próprias pulsões. Tal atitude, levou ao aparecimento de identificações projectivas, reforçando os seus sentimentos de perseguição interna, e consequentes sentimentos de perda de si e do objecto.

A minha relação surge sob a forma de tolerância, movimentos de generosidade e afeição, parecendo o prolongamento da atitude materna mais sedutora, criando uma relação idealizada, não permitindo uma organização transferencial autêntica.

Apesar de ter existido da minha parte uma implicação profunda, não houve o distanciamento suficiente que lhe permitisse o espaço de descoberta, e o uso de todos os recursos disponíveis susceptíveis de ganhar novos espaços, um modo de funcionamento não psicótico e a reestruturação progressiva do seu narcisismo, com a consequente reorganização da sua autonomia.

Por outro lado, houve um outro aspecto da minha intervenção que me merece crítica - a permissão aos pais no envolvimento do processo terapêutico do D.V., o que certamente terá dado origem ao aparecimento de conflitos, fantasmas e segredos, criando o medo de partilha das suas dificuldades, e o consequente sentimento de perseguição.

IX - Discussão

A análise das sessões, permitiu-me verificar a existência, por parte do D.V., de dificuldades a nível da estruturação da sua personalidade, que reenvia para uma falha de

identificações estruturantes, em consequência do papel patogénico da mãe (perturbação psiquiátrica), articulada à ausência paterna, (saída de casa, pela desintegração da Guarda Fiscal) e que, certamente, jogou um papel decisivo, desde os primeiros momentos, no desenvolvimento do seu Eu. Estes problemas terão impedido a aquisição de uma identidade estruturante, e o acesso posterior a uma situação triangular, e, ainda, à possibilidade de uma vida relacional e social.

Na fase inicial deste processo, o D.V. falou-me, de uma forma espontânea, da sua doença. O material que emergiu, revelou que este sentiu em mim alguém com quem poderia partilhar os seus pensamentos. Ele deu mostras de confiança em relação a mim, estabelecendo comigo uma transferência positiva, contando-me todas as preocupações em relação à sua doença. Contudo, este vínculo transferencial continha poucas elaborações objectais.

As suas preocupações homossexuais surgem desde o início, («a minha irmã disse que eu só ando com moças, que não tenho amigos moços - comecei a tremer todo e agredi a minha irmã»).

No decurso desta primeira sessão, o D.V. exprime um material, directamente ligado ao início da fase aguda da sua doença, que me parece estar associado à fantasia de que a sua irmã poderia conhecer os seus receios de se apaixonar pelos amigos rapazes. As suas lutas contra este impulso, terão produzido o conflito que deu origem aos sintomas (« eu não me sentia bem ... apareceram as cismas - via vultos e ouvia vozes, só queria estar sozinho - ouvia chamar, a dizer para me matar »).

Houve, da minha parte, algum receio em interpretar as suas preocupações homossexuais, e provocar tensões, pela evocação destes conflitos (atitude *contratransferencial*). As fantasias homossexuais diminuíam ao longo da terapia, e reapareciam durante períodos de maior tensão.

Os rapazes amigos, foram substituídos por outras figuras, o que, certamente, reflecte o agravamento do conflito (fantasia homossexual).

Surge primeiro o Comandante da tropa, com o qual o D.V. ficou zangado. Este propô-lo para Junta Médica, e o D.V. sentiu que ele o andava a perseguir, porque, se não concluísse a tropa, não poderia ir para a GNR, um sonho seu, desde criança.

Estas fantasias tomam um valor mais significativo:

Quando o D.V. se refere a um episódio passado com o responsável dos treinos de equitação - um colega do pai (GNR). Ele conta que este terá sido muito agressivo consigo, dizendo-lhe: « tu gostas é de vir cá esfregar o cu », ao que o D.V. respondeu, que quem esfregava o cu, eram os cães, ou os maricas, e aquele disse-lhe, que se calhar ele era um desses.

Ou, quando o D.V. diz que um colega Bombeiro o ameaçou de «enrubar»; ou, ainda, quando ele diz que o ouviu dizer que todos os filhos de Guardas deviam ser «enrribados».

Parece-me, em primeiro lugar, que estes objectos, (GNR, Bombeiro, Comandante da tropa), terão, talvez, servido como controlo quase sádico das suas fantasias homossexuais, (Bergeret), pois, o D.V., a respeito do Comandante, diz que quando o apanhar cá fora lhe vai tramar a vida; ou com o colega do pai - o GNR - zanga-se com ele, dizendo-lhe que a mulher não lhe liga, e que ele tem de «bater punhetas», e precisa, por isso, de revistas pornográficas, que ele guarda debaixo da cama, e avisa-o de que as coisas não irão ficar assim, porque ele conhece um superior seu, e ele irá ser castigado.

Poder-se-á, também, associar estes objectos, a um temor de abuso sexual, em que o conflito surge contra o impulso homossexual, (Freud).

Ou, ainda, considerá-los como substitutos de um ideal interior, (homens poderosos), de maneira que, em sua fantasia, adquiriria as qualidades destes para si-mesmo; ou como substitutos do pai, pois a fantasia feminina, que despertou em D.V., terá raízes num desejo erótico em relação ao pai, que, provavelmente, terá passado, por um processo de transferência, para estes objectos, por quem o D.V. «se apaixonou» (GNR, Bombeiro, Amigos; Comandante da tropa), e que se terão tornado seus perseguidores.

É um processo que me remete para as concepções de Freud e Bergeret, quando se referem aos elementos paranóicos, dos quadros de esquizofrenia - paranóide, onde predominam falhas narcísicas, e desejos homossexuais passivos, que conduzem a delírios de perseguição. Isto significa, que existem problemas a nível da identificação sexual, nestes indivíduos, os quais dão origem a manifestações homossexuais, e surjem como reparadoras do fracasso da relação com a mãe.

É importante, neste sentido, ter em conta a influência que a personalidade da mãe, exerceu na formação da personalidade de D.V.. A perturbação emocional desta, poderá ser verificada na história clínica de D.V., em que se verifica uma mudança de envolvimento, por parte da mãe, em consequência da sua doença, o que terá deixado o D.V. emocionalmente só. Este sentimento aparece quando o D.V. conta que a mãe se meteu na cama, não queria ver ninguém - estava sempre a gritar. Por este facto, o D.V. foi para casa de uma prima, e de noite tinha medo - dormia de cabeça tapada. A mãe fez, nessa altura, uma tentativa de suicídio, o que levou o D.V. a pensar que ela não gostava de si.

O centro das dificuldades de D.V. relaciona-se, assim, a um período de «depressão» da mãe, e à ausência do pai, quando ele tinha apenas 4 anos. Contudo, o seu início poderá ser mais precoce. De acordo com os registos clínicos da mãe, a sua doença, (uma perturbação de tipo narcísico), é anterior ao nascimento de D.V., (a mãe é seguida em consultas de Psiquiatria no mesmo Serviço onde trabalho, e sigo o D.V.).

Isto fez-me lembrar o que diz Racamier, quando considera que entre o bebé e a mãe, há uma fascinação mútua, a qual visa preservar o bebé das excitações internas e externas, mas que pode ser impedida, em consequência de uma ruptura entre os investimentos narcísicos e objectais, se a mãe não aceita os desejos libidinais da criança.

É como se esta mãe tivesse falhado no jogo do «cucu», a que E.Sá se refere, impedindo que a criança aprendesse a lidar com a suas ausências e regressos, de uma forma lúdica, não permitindo o seu crescimento.

É, nesta perspectiva, também, que Badaracco se refere ao self psicótico, que não foi capaz de utilizar os recursos do eu, porque foi privado do seu próprio crescimento, em consequência de identificações patogénicas com as figuras parentais, que correspondem a experiências traumáticas com o objecto enlouquecedor.

A minha análise das sessões, levou-me a comparar a mãe de D.V. como este objecto de Badaracco.

Há um conflito constante entre o D.V. e a mãe, o qual aparece quando este diz que a mãe está sempre a guerrear consigo, e a chamar-lhe malandro. Mas que o D.V. não compreende, considerando que a relação entre eles tem altos e baixos - ora é muito carinhosa, ora é de grande conflito - em que ele é muito agressivo, porque ela o ameaça, frequentemente, que o leva para o «Julinho» (Hospital Júlio de Matos), sabendo que isso o deixa «fora de si».

Esta relação de conflito foi por mim observada, quando os pais de D.V. vieram falar comigo, para fazerem queixas dele. Nesta altura, o D.V. acusa a mãe de andar despida, e, ele não gosta - sai do banho nua, e anda lá pela casa - depois faz-lhe gestos, apontando para os seios.

- o pai não fez qualquer comentário.

Esta relação é de tal maneira grave, que, quando o DV desistiu da escola - a mãe ficou «pior dos nervos», e começou a dizer que o matava - e para não ir presa, a seguir matava-se a ela própria.

Trata-se de emoções destruidoras do narcisismo, porque vêm de pessoas que deveriam ser um suporte para o eu ideal.

Os conflitos sucedem-se, e, um dia, o D.V. veio a minha casa, preocupado, sem poder esperar pela sessão seguinte. Queria dizer-me que a mãe, nesse dia de manhã, tinha

entrado no seu quarto, despiu o «robe», e quiz meter-se na cama com ele. Mas ele não deixou, e, mandou-a embora.

São jogos incestuosos também destruidores do narcisismo, e que têm impedido a construção da sua identidade masculina.

A relação com a mãe, oscilava, assim, entre gratificações narcísicas intensas, e o afastamento quase total (ora queria deitar-se com ele na cama, outras vezes, ameaçava-o de morte).

Esta realidade maternal, vivida na transferência comigo, pela identificação projectiva, permitiu que estas modalidades relacionais conflituais fossem progressivamente vividas e ultrapassadas, e lhe permitissem perceber as carências, e a inautenticidade destas relações, quer entre os pais, ou em relação a si próprio.

Esta avaliação leva-me às concepções de Racamier, onde ele refere que experiências repetidas de frustração e de insegurança, ou ao contrário, de super solicitude e de intrusão, podem impedir a maturação do eu. É, segundo ele, um processo que leva a criança e a mãe a formarem um mundo, de onde o pai é excluído, não constituindo um verdadeiro valor económico, que permita uma relação triangular, e, por isso, que o super-eu atinja um papel organizador ou conflitual de base.

É importante relembrar, ainda, a este propósito, às concepções de Kaufmann, quando este se refere aos pais dos esquizofrénicos, dizendo que estes não formam a aliança parental que facilite à criança, a passagem do édipo. Porque nestas famílias, um dos pais favorece o incesto, (relembremos, que o pai de D.V. não fez qualquer comentário, quando este se queixou que a mãe saía nua da casa de banho). É como se delegasse a sua função de companheiro sexual ao filho.

Os suportes masculinos dos seus fantasmas são desvalorizados, originando a negação da castração primária e o evitamento do conflito edipiano, ligado ao interdito do incesto. O

comportamento do pai não assumiu o papel de pai intreditor do corpo da mãe - de «castrador».

É importante lembrar, ainda, as concepções de Claude, pois ele considera que estes pais são pessoas com um funcionamento psicótico, ainda que não tenham feito descompensação, (a mãe do D.V. tem uma perturbação narcísica da personalidade)

Tudo se passa, de acordo com Badaracco, como se tivesse havido uma incorporação de formas patológicas do funcionamento do eu e do super-eu, onde encontramos sempre uma história de situações traumáticas, e momentos de sofrimento psíquico muito intenso, em que o eu psicótico se vê obrigado ao retraimento do mundo objectal, pois o meio externo, é considerado como perigoso, levando a uma procura de satisfação auto-erótica e narcísica, dando origem ao retraimento sobre si próprio, à frieza afectiva e do comportamento relacional.

Toda a relação é para o D.V. uma «eminência de morte ou de fragmentação», porque ele se vê num mundo que lhe nega a separação do corpo da mãe, e leva-o ao «autismo» paranóide, porque tudo o que estimula o seu contacto levanta perigos, e, na verdade, a mãe recusou-lhe a libertação, impondo a colagem a si própria.

Estrutura-se, assim, uma personalidade paranóide passiva e delirante, porque ele não experimentou o encontro de um ser fiável. São ligações que provocaram sempre dependência e emoções de perigo.

O meu trabalho com este jovem, começou com interpretações, essencialmente, dirigidas à auto-estima. Contudo, esta atitude, levou o D.V. a um maior realismo, e a um aumento da capacidade de assumir responsabilidades (o D.V. começou a trabalhar nas obras; inscreveu-se no curso de animação socio-cultural).

O prosseguimento da terapia oscilou entre idealizações, e tentativas de interrupção. Houve momentos, em que o D.V. me vivenciou, como alguém a quem ele «amava» (convite para ir vê-lo montar a cavalo), e outras, em que me «odiava», (procura de uma

«médium»). No entanto, a minha presença ajudava-o a não perder a auto-estima, porque a sua mãe, de repente, lhe retirava o envolvimento, antes, muito intenso e inadequado.

Numa total receptividade, houve, da minha parte, uma tentativa de receber os fantasmas carregados de angústia, provocados pelos «encontros perigosos», a que o D.V. procurava fugir.

Queria fazer-lhe entender que eu queria compreendê-lo, e, ao longo da terapia criaram-se períodos de maior elaboração, relacionados, por exemplo, com a altura em que a sua relação com o pai melhorou, (o pai acompanhou-o à consulta, num momento em que ele não se sentia bem), e outros de regressão, após ter sido rejeitado pela mãe (esta piorou dos «nervos», quando o D.V. desistiu da escola, e ameaçou matá-lo, e a si própria).

A minha relação com o D.V., vivida na transferência, tornava-se simbolo de coesão. Contudo, houve uma perda desta coesão, após um fracasso da sua tentativa de reconquistar o equilíbrio narcísico, (o D.V. diz que não consegue encontrar razão para viver).

Ele vivenciou momentos dolorosos, que eu associo a delírios de perseguição, (o colega Bombeiro ter-lhe-ia dito que os filhos dos Guardas deviam ser «enrribados»), ligados às suas fantasias homossexuais. Esta crença tê-lo-á levado à necessidade de negar para si próprio estas fantasias, e, por isso, foi com os colegas às «mulheres em Espanha - prostitutas». O D.V. sentiu uma grande angústia, que eu considero como uma aproximação à angústia de castração, pois o momento da penetração, certamente, terá sido vivenciado por ele como uma ameaça.

O resultado foi a exclusão de realizações significativas na esfera da realidade (desistência dos bombeiros), embora, mais tarde, tivesse voltado a participar nessas actividades.

Existe uma precaridade do seu ajuste à realidade, e isso, certamente, poderá levá-lo a contínuos estados de depressão, tais como os que têm vindo a acontecer («um dia mato-me, dizem que quem o diz, não o faz, mas eu faço-o»).

Este processo terapêutico iniciou-se com algum medo de não compreender o D.V., o que me levou a não fazer interpretações sistemáticas. Tornei-me protectora, em vez de criar situações que lhe permitissem retomar a posse da realidade, (atitude contratransferencial).

Por outro lado, não foi possível neutralizar as fontes de conflito com o meio, (medos, e desejos amorosos). E os pais não o facilitaram, porque lhe negaram a possibilidade de existência, como pessoa autónoma.

Contudo, o D.V. pôde encontrar em mim, alguém capaz de ouvir e acolher as suas palavras, por vezes, agressivas, e cheias de angústia, (a mãe diz-lhe, contrariamente à verdade, que sabe o que ele conversa comigo, porque me telefona a seguir à sessão). Mas, também, pedidos de confiança, diante das possibilidades de ser compreendido, (diz que me considera sua amiga).

Mas foi através destes mecanismos de identificação projectiva, que o D.V. pôde começar a criar a sua individuação, como se eu pudesse ser a mãe que recebe as suas mensagens, através da identificação projectiva, e posteriormente, as «desintoxicasse», para lhe permitir reviver as situações traumáticas num quadro de segurança, e desenvolver os recursos necessários à transformação destas situações.

O acesso à realidade foi marcado por episódios delirantes (um dia tinha-se deitado no quarto dele, e, ao acordar, apareceu no quarto da avó, em cima da cama), e crises depressivas - (tem muitas vezes vontade de morrer). Assim, o acesso à realidade só pôde ser investido muito lentamente.

Foi um processo onde apareceram numerosos movimentos afectivos ambivalentes - a identificação projectiva, as projecções delirantes, que, ultrapassadas, permitiram ao D.V. começar a «pensar».

Sempre que o D.V. se encontra numa situação difícil faz apelo a estas identificações patogénicas, enquanto mecanismos de defesa, até que encontre, progressivamente, novas

maneiras de fazer face ao conflito, pelo desenvolvimento de novas capacidades do seu eu.

Foi, assim, possível ao D.V «dirigir-se» a uma identidade sexual e a investimentos na vida real e concreta. Ele descobre a sua homossexualidade até aí latente (parece que nasci com o sexo a trocado). A posição homossexual é abordada, porque as identificações projectivas e alienantes, foram substituídas por identificações sexuais estruturantes.

O D.V. pôde tornar-se um sujeito que se interroga, (ele quiz que eu lhe dissesse o nome da sua doença, porque quer fazer um tratamento, para que não lhe chamem coitadinho, nem maluco).

O processo terapêutico foi constituindo processos de resolução de conflitos e desenvolvimento de novos recursos do eu, que permitiram encontrar soluções para novos conflitos, embora com passos atrás, porque as possibilidades de descompensação aparecem, embora marcadas por progressos. Isto poderá significar que as projecções paranóides poderão ser ultrapassadas, ainda que isso não aconteça em relação à posição depressiva (os desejos de morte estão sempre à espreita).

Esta estruturação da personalidade foi acontecendo no decurso da terapia, mas também apoiada pelas imagens descobertas na realidade exterior (a ida para os Bombeiros), e que constituíram relações interpessoais verdadeiras.

Síntese

QUADRO CLINICO - falhas narcísicas

perturbação do desenvolvimento do eu;

impedimento da situação triangular

*(papel patogénico da mãe - doença psiquiátrica;
sedução incestuosa, ameaças de morte - ausência paterna
impedimento de construção de uma identidade masculina;*

- | retraimento do mundo objectal- meio externo perigoso;
- | negação de separação do corpo da mãe;
- | preocupações homossexuais;
- desejos homossexuais passivos | impulso homossexual; problemas a nível da identificação sexual;
- delírios de perseguição | temor de abuso sexual;
- alucinações auditivo-verbais, relacionadas com a temática delirante;
- angústia de morte e fragmentação.

PROCESSO TERAPÊUTICO:

- transferência positiva;
- não interpretações sistemáticas - atitude protectora (contratransferência)
- impossibilidade de neutralizar as fontes de conflito provenientes do meio.
- identificação projectiva - que permitiu a vivência de situações traumáticas, num quadro de segurança.
- acesso à realidade de forma lenta - oscilação - episódios delirantes/ crises depressivas; fracasso do equilíbrio narcísico - aparecimento de novos recursos do eu (solução de conflitos); relações interpessoais verdadeiras.
- aproximação a uma identidade sexual - negação de fantasias homossexuais (ida às mulheres - Espanha); aproximação angústia de castração; descobre homossexualidade latente.

A vida emocional de D.V. centrou-se no medo de mudança e de perseguição. Este sentimento foi trazido para a transferência, pelo que surgiram mecanismos de defesa primitivos - denegação, fragmentação e projecções. Às vezes, o limite entre o meio interno e o meio externo parecia inexistente.

Neste mundo cheio de medos, ele necessitava de um bom objecto, que ele acreditou que pudesse ser eu. Tornei-me com o tempo num bom objecto, embora lhe tivesse causado frustração, levando ao aparecimento do sentimento de desamparo, perante os próprios instintos e o mundo que ele considerava perigoso.

Porque a relação com os pais provocou ansiedade e culpa. A relação mãe/criança foi incapaz de ser reparadora - esta mãe aparece como o prolongamento do seu narcisismo.

Surgiram momentos de regressão psicótica, com desintegração do eu, ilusões e alucinações, que ele não partilhava com toda a gente, para não ser considerado como louco - um sinal de evolução.

Na relação terapêutica, o D.V. faz uma tentativa para me guardar como bom objecto dentro dele, embora não tivesse sido um processo com total sucesso, pois, às vezes, eu apareço como figura persecutória, para mais tarde me tornar a sua confidente. O caos do seu mundo interno deu lugar à depressão.

O seu medo da castração, o qual resulta da sua fantasia de que desistiu de ser homem, está mais reprimida, porque o D.V. se tornou conhecedor de algo que tinha dentro de si inconsciente - a sua homossexualidade.

X - Conclusão

A minha análise, quer em termos teóricos, quer em termos da informação saída da história clínica de D.V, e, ainda, da avaliação psicológica, através do RCH, permitiu-me

colocar a *hipótese diagnóstica de esquizofrenia paranóide*. Este conceito surge, à medida que o D.V. conta a história da sua doença:

«eu estava num estado de (depressão) - a minha irmã começou a chamar-me nomes - que eu só ando com moças que não tenho amigos moços, - (fantasias homossexuais)-, comecei a tremer todo, e agredi a minha irmã, - (agressividade) -, eu não me sentia bem - apareceram as cismas: via vultos e ouvia vozes, só queria estar sozinho, ouvia chamar e dizer para me matar - (alucinações auditivo-verbais, relacionadas com temática delirante) -, deixei de comer, - (perda de interesses alimentares) -, não saía do quarto, e não deixava ninguém lá ir, - (regressão narcísica) -. Isto durou um mês, até que os meus pais me levaram para o hospital, já estava desidratado eu não queria tratar-me, - (negação da realidade) -, fui internado no hospital Júlio de Matos eu nunca mais quero para lá voltar, se isso tiver que acontecer matem-me», - (ideias de suicídio) -. (pag.73,74)

É uma definição que se assemelha à de Bergeret, a propósito da esquizofrenia paranóide, cujas características se revelam pela tendência ao retraimento sobre si próprio, ao temperamento agressivo, com comportamentos reivindicativos, vingativos, e desconfiados, dando origem a impressões de perseguição, onde predominam falhas narcísicas e desejos homossexuais passivos, que originam problemas a nível da identificação sexual, e a manifestações homossexuais.

A falha narcísica, é um conceito importante para a maior parte dos autores estudados, presente em D.V., pelas decepções sofridas com a mãe, desde os primeiros anos de vida.

Esta é, como diz Badaracco, uma consequência das frustrações das necessidades infantis na relação com os objectos parentais - «objecto enlouquecedor», para o qual o D.V. nos chama a atenção, dizendo que a mãe o ameaça matar, por ter desistido da escola, ou seduz-lo sexualmente, noutras ocasiões.

Isto remete-nos para as concepções de Kaufmann, quando este se refere aos pais dos esquizofrénicos, dizendo que estes não formam a aliança parental, que facilite à criança a passagem do Édipo, e um deles favorece o incesto entre a criança e o conjuge.

Esta tentação de «incesto», poderá ser a causa principal da sua privação edipiana, e, provavelmente, impediu a afeição homossexual por parte de D.V., em relação ao pai, pois este não assumiu o papel de interditor do corpo da mãe, não permitindo a triangulação.

Estes jogos incestuosos destruíram o narcisismo de D.V., e originaram sentimentos de culpa, os quais não permitiram o aparecimento do eu ideal parental.

O D.V. fez tentativas de resolução deste conflito, deixando-se seduzir pelas colegas de escola e amigas, tentando uma relação sexual com prostitutas (as mulheres de Espanha). Mas a reacção do D.V. mostra-nos o evitamento do conflito edipiano, resultante da negação de separação do corpo da mãe.

O D.V. sofre há mais de dois anos desta doença. De acordo com os critérios da ICD-10 e do DSM-IV, pode-se **confirmar o diagnóstico de esquizofrenia paranóide**, cujos sintomas apresentados estão de acordo com estes critérios:

perturbação da personalidade; ideias delirantes, tipicamente persecutórias ou de grandeza, ou, ainda, de ciúme, místicas, sob a temática de forças sobrenaturais, que influenciam os pensamentos e os actos de maneira bizarra; as alucinações auditivas, são também relacionadas com a temática delirante, num contexto de preservação das funções cognitivas e do afecto. Estas características estão associadas a ansiedade, cólera, indiferença e querelância. A temática persecutória pode dispôr o sujeito ao comportamento suicida, que, juntamente com a cólera pode dar origem a actos de violência.

Mas o trabalho terapêutico, quer farmacológico, quer psicoterapêutico permitiu uma Evolução:

O D.V. percebeu a verdade da sua história, através de um processo progressivo de reconhecimento da realidade; da assunção da sua sexualidade, a qual resultou da interpretação das suas fantasias homossexuais, na medida em que estas fantasias se tornaram intelegíveis, e foram compreendidas, não como transgressões, a ponto de o D.V. ter sido capaz de me dizer: « parece que nasci com o sexo trocado ».

O prognóstico deste quadro clínico - esquizofrenia paranóide - é o melhor, de entre os outros quadros de esquizofrenia, tendo em conta os resultados da intervenção terapêutica.

Quanto às hipóteses clínicas deste trabalho,

1 - Considero que o aparecimento deste quadro psicopatológico tem raízes numa perturbação do equilíbrio narcísico primário, em consequência de falhas no cuidado materno. Contudo, sem querer fazer afirmações, levanto esta questão: porque é que há tantos elementos da família materna de D.V. a sofrerem desta patologia? Se calhar podemos dizer que os mecanismos inscritos na carga genética poderão, ou não, favorecer a fixação da psicose, quando o ambiente relacional o promover, confirmando, assim, os resultados de estudos de Henri Ey e Kety, entre outros.

2 - Quanto à impossibilidade de que os elementos constitutivos do conflito edipiano se tornem integrativos e estruturantes do eu nesta patologia, penso de novo nas dificuldades de introjecção do objecto pela criança, em consequência do papel exercido pelo pai. A sua falta de investimento, no sentido de impedir uma relação dual patogénica com a mãe, não permitiram a realização do processo de triangulação, e, conseqüentemente, a edipificação das pulsões pré-genitais.

3 - Para compreender a relação existente entre estes processos e as fantasias eróticas homossexuais, é preciso ter em conta esta atitude dos pais, pois leva ao não aparecimento de um eu ideal parental, mas à confusão de um eu maternal homossexual passivo, onde os fantasmas incestuosos aparecem quase legitimados pelo pai, e os desejos homossexuais surgem como reparadores desta dificuldade.

XI - Bibliografia

Anzieu (1985) - *Moi-Peau* - Paris - Dunod

Association Mondiale de Psychiatrie (1987): *Critères diagnostiques pour les psychoses schizo-phréniques et affectives*, Expansion Scientifique Française, Paris

American Psychiatric Association - (1996) - *DSM -IV, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* - 4ª Edição, Climepsi Editores.

Badaracco (1986), - *Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the «Maddening Object»*, Int.J.Psycho-Anal, 67, p.133-146.

Bergeret, J. (1975) - *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, Paris..

Bion, W.R. (1967) - *Estudos Psicanalíticos Revisados*, Rio de Janeiro, Imago Editora (1988).

Bouvet, M. (1967) - *Structure du Moi et relations d'objets psychotiques* - in, *La Psychanalyse D'aujourd'hui*, pag. 106-121, Presses Universitaires de France, Paris

Chabert, C. - *Les Méthodes Projectives*, Collection dirigée par Didier Anzieu, Paris.

Chabert, C (1983) - *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation Psychanalytique*, Collection dirigée par Didier Anzieu, Paris.

Chabert, C. (1987) - *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Collection dirigée para D.Anzieu, Dunod, Paris

Claude, P. (1986) - *Problématique edipienne et psychose (s)* - Rev.Franc. Psychanal, 5, pag. 1345-1354. Paris.

Crow (1990) - *Integrated viral genes as potencial pathogens in the funcionak psychoses*, in *International Perspectives in Schizophrenia - Biological, Social and Epidemiological Findings*, John Libbey, London, (pag. 155-161).

Freud, S. (1911) - *O caso de Schreber - Sobre a Psicanálise e outros Trabalho* - Imago Editora - Rio de Janeiro (1976).

Freud, S. (1924) - *A perda da realidade - Neurose e Psicose*, in - *Uma neurose Demoníaca do século XVII, e outros trabalhos* - Imago Editora, Rio de Janeiro, 1976.

Gurling, e al. (1990) - *Molecular genetic research into schizophrenia*, in *International Perspectives in Schizophrenia - Biological, Social and Epidemiological Findings*, John Libbey, London, (pag.139-153).

Henri, Ey, e col. (1978) - *Manuel de Psychitrie*, 5ª Edition. Masson, Paris.

Kaufman (1967) - *L'édipe dans la famille des schizophrènes*, - *Revue Fr. Psychanal.*, 31, p. 1145-1150.

Kaplan, e al (1981) - *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica* - Editora Artes Médicas, Porto Alegre, Brasil.

Kety, S. (1990) - *The significance of genetic in the aetiology of schizophrenia*, in *International Perspectives in Schizophrenia - Biological, Social and Epidemiological Findings*, John Libbey, London, (pag. 123-128).

Klein, M. (1991) - *Inveja e gratidão e outros trabalhos -1946-1963* - Vol. III das Obras Completas de M.Klein, Imago Editora, Brasil.

Kohut, H. (1971) - *Análise do Self*. - Imago Editora. Rio de Janeiro (1981)

Mancia, M. (1992) - *No Olhar de Narciso - Ensaio sobre a memória, o afecto e a criatividade* - Edições Minerva, Lisboa

Organização Mundial de Saúde (1992) - *Classificação dos transtornos Mentais e do Comportamento (ICD-10)* - Editora Artes Médicas - Porto Alegre - Brasil.

Racamier, P. (1966) - *Esquisse d'une clinique psychanalytique de la paranoia*, Revue Francaise de Psychanalyse, 30, pag. 146 - 176, Paris

Racamier, P. (1967) - *L'Edipe dans les psychoses*, Revue Francaise de Psychanalyse, 31, pag. 1139 - 1144, Paris.

Racamier, P. (1976) - *L'interpretation Psychanalytique des schizophrénies*, Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37291 A.10 - pag. 5 - 14, Paris.

Racamier, P. (1980) *Les schizophrènes*, Petite Bibliothèque Payot (1990).

Sá, E. (1995), *Más maneiras de sermos bons pais - As crianças, o pensamento e a Família*, Edições Fim de Século

Sá, E. (1999), *«Manual de Instruções» para uma Família Feliz*, Edições Fim de Século.

Traubenberg, N. (1983) - *La Pratique du Rorschach*, Press Universitaires, Paris.

XII - Anexos

(Y)

6 moço



barra

na caço (mitochond)

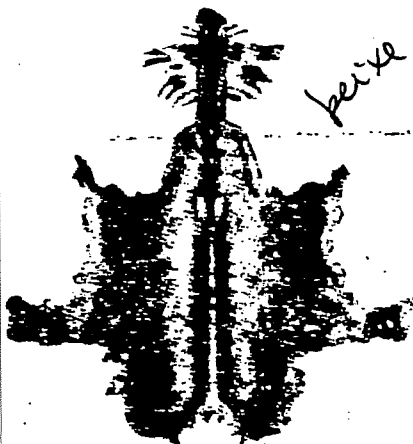


IV



V

barra



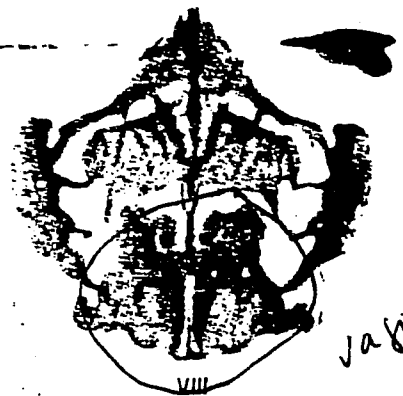
VI

peixe



VII

na



VIII

vagina



IX

vagina



X

mistura supental

Hospital Júlio de Matos

R.

D^z Maria José

Em 0 D. ... V
interconsulta neste Hospital, seguiu-se pela D^z faticiosa
foi-lhe diagnosticada
um transtorno Depressivo Major, e Esquizofrenia
Obsessivo-Compulsiva importante, q recebeu
paracetamol e Clorazepato (225 mg/Lua)
e BZD). Os acessos tem-seu eufórico revertido
e alguns sintomas psicóticos (auto-reclamação,
atividade alucinatória auditivo-verbal, a que
os eufóricos o Louco faz crítica), tendo-lhe no
passado sido diagnosticada Esq. Paranoide.
Precedendo-nos benefício para o Louco um
eventual seguimento psicoterapêutico,
aconselhamo-lo a limpar-se o si.

Gostaria de eventualmente trocar informações
com você, pelo que deixei o meu contato
(ou da D² Fatima), no hospital:

Maria
Estima

} SECTOR -
PRIVILEGIADO - novo

Li Est. | - |

Boa tarde,

Maria Estima
(Assist. Eventual P&Q)