

Aos meus avós

10

11

12

13

14

15

16

17

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. António Mendes Pedro, orientador desta dissertação de mestrado, que me acompanhou em mais uma importante etapa do meu percurso enquanto estudante de Psicologia.

Ao Dr. António Coimbra de Matos, Professor neste mestrado, que constitui uma referência no meu percurso enquanto estudante de Psicologia, bem como na minha atitude enquanto profissional.

A todos os Professores que despertam a curiosidade, a surpresa e o encantamento nos alunos.

À Delegação da Amadora da Cruz Vermelha Portuguesa, nomeadamente ao serviço de Acção Social, que me proporcionou o contacto com as pessoas que integram este estudo.

Ao Sr. Antero, ao Sr. Alves, ao Sr. Américo, ao Sr. João, à Sra. Ana, à Sra. Rosa, à Sra. Almerinda, à Sra. Maria, à Sra. Zulmira obrigado por partilharem comigo um pouco das suas histórias.

Ao Dr. Vasco Cabral de Sá.

À Fernanda Machado.

À Fernanda Santos, à Silvia, à Cristina, à Rita, à Francisca, à Madalena, à Anabela, ao Miguel, ao Neves pelo incentivo e amizade.

Ao meu pai e à minha mãe.

Ao meu irmão, à Rosa e ao Paulo Renato.

RESUMO

Este trabalho de dissertação de mestrado tem como objectivo o estudo sobre a depressão no idoso numa perspectiva psicossomática.

Utiliza-se o método clínico de estudo de caso, recorrendo-se a uma metodologia que utiliza os seguintes instrumentos: entrevista clínica, teste projectivo de Rorschach, Escala da depressão do MMPI e Inventário da depressão de Beck.

Compõem a amostra, deste estudo, nove casos com idades compreendidas entre os 74 anos e os 90 anos.

As pessoas que compõem a amostra encontram-se no seu domicílio.

Neste estudo, de carácter exploratório, procede-se a uma análise qualitativa dos resultados.

A análise dos resultados permite observar que, face às alterações introduzidas pelo processo de envelhecimento, a depressão surge inscrita na história de vida dos indivíduos, onde o funcionamento e nomeadamente a relação com o outro, passando pelo imaginário e as condições de vida desempenham um papel importante no equilíbrio psicossomático dos sujeitos.

INDICE

AGRADECIMENTOS

RESUMO

INTRODUÇÃO 1

I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O ENVELHECIMENTO 3

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SÓCIO-CULTURAIS 9

2. DO BIOLÓGICO ...

2.1 FUNDAMENTOS GENÉTICOS DO ENVELHECIMENTO 15

2.2 ENVELHECIMENTO E SISTEMA IMUNITÁRIO 18

2.3 CRONOBIOLOGIA, ADOECER SOMÁTICO E ENVELHECIMENTO 26

2.3.1 O SONO E O ENVELHECIMENTO 32

2.3.2 O RITMO TÉRMICO E O ENVELHECIMENTO 37

2.4 DOENÇAS MAIS COMUNS NO IDOSO 41

3 ... AO RELACIONAL

3.1 SOBRE A PSICOSSOMÁTICA 47

3.2 A RELAÇÃO COM O OUTRO E O IMAGINÁRIO 57

3.3 O RELACIONAL, IDENTIDADE E PSICOSSOMÁTICA 61

3.4 O IMPASSE RELACIONAL E BIOLÓGICO	66
4. A MORTE	72
5. A DEPRESSÃO: NEUROSE, PSICOSE E PATOLOGIAS LIMITE	79
5.1 LUTO TRISTEZA E ANGÚSTIA	84
5.2 DEPRESSÃO E PSICOSSOMÁTICA	87
5.2.1 DEPRESSÃO E IMPASSE	93
6. A DEPRESSÃO NO IDOSO	96
II – OBJECTIVOS DO ESTUDO	101
III METODOLOGIA	104
3.1 AMOSTRA	106
3.2 PROCEDIMENTO	107
3.3 INSTRUMENTOS	109
3.3.1 ENTREVISTA CLÍNICA	109
3.3.2 O RORSCHACH	113
3.3.3 O MMPI – INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDADE	119
3.3.4 O INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK	121

IV RESULTADOS E ANÁLISE D RESULTADOS

4.1. CASOS CLÍNICOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

4.1.1 – PRIMEIRO CASO: ANTERO	124
4.1.1.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	138
4.1.1.2 COMENTÁRIO FINAL	141
4.1.2 - SEGUNDO CASO: ALVES	143
4.1.2.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	158
4.1.2.2 COMENTÁRIO FINAL	160
4.1.3 – TERCEIRO CASO: AMÉRICO	163
4.1.3.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	171
4.1.3.2 COMENTÁRIO FINAL	173
4.1.4 – QUARTO CASO: JOÃO	175
4.1.4.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	182
4.1.4.2 COMENTÁRIO FINAL	184
4.1.5– QUINTO CASO: ANA	186
4.1.5.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	197
4.1.5.2 COMENTÁRIO FINAL	200
4.1.6 – SEXTO CASO: ROSA	202
4.1.6.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	215
4.1.6.2 COMENTÁRIO FINAL	219

4.1.7– SÉTIMO CASO: ALMERINDA	221
4.1.7.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	230
4.1.7.2 COMENTÁRIO FINAL	233
4.1.8 – OITAVO CASO: MARIA	235
4.1.8.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	242
4.1.8.2 COMENTÁRIO FINAL	244
4.1.9 – NONO CASO: ZULMIRA	246
4.1.9.1 ANÁLISE DO RORSCHACH	253
4.1.9.2 COMENTÁRIO FINAL	255
4.2 ANÁLISE COMPARATIVA DO RORSCHACH	257
4.3 DADOS QUANTITATIVOS SOBRE A DEPRESSÃO	260
V – CONCLUSÕES	261
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
VII – ANEXOS	
ANEXO I (RORSCHACH – PROTOCOLOS)	
ANEXO II (ESCALA DA DEPRESSÃO DO MMPI)	
ANEXO III (INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK)	

INTRODUÇÃO

As alterações introduzidas pelo processo de envelhecimento estendem-se a diversos aspectos da vida dos indivíduos.

Aos factores fisiológicos, passando por aqueles que se inscrevem na imunologia, na cronobiologia e na genética, acrescenta-se os de origem social e relacional.

A depressão surge como uma das problemáticas na vida do idoso, cuja compreensão remete para o psíquico e para o somático.

Os casos aqui estudados indicam-nos a necessidade de pensar na continuidade do biológico ao psicológico.

A abordagem sobre a psicossomática e os fundamentos da sua constituição enquanto disciplina remete-nos para aspectos inscritos na História, em que a interrogação fundamental entre a constituição psíquica e somática do ser humano revela as suas vicissitudes.

As concepções sobre a articulação entre o psíquico e o somático fundamentam-se numa interrogação fundamental que surge delineada maioritariamente sobre a dicotomia corpo e espírito.

A inscrição da depressão no psíquico e no somático remete-nos para a interrogação sobre o relacional.

Aludindo às modificações fisiológicas que se operam com o envelhecimento e às suas consequências em cada indivíduo chegamos, mais uma vez, ao enunciado de que o todo é diferente da soma das partes. O envelhecimento é um processo dinâmico. O processo de envelhecimento inscreve-se na história particular de cada sujeito, atribuindo-lhe um sentido único e particular. A ocorrer a depressão terá a marca desta particularidade.

A ocorrência de depressão no idoso será determinada por circunstâncias particulares de vida, incluindo a natureza da relação com o outro.

O sentimento de não ser amado como se deseja permanece o essencial da depressão, no entanto a inscrição num ser dotado da sua história, da sua subjectividade e do seu corpo próprio consubstancia-se na diversidade.

I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O ENVELHECIMENTO

A concepção do peso demográfico da velhice e as suas consequências remonta à época Romana. *«O mundo romano, pelo menos a partir do século II, conheceu provavelmente um processo de envelhecimento, especialmente em Itália que, salvas as devidas proporções, não deixa de lembrar o da Europa contemporânea».*

(G Minois, 1997, p. 107)

O aumento da esperança média de vida, relacionada com a melhoria das condições de vida que se verifica após a Segunda Guerra Mundial, faz aumentar significativamente o número de pessoas com mais de 60 anos nas sociedades industrializadas. Os dados demográficos sustentam o desenvolvimento de estudos que visam a compreensão dos processos de envelhecimento, com vista a uma maior qualidade de vida neste período que se torna cada vez mais prolongado.

O equilíbrio existente, durante muito tempo, entre a mortalidade e a natalidade foi rompido. Esta alteração deveu-se a dois factores principais: a queda vertiginosa da mortalidade infantil e o aumento da longevidade. (R. Fontaine, 2000, p.20)

Estas alterações implicam mudanças no sistema de saúde. O número de casos a tratar aumenta com a idade.

As primeiras hipóteses médicas sobre as causas do envelhecimento devem-se a Hipócrates baseadas na teoria dos quatro humores. Os quatro humores correspondem aos quatro elementos cósmicos e às suas propriedades.

Hipócrates define o processo de envelhecimento como uma perda de calor e de humidade: o corpo torna-se frio e seco. Postula que cada ser humano recebe, no início da vida, uma determinada quantidade de energia a que designa também de calor interno, espírito ou força vital, que será progressivamente consumida ao longo da vida. Este autor faz depender a variabilidade observada nos indivíduos no processo de envelhecimento, das reservas iniciais ao seu dispor e da taxa de consumo de energia, que seria variável. (G Minois, 1997, p.92)

Aristóteles retoma, na sua teorização sobre o envelhecimento, esta ideia de Hipócrates. Segundo Aristóteles tudo o que vive possui uma alma, localizada no coração, e não pode subsistir sem o calor natural. A alma e o calor natural estão estritamente ligados à nascença e a vida consiste em manter esse calor e a sua relação com a alma. É um fogo que deve ser mantido e abastecido como combustível, mas que está destinado a extinguir-se após um longo enfraquecimento. Cada organismo dispõe ao nascer de uma certa quantidade de calor inato, que se dissipa progressivamente e acaba por se esgotar, provocando a morte natural. (G. Minois, 1997, p. 93)

Remetendo para as teorias contemporâneas o envelhecimento surge como fenómeno complexo no qual intervêm diversos factores.

R. Fontaine (2000) considera o envelhecimento como o conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. A velhice aparece como o período em que o resultado do processo de envelhecimento se torna mais notório, em termos de decréscimo de capacidades.

L. Robert, refere que *«A explicação do envelhecimento através de um único mecanismo ou causa é ilusória»*

(L. Robert, 1994, p.292).

Acrescenta o mesmo autor que o envelhecimento está, em simultâneo, sob a influência do genoma e do ambiente, sem que se possa atribuir, de forma exacta, um peso específico a cada um destes dois factores.

Segundo as teorias deterministas os mecanismos do envelhecimento são controlados pelo genoma. Entre os argumentos que subsidiam esta perspectiva está o facto da especificidade da duração máxima de vida aparecer relativamente imutável e constante em cada espécie.

Estando a mortalidade dos organismos inscrita nos genes, o processo de envelhecimento e a idade da morte são modulados por factores exógenos associados aos comportamentos dos indivíduos e ao seu meio ambiente.

As teorias Estocásticas recorrem aos termos desgaste e ruptura para explicarem o processo de envelhecimento. Na base destas teorias encontra-se um paralelismo entre o organismo e uma máquina, semelhante às concepções cartesianas para o envelhecimento. Defendem o papel dos radicais livres nos fenómenos ligados ao envelhecimento, evocando-se a diminuição da sua taxa com a idade como causa do envelhecimento. Chamam a atenção para os efeitos da produção radicalar, assim como certos disfuncionamentos na defesa antiradicalar, implicados na génese das doenças ligadas à idade. (Robert, L., 1994, p. 320)

Este autor chama a atenção para a necessidade de integração de uma teoria molecular do envelhecimento, necessária para a sua compreensão.

O termo involução surge frequentemente associado aos fenómenos que ocorrem na velhice. “ *Na fase do envelhecimento propriamente dito, predomina destruição sobre reconstrução, caracterizando-se por uma involução morfológica e fisiológica dominante, em que é manifestamente sentida a acção do tempo sobre o indivíduo.* » (P. Fernandes, 2000, p. 23)

A teoria do Caos traz à reflexão sobre o envelhecimento uma ideia interessante: «... *um conjunto de regras deterministas pode produzir resultados imprevisíveis.* » (L. Robert, 1994, p. 327)

Esta teoria chama a atenção para as consequências imprevisíveis que as pequenas alterações, surgidas num determinado sistema determinista, introduzem.

Disputas ideológicas à parte observamos que os efeitos do envelhecimento não são homogêneos. As pessoas são diferentes perante o envelhecimento. De forma análoga, os nossos órgãos e funções psicológicas também não envelhecem ao mesmo ritmo. *“Em certos indivíduos, o envelhecimento primário exprimir-se-á por uma degradação precoce do seu sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce, ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos”.*

(R. Fontaine, 2000, p. 23)

O processo de envelhecimento inscreve-se na subjectividade de cada sujeito atribuindo-lhe um sentido único e particular de cada indivíduo.

«Envelhecer não se resume apenas a uma decomposição e a um definhamento. Possui, tal como qualquer dos estádios da vida, os seus próprios valores, o seu próprio encanto, a sua própria sabedoria, a sua própria tristeza...»

(H. Hesse, 1952, p. 50)

Os aspectos afectivos são nesta época alvo de particular atenção. A solidão é provavelmente uma das queixas mais frequentes entre os idosos.

«As fraquezas somam-se umas às outras, deixam-nos cada vez mais diminuídos, um pouco mais sós, como se uma barreira invisível nos separasse dos outros»

(C. Olievenstein, 2000, p.13)

O envelhecimento é um processo gradual que implica a totalidade do ser humano. Para a compreensão deste processo, integrado no contexto de cada indivíduo, concorrem os vários patamares da sua realidade psicossomática.

1.1 ASPECTOS HISTORICOS E SÓCIO-CULTURAIS

A velhice é frequentemente uma realidade temida e mal vivida pelos que a experimentam. As estratégias para a tentativa da sua anulação são múltiplas. Existem aqueles que a desconsideram ou desprezam, outros recusam-se a reconhecer as suas alterações físicas. Em ambas as versões opera uma atitude de desidentificação.

Qualquer que seja a estratégia utilizada assistimos, no mundo contemporâneo, a uma depreciação generalizada da velhice.

O fenómeno da velhice decorre dos progressos científicos que contribuíram para o aumento da esperança média de vida, revestindo este fenómeno de um carácter recente.

O conceito “terceira idade” surge recentemente para substituir o termo “velhice”, pretendendo-se colocar no lugar da usura e da incapacidade, adjectivos tradicionalmente, atribuídos ao termo “velhice”, os termos dinamismo e autonomia, adágio da designada “terceira idade”.

É na segunda metade do século XX que surge a Geriatria. Esta nova disciplina concerne uma nova abordagem dos problemas da velhice, pretende uma adopção global do fenómeno do envelhecimento, tendo em conta os aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais da pessoa idosa.

Esta divisão em fases da existência humana é recente. É nesta divisão que se inscreve a terceira idade. Nas sociedades antigas assistimos à integração dos velhos no conjunto dos adultos.

São conhecidas as descrições de sociedades tradicionais e ditas “primitivas” em que os velhos gozavam de privilégios que se estendem a vários planos. O plano afectivo é um deles, onde aparece reconhecido o direito do velho ao afecto, observando-se o culto de uma atenção constantes por parte daqueles que o rodeiam. O alcance da idade avançada é encarado como sinal de felicidade e de sucesso do grupo de pertença, sendo mantido no seu seio.

Nas sociedades Africanas a experiência e a sabedoria, atribuídas aos velhos, são factores que conduzem à sua idealização e veneração.

Nas sociedades pré históricas e nas sociedade primitivas do século XX, estudadas por Antropólogos, chegar a uma idade avançada é um acontecimento excepcional, sendo por isso visto como sinal de intervenção dos deuses.

«Aureolado pelo prestígio sobrenatural que lhe confere a sua longevidade, é honrado e respeitado e representa um importante papel social.»

(G. Minois, 1987, p. 22)

Existem no entanto outras destas sociedades ditas primitivas com diferentes concepções sobre os velhos.

«Os turcos mongóis apenas respeitam os velhos que gozam de boa saúde, desprezando os outros, chegando por vezes a abandoná-los e a matá-los por sufocação. O velho que se torna inútil pelos seus males físicos ou

mentais é com frequência eliminado, porque representa um encargo que as sociedades em precário equilíbrio alimentar não podem suportar».

(G. Minois, 1987, p. 23)

Em qualquer sociedade cuja vida está ligada à força do trabalho a morte de um idoso pode até ser sentida como um alívio.

Nas sociedades de tradição oral a função dos idosos é evidente, memória viva são garante da sua continuidade. Com a introdução da escrita vê-se esbatida a utilidade dos idosos nas sociedades.

Embora não anulando o papel de transmissor de cultura atribuído aos idosos, as sociedades ocidentais começam a pôr em causa a experiência e sabedoria da pessoa idosa.

«A história ocidental, da Antiguidade ao Renascimento, está marcada pelas flutuações do papel social e político dos velhos. Mais do que um contínuo, assistimos a uma evolução de dentes cerrados, embora a tendência geral seja para a degradação».

(G. Minois, 1987, p.18)

Este autor refere como prática corrente, nas sociedades ocidentais, representar uma escala etária em que se observa um crescendo até cerca dos 40 ou 50 anos, seguido de um declínio em direcção à velhice.

Tal concepção tem forte influência sobre a forma de estar e de sentir dos idosos.

A velhice não é um fenómeno súbito, existe um percurso, um caminho longo, pressupondo um contínuo do nascimento até à morte. Encontramos nas nossas sociedades a reforma como marco na entrada da velhice, associando-se a velhice à falta de ocupação, à inutilidade.

Na comédia grega assistimos à representação do velho como ridículo apenas porque teima em viver. Nesta concepção o único velho não ridículo é aquele que corresponde às expectativas que correspondem à sua condição de idoso, permanecendo inerte num compasso de espera.

Alguns filósofos gregos atribuem à velhice um tom existencialista, racionalizando sobre a sua própria velhice apresentam diferentes versões.

Para Platão a velhice é entendida como lugar de sapiência, de interesse pelas coisas do espírito num crescendo de interesse e alegria. (G. Minois 1997).

Aristóteles formula opinião contrária atribuindo à velhice todos os defeitos, adjectivando os velhos de tímidos, hesitantes, desconfiados, receosos, egoístas, pessimistas, faladores, avarentos, maus.

A representação do velho depende da representação de cada sociedade do que considera o Homem ideal. Numa sociedade como a da Grécia clássica em que elege o Homem ideal como possuidor de grande beleza, força e juventude, desvaloriza a velhice, designando-a de triste.

«Para um povo em busca da perfeição humana, da beleza, do desenvolvimento de todas as faculdades da pessoa como classificar a velhice a não ser entre as maldições divinas? Por que a morte, que garante a grandeza do destino, aparece a decrepitude, que enfraquece os heróis.»

(G. Minois, 1987, p. 62)

Na obra "A era do vazio" Gilles Lipovetsky (1983) faz alusão à velhice na sua integração do "modus vivendi" actual:

"Hoje vivemos para nós próprios, sem nos preocuparmos com as nossas tradições nem com a nossa posteridade."

(G. Lipovetsky, 1983, p.49)

Este autor refere a época contemporânea como época marcada pelo narcisismo que as práticas de culto do corpo reflectem, tornando as alterações fisionómicas da idade um aspecto temível.

«A degradação das condições de existência das pessoas idosas e a necessidade permanente de valorização, de se ser admirado pela beleza, pelo encanto, pela celebridade, tornam a perspectiva do envelhecimento intolerável».

(G. Lipovetsky, 1983, p. 58)

Encontramos também nas palavras de Herman Hesse (1952) uma reacção contra o enaltecer da juventude, em detrimento das outras idades da vida.

« Algo que desde há décadas me causa repulsa é, desde logo, a imbecil adoração da juventude e da jovialidade, tal como este fenómeno floresce na América, para além do facto de se estabelecer a juventude como uma condição social, uma classe, um movimento.»

(H. Hesse, 1952, p.46)

2. DO BIOLÓGICO ...

2.1 FUNDAMENTOS GENÉTICOS DO ENVELHECIMENTO

A procura das causas endógenas do envelhecimento leva-nos aos genes que paradoxalmente não conhecem a senilidade (R. Fontaine, 2000, p. 27). A matéria prima dos cromossomas o ADN, constituinte da memória biológica de uma espécie, é imortal.

L Robert (1994) afirma o papel que considera indiscutível do genoma no controlo da longevidade do indivíduo, bem como a relativa constância da longevidade máxima de cada espécie. O mesmo autor avança a seguinte hipótese *«É provável que modificações no genoma tenham lugar ao longo do envelhecimento e que a activação tardia de certos genes influa sobre a morte celular, mesmo in vivo»*. (L. Robert, 1994, p. 297)

«Nascer, é começar a envelhecer, seguindo-se uma evolução genéticamente programada.»

(P. Fernandes, 2000, p.23)

A mortalidade dos organismos está inscrita nos genes. O factor genético intervêm no processo do envelhecimento, mas não o determina.

Alguns resultados de investigações recentes levam a pensar que poderão existir certos genes implicados no envelhecimento.

Reconhece-se actualmente os genes cuja função é a de programar o envelhecimento.

Os factores de natureza molecular inerentes ao processo de envelhecimento constituem objecto de estudo muito recente.

O envelhecimento é comum a todos os seres vivos, todos os organismos vivos envelhecem. A forma como se processa e a duração desse processo apresenta grande variabilidade. A esperança média de vida é relativamente constante para a mesma espécie, nomeadamente para espécies mais complexas. Estes são factores que corroboram a dependência de aspectos biológicos no processo de envelhecimento.

«Este determinismo intra-espécies de duração de vida, conjuntamente com uma enorme variabilidade inter-espécies, são elementos favoráveis à concepção de que o envelhecimento, que acompanha a vida e conduz à morte, está estreitamente dependente do mecanismo biológico que assegura, a cada espécie, a estabilidade das suas características ao longo das gerações, ou seja os genes.»

(A. Santos, 2001, p.84)

Este autor refere, a partir de demonstrações efectuadas, que o envelhecimento se acompanha frequentemente de alterações do ADN mitocondrial. O ADN contido nas mitocôndrias é particularmente sensível às diferentes mutações que aí podem ocorrer. Estudos recentes têm vindo a demonstrar que nas células cardíacas e cerebrais de pessoas idosas se

encontram alterações importantes ao nível do ADN mitocondrial. (A. Santos, 2001, p. 85)

Refere ainda o mesmo autor que o processo de oxidação das proteínas, ao qual tem vindo a ser dada grande importância na cadeia dos acontecimentos biológicos do envelhecimento celular e que conduzem à morte da célula, alterando a sua actividade biológica, põe em risco a formação e a reparação do próprio ADN, com a consequente debilidade orgânica e a eclosão de doenças características do envelhecimento. Acrescenta ainda a detecção de alterações cromossómicas nos organismos envelhecidos.

A. Santos coloca como hipótese a relação entre a perda progressiva da capacidade das células para se dividirem, com a progressiva perda de material genético observadas nas extremidades cromossómicas, que se encontram reduzidos com a idade.

(A. Santos, 2001, p. 86)

2.2 ENVELHECIMENTO E SISTEMA IMUNITÁRIO

Ao declínio do sistema imunitário, que ocorre ao longo do envelhecimento, diversos autores atribuem um papel de condutor dos vários fenómenos implicados no envelhecimento. (L. Robert, 1994, p.58). O mesmo autor acrescenta que: *«...a existência de uma causa central susceptível de explicar o envelhecimento de um organismo complexo como o nosso é, pois, pouco provável.»* (L. Robert, 1994, p. 310)

O sistema imunitário permite a viabilização de organismos vivos, entre eles o Homem, cuja vulnerabilidade a agentes patogénicos ameaçam a sua existência.

Consiste num sistema de respostas, que no seu conjunto, constituem a capacidade que o corpo humano possui para resistir a um grande número de organismos que têm o poder de lesar os tecidos e órgãos, ameaçando a integridade do ser vivo.

As concepções do sistema imunitário, apresentadas por vários autores, remetem para a apreciação deste sistema como um órgão dos sentidos para estímulos não cognitivos, em que os antígenos, ou as substâncias do próprio organismo funcionam como desencadeadores ou como estímulos para a resposta imunitária.

É um sistema que tem como função o reconhecimento do que pertence ao próprio organismo e que faz parte da sua própria identidade imunitária, distinguindo-o de tudo aquilo que poderá constituir um factor de agressão e de ameaça à sua integridade.

O sistema imune reconhece e responde ao não eu (os antígenos) através do sistema Humoral e do sistema mediado por células. Após esta operação de reconhecimento desencadeia-se a reacção, pressupondo um sistema de comunicação entre os seus diversos componentes.

Assim, qualquer resposta imunitária envolve em primeiro lugar o reconhecimento do agente patogénico e de seguida uma reacção para o eliminar.

«Os antígenos activam linfócitos específicos que os reconhecem. Posteriormente os linfócitos coordenam uma resposta imunitária que elimina a fonte dos antígenos. Os fagócitos incorporam os agentes patogénicos e destroem-nos».

(I. Roitt, J. Brostoff e D. Male, 1996, p. 1.2)

Em condições normais o sistema imunitário reconhece o que é do próprio e o não é (o invasor), o “si” e o “não si”. As doenças auto-imunes resultam de uma falha neste sistema de reconhecimento.

Existem dois tipos essenciais de respostas imunitária que decorrem da Imunidade Inata ou da Imunidade Adquirida.

A imunidade inata decorre de processos gerais e inclui a fagocitose de bactérias e outras acções dirigidas a invasores por leucócitos e células do sistema dos macrófagos teciduais; destruição pelas secreções ácidas do estômago e pelas enzimas digestivas de organismos deglutidos para o estômago; resistência da pele à invasão por organismos.; presença no sangue de determinados compostos químicos que se fixam a organismos estranhos ou toxinas, destruindo-os.

A imunidade adquirida decorre de processos dirigidos a organismos específicos. É uma imunidade que resulta dos contactos do sistema imunitário com os organismos invasores que surgem ao longo da vida do indivíduo. Esta imunidade é possível através do sistema de memórias. Enquanto a resposta inata não é alterada em função da exposição ainda que repetida ao agente infeccioso, a resposta decorrente da imunidade adquirida ou adaptativa torna-se mais eficaz a partir dos contactos sucessivos com o mesmo agente patogénico. Consiste numa imunidade específica e adaptativa.

Assistimos, nos idosos a uma diminuição de eficácia dos mecanismos da imunidade adquirida, nomeadamente na sua componente de memória.

O sistema imunitário do idoso apresenta um déficit no que diz respeito às memórias imunológicas, permanecendo apenas as mais antigas. (M. Rosa, 2001, p. 34)

O idoso mantém a memória imunológica para as infecções que ocorreram enquanto criança, não mantendo esta capacidade para produzir a resposta em função da memória imunológica produzida face às infecções recentes. A fragilidade e dificuldade de adaptação decorrem deste facto.

Deste modo verificamos que o sistema imunitário apresenta um funcionamento análogo ao do sistema cerebral no que diz respeito à memória do idoso. Observa-se no idoso a manutenção das memórias mais remotas nomeadamente as da infância, com dificuldade em manter as memórias da actualidade.

Embora seja aceite que a idade é acompanhada por um declínio do sistema imunitário, não se pode estabelecer uma relação causal entre este declínio e o aumento da incidências de infecções, tumores e doenças auto imunes na 3ª idade, porque existem outros factores como o meio ambiente, factores genéticos ou a nutrição, bem como a ocorrência de outras doenças relacionadas com a idade. (Murasko D e E. Bernstein, 1998, p. 97).

A amplitude das mudanças ocorridas no sistema imunitário relacionadas com a idade pode variar. Esta variações decorrem de factores ambientais, nutrição, doença mental, entre elas a depressão, comportamentos aditivos etc. (D. Murasko e E. Bernstein, 1998, p.116)

Vários autores chamam a atenção para as modificações que ocorrem no Timo durante o processo de envelhecimento.

«O sistema de maturação de linfócitos que procede da medula óssea não se encontra particularmente ameaçado com a idade, o mesmo não acontecendo com a maturação dos linfócitos que procedem do Timo». (OMS, 1993, p.46)

Observa-se na população idosa variações no Timo, um dos principais locais onde se processa a maturação de linfócitos, os linfócitos T. Com avançar da idade existe uma tendência para a atrofia neste órgão, sendo as estruturas funcionais substituídas por tecido adiposo. (M. Rosa, 2001, p. 34)

Estudos referidos por Murasko D e E. Bernstein, indicam um declínio do número total de células T (CD3) outros apontam para declínios nas CD4 ou nas CD8. Estes autores citam estudos em que se observam mudanças no número absoluto das células, mas não em percentagem. Outros indicam diferenças em percentagem, mas não no número total das células. (Murasko D e E. Bernstein, 1998, p. 107)

M. Rosa refere que se assiste a uma diminuição progressiva de CD3 e de CD4 com a idade, enquanto que, por exemplo, os CD8 apresentam uma diminuição mais tardia, ocorrendo apenas nos idosos. (M. Rosa, 2001, p. 36)

M. Rosa (2001) identifica como pontos particularmente críticos no processo de resposta imunitária no idoso a citotoxicidade dependente dos linfócitos T, os linfócitos CD4 e as citocinas. (M. Rosa, 2001, p. 35)

Também Murasko D e E. Bernstein (1998) refere a observação de alterações ao nível da produção de citocinas nos idosos. (Murasko D e E. Bernstein, 1998, p. 108).

Murasko D e E. Bernstein, (1998) referem que uma revisão bibliográfica que considera cerca de 31 estudos comparativos indicam que as funções das células Natural Killers mantém-se relativamente inalteráveis com a idade.

Num estudo descrito por M. Rosa (2001) em que são comparados 3 grupos etários: um grupo constituído por pessoas com uma idade média de 37 anos outro com uma idade média de 40 anos e um grupo com idade média de 78 anos, podemos verificar que no grupo dos mais idosos há menos linfócitos CD3, menos linfócitos CD4 e menos linfócitos CD8. As células Natural Killer aumentam no grupo dos idosos. (M. Rosa, 2001, p. 38)

As Natural Killer são células que podem reagir contra os próprios tecidos e que estão na base das doenças auto-imunes. Murasko D e E. Bernstein, (1998), referem a relação entre o aumento de auto-anticorpos e da ocorrência de doenças auto-imunes.

No que diz respeito às células como os macrófagos, células fagocitárias não se verificam alterações significativas quer no seu funcionamento quer no seu número.

Murasko D e E. Bernstein (1998) referem que algumas alterações observadas na terceira idade estão associadas com alterações ocorridas na população de células B, nomeadamente a diminuição de produção de anticorpos, com implicações em processos como a vacinação, tornando-a menos eficaz. (Murasko D e E. Bernstein, 1998, p.111).

Referem ainda, estes autores, que nos mesmos estudos foram observados o aumento de auto-anticorpos, aluindo à relação entre o aumento de auto-anticorpos e da ocorrência de doenças auto-imunes. Estes autores chamam-nos a atenção para a possibilidade de podermos ainda observar que

os anticorpos de um idoso não possuem igual poder de neutralizar os antígenos como o que encontramos nos indivíduos quando com menos idade.

Existe a opinião entre os imunologistas que o problema de síntese alterada de anticorpos está relacionada com a deficiente colaboração entre os linfócitos T e B no idoso. « ... a modificação imunitária fundamental nos idosos é dos linfócitos T, particularmente dos linfócitos T CD4, que fazendo uma má colaboração com os linfócitos B, podem implicar que se dê uma activação anómala de linfócitos B e a produção alterada de anticorpos nomeadamente de auto-anticorpos.» (OMS,1993, p.47)

M. Rosa (2001) chama a atenção para o facto deste padrões de comportamento, em que há perturbação dos principais parâmetros dos elementos do sistema imunitário, aparecerem em idosos não seleccionados.

Murasko D e E. Bernstein (1998) referem estudos realizados em que o estado de saúde geral dos idosos tem implicações nestes padrões de comportamento das células que constituem o sistema imunitário do idoso (Murasko D e E. Bernstein, 1998, p.106).

M. Rosa (2001) refere que se estes mesmos dados forem recolhidos em idosos seleccionados, grande parte destas alterações desaparecem. Segundo o autor o que surge é «... uma imuno-remodelação, uma modificação da resposta imunitária, mas não propriamente uma imuno-senescência no conceito de privação, de falta de resposta, ou de incapacidade de resposta imunitária» (M. Rosa, 2001,p. 38).

Este autor verifica que, num grupo de idosos saudáveis, o nível de auto anticorpos responsáveis pelas doenças auto-imunes não aumenta com a idade, ao contrário com o observado em idosos não seleccionados de acordo com os padrões que o permitem designar de saudável, onde este tipo de anticorpos aumenta quase exponencialmente com a idade. (M. Rosa, 201, p. 39)

Apesar de se encontrarem padrões comuns à grande maioria dos indivíduos com idade avançada, as alterações ocorridas no sistema imunitário, durante o processo de envelhecimento, encontram-se frequentemente relacionadas com vários factores, mediante os quais frequentemente se comportam. O estado de saúde geral do indivíduo aparece como um aspecto muito importante na definição do comportamento das células que compõem o sistema imunitário.

2.3. CRONOBIOLOGIA, ADOCER SOMÁTICO E ENVELHECIMENTO

A evolução dos organismos vivos ocorreu num planeta que se movimenta em torno do seu próprio eixo, um movimento de rotação sobre si mesmo, que se completa em cerca de 24 horas. Este movimento origina a alternância entre o dia e a noite, definindo o ritmo circadiano. A terra apresenta ainda o movimento de translação em torno do Sol, que dá origem às estações do ano, definindo o ritmo sazonal.

A estes ritmos fundamentais associam-se outros, dando origem a uma variedade de ritmos aos quais os organismos vivos se encontram submetidos. A evolução destes organismos tem a marca desta ritmicidade.

Como parte do ecossistema terrestre o Homem integra esta ritmicidade e apresenta a sua própria organização rítmica. Inscritos no Homem, os processos biológicos apresentam uma organização temporal onde podemos observar variações periódicas regulares.

A concepção do Homem e do meio ambiente, enquanto entidades ritmadas leva-nos à disciplina que se interessa pelos aspectos cíclicos dos fenómenos biológicos, a Cronobiologia.

Para a disciplina Psicossomática este estudo dos mecanismos da organização temporal que presidem ao ser corporal torna-se essencial na tarefa de "pensar o somático.

“Pensar o somático” implica pensar o corpo e os processos rítmicos que o constituem. Observamos na doença orgânica padrões de comportamento determinados pelos fenómenos rítmicos que ocorrem no organismo. O carácter sazonal das doenças testemunha-o.

As doenças apresentam um carácter sazonal relacionado com a variação cíclica dos agentes agressores existentes no meio, bem como com a cronocidade de vários factores que, entre outros, determinam no indivíduo os padrões de comportamento do sistema imunitário.

Podemos ainda observar o carácter circadiano das doenças na medida em que estas se revelam, com diferente intensidade ao nível dos sintomas, conforme as horas do dia. Estas variações determinam os ciclos circadianos e sazonais de vulnerabilidade que observamos nos organismos e que estipulam a cronocidade das doenças.

Os padrões de morbilidade e mortalidade observados nos humanos, com diferentes distribuições ao longo do ano e do dia reflectem esta realidade cronobiológica. O mesmo ocorre com a distribuição das taxas de natalidade, que apresentam uma distribuição conforme o ritmo sazonal.

Também os comportamentos variam segundo ritmos. A fome, a saciedade, a actividade sexual possuem uma dimensão temporal.

Fenómenos como a aprendizagem, a compreensão, a distracção, a concentração variam de maneira periódica. Do mesmo modo se comportam factores como a fadiga, sensação de fome, a sonolência, a intensidade da dor. Estas variações estabelecem padrões de vulnerabilidade aos quais o indivíduo se encontra sujeito.

Existem propriedades comuns aos ritmos biológicos que são sensivelmente as mesmas em todos os seres vivos. Estas propriedades são:

- «Os ritmos biológicos persistem num ambiente constante, estando o organismo privado de referências temporais;
- Os ritmos biológicos possuem uma origem genética. São inatos;
- Os ritmos biológicos são governados por relógios biológicos, verdadeiros “guarda –tempos” com um período igual ou próximo das 24 horas;
- Os ritmos biológicos e seus relógios são regulados para 24 horas e são acertados diariamente pelas variações periódicas de factores do ambiente como a alternância dia/noite. Chamamos sincronizador ou Zeitgeber (“dador de tempo”) a qualquer factor do ambiente que varie segundo um período próximo das 24 horas e que seja capaz de modificar o dos ritmos biológicos.»

(A. Reinberg, 1998, p.28)

Os ritmos apresentam-se com graus de importância diferentes podendo-se conceber uma hierarquia entre eles. Um dos ritmos que ocupa o mais alto patamar nesta hierarquia é o ritmo vigília/sono. O ritmo vigília/sono é um ritmo circadiano, definido pelas 24 horas do dia. Este ritmo, de carácter inato, tem uma base genética identificada. Embora sujeito a modulações pelo ambiente a sua origem é endógena.

Os factores externos são sincronizadores e não factores de causalidade dos ritmos. Nas experiências em que se priva o organismo das referências temporais, observa-se a forma como o ritmo vigília/sono persiste.

«Durante vários dias, semanas ou meses, esforçámo-nos por suprimir qualquer informação temporal respeitante à luz, aos sons, aos odores, à temperatura e humidade. Isso não provoca o desaparecimento dos ritmos circadianos.»

(A. Reinberg, 1998, p. 29)

De origem endógena estes ritmos revestem-se do carácter relacional, sendo que na relação o ritmo também se instaura, se condiciona ou se exprime.

Sendo nós organismos anatomicamente ritmados, os ritmos biológicos são sincronizados por factores ambientais, sociais e relacionais. Os ritmos são sincronizados pela alternância entre o dia e a noite, pela temperatura, pelas atitudes educativas das figuras significativas ou do grupo social a que pertencemos.

O ser humano, submetido a ritmos que nele se inscrevem enquanto membro da espécie, encontra-se inserido num meio ambiente ritmado. Enquanto entidade individual apodera-se e transforma esses ritmos numa ritmicidade própria, que se traduz numa vivência subjectiva dos ritmos.

A psicossomática, enquanto disciplina que concebe o psíquico e o somático como dois modos de colocar a relação, compreende a sua realidade rítmica.

Os ritmos, vigília/sono e temperatura, regulam uma série de outros ritmos. O ritmo do sono regula, por exemplo, a renovação celular e a hormona de crescimento. O ritmo da temperatura corporal regula o cortisol. A acção do cortisol é múltipla, mas pode-se referir que o cortisol assume protagonismo em situações particulares, nomeadamente de Stress. Existe uma variedade de estímulos que poderão produzir o aumento da secreção de cortisol pela supra renal. Em muitas situações indutoras de Stress, nomeadamente situações em que se observa infecção, calor ou frio intensos, intervenção cirúrgica, situações em que há privação de movimento, verifica-se o aumento da libertação de cortisol no organismo.

As hormonas também obedecem a ritmos, que por sua vez também intervêm nos ritmos da vigília / sono ou da temperatura. O cortisol conhece a sua acrofase no final da noite, nos momentos que antecedem o acordar. A hormona do crescimento liberta-se durante a terceira e quarta fase do sono lento, sobretudo no início da noite. A secreção hormonal vê a sua actividade diminuída durante as fases do sono paradoxal.

Poderemos ainda falar da cronobiologia do afecto. Existem variações de humor induzidas pelas alterações nas estações do ano, às quais se associa a variação da luminosidade.

A depressão tem um padrão sazonal conhecido, observando-se o aumento de incidência da depressão no Outono e no Inverno.

Esta afecção aparece frequentemente acompanhada de outras alterações, como seja as do sono que, por sua vez, sofre a influência da exposição à luz. A exposição à luz aumenta a qualidade do sono.

A depressão tem relação com o sono e com a temperatura corporal. Nas pessoas com depressão observa-se que a temperatura começa a aumentar após a meia noite e não apenas ao acordar, como podemos observar nos padrões normais. Segundo alguns autores, este facto, poderá explicar o acordar precoce que ocorre na depressão.

Na depressão assiste-se a uma redução da duração e da eficácia do sono e a um aumento da fase do adormecimento. Neste estado as interrupções nocturnas do sono são frequentes, sendo acompanhadas de acordar matinal precoce.

Num estudo realizado por Vaz Serra, observamos que os sintomas da depressão surgem aumentados no período da manhã. (Vaz Serra, 1978, p. 303).

2.3.1 O SONO E O ENVELHECIMENTO

A organização do ritmo vigília / sono depende, também, do aspecto relacional. De carácter progressivo a organização deste ritmo encontra-se inicialmente determinado pela alimentação. Até cerca das 17 semanas ao sono associa-se o estado da saciedade e à vigília a fome. A importância da alimentação no ritmo vigília / sono vai-se desvanecendo à medida que se introduzem padrões de comportamento sociais, que regulam os ritmos, a par da maturação do sistema nervoso central.

Com cerca de 4/5 anos, quando a maturação do sistema nervoso central permite, a criança tem organizado o ciclo circadiano da vigília e do sono à semelhança do adulto.

O sono tem uma organização temporal, é composto por fases que determinam o seu ritmo interno. Podemos separar dois estados com mecanismos fisiológicos distintos: o sono lento e o sono paradoxal. As fases do sono consubstanciam-se na alternância entre o sono lento e o sono paradoxal. O sono lento compreende 4 fases em que se observa uma hierarquia em termos de profundidade do sono; do mais leve ao mais profundo. A quatro fases de sono lento segue-se uma de sono paradoxal.

Às fases do sono lento associam-se fases do sonho. A actividade onírica produz-se essencialmente na fase 5 do sono, na fase do sono REM, a fase mais profunda do sono, fase do sono paradoxal. O sono paradoxal aumenta na segunda fase da noite da mesma forma que a actividade onírica. Na primeira

fase da noite o conteúdo do sonho aproxima-se mais dos acontecimentos de vida vividos no dia anterior.

Observa-se no decurso do sono lento um estado de ondas lentas (Teta ou delta), onde se mantém o tônus muscular, os movimentos dos olhos são lentos ou inexistentes.

No sono lento a activação parassimpática é dominante: miose intensa, diminuição da sudção, perda das respostas psicogalvânicas, diminuição da frequência cardíaca média e da pressão arterial, e baixa do débito cardíaco. A temperatura central desce ligeiramente mas os mecanismos termoreguladores funcionam de forma semelhante à da vigília. O consumo de oxigénio cerebral diminui. A actividade cognitiva persiste neste período, embora os sonhos sejam facilmente esquecidos. (T. Paiva, A. Silva e G. Clara 1994, p. 113)

No sono paradoxal, que corresponde ao sono profundo, a actividade cerebral é semelhante à da vigília. Neste podem observar-se os movimentos oculares rápidos, havendo um desaparecimento do tônus muscular.

No sonho paradoxal há uma predominância da actividade simpática, com fenómenos autonómicos com extrema variabilidade, nomeadamente das frequências cardíaca e respiratória e da pressão arterial. Os mecanismos habituais de termorregulação deixam de funcionar, ficando o organismo dependente da temperatura ambiente. O consumo de oxigénio cerebral atinge valores próximos dos da vigília. Há uma atonia completa com perda de actividade postural, com contracções musculares físicas. (T. Paiva, A. Silva e G. Clara 1994, p. 113)

Segundo Michel Juvet a função do sono paradoxal é de fazer reprogramação genética da hereditariedade do indivíduo, uma programação interactiva onde existe um trabalho a partir das mensagens vindas do meio, integrando-as ao nível cortical. Uma reprogramação interactiva da identidade do sujeito.

Este autor postula que as diferenças individuais são reforçadas através do sono paradoxal, através da actividade cerebral que este promove. Através do sonho opera-se a integração de experiências ocorridas durante actividade vigil. A supressão do sono paradoxal faz por sua vez, suprimir as diferenças. (Michel Juvet, 1992, p. 21)

Em "*Sonho e Psicossomática*", Sami-Ali convida, sob a forma de interrogação, a estabelecer uma analogia entre o que acontece ao sonho enquanto processo criativo e o papel que a investigação biológica atribui à actividade onírica, quando esta confere ao sono paradoxal a virtude de reforçar a programação genética ao nível da espécie e do indivíduo.

Coimbra de Matos (2000) chama-nos a atenção para a capacidade de transformação do sonho, revelando-nos novos sentidos: *«O sonho não reproduz a informação que ficou na memória recente ou antiga- consciente ou inconsciente – do realmente experimentado ou apenas imaginado; mas produz com essas informações mnésticas pré-existentes, o que nunca existiu na realidade nem na fantasia. São novos quadros normativos, que apresentam novos sentidos.»*

Apresentando-se com este poder revela-nos a capacidade para pensar a alternativa para aquelas situações que tenderiam, sem a imaginação criadora, para o impasse.

O sono evolui desde a infância até à velhice. Aos 6 meses de vida intra uterina pode-se observar o início da organização de uma actividade cerebral ritmada, em que aparece o sono agitado, este apresenta características comparáveis às do sono paradoxal. Após o nascimento e logo após os primeiros dias de vida do bebé observam-se dois padrões de sono; o sono agitado, que se caracteriza por movimentos oculares rápidos e uma actividade motora visível e o sono calmo, que é pacífico e sem movimento.

À nascença e nos primeiros meses de vida existem dois estados básicos: "sono activo", equivalente ao paradoxal, e sono tranquilo, equivalente ao sono lento. As crianças têm mais sono paradoxal e mais sono lento profundo que os adultos. O sono paradoxal diminui nos primeiros anos de vida, mas mantém-se estável na idade adulta e na velhice, se medido em percentagem do sono total. O sono lento profundo diminui de forma significativa na adolescência e na terceira idade. (T. Paiva, A. Silva e G. Clara 1994, p. 115)

Existem, no entanto autores que defendem existir uma diminuição no sono paradoxal na terceira idade. (S. Ancoli-Israel, D. Ph, F. Daniel, M. Kripke, 1998, p.237)

A partir dos 30 anos observa-se uma diminuição da amplitude das ondas lentas (ondas delta) características dos estados III e IV. Existe uma diminuição progressiva do sono. O estado IV, em que ocorre o sono mais profundo, tem

tendência para desaparecer após os 70 anos. Nesta fase são introduzidas algumas alterações nos padrões do sono como as interrupções frequentes no ritmo do sono, o aumento do tempo antes de adormecer, o despertar mais cedo do que o habitual, podendo ainda observar-se um estado de dormitar que irrompe durante a actividade diurna.

Se existe unanimidade relativamente ao facto de ocorrer uma diminuição da qualidade do sono nos idosos, relativamente à diminuição em termos quantitativos do sono existem opiniões opostas.

Existem autores que defendem que existe uma diminuição da quantidade do sono resultando do acordar precoce. (S. Ancoli-Israel, D. Ph, F. Daniel, M. Kripke, 1998, p.237)

Outros autores defendem que não existem alterações quantitativas e que apesar de se observar um acordar por volta das cinco seis horas, este facto é compensado pelo facto do idoso adormecer bastante cedo devido à dificuldade que tem em se manter acordado até tarde e pelo facto do idoso dormir frequentemente durante o dia.

Com a idade o ritmo circadiano do sono e da vigília altera-se. A maioria dos adultos começa a sentir sono entre as 22H e as 24H e acorda entre as 06H e as 08H. Um idoso começa a sentir sono por volta das 08H/09H, mas é frequente manter-se acordado até mais tarde. (S. Ancoli-Israel, D. Ph, F. Daniel, M. Kripke, 1998, p.240)

As doenças do foro neurológico que ocorrem frequentemente em idade avançada poderão também ser um factor importante na determinação de perturbações no sono.

Podemos observar que nas demências a confusão mental está extremamente inflaccionada ao acordar.

Na presença de perturbações do sono na terceira idade há que ter em conta a heterogeneidade dos factores, quando pretendemos estabelecer ligações causais.

As dores crónicas, a dispneia, a apneia do sono, a angina de peito, as doenças do foro neurológico, o uso de determinados medicamentos, a institucionalização, a falta de actividade e a depressão são identificados como factores que poderão estar relacionados com as perturbações do sono. (E. Haponik e W. McCall, 1998 , p. 1415)

2.3.2 O RITMO TÉRMICO E O ENVELHECIMENTO

O ritmo térmico ocupa, na hierarquia de importância dos ritmos, o lugar a seguir ao ritmo da vigília/sono. Estes dois ritmos aparecem associados, porque às fases do sono também se associa o ritmo da temperatura. A temperatura tende a aumentar antes do acordar e tende a diminuir, progressivamente, após o adormecimento. Na fase de sono REM deixamos de ter o controlo da temperatura corporal, esta fica sujeita à temperatura do meio exterior.

Estudos realizados em várias espécies de mamíferos revelam que quanto mais deficiente é o sistema de termoregulação mais importante é o tempo ocupado pelo sono paradoxal (Michel Jouvet, 1992, p. 46)

A temperatura corporal é determinada de forma endógena, com uma periodicidade própria.

Esta variável possui várias periodicidades; varia segundo um ritmo circadiano de cerca de vinte e quatro horas, varia também em períodos mais curtos e mais longos, apresentando periodicidades circamensais e circanuais.

Tal como encontramos na reorganização do ritmo do sono uma definição consoante a idade, também o ritmo da temperatura não exprime, desde logo, o seu ritmo circadiano. É por volta do terceiro mês que este ritmo se define pelas 24 horas do dia.

A regulação da temperatura nos idosos é um exemplo das alterações nos mecanismos homeostáticos que ocorrem com o avanço da idade.

Observa-se nas pessoas idosas uma menor capacidade para ajustar a temperatura corporal, fazendo face às variações do ambiente. A hipotermia e a hipertermia são duas situações que ocorrem com muita frequência na terceira idade. (I. Abrass, 1998)

Este autor refere que se observa com evidência o aumento das taxas de morbidade e de mortalidade, particularmente em idosos, em alturas em que ocorrem alterações de temperatura, fazendo-se sentir mais calor ou frio. (I. Abrass, 1998, p. 1437)

As dificuldades na termoregulação poderão estar associadas a uma disfunção no hipotálamo ou a disfunções no Sistema Nervoso Central. Existe uma multiplicidade de factores que predispõem para a hipotermia como a deficiente nutrição, hipoglicémia, patologia endócrina, hipotireoidismo, ingestão de álcool ou de determinados medicamentos.

No caso de existência de doenças cardiovasculares o sistema circulatório não tem capacidade para responder à situação de Stress provocado pelas variações bruscas de temperatura, nem às solicitações do organismo que responde através, por exemplo, dos tremores enquanto um dos mecanismos de contraregulação.

As situações de hipertermia remetem para a entrada em falência de um organismo perante a ineficiência do sistema termoregulador, face a um aumento de temperatura. A associação entre acidentes vasculares cerebrais e o sistema de termoregulação surge na bibliografia em que são descritas as

principais causas de morte nos idosos. A susceptibilidade de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais aparece correlacionada com factores psicológicos e físicos a par com o sistema de termoregulação. (I. Abrass, 1998, p. 1440)

O mesmo autor refere que a morte nos idosos, durante as ondas de calor é normalmente associada a doenças cardiovasculares.

2.4 DOENÇAS MAIS COMUNS NOS IDOSOS

As doenças mais comuns nos idosos decorrem de aspectos inerentes ao processo de envelhecimento, mencionados em capítulos anteriores. No capítulo sobre “os fundamentos genéticos do envelhecimento” refere-se as alterações encontradas ao nível do ADN mitocondrial nas células cardíacas e cerebrais das pessoas idosas. (A Santos, 2001, p. 85)

Refere ainda o autor que o processo de oxidação das proteínas, ao qual tem vindo a ser dada grande importância na cadeia dos acontecimentos biológicos do envelhecimento celular e que conduzem à morte da célula, alterando a sua actividade biológica, põe em risco a formação e a reparação do próprio ADN, com a consequente debilidade orgânica e a eclosão de doenças características do envelhecimento.

No capítulo sobre “o sistema imunitário e o envelhecimento” refere-se que se assiste a uma diminuição da eficácia dos mecanismos da imunidade adquirida, nomeadamente na sua componente de memória.

O sistema imunitário do idoso apresenta um défice no que diz respeito às memórias imunológicas, permanecendo apenas as mais antigas. (M. Rosa 2001, p. 34)

Justifica-se deste modo a frequente ocorrência de doenças cuja origem de infecção é recente, observando-se a dificuldade no idoso em as combater.

Outras alterações observadas no sistema imunitário do idoso fazem estabelecer correlações com o aumento de frequência de certas doenças.

Murasko D e Bernstein E (1998) referem a relação entre o aumento de auto-anticorpos (Células Natural Killer) nos idosos e a ocorrência relativamente elevada de doenças auto-imunes, observada nesta faixa etária. As doenças auto – imunes traduzem-se num disfuncionamento ao nível do reconhecimento do que é do próprio e do que não é. Pressupõe uma identidade adquirida e posteriormente perdida.

As alterações ocorridas no sistema de termoregulação no idoso, mencionado no capítulo sobre “o ritmo térmico e o envelhecimento”, remetem para as associações com os acidentes vasculares cerebrais, tão frequentes na população idosa.

A pele é um dos mais evidentes indicadores da passagem do tempo no organismo. O aspecto físico em que a pele é anfitriã é marcado por uma série de alterações características nas várias idades. A pele perde a sua capacidade de hidratação e surgem as rugas.

Assistimos ainda à diminuição da massa muscular total com aumento da gordura corporal, provocando alterações no peso e no aspecto físico.

Produzem-se alterações nos músculos, nos ossos e nas articulações com repercussões nos aspecto físico e na mobilidade. A perda geral da massa óssea predispõe às fracturas.

Ao nível dos olhos produz-se uma redução da capacidade de focagem de objectos próximos. A deficiente adaptação aos locais escuros e às bruscas

alterações na iluminação observadas nos idosos encontram a sua explicação na diminuição do tamanho da pupila, adquirindo uma forma irregular e a diminuição na velocidade de resposta à luz. (Ruipérez, I., e Llorente, P. 1998 p. 56)

Com a idade, o ouvido interno e o nervo auditivo sofrem um processo de degeneração, com perda da capacidade auditiva para altas frequências. O paladar também diminui, bem como a capacidade olfactiva.

A redução da função pulmonar observada com o envelhecimento altera a capacidade de defesa do pulmão, tornando-o mais vulnerável

As alterações que ocorrem ao nível do aparelho digestivo nos idosos provoca, em geral, uma lentificação do trânsito intestinal, com menor absorção de substâncias e tendência à prisão de ventre.

Produzem-se uma série de alterações nos tecidos e na função cardíaca no idoso.

As alterações no aparelho genital favorecem no homem o aparecimento de cancro na próstata.

Assiste-se a uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, com uma perda importante da maioria das funções renais.

Ao nível do Sistema Nervoso produzem-se alterações estruturais e neuroquímicas. O envelhecimento afecta funções como a percepção, a

memória a curto prazo, o sono, a coordenação motora e o controle muscular, factores que dependem do SNC.

Segundo os manuais de geriatria apresentam-se as doenças mais comuns nos idosos e que reflectem as alterações atrás descritas.

CARDIOVASCULARES:

- Insuficiência cardíaca
- Hipertensão arterial
- Infarto do miocárdio e angina de peito
- Arteriopatias periféricas
- Distúrbios venosos.

RESPIRATÓRIAS:

- Bronquite crónica
- Pneumonia
- Tuberculose
- Cancro do pulmão.

DIGESTIVAS

- Úlceras duodenais e gástricas
- Cancro no estomago, no cólon
- Hepatopatias crónicas. Cirrose.
- Prisão de ventre.

URINÁRIAS

- Infecção urinária.
- Hipertrofia e cancro da próstata
- Incontinência urinária.

HEMATOLÓGICAS:

- Anemia
- Leucemias e linfomas. Mieloma múltiplo.

SISTEMA NERVOSO:

- Demências: doença de Alzheimer. Demência vascular.
- Doença de Parkinson
- Acidente vascular cerebral: trombose e embolia cerebral.

PSIQUIÁTRICAS:

- Depressão
- Transtornos por ansiedade.
- Síndrome confusional aguda.

METABÓLICA E ENDÓCRINAS:

- Diabetes melito
- Desidratação
- Alterações da tiróide
- Obesidade.

REUMATOLÓGICAS E TRAUMATOLÓGICAS

- Artrose
- Osteoporose
- Fracturas: quadris, rádio, úmero
- Artrite reumatóide
- Doença de Paget
- Artrite temporal e polimialgia reumática.

ORGÃOS DOS SENTIDOS

- Visual: cataratas, glaucoma
- Auditivo: tampões de cera, presbiacusia.

(Ruipérez, I., e Llorente, P., 1998 p.22)

Embora sejam identificados uma série de aspectos como característicos do processo de envelhecimento, com consequências na determinação das doenças mais comuns no envelhecimento, parece ser consensual que aos aspectos biológicos se associam os ambientais, e os comportamentais no sentido lato.

3 ... AO RELACIONAL

3.1 SOBRE A PSICOSSOMÁTICA

Na procura de uma concepção global sobre o funcionamento humano encontramos-nos ainda hoje claramente sugestionados pela dicotomia espírito / corpo que conheceu o seu apogeu no discurso cartesiano.

O somatório dos vários conhecimentos, que se edificaram a partir da divisão, é ineficaz para traduzir a globalidade do funcionamento.

A concepção do homem, no que diz respeito ao psíquico e ao somático, foi desde as origens da Filosofia e da Medicina alvo de discussão e controvérsia. Embora apenas se viesse a falar de psicossomática muito mais tarde, as questões que se prendem com as repercussões dos fenómenos psíquicos nos somáticos, e vice versa, são muito antigas. Concepções holísticas e organicistas da doença, assentes em concepções unitárias e dualistas do homem e da relação entre a mente e o corpo, remetem para tempos longínquos.

Remontando aos pensadores da Grécia antiga vemos que, por exemplo, no pensamento de Anaxágoras (séc.V a.c.) aparece uma certa noção da influência da vida orgânica sobre o psiquismo, sendo que: *«A sensação seria o resultado de modificações que sobrevêm ao organismo por contactos ou impressões com elementos diferentes»*.

Hipócrates, “pai da medicina”, considerava o ser humano como um todo, referindo a relação existente entre o temperamento e a doença. Para Homero não existe a oposição corpo-alma. Já Platão pretende demonstrar no seu pensamento que a alma é absolutamente incorporeal, separando-a radicalmente do corpo. Para Platão o soma designa o cadáver, e a alma, a psyche, parte do corpo, o sopro vital. (F. Braunstein & . Pépin, 2001, p.16)

Para Aristóteles, quando se observam as coisas de forma concreta, o que aparece é antes a união e colaboração da alma e do corpo. Para este pensador, a alma não pode subsistir sem um corpo que a anime. Ela é princípio de vida e de movimento, imanente às funções biológicas e fisiológicas. O ser humano não é, para Aristóteles, constituído por uma alma e por um corpo como duas entidades justapostas. Os dois termos exprimem os aspectos inseparáveis da sua unidade viva.

Desde Hipócrates até ao Renascimento (séc. XV / XVI) a abordagem predominante era a abordagem da mente-no-corpo.

O racionalismo cartesiano (séc. XVII) veio alterar este curso, sendo que a prática da medicina no mundo ocidental reflecte ainda hoje o enquadramento do homem no dualismo antropológico que Descartes levou a cabo.

Descartes, considerando o corpo e a alma como duas substâncias separadas e independentes, postula a dualidade do homem como corpo e espírito

O racionalismo cartesiano estabelece que o nosso conhecimento da realidade não depende dos sentidos, mas da própria razão, que é a fonte e origem dos conhecimentos, admitindo a existência de ideias inatas.

Com tais postulados, a filosofia deste autor provocou uma irreductível diferença entre a ordem do espírito e a ordem da natureza.

Em finais do séc. XIX, princípios do sé. XX, o espírito positivista, que se propaga, celebra a matéria e repudia as especulações racionais em favor dos factos e da experiência positiva, num esforço de eliminar a subjectividade.

Embora também tenham surgido correntes que tratavam o corpo e o psíquico como inseparáveis, foi este pensar dualista que manteve maior influência na forma de pensar e de agir da Filosofia e da Medicina após o séc. XVII, bem como, mais tarde, na psicossomática.

Jaime Milheiro (1999) elabora uma reflexão sobre a dificuldade em ultrapassar a dicotomia corpo / espírito, postulando a condição de uma nova metodologia de investigação para se conseguir alcançar a compreensão do “facto psicossomático” num percurso para a designada, “Psicossomática Estrutural”. Este autor coloca o foco no funcionamento global que diverge da soma das partes. Se sobre estas partes o saber científico proporciona já uma razoável explicação, o mesmo não se pode afirmar sobre o funcionamento do todo. (Jaime Milheiro, 1999, p.18)

Começando por se situar dentro da Medicina, o termo psicossomática foi introduzido pelo alemão Heinroth, em 1818, para traduzir a influência dos impulsos sexuais na tuberculose, epilepsia e cancro. No entanto, a designação de medicina psicossomática apenas surgiu em 1922 com Félix Deutsch. O conceito de doenças psicossomáticas teve como base o enunciado de que algumas doenças orgânicas teriam uma base psicológica.

Constatou-se que uma afecção física produzia efeitos na redução do delírio e foi no século XIX que se assistiu ao desenvolvimento de determinadas acções sobre o corpo como forma de intervenção na Psicose.

Já neste século, com a Psicanálise, abriu-se uma nova perspectiva para a medicina psicossomática, que passou a utilizar a concepção freudiana das determinações inconscientes para explicar o modo de intervenção do psíquico no somático. Através do modelo da histeria surge a somatização por conversão, uma patologia funcional na inexistência de lesão do órgão. Na histeria assistimos à capturação do corpo pelo signo, um corpo que comunica.

Freud articulou o somático e o psíquico em torno da oposição entre o actual e o neurótico. Não concedendo ao modelo da histeria uma aplicabilidade total, considerou as neuroses actuais como doenças que, sem determinações inconscientes, não derivam da infância, mas antes do metabolismo corporal que pode funcionar por excesso ou por defeito. A sua concepção da somatização assenta, deste modo, num modelo bidimensional da mesma.

Embora se vá afastando progressivamente e cada vez mais dos modelos médicos e biológicos que marcavam a sua época, Freud (1927) refere que «*A Psicanálise não esquece jamais que o psíquico repousa sobre o orgânico*».

Autores como Reich, que reduz o neurótico ao actual, e Groddeck, que reduz o actual ao neurótico, resolvem a contradição atrás enunciada fazendo eliminar uma das teses contraditórias, desembocando num modelo unidimensional de somatização.

Segundo Reich as psiconeuroses possuem um nó de neurose actual e as neuroses actuais possuem uma superestrutura psiconeurótica. Apresenta assim o seu modelo sob a forma de um monismo conceptual, sobre a identidade do psíquico e do somático.

Por sua vez, Groddeck estende o modelo de conversão histérica às manifestações psicossomáticas. Para Groddeck, o esquema de simbolização encontrado nos sintomas histéricos é integralmente aplicado às doenças orgânicas. O psíquico e o somático são ambos expressão do Id. Para este autor tudo se reveste de um sentido, tudo é símbolo.

A teorização da escola Kleiniana refere a conversão somática relacionando-a com conflitos anteriores ao período edipiano, nas fases mais arcaicas do psiquismo, possuindo determinações puramente psíquicas.

Questionando o modelo psicanalítico de somatização, que empreende uma busca do sentido dos sintomas, Sami-Ali contra-argumenta com aqueles sintomas em que existe uma lesão num órgão cujo sentido apenas pode ser concedido à posterior, produto de uma racionalização do sintoma. Este significado, a ser atribuído, tem um sentido secundário distinto de um sentido primário, que se encontra na sintomatologia psico-neurótica ou de conversão histérica.

A distinção entre os mecanismos de formação da conversão histérica e a patogénese psicossomática foi realizada pela Escola de Chicago (F. Deutsch, F. Dumber, F. Alexander). Considerando o campo da medicina psicossomática apenas no que diz respeito às doenças orgânicas, Dumber exclui a histeria de conversão e as patologias funcionais.

A partir do postulado de que na base do disfuncionamento psicossomático existia um defeito na estrutura da personalidade, Flanders Dumber (1943) defende a existência de perfis específicos de personalidade para os vários síndromes psicossomáticos.

Esta metodologia, que consiste em correlacionar parâmetros psíquicos e somáticos com a finalidade de definir perfis psicológicos, continua ainda hoje a orientar parte significativa da pesquisa realizada neste âmbito.

Franz Alexander (1950) vai relacionar as doenças psicossomáticas com certos conflitos intrapsíquicos particulares. A extensão do modelo de conversão

histórica às manifestações psicossomáticas foi também criticada por este autor. Para Alexander, a formação sintomática das doenças psicossomáticas não actua na resolução do conflito, tal como acontece na histeria de conversão. O autor distinguia claramente os sintomas conversivos, considerados como expressão simbólica de um conteúdo psicológico recalcado e as doenças psicossomáticas, encarando-as como respostas vegetativas a estados emocionais crónicos.

Aos defeitos estruturais da personalidade de Dumbbar, Alexander contrapunha, assim, a especificidade do conflito.

Apesar da definição de perfis de personalidade constituir ainda hoje objecto de interesse e investigação, muitos têm sido os autores que manifestam a sua oposição relativamente à definição de perfis psicossomáticos específicos das diversas síndromes, sendo que um dos argumentos utilizados é o de que em diferentes estruturas psicológicas podem eventualmente manifestar-se a mesma doença, do mesmo modo que diferentes doenças podem manifestar-se numa mesma pessoa, sem que nada tenha sido mudado na sua estrutura.

Sami-Ali chama a atenção para a existência de sintomatologias mistas e da variabilidade sintomática. De facto, alternam no mesmo sujeito as mais diversas somatizações, sem que nada seja mudado no seu funcionamento ou, no dizer destas teorias, no seu perfil.

O modelo da Escola Psicossomática de Paris (Marty, Fain, M' Uzan, David) defende uma teoria que postule a unificação entre o psíquico e o

somático. Rejeitando a ideia de um 'perfil psicológico típico, defende a existência de uma organização particular, propiciando a ocorrência de perturbações no equilíbrio psicossomático.

Para Pierre Marty e a Escola de Paris as doenças psicossomáticas ocorreriam em pessoas cujo pensamento é por estes autores designado como "*pensamento operatório*". Este caracteriza-se por uma limitação das capacidades simbólicas e por uma carência de elaboração mental e de representação. O princípio que, segundo Pierre Marty, preside ao pensamento operatório está descrito nesta passagem:

«As actividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física individual; o pensamento operatório que evidencia a carência funcional dessas actividades vai naturalmente acompanhar perturbações somáticas. O pensamento operatório é um pensamento consciente sem ligação com movimentos fantasmáticos, é um tipo de pensamento em que predomina a referência ao factual, ao actual».

(Pierre Marty, 1993, p.17)

Nesta concepção estão ausentes as referências ao passado bem como a projecção no futuro. A emergência de representações e afectos, ligados à reactivação de recordações e de pensamentos latentes, está totalmente excluída. Nesta concepção do pensamento operatório há uma falência do pré-consciente pela deficiente comunicação entre o inconsciente e o consciente e uma pobreza da vida fantasmática. Os sintomas são então destituídos de qualquer sentido, sendo decorrentes de uma falta de simbolização.

O termo "*Alexitimia*", criado por Nemiah e Sifneos, compreende o mesmo tipo de funcionamento, definido pelo pensamento operatório. Definindo-se por uma ausência de palavras para os afectos, este conceito aplicar-se-ia aos que experimentam dificuldades de elaboração e verbalização das suas emoções. Nesta mesma linha, Joyce McDougall (1974) descreve o comportamento alexitímico na sua vertente essencial de compulsão para a acção, que na impossibilidade da simbolização cumpriria o objectivo de evitamento da dor e da elaboração psíquicas.

Também Bion faz resultar a doença orgânica da existência de sensações e afectos não simbolizados, os quais designa por elementos Beta.

Para Sami-Ali, a patologia orgânica tem de ser pensada segundo um modelo próprio, não integrado no modelo da histeria, no da neurose actual ou no da psicose, tornando-se para isso necessária a aplicação de uma metodologia específica. Com base em tais pressupostos, este autor elabora um modelo multidimensional de somatização.

Sami-Ali propõe um método para pensar a doença orgânica em que ao funcionamento, onde a relação com o imaginário assume um papel preponderante, acrescenta as situações de vida com um papel fundamental no adoecer somático.

Este autor encontra-se em ruptura com a tradição psicossomática, que se organiza em torno do pensar dualista e monista. Pensando as relações que podem existir entre o orgânico e o psíquico, com uma especificidade própria,

Sami-Ali concebe o psíquico e o somático como dois modos de colocar a relação. Relação que surge à priori da existência orgânica.

«A Psicossomática é a Ciência que articula o biológico e o relacional intersubjectivo.»

(Pedro, A. F., 1997)

Nesta perspectiva o autor interpõe, para esta articulação, a necessidade da metodologia enunciada por Sami-Ali, (cujas premissas de investigação foram formuladas nos Estados Unidos por Alexander) e que pressupõe a existência de «...uma convergência isomórfica e de causalidade circular recíproca entre o biológico e o relacional, de maneira que o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma única e mesma realidade. Em toda a patologia psicossomática está presente uma causalidade circular entre os funcionamentos relacionais e certa situações conflituais específicas. Isto passa-se tanto ao nível biológico como a nível relacional.»

(Pedro, A. F., 1997)

3.2 A RELAÇÃO COM O OUTRO E O IMAGINÁRIO

Inscrita na relação precoce a representação do objecto na sua ausência, constitui-se como a génese da representação simbólica. O imaginário constitui-se na relação trazendo a marca da intersubjectividade que se consubstancia em primeiro lugar, na relação diádica, mãe criança e nas relações subsequentes com outras figuras significativas.

O imaginário constitui-se como lugar privilegiado de manifestação da subjectividade fundamento do ser.

Considerada de início por muitos como a parente louca da razão, ou tão simplesmente como uma actividade de ociosos, a imaginação vai sofrendo ao longo do tempo modificações, não só no que diz respeito à sua definição, mas também à sua função e importância. Podemos constatar que quando se fala de imaginação acaba por falar-se de sonho, de loucura mas também de saúde.

Acto da imaginação, a fantasia passa com a Psicanálise para um primeiro plano. A fantasia permeia então todas as opções e padrões de comportamento. Segundo Freud através da fantasia realizam-se desejos e solucionam-se conflitos internos.

Numa carta escrita a Fliess, Freud (1897) afirma que as fantasias são tão reais e importantes como a realidade externa. Freud (1914) refere-se frequentemente à fantasia como a realidade psíquica.

Apesar das suas dificuldades em definir a relação exacta entre a pulsão e a fantasia, refere frequentemente que as pulsões vinculam-se à fantasia. Definindo pulsão como conceito na fronteira entre o somático e o mental, poderemos pensar que estaria subjacente a ideia da fantasia como algo que não se vincula tão somente ao psicológico, mas também, e de algum modo, ao somático.

A concepção de Melanie Klein sobre as fantasias fazem-nas situar muito perto do somático, afectando consequentemente o funcionamento físico. A fantasia existe para Klein desde o início da vida, resultando de uma experiência física. Surge como expressão mental dos instintos para além de se constituir para esta autora como meio de defesa e meio de fuga à realidade externa. A autora concebe as fantasias como expressão directa das pulsões afirmando que estas dão origem à fantasia. (Segal, A. , 1975 p. 27)

Na concepção desta autora, a fantasia preenche na vida mental primitiva algumas das funções que serão posteriormente assumidas pelo pensar. (A. Segal, 1975, p. 33)

Na teoria de Sami-Ali, o imaginário aparece como factor determinante no funcionamento psicossomático, assumindo um papel na preservação da doença orgânica. Esta correlação entre a projecção e a somatização é postulada do seguinte modo:

- *«Uma correlação positiva entre projecção e somatização dando lugar na conversão histérica a uma patologia por excesso do imaginário.»*

-
- *«Uma correlação negativa entre projecção e somatização cuja consequência é uma patologia somática, não conversível, por defeito do imaginário.»*

(Sami-Ali, 1987, p. 16)

Na perspectiva de Sami-Ali, os movimentos projectivos acompanham-se de um reforço imunitário, anulando a ideia da projecção enquanto mecanismo puramente psicológico. A interdição ao imaginário aparece como eixo da patologia orgânica.

Psíquico e biológico, o sonho constitui uma forma paradigmática de expressão do imaginário. Como espaço de projecção, o sonho tem um efeito terapêutico sobre o corpo real.

A compreensão da somatização pressupõe a sua relação com o imaginário bem como a natureza do conflito. Segundo Sami-Ali é em determinadas condições de vida – de impasse – em que há uma repressão da função do imaginário que se criam condições favoráveis ao adoecer somático. É através do imaginário que se proporciona o pensamento alternativo. Perante uma situação de impasse o espaço do imaginário permite pensar em novas possibilidades.

A esta relação positiva ou negativa com o imaginário Sami-Ali acrescenta a natureza do conflito como factores determinantes para compreender-se a somatização..

Mediante o recurso ao imaginário poder-se-á pensar a contradição de forma criativa, elaborando a situação de crise através da criatividade projectiva.

3.3 O RELACIONAL, IDENTIDADE E PSICOSSOMÁTICA

O imaginário, como potenciador da expressão da subjectividade e da definição do ser único, assume um papel primordial na constituição da identidade.

A relação com o imaginário depende da interacção precoce entre a criança e as figuras significativas, depende da forma como a criança se sentiu ou não respeitada nos seus ritmos, na sua forma de estar e de ser.

A imposição dos ritmos vitais como sejam os de comer, dormir, brincar, contrariando aqueles que seriam os da própria criança vai despoletar um processo de recalçamento que atingirá as formas de estar e de ser. A adaptação a um funcionamento que lhe é exterior pressupõe o recalçamento da sua subjectividade, a interdição ao imaginário.

Várias são as concepções de autores acerca da identidade que remetem para uma falha ao nível da constituição do ser enquanto único na sua subjectividade. A imitação surge, nestes casos, como forma de colmatar ou preencher tais lacunas. As concepções que se seguem são habitualmente enunciadas quando se fala do "psicossomático" e subentendem uma relação com o imaginário.

Deutsch (1968) que se dedicou especialmente ao estudo da designada personalidade "*como se*" descreveu os indivíduos com uma capacidade intelectual intacta e expressões emocionais adequadas. No entanto, refere o

facto dos vínculos afectivos derivarem de uma atitude imitativa, enunciando a falta de autenticidade no seu comportamento. Diz que, adaptando-se de imediato ao que lhes é proposto do mundo externo, fazem-no sem qualquer reflexão ou sentido crítico. Do que resulta a falta de individualidade e de originalidade nas suas reacções.

« O que caracteriza especificamente as personalidades "como se" é a sua perturbação peculiar da identidade, com falta de relações estáveis e de identificações compatíveis».

(Deutsch cit. Grinberg, 1976, p.107)

Bleger (1967) compara a sua noção de personalidade com a personalidade "como se" descrita por H. Deutsch. A personalidade ambígua, tal como a descreve Bleger, caracteriza-se pela sua indiferenciação, o que equivale a dizer défice de discriminação e de identidade, ou défice de diferenciação entre eu e não eu.

A propósito da personalidade "como se" Grinberg (1976) refere que: *«...é o predomínio e a qualidade das identificações projectivas utilizadas por estes pacientes, que dão como resultado atitudes imitativas e pseudo-identificações, em vez de identificações assimiladas».*

(Grinberg, 1976, p. 108)

Em Bion a função alfa e os elementos beta remetem para uma distinção entre, de um lado, a formação simbólica e o pensamento e, de outro, um uso

computadorizado de signos e modos simplificados de extrapolação de experiências e ideias recebidas do passado. A criação de símbolos idiossincráticos, por oposição à manipulação de signos convencionais, constitui um divisor entre o crescimento da personalidade e a adaptação. A distinção feita por Bion entre “aprender pela experiência” e “aprender a respeito do mundo” é precisa. É também marcada pela distinção entre formas narcísicas de identificação (projectiva e adesiva), - que produzem uma alteração imediata e um tanto enganosa no sentido de identidade – e o processo introjectivo, através do qual os nossos objectos internos são modificados, estabelecendo gradientes de aspiração para o crescimento do Self. Nesta perspectiva Bion faz resultar a doença orgânica de sensações e afectos não simbolizados.

Carlos Amaral Dias (1992) refere-se ao psicossomático conferindo-lhe uma personalidade mimética, através da identificação narcísica numa modalidade particular de identificação adesiva, visando a obediência ao real e garantindo permanência. Refere-se às personalidades miméticas como sendo elaboradas por mecanismos de imitação social, sem repercussão interna. Seriam personalidades sem verdadeiro espaço de transformação, que permitisse a atribuição de um significado pessoal ao que se lê, sendo que o pensamento consistiria na reduplicação do mesmo pela imitação. Neste caso, a identificação projectiva e introjectiva, na sua vertente da comunicação e da transformação, estariam ausentes.

Coimbra de Matos(2003) refere que na patologia psicossomática o sujeito por não ser reconhecido não se reconhece.

«O seu pensamento trata a informação, mas não inventa nada, não cria. A mente opera não devaneia. O afecto é reactivo, jamais espontâneo. Tudo é linear sem ansas de derivação; literal, sem recurso à metáfora; banal, sem profundidade anímica; factual, sem lugar para o mistério e muito menos para o transcendente.»

(Coimbra de Matos, 2003 p.76)

Considerando os modelos aqui apresentados, que pretendem fazer uma leitura compreensiva da relação entre o imaginário e a patologia orgânica, destacam-se aqueles que inscrevem o imaginário numa lógica de causalidade circular entre o relacional e o biológico. Estes postulam ainda a identidade psíquica e a identidade física não como entidades separadas, mas como elementos que se constituem num contínuo.

Estes modelos vão ao encontro das descobertas realizadas no campo da ciência, que sugerem uma concepção do funcionamento psicossomático na sua unidade.

Em «O erro de Descartes», A. Damásio (1994) sugere que os sentimentos exercem forte influência sobre a razão, explicitando o modo como os sistemas cerebrais necessários à execução da razão estão ligados com os sistemas necessários à emoção, postula também que todos estes sistemas interligam-se com os que regulam o corpo. Este autor coloca a hipótese da existência de uma ligação, em termos anatómicos e funcionais, da razão aos sentimentos e destes ao corpo.

«Os níveis mais baixos do edifício neurológico da razão são os mesmos que regulam o processamento das emoções e dos sentimentos e ainda as funções do corpo necessárias para a sobrevivência do organismo. Por sua vez, estes níveis mais baixos mantêm relações directas e mútuas com praticamente todos os órgãos do corpo, colocando assim o corpo directamente na cadeia de operações que dá origem aos desempenhos de mais alto nível da razão, de tomada de decisão e, por extensão, do comportamento social e da capacidade criadora.»

(A. Damásio, 1994, p. 15)

3.3 O IMPASSE RELACIONAL E BIOLÓGICO

A situação de impasse desenha-se na matriz do conflito, perante premissas, que à luz da imaginação daquele que o experimenta, se apresentam sem resolução.

Sami-Ali postula que, para compreender-se a somatização, é necessário ter em conta, por um lado, essa relação positiva ou negativa com o imaginário, por outro, atender à estrutura lógica do conflito, que implica ou não a contradição.

O autor refere natureza do conflito como um aspecto mais importante do que o tipo de personalidade na determinação do adoecer somático, acrescentando que o tipo de conflito não tem de articular-se com nenhuma doença somática específica.

Deste modo, desloca para as situações de impasse o enfoque dado ao funcionamento mental na determinação da doença orgânica. É em determinadas condições de vida- de impasse – em que há uma repressão da função do imaginário que se cria o terreno propício para o adoecer no corpo real.

Definindo a relação positiva ou negativa com o imaginário, pela diferença entre o recalçamento falhado e o recalçamento bem sucedido, é possível combinar aquelas duas ordens de factores de diversas maneiras, obtendo assim três grandes formas de patologia: a patologia freudiana, a patologia da

adaptação e a patologia mista, às quais correspondem diferentes modalidades de somatização: o figurado, o literal e o neutro.

Decorrente do modelo de Sami-Ali, existem assim três formas maiores de funcionamento distintos, que se definem relativamente ao imaginário, mas que apenas se tornam patológicos aquando a cristalização numa situação de impasse. São elas a patologia da adaptação, em que há um recalçamento da função do imaginário; a psicose, em que por via do insucesso do recalçamento emerge o imaginário; e as patologias mistas, nas quais há uma oscilação entre o recalçamento falhado e o recalçamento conseguido.

Este modelo concebe a somatização não histérica em função de uma situação de impasse, cuja estrutura lógica é a de uma contradição. A conversão histérica releva de uma situação conflitual, mas não contraditória, que institui a alternativa mesmo que desagradável. Mantendo-se a relação com o imaginário, o conflito exclui a contradição e aparece deste modo o "impasse" da histeria de conversão, não se tratando este de um verdadeiro impasse. As somatizações relevam do figurado e atingem essencialmente o corpo imaginário. A histeria está assim em correlação positiva com a somatização no corpo imaginário, não excluindo a possibilidade de uma somatização mista.

O impasse característico da psicose é aquele cujo conflito inclui a contradição. Mantendo-se a relação com o imaginário, devido ao insucesso do recalçamento, a somatização efectua-se no corpo imaginário.

A psicose altera a economia psicossomática de tal modo que as afecções do corpo real são absorvidas pelo corpo imaginário.

Confrontado com a situação de impasse, o delírio transforma duas proposições contraditórias, que se excluem mutuamente em duas proposições paradoxais que se incluem uma na outra, segundo a lógica de inclusões recíprocas, própria do imaginário. O conflito é resolvido pelo delírio. A ultrapassagem do impasse efectua-se assim integrando esse mesmo impasse. Este modo de elaboração do impasse desloca a patologia do plano orgânico para o plano psíquico, do corpo real para o corpo imaginário.

A psicose está negativamente correlacionada com a somatização orgânica. Pode observar-se aqui, de forma nítida, o efeito preservador da doença orgânica por parte da projecção.

No caso de haver uma correlação negativa com o imaginário, o recalçamento é bem sucedido. O conflito torna-se então insolúvel, não pensável. Tal sucede na patologia da adaptação, em que a subjectividade desaparece, dando lugar à conformação com a norma. Sem conflito, o papel social substitui a subjectividade.

Vivência sem conflito, sem divergência ou indignação, estabelece os moldes de um mundo unidimensional onde reina o conformismo. Conformismo social, emocional, perceptivo. Tudo passa a ser percebido em função de categorias, de esquemas sensoriais e mentais. A castração levada ao limite.

A abstracção de si, enquanto ser subjectivo dotado de imaginário, permite uma efectiva adaptação às exigências do meio. Com o recalçamento da função do imaginário, a somatização ocorre ao nível do corpo real, sendo modalidade de somatização a do literal e do neutro. Tal recalçamento transtorna, no seu conjunto, o funcionamento psicossomático. O recalçamento

da actividade do sonho transtorna toda a fisiologia do corpo real. Sobreinvestindo o real, este passa a ocupar o vazio deixado pelo retraimento do imaginário. A passagem entre corpo real e corpo imaginário é interdita.

Na patologia da adaptação existe um adoecer no corpo real, quando o recalçamento não consegue anular a diferença, transformando a situação numa situação de impasse.

A somatização que emerge desta formação caracterial, desta patologia decorrente da ruptura com o imaginário, tem lugar no corpo real e é portanto orgânica. Pode observar-se aqui uma correlação negativa entre projecção e somatização.

O recalçamento da função do imaginário determina o funcionamento em formação caracterial, que por sua vez determina o recalçamento. Está criado um tipo de coincidência que proporciona uma adaptação social, adoptando as exigências familiares numa abstracção do que se é enquanto ser subjectivo. Sem referências pessoais, o outro é um anónimo que dita as coordenadas do seu ser, do seu espaço e do seu tempo. Um Super-ego corporal que o autoriza a ser. Instância pessoal, que sendo exterior, torna a pessoa exterior a si mesma. A relação de objecto dá então aqui lugar à identificação narcísica.

Este viver vazio mecanizado não provoca tristeza. Não há uma vivência de elaboração depressiva mas antes uma depressão à priori, utilizando a terminologia de Sami- Ali. À priori de qualquer acontecimento, uma depressão caracterial. Vivência próxima daquela que é descrita por Coimbra de Matos (1985) quando se refere a uma forma de depressão marcada pelo desinteresse e pela quietude; a *depressividade* em que o objecto interno depressígeno permanece investido e insubstituível. Nesta depressão, que existe sem que o

sujeito dela tenha verdadeira consciência, acontece, nas palavras de Coimbra de Matos, «um esforço defensivo para não se deixar deprimir».

(Coimbra de Matos, 1985, p.44)

Nesta patologia da adaptação não existe uma carência funcional real de imaginário, como na teoria de Pierre Marty. O que existe é antes um funcionamento psicossomático onde o recalcamto caracterial interdita o acesso à vida onírica, ou seja, há um colocar entre parentesis da função do imaginário.

O recalcamto deixa assim de ser concebido apenas como um processo parcial, como recalcamto de um conteúdo, para se integrar no conjunto do funcionamento psicossomático, resultante do recalcamto da função do imaginário.

Neste modo de funcionar, o da patologia da adaptação, o sonho apenas existe como acontecimento biológico, submetido ao ritmo do sonho paradoxal, e não como experiência vivenciada. O recalcamto provoca um esquecimento do conteúdo do sonho bem como da sua actividade. No entanto, pode eventualmente permitir o acesso à consciência daqueles sonhos que emanam do super-ego, que são os que impedem precisamente de sonhar e que reproduzem o real sem qualquer vestígio do imaginário.

Quando o recalcamto falhado alterna com o recalcamto bem conseguido surge uma terceira forma de patologia: a patologia mista, onde alternam o literal, o figurado e o neutro. Sami-Ali concebe esta patologia como

possuidora de uma realidade original e não apenas uma mistura das anteriores. Observando-se uma oscilação entre o acesso e a interdição ao imaginário, esta patologia revela um espaço especular e bidimensional.

Relativamente ao impasse, existe uma outra alternativa que integra a contradição de uma forma criativa, a que Sami-Ali designa de sublime e à qual apenas se tem acesso mediante o recurso ao imaginário; pensar a contradição de forma criativa, elaborando a situação de crise através da actividade projectiva. Por intermédio de acesso ao imaginário poder-se-ão transformar as contradições em conflitos intra-psíquicos, possibilitando uma forma de conflitualização diferente da que antes resultava numa situação sem resolução possível.

As características inerentes ao processo de envelhecimento poderão consubstanciar-se em situações de impasse, de impasse relacional e de impasse biológico. As alterações nas situações de vida, introduzidas frequentemente pelo processo de envelhecimento, colocam, àquele que as experimenta, exigências adaptativas até então não experimentadas. A ideia de proximidade da morte traduz-se num potencial paradigma de impasse relacional e biológico.

4. A MORTE

Quando falamos de morte retomamos o tema do corpo, o tema da cisão entre o corpo e alma e o da finitude.

«A interrogação sobre o envelhecimento é uma pergunta acerca da finitude do homem e da sua liberdade»

(B. Olievenstein, 2000, p. 7)

«Se o corpo humano pôs um problema desde a Antiguidade grega, foi justamente porque o que o constitui, a matéria, não o constitui senão parcialmente e não cessa de se alterar, logo de ser um princípio instável porque em devir.»

(F. Braunstein & J. Pépin, 2001, p.18)

Os idosos falam muito do corpo, de um corpo que sentem doente, de um corpo que os limita.

«Só que o corpo está lá, esse velho inimigo-amigo com o qual a luta foi incessante, ora no prazer ora na repulsa»

(C. Olievenstein, 2000, p. 7)

Apesar da crença em Deus não eliminar a angústia de morte, a crença que integra a concepção de uma vida eterna, para além da morte, permite uma esperança, um antídoto para o vazio. Tal concepção integra mais uma vez o

relacional. Surge nos discurso dessa vida para além da morte o factor principal que move a crença dos vivos: o reencontro com os mortos.

Uma outra forma de luta contra a falta de sentido da morte é a construção da história de vida, a sua escrita, sua elaboração na memória. É na criação da história que criamos um sentido.

As cerimónias fúnebres reflectem as concepções do homem perante a morte, a sua morte, a morte do outro. Reflectem as variações da consciência do eu e do outro.

Na época Medieval a morte é representada como morte anunciada ou morte súbita, decorrente das pestes. Existe uma concepção de morte sentida, sendo retractada a advertência da morte através da interpretação de sinais naturais ou por convicção íntima.

No século XVII D. Quixote sente a morte a aproximar-se esta trá-lo à razão.

Na Antiguidade assistimos aos cultos funerários. As antigas práticas funerárias em que é descrita a exiguidade e o anonimato das sepulturas, o amontoamento dos corpos, a reutilização das fossas marcas da indiferença em relação aos corpos. O Cristianismo desembaraça-se dos corpos.

Era um momento destituído de carácter dramático ou de emoção excessiva.

Até ao séc XIII a morte era familiar, próxima, atenuada, experienciada num clima de indiferença. Havia uma familiarização com a sua própria morte e com os mortos. Assistíamos a uma resignação familiar perante o destino

colectivo da espécie. Estávamos longe do sentimento e medo contemporâneo que experimentamos perante a morte. O temor que experimentamos perante a morte é um sentimento recente.

Esta vulgarização da morte é parcialmente alterada na segunda metade da Idade Média. A partir dos séculos XI e XII assistimos a modificações subtis, conferindo lentamente um sentido dramático e pessoal oposto à familiaridade tradicional do homem perante a morte. Esta familiaridade tradicional reflectia uma concepção colectiva do destino e uma concepção do Homem submetido a um processo de socialização que não separava o Homem da natureza. A familiaridade com a morte surgia da aceitação da ordem da natureza.

Houve uma introdução progressiva da particularidade de cada indivíduo alterando esta ideia de destino colectivo. P. Ariés (1975), descreve a iconografia das artes moriendi do séc. XII onde se reúne a segurança do ritual colectivo e a inquietação emergente de uma interrogação pessoal. (P. Ariés, 1975, p. 35).

A partir dos séculos XIV e XV é definitiva a ligação entre a biografia individual e a morte. Surge a crença de que cada homem revê toda a sua vida nos momentos que precedem a morte. Acredita-se também que a sua atitude nesse momento dará à sua vida sentido definitivo.

A partir da reforma católica dos séculos XVII e XVIII afastou-se a ideia de que bastaria uma atitude honrosa no momento da morte para virtualizar toda a sua vida. Posteriormente continua a reconhecer-se importância moral à conduta do Homem no momento da sua morte e às circunstâncias da sua morte. No Séc. XX esta ideia foi banida nas sociedades industriais.

O horror da morte é um tema abordado na poesia do Séc. XV. Este sentimento de horror estende-se à doença e à velhice. (P. Ariés, 1975, p. 36).

O Homem da Idade Média tinha consciência da proximidade da sua morte, num tempo em que a esperança média de vida era reduzida e a morte eminente devido à incurabilidade das doenças que existiam. Esta realidade exaltava a paixão que este Homem tinha pela vida.

A concepção enquanto ruptura com o quotidiano surge a partir do século XVI, com a associação da morte ao erotismo. Esta associação perde-se, mas não se perde a concepção de ruptura.

Durante a segunda metade da Idade Média, do século XII ao Séc. XV, fez-se uma aproximação entre as representações mentais da morte, as do conhecimento de si próprio e as do apego às coisas e aos seres que lhes pertencem durante a vida. «A morte converteu-se no lugar onde o Homem tomou melhor consciência de si mesmo». (P. Ariés, 1975, p. 38).

A partir do século XII começam a surgir as inscrições funerárias desaparecidas há cerca de nove séculos, testemunhos da personalização.

No Séc. XVIII as placas de inscrição fúnebres traduzem a vontade de individualizar o local da sepultura e perpetuar no local a lembrança daquele que morreu, num esforço de saída do anonimato e de conservar a identidade após a morte.

A partir do século XIII o Homem das sociedades Ocidentais exalta a morte, dramatiza-a, emergindo a preocupação fundamental com a morte do

outro. Fundamento da lamentação e da saudade, tal concepção redonda no novo culto dos cemitérios que assistimos a partir do século XIX.

A expressão de dor dos que continuam a viver perante a morte do outro, deve-se à intolerância perante a separação que a morte provoca. A recordação confere ao morto um sentido de vida através das memórias dos vivos.

O testamento que era até então um documento que assegurava que a vontade do próprio seria cumprida, frente à ameaça do esquecimento dos outros passou a ser, até aos nossos dias, o acto legal de distribuição de pertences.

Os desejos de quem morre passam a ser comunicados aos familiares em quem passa a confiar, pressupondo uma alteração nas relações familiares fundadas agora no sentimento. (P. Ariés, 1975, p.48).

O luto tem lugar após o século XII com dupla finalidade: manifestação por parte da família do desgosto e defender aquele que sobrevive. Do luto faziam parte uma série de rituais em que, por exemplo, era imposto um certo tipo de vida social que tinha como objectivo defender o enlutado contra o excesso da sua dor.

Assistimos segundo P. Ariés (1975) desde os anos 40/50 do século XX a uma revolução nas ideias e nos sentimentos tradicionais. «A morte, outrora tão presente, da tal modo era familiar, vai desvanecer-se e desaparecer, torna-se vergonhosa e objecto de um interdito.» (P. Ariés, 1975, p. 54). Assistimos,

segundo o autor , a uma recusa da morte, em que se questiona o facto de se dizer à pessoa que tem uma doença grave.

Assiste-se também a uma transferência do local da morte. Morre-se cada vez menos em casa e mais no Hospital. A morte deixa de ser ritualizada na presença de familiares e amigos, para passar a ser um fenómeno técnico, determinado pelo cessar dos sentidos.

P. Ariés refere uma fuga perante a morte como característica dos nossos dias. Uma fuga que não relevando da indiferença para com os mortos pretende evitar a exposição do sofrimento devido à morte.

Fomenta-se um luto silencioso, longe dos olhares dos outros. *«A morte passa a ser um interdito».*

(P. Ariés, 1975, p. 57)

«Nos países industrializados preparar-se para a morte torna-se obsceno»

(C. Olievenstein, 2000, p. 58)

Hoje a morte encontra-se medicalizada, acontece cada vez mais em meio hospitalar do que familiar.

Fora do âmbito da crença religiosa a morte surge em termos existenciais enquanto situação de impasse, inviabilizando o relacional e o biológico. Personificação do impasse por excelência a morte assim concebida surge enquanto produtora de não significado, de sem sentido.

«Não deixaremos de massacrar o sentido para que ele exista. Nada é menos evidente no final de uma vida.»

(C. Olievenstein, 2000, p.46)

5. A DEPRESSÃO: Neurose, Psicose e Patologias Limite

Uma abordagem sobre a depressão, implica pensar a depressão enquanto afecção que atravessa todos os quadros clínicos da psicopatologia.

O sentimento de não se amado como se desejaria constitui o essencial da depressão. Surge a par com a organização da memória, que permite a criação da ausência.

Falando de depressão enquanto factor decorrente da ausência, Sami-Ali (1997) descreve duas modalidades de depressão. Na primeira o objecto define-se para o sujeito enquanto ausente-presente. Nesta, a relação com o objecto ausente, perdido, permanece investida aproximando a depressão da nostalgia.

Na segunda modalidade Sami-Ali define a relação com o objecto no sentido presente-ausente. Nesta o autor refere uma perda que não implica o desaparecimento físico, mas a indisponibilidade do outro, remetendo para as situações precoces de depressão materna.

Condição prévia para a existência de depressão, para a consciência da perda ou da ausência é a constituição de uma relação de objecto em que existe uma relação de amor, conferindo ao objecto qualidades como dador de conforto, segurança, afecto.

Coimbra de Matos (2001, p. 38) identifica como importante factor etiológico da disposição depressiva o facto da criança não ter sido valorizada

pela mãe. A conduta subsequente da mãe, ao facto da criança não corresponder ao seu ideal, é de uma exigência exacerbada fundamentando, segundo o autor, a organização de um Eu Ideal ou um Ideal do Eu precocemente organizado, sob os desígnios do materno.

O início da posição depressiva, em Melanie Klein, é marcado pelo reconhecimento da mãe como uma pessoa total. Nesta fase, a figura prestadora dos cuidados maternos é reconhecida como tendo características boas e más. O reconhecimento da mãe, como objecto total, é concomitante com a capacidade de recordar que a pessoa que gratifica em certos momentos também frustra. O amor e o ódio, na concepção desta autora, são sentidos relativamente ao mesmo objecto. Face à ambivalência experimentada, em que o bebé dirige os seus impulsos e fantasias agressivos para o objecto, surgem os sentimentos de culpa característicos da posição depressiva.

É o sentido de realidade, surgido durante a elaboração da posição depressiva, que permite a limitação do pensamento onipotente que o bebé confere às suas fantasias, nomeadamente às fantasias agressivas e destrutivas.

Na concepção de Melanie Klein a posição depressiva nunca é elaborada totalmente. As ansiedades que decorrem da ambivalência, e as experiências depressivas despoletadas por perdas que vão ocorrendo, acompanham o indivíduo por toda a sua vida. O modo como as relações de objecto são integradas na posição depressiva, permanece a base da estrutura da personalidade. (Segal, H. 1975)

A posição depressiva tal como a posição esquizo-paranoide é concebida como um fase do desenvolvimento, mas não como uma fase ou estágio ultrapassáveis. Implicam uma configuração específica de relações de objecto, de ansiedades e de defesas que persistem toda a vida. Na concepção de Melanie Klein, poderá existir uma oscilação constante entre as duas posições. Segundo a autora, a posição depressiva nunca supera totalmente a que a anteceda, a Posição esquizo paranoide, sendo que o conflito depressivo poderá provocar uma regressão aos fenómenos esquizo-paranoides.

A posição esquizo paranóide decorre nos primeiros 3 a 4 meses de vida e caracteriza-se pelo facto de persistirem relações de objecto parciais e pela prevalência de processos de clivagem e de ansiedade paranóide.

Coimbra de Matos (2001) refere que o amor e o ódio dirigidos a um mesmo objecto, sendo esse o objecto privilegiado é a primeira experiência da “posição depressiva” de Melanie Klein, conduzindo ao primeiro afecto depressivo e à depressão primária. É o sentimento de não ser amado como se deseja que induz à depressão. A percepção de um objecto que frustra despoleta ódio face a esse objecto, devido à insuficiência do seu amor. (Coimbra de Matos, 2001, p. 309).

À Posição esquizo-paranoide e Posição depressiva de Melanie Klein, Coimbra de Matos acrescenta a posição narcísica e a posição edipiana, correspondendo estas a diferentes relações de objecto. A posição narcísica é dominada por sentimentos de inferioridade e de vergonha. Segundo Coimbra

de Matos é na vigência desta posição narcísica que se desenvolve a estrutura da depressão neurótica, enquanto a depressão psicótica ou melancólica se organiza sob o domínio da Posição depressiva. (Combra de Matos, 1991 p. 216)

O autor remete para a Posição esquizoparanóide uma ansiedade persecutória encontrando-se no domínio da Psicose. Na posição depressiva assiste-se à emergência de uma angústia de abandono e culpabilidade primária, com expressão na melancolia. O sentimento saudoso surge nas imediações da continuação do investimento num objecto frustrante.

Na Posição narcísica assiste-se à emergência de uma ansiedade de natureza narcísica, proveniente de uma crença em si enquanto destituído de capacidades face ao outro, o que equivale aos sentimentos de inferioridade experimentados pelo sujeito. Nesta alude-se às situações das patologias limite. Na depressão limite predomina a dependência excessiva face a um objecto devido a uma deficiência no desenvolvimento da autonomia do Eu.

A Posição edipiana introduz a angústia de castração face aos desejos experimentados no âmbito da trilogia edipiana, experimentando, o sujeito, uma culpabilidade desta vez secundária, produto de uma maior estruturação e elaboração. Nesta encontramos-nos, segundo o autor, no terreno da Neurose.

Nas situações em que face ao abandono surge uma imputação da responsabilidade ao objecto, pressupõe-se a existência de um determinado grau de evolução psíquica que permite à criança compreender ou fantasiar a intenção maléfica do objecto, concebendo-o como portador de desejos.

Segundo Coimbra de Matos (2001) este tipo de depressão surge mais frequentemente numa estrutura de tipo neurótica.

A depressão de inferioridade resulta de um processo que imputando o abandono às insuficiências dos próprio sujeito, este surge a si próprio como destituído de capacidades que levariam o objecto a permanecer junto de si. No caso da depressão, que ocorre numa estrutura predominantemente histérica, surge este sentimento de inferioridade, neste caso circunscrito à auto-imagem sexual.

Se a perda da boa relação surge numa altura precoce no desenvolvimento da criança então a atitude que irá predominar é a de recusa do contacto e a desistência de busca de objectos de amor.

«... entre o estrangulamento agressivo da comunicação e o abandono autístico ao destino -, com um sentimento de ódio pelo mundo objectal humano e um sentimento de inutilidade.» (Coimbra de matos, 2001, p. 309)

Segundo Coimbra de Matos (2001) observamos, neste caso, a emergência de uma depressão psicótica ou esquizofrénica.

A depressão sugerida nas descrições feitas por Spitz, surge num quadro de depressão psicótica, na medida em que se assiste à perda da relação primária, surgindo uma rejeição relacional maciça.

5.1 LUTO, TRISTEZA E ANGÚSTIA

Uma das distinções importante a realizar, para uma melhor compreensão da depressão, diz respeito aos conceitos de luto e de tristeza.

A tristeza é a reacção normal ao sentimento de perda de alguém ou de algo com quem se tem uma relação significativa. A reacção através da tristeza permite a elaboração da perda.

Ao invés a negação do sentimento de perda origina a depressão. (Coimbra Matos 1081, p. 183).

O autor estabelece uma ponte com a natureza da relação objectal em situação de depressão, que se define pelo facto do objecto perdido ter sido considerado tido como uma posse incerta ou duvidosa, definida por uma dependência sentida como uma inferioridade pessoal. A perda é negada com o objectivo de evitar a lesão na auto-estima provocada pela perda de um objecto, cujo investimento se reveste de tais características.

(Coimbra de Matos, 2001, p. 183)

Nestes pressuposto define-se o traço fundamental da predisposição narcísica de que fala Coimbra de Matos, a relação de objecto de cariz narcísico.

Na tristeza opera uma limitação do campo e objecto, surgindo uma justificação para a sua ocorrência. Na depressão assistimos ao seu carácter

eminentemente expansivo em que a perda de um objecto torna-se na perda de todos os outros e ao mesmo tempo de si. (Sami-Ali 1997, p.189)

O luto surge como reacção à perda e permite a sua elaboração. Sendo que esta perda não é atribuída, nem a uma intenção de abandono por parte do objecto face ao sujeito, nem à concepção do sujeito como destituído de capacidades. O luto normal é definido pela perda objectal per si.

No caso da depressão existe uma imputação da responsabilidade da perda ao objecto ou ao sujeito.

O luto patológico pressupõe uma perda narcísica, com consequências ao nível da auto-estima relacionada com um objecto narcisicamente valorizado.

No que diz respeito aos conceitos de depressão e de angústia refere-se que estas têm a mesma origem. A angústia surge ao sujeito enquanto possibilidade de perda, enquanto que na depressão tudo acontece como se essa possibilidade já tivesse sido realizada, apresentando-se ao sujeito enquanto realidade. (Sami-Ali, 1997,p.189)

Coimbra de Matos formula também esta distinção, este autor refere que a ansiedade surge como reacção ao perigo eminente, assumindo um valor adaptativo enquanto mobilizador de acção face à ameaça. A depressão como reacção face ao desastre acontecido, face ao acto consumado. (Coimbra de Matos, 2001, p.187).

Este autor confere à angústia um valor de esperança.

Refere como sintomas básicos da depressão a tristeza, a inibição e a angústia. A tristeza surge como sintoma inicial face à perda; a inibição enquanto rendição face à perda e a desistência do mundo objectal; a angústia que surge face à possibilidade, implicando a esperança.

5.2 DEPRESSÃO E PSICOSSOMÁTICA

Considera-se, neste estudo, que pensar em depressão e psicossomática implica considerar as questões do relacional, da identidade, do imaginário e do impasse .

As observações feitas por Spitz (1974) ilustram a forma como a ausência da figura materna, nos estádios precoces de desenvolvimento, afecta a criança, constituindo uma ameaça à sua sobrevivência. Considera-se que clarifica sobre as consequências psicossomáticas de uma configuração (a)relacional. Podemos constatar o modo como a privação relacional, a que estas crianças são submetidas, proporciona a patologia orgânica, afectando drasticamente o desenvolvimento da criança.

A depressão que se instala por ausência da figura materna, denominada por Spitz como depressão anaclítica, atinge o somático, afectando o corpo nos seus fundamentos biológicos. Esta depressão surge pela incapacidade de uma identificação, que substitui a relação de objecto.

Estas crianças, observadas por Spitz, são crianças institucionalizadas, mas que tiveram nos primeiros seis meses de vida contacto com as mães apresentando, na altura, um bom desenvolvimento. Após um período de privação da figura materna estas crianças modificam o seu comportamento, tal como nos descreve o autor: *«... na segunda metade do primeiro ano algumas destas crianças apresentavam um comportamento choroso, que estava em*

contraste marcante com o comportamento anterior, feliz e sociável. Após algum tempo o choro transformou-se em retraimento... quando nos aproximávamos delas na maioria das vezes éramos ignorados. O comportamento choroso persistia por dois ou três meses, durante os quais algumas destas crianças em vez de engordar perdiam peso, algumas sofriam de insónia... todas tinham uma grande susceptibilidade a constipações que eram constantes.»

Quando a separação ultrapassa os 5 meses, Spitz diz que toda a sintomatologia parece incorporar-se no que descreveu como hospitalismo. «Em casos mais graves de ausência total da mãe ou de uma figura substitutiva os sintomas de depressão anaclítica sucedem-se uns aos outros surgindo um novo quadro; o hospitalismo onde as crianças tornam-se totalmente passivas com um atraso motor evidente. Há uma predisposição crescente para as infecções, levando a uma taxa extremamente alta de mortalidade quando a privação se prolonga pelo segundo ano de vida.»

(Spitz, 1974, p. 236)

A situação de carência materna prolongada, em estados precoces do desenvolvimento significa para a criança a experiência de perda de si e do outro, numa modalidade de depressão que põe em questão a identidade. Os movimentos automáticos observados nestas circunstâncias, têm como objectivo a tentativa mágica de trazer o objecto. Implica o impasse, a depressão e o esgotamento do imaginário incluindo na mesma problemática a questão da patologia orgânica.

Coimbra de Matos (2000) refere a retirada da libido como reacção comum à Psicose e à patologia psicossomática perante a frustração. Estipulando percursos diferentes conformes à patologia psicossomática e à psicose; o doente psicótico constrói uma realidade imaginária à qual adere como real, enquanto que na patologia psicossomática assiste-se antes a uma adaptação que impõe a desistência do prazer.

Na sequência da caracterização do doente psicossomático Sami-Ali (1987) refere a existência de uma *Depressão caracterial*, uma depressão marcada pelo vazio em que o sujeito vive, que caracteriza como «*Uma depressão para além do infortúnio, para além dos problemas, puro sofrimento de estar só.*» (Sami – Ali, 1987, p.30)

Uma depressão decorrente do recalçamento da subjectividade, repercutindo-se numa concepção unicamente linear e objectiva do corpo. Uma *depressão a priori*, onde predomina o recalçamento caracterial, uma forma de recalçamento que atinge as formas mais profundas de estar e de ser.

«Não existe conflito mas sim um olhar frio que escorrega nos eventos sem sofrer as consequências.» (Sami-Ali, 1997, p.194)

A indiferença surge enquanto um dos sinais reveladores de depressão. Colocando ao mesmo nível o sim e o não e à mesma distância os bons e os maus eventos. Esta distância refere-se à proibição de viver e de participar na vida. (Sami – Ali ,1997)

Coimbra de Matos na distinção entre depressão, depressividade e depressibilidade denota a diferença entre o indivíduo que deprimido apresenta

sintomas clínicos desta afecção e o indivíduo depressivo, que apresenta uma depressão latente.

«A depressividade é um traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva.»

(Coimbra de Matos, 2003, p. 33)

«Falamos de depressividade sempre que a existência de um duro e permanente conflito com os introjectos acarreta uma constante situação de esmagamento do Self e esgotamento do Eu...»

(Coimbra de Matos, 2001, p. 47)

O autor refere a obediência ao Ideal do Eu do depressivo com tendência para as organizações caracteriais.

Em “ A dimensão da depressividade no adoecer somático” Coimbra de Matos refere que na sua experiência psiquiátrica e psicanalítica encontra a inscrição das doenças psicossomáticas do foro gastroenterológico num fundo de depressividade ou de depressão. (Coimbra de Matos, 2001, p.63)

Para Pierre Marty o pensamento operatório inscreve-se numa forma de funcionamento psíquico perturbado, pelo que denominou de “*depressão essencial*”, que predispõe para a somatização.

«A depressão psicossomática, que inúmeras vezes chamei de depressão sem objecto, seria melhor designada como depressão essencial, já

que constitui a essência mesma da depressão, isto é, o rebaixamento de nível do tónus libidinal sem qualquer contrapartida económica positiva.»

(Pierre Marty, 1993, p.19)

Coimbra de Matos (2000) refere a retirada da libido como reacção comum à Psicose e à patologia psicossomática perante a frustração. Estipulando percursos diferentes conformes à patologia psicossomática e à psicose; o doente psicótico constrói uma realidade imaginária à qual adere como real, enquanto que na patologia psicossomática assiste-se antes a uma adaptação que impõe a desistência do prazer concomitante com a inibição da fantasia, do desejo da busca de prazer e de objecto. Este autor refere-nos a retracção da libido com consequências na inibição da actividade lúdica e de toda a acção conducente ao prazer relacional.

A depressão característica do doente psicossomático reflecte esta desistência: *«É uma depressão falhada em que não organiza a tristeza da perda, alheada da vivência que assiste à depressão.»*

(Coimbra de Matos, 2000)

Na origem da depressão falhada o autor estipula a falta de uma resposta adequada por parte do objecto às solicitações de contacto e conforto precoces por parte do sujeito: a falha empática. Uma depressão que não se desenvolve porque não se chega a organizar a consciência da possibilidade de se perder o amor do objecto, por não se ter chegado a experimentá-lo de forma suficiente para a organização da experiência de ausência. O sujeito mantém-se deste

modo aquém da experiência depressiva, sem acesso ».. à elaboração da perda e ao renascimento da esperança». (Coimbra de Matos, 2003 p.35)

«A depressão falhada é uma depressão não organizada mentalmente; uma depressão sem depressão ou depressão sem objecto.»

(Coimbra de Matos, 2003 p.33)

Coimbra de Matos postula sobre as repercussões orgânicas desta carência não vivenciada.

«A carência de afecto, não consciencializada e elaborada psiquicamente, repercute no organismo biológico como hipotonia geral e perturbação da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária.»

(Coimbra de Matos, 2003 p.35)

O autor remete a tradução da depressão falhada para a depressão biológica, aludindo à depressão imunitária.

«Há uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática, bem assim como da capacidade auto-reparadora do organismo.»

(Coimbra de Matos, 2003, p. 33)

5.2.1 DEPRESSÃO E IMPASSE

Nas duas modalidades de depressão enquanto discurso da ausência, já descritas e postuladas por Sami-Ali (1997) define o autor formas de impasse correspondentes. Na primeira modalidade perante a ausência surgem as tentativas de arrancar o outro ao vazio, de lhe dar vida, de o tornar presente apesar da sua ausência, o que se traduz em manifestações afectivas que vão do amor à raiva (Sami- Ali 1997, p.192). Tais reacções afectivas, opostas, influenciam, segundo o autor, a vida onírica permanecendo esta em aberto. No entanto, em algumas situações, na presença da acção do recalçamento caracterial que impede o acesso ao passado, isolando-o no presente, verifica-se a inoperância da vida onírica.

Na segunda modalidade, a situação de depressão materna cria para a criança um verdadeiro impasse, uma vez que a ausência da mãe torna também a criança ausente porque, na ausência do rosto materno, impossibilita-a de se constituir enquanto rosto. (Sami-Ali, 1997, p.193)

Define-se uma relação de objecto marcada pela dependência, devido à ameaça de deixar de existir na ausência do outro. Nesta, segundo o autor, a depressão apresenta-se extremada com repercussões orgânicas nomeadamente na sintomatologia da insónia e da tensão muscular. (Sami-Ali, 1997, p.194)

Nesta situação de impasse limite, a única saída possível é aquela que transforma as proposições contraditórias, que nesta matriz relacional se definem, em duas proposições que se incluem uma na outra, segundo a lógica

das inclusões recíprocas, resolvendo o conflito pelo delírio. Uma saída psicótica, deslocando a patologia do plano orgânico para o plano psíquico, do corpo real para o corpo imaginário.

Em situações em que prevalece um investimento positivo, o sujeito tende a adaptar-se como forma de subsistência, de existência, na medida em que a identidade é-lhe conferida pelo objecto que dita as formas de estar e de ser, organizando-se num Super-ego corporal, que atinge as coordenadas espaço-temporais inscritas no corpo próprio, uma autorização de ser face a um outro de que é duplo. O conflito torna-se insolúvel operando-se um recalçamento caracterial com o objectivo da adaptação. Aquém da subjectividade, da diferença que introduziria o conflito, o sujeito existe num registo mimético face ao outro.

Um funcionamento semelhante àquele que é descrito por vários autores sob a égide da uma personalidade “como se”.

A depressão toma forma no impasse, cria uma realidade depressiva que por sua vez cria a depressão. Deste modo, no quadro da depressão, qualquer novo pressuposto revela-se ao sujeito deprimido por antecipação impossível, num funcionamento em que o recalçamento caracterial afectou a actividade onírica. Neste estágio de depressão assistimos ao esgotamento do imaginário.

A persistência do impasse poderá provocar uma patologia orgânica. (Sami- Ali, 1997, p.191)

Este autor refere a experiência do sentimento de aborrecimento enquanto afecção produzida numa situação de impasse. O aborrecimento desprovido de conteúdo, aborrecimento que surge não da espera de algo que não vem, mas da espera de nada. O aborrecimento inscreve-se num tempo repetitivo, numa realidade que suscita indiferença, uma temporalidade repetitiva, linear, reversível.

(Sami-Ali, 1997, p. 197)

Coimbra de Matos, refere que *«O psicossomático vive um impasse afectivo e relacional: não ama nem odeia; apenas está (na verdade sem estar) na relação.»*

(Coimbra de Matos, 2003 p.127)

6. A DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão é a afecção mental mais frequentemente apontada por muitos autores quando se referem à população idosa.

Não existe no entanto unanimidade relativamente a este facto. Autores como Mitchell, Mathews & Yesavage cit por Maria Constança Paul (1993) têm vindo a pôr em causa esta ideia. Estes autores consideram que a taxa de prevalência de depressão nos idosos é baixa.

Um estudo realizado por Arminda Grilo (1978) aponta em 68% dos casos estudados um diagnóstico clínico de depressão.

Barreto (1984) apontou com base num estudo epidemiológico realizado em Portugal, uma percentagem de 24,3% de indivíduos apresentando manifestações depressivas, sendo a percentagem de depressões consideradas graves de 7,6%.

(Barreto, 1984, cit. Por M. Paúl, 1993, p. 610)

Entre os diversos factores que encontramos na base desta discordância estão as questões levantadas relativamente à falta de consenso relativo à definição do conceito, do diagnóstico e da classificação da depressão.

A taxa de prevalência das depressões, observada nos idosos, varia conforme os critérios clínicos utilizados para as classificar e a população estudada. Encontram-se também diferenças entre estas taxas de depressão conforme a população estudada esteja institucionalizada em lares ou a residir no seu domicílio, o grau de autonomia que apresentam entre outros aspectos.

Kay e Bergaman verificaram que, nas pessoas idosas, costuma haver uma associação entre queixas de ansiedade e de depressão e de doença física. (Kay e Bergaman cit por Vaz Serra, 1978, p. 296)

São igualmente frequentes as alusões ao facto das depressões ocorridas na terceira idade serem não o primeiro episódio de depressão na vida do sujeito mas antes: *«... não mais do que repetição de uma nova crise depressiva, cujo surto inicial terá ocorrido bastantes anos atrás, podendo ter apresentado uma ou mais recorrências.»*

(A.Vaz Serra, 1978, p. 295)

A depressão no idoso é tratada nos diversos estudos como decorrente de uma multiplicidade de factores. As modificações de natureza biológica, psicológica e social associadas ao processo de envelhecimento são comumente apontadas. Um dos factores considerados importantes na etiologia da depressão é a morte das pessoas que são significativas. (Murrel e Himmelfard , 1989, cit por M. Paúl, 1993, p. 610)

A expressão clínica da depressão na terceira idade terá particularidades influenciadas pelas mudanças que o processo de envelhecimento introduz na vida dos indivíduos.

«As depressões na terceira idade distinguem-se pelo seu aspecto e pela evolução atípica. Caracterizam-se por uma atenuação das emoções, uma

monotonia progressiva dos seus conteúdos, um aumento da duração média dos episódios depressivos».

(Muller cit, por Vaz Serra, 1978, p.296)

Vaz Serra refere ainda que um autor que realizou estudos nesta área, Ciompi, verificou que, em cerca de 2/3 dos casos analisados, os sintomas desapareceram ou melhoraram após os 65 anos. Porém, nos casos em que persistiram, tenderam a permanecer monótonos e somatizados.

Este autor refere ainda citando os autores Kay e Bergmann, que é frequente nas pessoas idosas, haver uma associação entre queixas de ansiedade e de depressão e doença física.

Arminda Grilo (1978) manifesta como motivo de interesse os estudos que permitissem avaliar as correlações entre variáveis como as dificuldades afectivas, dificuldades de adaptação social, organicidade e outras variáveis. (Arminda Grilo, 1978, p.196)

Num trabalho realizado numa população de reformados, por Vaz Serra e Pinto Gouveia, verificou-se uma prevalência de perturbações afectivas em cerca de 40%, nos homens e, nas mulheres, um valor discretamente mais abaixo. Registaram ainda e relação aos elementos estudados uma frequência grande de perturbações físicas. (Vaz Serra, 1978, p. 297)

Neste estudo compararam-se manifestações decorrentes da depressão em dois grupos um de indivíduos com 65 ou mais anos e outro de indivíduos jovens. Todos os indivíduos que constituíam os dois grupos tinham um diagnóstico de depressão. Verificaram-se diferenças entre os dois grupos em

diversas variáveis. Assim observamos, neste estudo, que sentimentos de irritabilidade e fatigabilidade, encontram-se mais aumentados no grupo de idosos. A hipocondria e os sentimentos de preocupação com o passado aparecem também aumentados neste grupo se comparado com o grupo de jovens. Observa-se ainda uma correlação positiva e significativa da perda da libido com o grau de gravidade da depressão.

Uma das conclusões nos estudos realizados por Vaz Serra (1978) enuncia as disfunções biológicas: « *Os resultados obtidos permitiram salientar o papel dos sintomas tradutores de uma disfunção biológica, como os elementos identificadores e unificadores de uma depressão.*» (Vaz Serra, 1978, p.314)

Assim, a depressão no idoso é uma referência constante que podemos encontrar em diversos autores. Estes apontam a depressão como resultado das circunstâncias, das vicissitudes inerentes ao processo de envelhecimento.

A história relacional, a passada e a presente, a predisposição genética, a interacção com o meio, a actual e a que manteve no passado, as condições económicas com as suas consequências na qualidade de vida, o estado de saúde serão factores a considerar na etiologia da depressão do idoso.

Os alterações introduzidas pelo processo de envelhecimento resultam em alterações na representação de si e nomeadamente no valor que se atribui perante o que percepçiona nos comportamentos dos outros face a si. É frequente encontrarmos sentimentos de desvalorização pessoal que fundamentam os sentimentos abandonicos, tão frequentes nesta faixa etária.

A restrição nos relacionamentos interpessoais que ocorrem com o envelhecimento muitas vezes provocada por factores como a diminuição da mobilidade, a reforma, a morte de familiares e amigos transformam a realidade relacional dos idosos. Esta dificuldade de mobilidade restringe também, em graus diversos, a interacção com o meio, restringindo os espaços onde o idoso se move.

A introdução da reforma acrescidas das despesas cada vez maiores na saúde trazem muitas vezes alterações no poder económico dos idosos, o que constitui mais um factor de agravamento da situação do idoso. A institucionalização constitui também um factor que poderá predispor para a depressão.

Também a percepção da proximidade da morte, nesta fase da vida, poderá ser um factor que coloca o sujeito numa situação de impasse que predispõe para a depressão.

II OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo, de carácter exploratório, tem como objectivo estudar a problemática mais referida quando se fala de envelhecimento e de saúde mental: a depressão.

Apesar de ser uma referência constante em diversos autores na área da geriatria e da gerontologia, parte-se da hipótese de que envelhecer não implica necessariamente estar deprimido, sendo que a depressão surge num quadro complexo para o qual concorrem diversos aspectos da vida dos sujeitos.

Recorrendo à metodologia clínica de estudo de caso pretende-se estudar a natureza da depressão no idoso, as suas implicações, a sua contextualização na história de vida, na organicidade do sujeito.

Em situação particular de vida em que as pessoas se encontram no seu domicílio pretende-se estudar a depressão no idoso, a forma como se manifesta, como se articula com os aspectos relacionais da vida dos sujeitos, as situações conflituais emergentes e a consubstanciação em situações de impasse. O sentimento face à morte será um dos aspectos a ser considerado na vida dos indivíduos.

A morte enquanto situação de impasse que tende para a depressão é uma das hipóteses formuladas neste estudo.

É ainda formulada a hipótese da existência no idoso com depressão, de um impasse relacional surgido no âmbito da situação de vida que experimentam.

A forma como a pessoa integra as alterações que surgem com o processo de envelhecimento será alvo de particular enfoque.

Os aspectos relacionais actuais com incursões pelo passado constituirão objecto de estudo. As rotinas diárias, os ritmos em que se inscrevem, os sonhos ou a sua ausência permitirão descortinar os mecanismos de adaptação face a uma realidade que se apresenta.

Emergirá no seu discurso a vivência emocional das rotinas e a integração subjectiva das mesmas na sua história de vida e na sua história relacional. Equaciona-se a forma de relação actual face à anterior à doença ou ao envelhecimento, que se desenha enquanto continuidade ou ruptura.

É importante o entendimento sobre as memórias que se formulam, a relação entre elas, e os factores que as despoletam. A evocação a partir da situação de vida actual, a relação que estabelece com as suas memórias aquilo que memoriza e evoca e como o faz constituirá factor de particular atenção. A ligação ao passado sugere-nos o protagonismo do sonho, convidando-nos à sua abordagem no funcionamento do sujeito, bem como nos factores relacionais que suscitem.

As questões relacionadas com a dimensão familiar, social e profissional serão contempladas neste estudo em que se pretende observar as correlações entre estas várias dimensões do ser humano.

Seguindo uma metodologia clínica não se trata, neste estudo, de atestar sobre frequência da depressão mas sim da existência daquele que experimentando as alterações inerentes ao processo de envelhecimento as integra na sua história de vida, consubstanciando-as ou não numa situação de impasse.

As condições de ocorrência da depressão, correlacionadas com a organicidade e nomeadamente com a doença constituirão a matriz de desenvolvimento de um estudo que pretende ser abrangente da subjectividade do sujeito.

III METODOLOGIA

A investigação determina as circunstâncias do decorrer deste acto clínico. A observação é conduzida dentro do encontro psicólogo/sujeito/situação.

Pretendendo situarmo-nos o mais próximo da realidade concreta do sujeito, abarcando os vários patamares da sua realidade psicossomática, decidiu-se pelo método do estudo de caso tendo em conta as suas limitações, como sejam a impossibilidade de generalização dos resultados.

Este método permite uma abordagem global e aprofundada das situações de um ponto de vista clínico que a Psicossomática preconiza.

« É por isso que a Psicossomática, além de uma concepção científica é também uma sensibilidade, tal como a Saúde ou a Doença, o que acarreta suplementos de estorvo e erro, directamente ligados à humanização.»

(Jaime Milheiro, 1999, p. 23)

Seguindo uma metodologia clínica de estudo de caso os resultados serão sujeitos a uma análise qualitativa, não contemplando a utilização de técnicas de amostragem ou de tratamento estatístico.

A análise qualitativa dos dados, decorrente da aplicação deste método, parece a mais frutífera no sentido de, a partir da singularidade e cada caso, levantar novas questões.

Neste estudo, de carácter exploratório, procede-se a uma análise dos casos com o intuito de aprofundar as questões ligadas à depressão no idoso, numa perspectiva psicossomática.

3.1 AMOSTRA

A Amostra é constituída por 9 pessoas com idades compreendidas entre os 74 e os 90 anos. Iniciei este estudo com 10 casos ocorrendo um falecimento.

As reformas e condições de vida permitem-nos situar os sujeitos na classe média e classe média baixa. Relativamente ao grau de escolaridade existem duas pessoas que não possuem qualquer escolaridade (Sr. João e Sra Maria), seis pessoas com a 4ª classe (Sr. Antero, Sr. Alves, Sr. Américo, Sra. Rosa, Sra. Ana e Sra. Almerinda) e uma pessoa com o 5º ano (Sra. Zulmira).

As sessões foram realizadas no domicílio das pessoas que fazem parte desta amostra. Os sujeitos são utentes do serviço de apoio domiciliário da Delegação da Amadora da Cruz Vermelha Portuguesa.

Com cerca de 30 utentes foram desde logo excluídos os casos cuja patologia incorre em estados confusionais. A selecção dos casos teve ainda como critério a disponibilidade dos idosos para a realização deste estudo.

3.2 PROCEDIMENTO

O serviço de apoio domiciliário da Delegação da Amadora da Cruz Vermelha Portuguesa consiste numa das valências desta Delegação, onde exerço a minha actividade profissional enquanto Psicóloga.

Tendo iniciado a minha actividade profissional nesta instituição no ano de 1999 foi nessa altura que estabeleci o primeiro contacto com muitas das pessoas que fazem parte da amostra deste estudo. No entanto as sessões realizadas com o objectivo de realização deste estudo decorreram de Maio de 2002 a Setembro do mesmo ano. Realizaram-se entre 8 a 12 sessões em cada caso estudado.

Todas as entrevistas decorreram em casa dos próprios incluindo as sessões em que foram aplicados os testes.

No caso da aplicação do MMPI há a assinalar o facto de apenas ter sido aplicados os itens respeitantes à escala da depressão que compõem este questionário devido às implicações da aplicação integral deste teste a uma população com estas características; o cansaço e a dificuldade de síntese demonstrados pelos sujeitos fizeram-me optar pela restrição à aplicação da escala da depressão do MMPI.

Utilizaram-se as seguintes técnicas:

- A entrevista Clínica ;

- O teste de Rorschach:
- MMPI
- Inventário de Depressão de Beck

Considera-se que a escala da depressão do MMPI e o Inventário da Depressão de Beck não são instrumentos que permitam medir a depressão dentro dos parâmetros a considerar quando nos colocamos numa perspectiva psicossomática da depressão, no entanto a inexistência de instrumentos mais adequados proporcionou estas opções.

Devido às características da população alvo a escala da depressão do MMPI bem como o Inventário da depressão de Beck não foram de auto-preenchimento; as afirmações foram lidas aos sujeitos, havendo frequentemente a necessidade de proceder a algumas explicações.

3.3 INSTRUMENTOS

3.3.1 A ENTREVISTA CLÍNICA

Com o objectivo de construir a história de vida do sujeito, acedendo à sua subjectividade bem como às suas circunstâncias reais de vida, utilizar-se-á a entrevista clínica.

«Só «colados» na onda da história poderemos compreender, aceitar e melhorar a condição daquele que se nos entrega como doente».

(A. Coimbra de Matos, 2001, p.63)

Pretende-se que durante a entrevista se estabeleça uma relação empática que proporcione a expressão da subjectividade do sujeito. Foco de atenção será o estabelecimento da relação com o seu interlocutor. A atitude será de observação, escuta e de acompanhamento do discurso, onde se pretende que a fala reflecta essa relação empática. Os aspectos não verbais serão também alvo de observação como seja a postura corporal, a mímica, o olhar, a expressão, a modulação vocal. A expressão dos afectos através do corpo torna pertinente a observação de factores como a tonicidade, a respiração, o olhar, a distância e a aproximação o rosto e a voz.

O estabelecimento de uma relação empática permitirá a compreensão efectiva do que acontece no outro auxiliando-o na melhor compreensão de si. Pretende-se que deste encontro transpareça o modo como a pessoa vivência

as suas experiências e os mecanismos utilizados para a adaptação às vicissitudes da sua vida.

A proposta apresentada aos sujeitos que participarão neste estudo será concomitante a uma série de encontros onde se irá estabelecer uma conversa sobre a sua vivência concreta, no seu dia-a-dia, abordando os vários contextos em que se situa.

De configuração semi-estruturada a entrevista será centrada no “aqui” e “agora”. Nas condições de vida experimentadas no presente pelo sujeito e na forma como as integra na sua história de vida, na sua história relacional.

Face à doença importa situá-la no tempo enquanto doença crónica com episódios recorrentes ou enquanto situação isolada. Relativamente à depressão é importante verificar a sua existência na vida do sujeito, a sua cronocidade e descrição detalhada das circunstâncias aquando a sua ocorrência. Procede-se a uma sistematização das doenças do presente e à detecção da vulnerabilidade face à doença que se define frequentemente nas ocorrência surgida na herança familiar. Serão observados os sintomas que o sujeito reconhece, bem como a forma como os descreve, a forma como se inserem na história de vida do sujeito, formulando sobre o seu funcionamento. A forma como começou a doença bem como as condições de agravamento da situação, serão alvo de atenção. O sentimento face à doença, as limitações que introduzem na vida do sujeito e a forma como as vivência situando-se face ao antes do estar doente e ao estado de doença constituem aspectos a abordar.

Tendo em conta a faixa etária a forma como vivência o seu envelhecimento será um assunto emergente ao longo do discurso..

É importante o entendimento sobre as memórias que se formulam, a relação entre elas, e os factores que as despoletam. A evocação a partir da situação de vida actual, a relação que estabelece com as suas memórias aquilo que memoriza e evoca e como o faz constituirá factor de particular atenção. A ligação ao passado sugere-nos o protagonismo do sonho, convidando-nos à sua abordagem no funcionamento do sujeito, bem como nos factores relacionais que suscitam.

O sujeito será convidado a descrever a rotina do dia a dia de onde emergirá a vivência do tempo actual numa situação particular de vida como imposição das circunstâncias ou como opção e forma de vida. O entendimento sobre a situação actual enquanto continuidade ou ruptura inscrita na história de vida do indivíduo, constituirá um importante foco ao longo das entrevistas.

Uma dinâmica onde o interior e o exterior se correlacionam e interagem e em que a situação relacional revela a tonalidade subjectiva de cada um, de onde emergem os aspectos conflituais .

Perante a emergência de sentimentos depressivos pressupõe-se a capacidade de observação, que revele a forma como a depressão se manifesta e se caracteriza nos casos em estudo.

Em suma pretende-se que a partir da entrevista se observe a expressão do sujeito na sua subjectividade, na sua identidade, contemplando as interligações com a sua vivência somática.

Pressupõe-se assim uma anamnese do actual com incursões pelas evocações que a partir do actual o sujeito pratica.

O espaço será o da própria casa em que poderá estar deitado na sua cama, caso o impedimento físico o determine ou sentado numa cadeira.

Espaço onde a necessidade de amar e ser amado, de sentir o seu valor perante si mesmo e perante os outros, a necessidade de fazer sentido da vida, da morte, da cultura, da fantasia desfila perante as incongruências daquelas coisas que desafiam o percurso da satisfação destas necessidades.

3.3.2 - O RORSCHACH

Este teste foi criado em 1920 por Herman Rorschach, e é um dos testes projectivos mais difundidos e estudados no âmbito da Psicologia clínica. A sua utilidade repercute-se no modo como possibilita, inserido num contexto relacional, aceder à subjectividade do sujeito, à sua identidade nas suas mais diversas expressões.

Propõe ao sujeito uma movimentação entre a percepção e a projecção, o real e o imaginário, o dentro e o fora fundamental em psicossomática.

Este teste onde uma das tónicas dominantes são os aspectos relacionais revela a sua importância para um modelo relacional, que a psicossomática integra e desenvolve. Assim, foco de atenção são as lógicas relacionais que estão na base do processo resposta Rorschach.

Face a protocolos de pacientes com patologia orgânica, cuja escassez de movimentos projectivos torna a interpretação das respostas dentro das metodologias de análise de vertente psicanalítica insuficiente, surge a necessidade de uma nova metodologia decorrente da pesquisa em clínica psicossomática. (A. Mendes Pedro, D. Soubigou e A. Bertran de Balanda, 2001, p. 303)

A abordagem dos protocolos surgido no âmbito da psicossomática, defendida por estes autores, pretende compreender as interações entre o corpo real e o corpo imaginário para além da objectivação dos processos psíquicos.

Tal pressuposto remete, nestes autores, para os limites da psicopatologia enquanto modelo para pensar somático.

A metodologia de interpretação do Rorschach em Psicossomática pressupõe a concepção do imaginário em continuidade com a subjectividade e, em particular, com a relação com o outro.

Os objectos são sustentados por uma projecção que os transforma em imagem do corpo. (Sami-Ali, 1990, cit. por A. Mendes Pedro, D. Soubigou e A. Bertran de Balanda, 2001 p. 308)

Segundo os autores as pranchas Rorschach constituem um espaço de projecção, sendo que as respostas Rorschach são representações do corpo. Acresce que a análise das coordenadas fundamentais em psicossomática do espaço e do tempo vão permitir a decifração do corpo enquanto funcionando, este, como esquema de representação.

Na patologia adaptativa o movimento não é fantasmático mas sim do corpo real, pressupondo que nesta, a organização do corpo faz-se através do exterior que dita as regras – o Super-ego-corporal. Neste registo os conteúdos mais criativos são símbolos da imergência do recalcado. Através destes poderemos aceder à situação conflitual, caso esta surja face a um material que é eminentemente projectivo.

Nos registos da predominância do banal a prancha V é a preferida na medida em que potencia uma identificação formal rápida.

Observaremos neste protocolos a tolerância à regressão afectiva, enquanto predominar um registo lábil. A intolerância ao outro imerge na regidificação do movimento, na inoperância dos movimentos da ordem do imaginário e na tensão corporal. Observamos em casos extremos a produção

de um ritmo exclusivamente repetitivo e desencarnado. A temporalidade imóvel. Este tempo que não é o tempo próprio, mas o tempo que emerge das exigências assimiladas do exterior. Tal corresponde a um ideal de objectividade. As percepções são repetitivas destituídas de sensibilidade à cor nem à diferença do outro. Este é o ritmo próprio do impasse e da depressão. (A. Mendes Pedro, D. Soubigou e A. Bertran de Balanda, 2001, p. 311)

A prancha Rorschach constitui um espaço a organizar pelo sujeito a partir do seu corpo próprio, inscrevendo, nesta perspectiva, os conceitos de dentro/fora, alto/baixo, direita/esquerda, horizontal e vertical.

(A. Mendes Pedro, D. Soubigou e A. Bertran de Balanda, 2001, p. 312)

Composto por 10 pranchas onde figuram manchas precisas do ponto de vista preceptivo mas ambíguas, este teste induz à regressão. Esta configuração apresenta um duplo apelo ao real, à percepção e ao imaginário, à projecção.

Estes procedimentos reenviam a um trabalho assimilável ao trabalho do sonho, produzindo movimentos que vão da fantasia à realidade. Promove um convite ao jogo entre as representações e os afectos, observando-se as possibilidades que o sujeito apresenta de ligação a si e ao mundo real e relacional.

Esta prova possibilita-nos aceder à representação e imagem de si, abordando a dicotomia corpo real corpo imaginário, à representação e imagem do outro, do real e das relações, dimensões fundamentais na abordagem psicossomática do sujeito.

O Rorschach aparece assim como metodologia privilegiada para ascender ao imaginário, ao mundo da projecção do sujeito, nomeadamente à projecção do corpo próprio.

Adaptando a fórmula proposta por Catherine Chabert, (1997 p, 43) « *Vou mostrar-lhe dez cartões e vai dizer-me tudo aquilo em que eles o fazem pensar, o que pode imaginar a partir destes cartões* » aplicar-se-á este teste.

A articulação das várias características preceptivas é susceptível de ser traduzida por um determinado valor simbólico. Este último remete para as dimensões atrás referidas.

Poderemos relacionar, em termos simbólicos a apresentação da prancha I com o início ou a entrada num assunto, colocando a situação ao nível da abordagem do desconhecido.

A construção simétrica das pranchas em torno de um eixo médio remete para a projecção do corpo e são as pranchas mais fechadas como é o caso das pranchas I, IV, V que mais facilitam este tipo de projecção. A prancha V por ser unitária comporta um forte apelo ao sentimento de integridade psíquica e somática, que pode ser ameaçada por um estado de sofrimento. Este sentimento de integridade liga-se ao do conceito de si. Esta prancha coloca questões que dizem respeito ao investimento narcísico da imagem de si.

No caso da prancha IV a solicitação simbólica latente está ligada ao poder, à força ou à autoridade. Estas imagens de potência serão melhor ou pior

organizadas consoante sejam ou não testemunho de uma construção corporal delimitada e bem definida.

A justaposição da mancha e do fundo branco que observamos na prancha VII põe à prova os limites dentro/fora. A invasão pelo branco ou o fascínio pelo vazio pode remeter para a destruição, para um nível de funcionamento primário em que surgem temas onde o corpo aparece vazio, destruído.

A sensibilidade às lacunas intramaculares, aos contornos recortados da mancha ou a abertura superior da mancha e poderá remeter para uma fragilidade ao nível da imagem do corpo.

O vermelho que vemos aparecer nas pranchas II e III, reenvia para as pulsões agressivas e sexuais. A um nível primário emergem temas de destruição, rebentamento, a um nível mais evoluído vemos surgir temas de luta ou competição.

Nas pranchas de configuração bilateral, pranchas II, III e VIII a representação do corpo pode ser fortemente posta à prova. O esforço de unificação, reflectido em respostas globais poderá indiciar uma procura ansiosa de unidade face ao material sentido como disperso ou fragmentado. Face à apresentação das figuras em duplo em que um é a réplica do outro, poderá indiciar fragilidades ao nível da identidade.

A significação simbólica dominante que resulta da disposição espacial das silhuetas humanas que se impõem no caso da prancha III, predispõe para a expressão da representação de si face ao outro e da relação que se procura. A apresentação da prancha VIII preside neste teste à introdução das várias cores de tom pastel constituindo a solicitação, nesta prancha, à partilha

emocional. As respostas poderão reflectir a valorização narcísica ou preocupações somáticas ou até mesmo de uma vivência de destruição corporal. As cores poderão provocar distorções e confusões dentro /fora.

As pranchas VIII, IX e X multicolor de tons pastel favorecem associações que reenviam para preocupações hipocondríacas e. i. para angústias de fragmentação.

A prancha X pela sua grande dispersão põe à prova as capacidades de unificação da imagem corporal.

3.3.3 - MMPI - INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDADE DO MINNESOTA

O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota é um dos muitos inventários de personalidade existentes. Estes medem aspectos da personalidade que se situam para além das impressões provocadas nos observadores. (F. Freeman, 1962, p. 602)

Os inventários de personalidade baseiam-se no princípio segundo o qual o comportamento e a personalidade são em parte manifestações de certas dimensões, cuja intensidade pode ser por eles avaliada.

Nos inventários de personalidade procura-se avaliar a presença e a intensidade de cada dimensão específica, através de um número de itens representativos de uma variedade de situações, em que o modo geral de reacção do indivíduo pode ser examinado. (F. Freeman, 1962, p. 603)

O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota é o instrumento mais elaborado e mais ambicioso que se desenvolveu neste campo. Por este motivo tem sido o mais estudado e também o mais utilizado neste âmbito.

Concebido na década de trinta por Starke R. Hathaway psicólogo clínico e por um neuropsiquiatra de nome J. Charnley Mckinley para servir como auxílio no processo de diagnóstico psiquiátrico. Para além da sua utilização servindo o seu objectivo inicial este inventário tem sido utilizado com muitas outras finalidades. Na década de sessenta o MMPI era frequentemente utilizado como teste de personalidade em contextos de aconselhamento,

emprego, militar ou forense para além da sua utilização com pacientes psiquiátricos.

Composto por 566 afirmações, este inventário apresenta as seguintes escalas:

Hs: Hipocondria

D: Depressão

Hy: Histeria

Pd: Desvio Psicopático

Mf: Masculinidade – feminilidade

Pa: Paranoia

Pt: Psicastenia

Sc: Esquizofrenia

Ma: Hipomania

Devido às características da população que compõe os casos estudados tal como atrás foi explicitado e dado este estudo se centrar sobre a depressão os sujeitos foram apenas submetidos aos “items” que fazem parte da escala da Depressão.

A escala da Depressão foi desenvolvida para medir o sintoma clínico da depressão. É considerada uma escala de sintoma. No âmbito do constructo deste teste considera-se estarmos perante um índice de depressão elevado quando observamos uma pontuação de T acima de 70. Uma pontuação de T entre 60 e 69 dá-nos indicações de depressão menos grave.

3.3.4 - INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK

Elaborado por Aaron T. Beck em 1961 este inventário surge no âmbito das teorias cognitivas reflectindo na sua concepção o modelo de trabalho do seu autor. Este inventário inclui a avaliação de sintomas afectivos como o do sentimento de tristeza, os sentimentos de culpabilidade, a vergonha, a dependência e a ansiedade entre outros. No que diz respeito aos sintomas cognitivos a observar constam a dificuldade em tomar decisões, a auto crítica, a lógica do “tudo ou nada”. Entre os sintomas de conduta (comportamentais) encontramos a passividade, o evitamento e a inércia. Por fim os sintomas fisiológicos a observar e que têm para o autor importância na avaliação da depressão são as alterações do sono e as alterações do desejo sexual.

O Inventário de Depressão de Beck é formado por 21 grupos de sintomas identificados como:

- (A) 1 – estado de animo triste (humor)
- (B) 2 – Pessimismo
- (C) 3 – Sentimento de fracasso
- (D) 4 – Insatisfação
- (E) 5 – Sentimento e culpabilidade
- (F) 6 – Sentimento ou desejo de auto-punição
- (G) 7 – Ódio a si mesmo
- (H) 8 – Auto – acusação
- (I) 9 – Desejos suicidas

- (J) 10 – Crises de choro
- (K) 11 – Irritabilidade
- (L) 12 – Afastamento social
- (M) 13 – Incapacidade de decisão
- (N) 14 – Distorção da imagem corporal
- (O) 15 – Incapacidade de trabalhar
- (P) 16 – Perturbações do sono
- (Q) 17 – Fatigabilidade
- (R) 18 – Perda de apetite
- (S) 19 – Perda de peso
- (T) 20 – Hipocondria
- (U) 21 – Diminuição da libido

Cada grupo sintomatológico descreve uma manifestação específica e depressão e consubstancia-se numa série de quatro afirmações ordenadas hierarquicamente de forma progrediente, permitindo caracterizar cada sintoma dentro de quatro categorias desde a Inexistente a que é atribuído o valor de 0 (Zero) , Leve atribuído o valor de 1 (Um), Moderado a que corresponde valor de 2 (Dois) e Grave a que corresponde o valor de 3 (três).

Este inventário é um dos mais amplamente utilizados para detectar e. i. medir o grau de depressão. Os diversos apontamentos sobre o Inventário da Depressão de Beck registam a sua especial utilidade na área da investigação clínica. A correlação deste inventário com outras medidas da depressão obtidas através doutros testes psicométricos da depressão nomeadamente a escala da depressão do MMPI apresentou-se elevada.

Os estudos realizados em Portugal pelo Prof. Dr. Adriano Vaz Serra sugerem para a população Portuguesa os seguintes valores para a interpretação dos resultados:

- 0 – 12 Ausência de Depressão
- 13 – 18 Depressão leve ou branda
- 19 – 24 Depressão moderada
- ≥ 25 Depressão severa ou grave

IV RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 - CASOS CLÍNICOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

4.1.1 PRIMEIRO CASO: ANTERO

O PRIMEIRO CONTACTO

Estive pela primeira vez em casa do Sr. Antero em Novembro de 2001, quando foi solicitado, por parte da sua família, apoio domiciliário para o Sr. Antero a iniciar-se quando este tivesse alta hospitalar. O Sr. Antero encontrava-se, desde Outubro, internado no Hospital. Estive com a sua filha que disse não saber quando o pai voltaria para casa, descrevendo o seu estado de saúde como grave. Referiu não haver uma definição do diagnóstico, revelando que os médicos suspeitavam de cancro no pulmão.

Posteriormente, a esposa do Sr. Antero confirmou as dificuldades no diagnóstico encontrando-se afastadas as suspeitas de cancro no pulmão e sendo diagnosticado cancro na próstata. O Sr. Antero não tem conhecimento deste diagnóstico.

O Sr. Antero sofre ainda de bronquite e artroses nas pernas.

O Sr. Antero tem 74 anos e vive com a sua mulher. A sua esposa tem 67 anos. Tem dois filhos, uma filha e um filho e tem duas netas.

Encontro o Sr Antero pela primeira vez, em Junho de 2002, na sala da sua casa sentado em frente à televisão que se encontra ligada.

Começo por lhe explicar o motivo da minha visita propondo-lhe a sua colaboração para a realização do trabalho de Dissertação de Mestrado em que seria um dos casos a estudar. O Sr Antero aceitou de imediato, acrescentando que não sabe contar bem o que se passou com ele e que a sua mulher saberia melhor do que ele. Relembro-lhe que os nossos encontros servirão para falar dele, do que me quiser contar sobre si próprio.

Reage à minha chegada com agrado e após a referência feita ao facto da mulher saber mais da sua situação do que ele próprio, adere ao convite que lhe faço para conversarmos sobre ele mantendo um discurso comigo que se aproxima mais de um relato do que de um diálogo. Olha para mim poucas vezes não estando particularmente atento aos meus movimentos. Quando falo fica atento utilizando o que digo para continuar o seu relato e para o redireccionar.

A DOENÇA E AS ROTINAS

A rotina do dia a dia do Sr Antero, tal como ele a descreve, inicia-se, ao acordar com a realização das actividades respeitantes à sua higiene, de seguida desloca-se para a sala com a ajuda da assistente domiciliária ficando sentado em frente à Televisão, local onde lhe servem as refeições sendo que à noite vai para a cama com a ajuda da mulher. Dorme num quarto sozinho, numa cama articulada.

Na 1ª sessão começa por verbalizar a sua tristeza relativamente ao estado em que se encontra, nomeadamente da dependência face aos outros para realizar as tarefas mais básicas que dizem respeito à sua higiene pessoal e necessidades fisiológicas. O Sr Antero apenas se desloca à casa de banho com o auxílio de outra pessoa que é normalmente a esposa ou a Assistente Domiciliária caso esta se encontre.

O Sr Antero começa por falar pausadamente e de forma arrastada. O ritmo vocal reflecte também as dificuldades respiratórias causadas pela bronquite. Embora começando por fazer referência ao facto de não se lembrar de muita coisa acaba por falar bastante demonstrando algum interesse nesta actividade.

Da forma como relaciona a sua situação presente com o passado, sendo este passado aquilo que era antes do internamento, há cerca de 9 meses atrás, sobressai a ruptura com esse mesmo passado, um discurso onde prevalece a descontinuidade. Encontro nas palavras do Sr Antero um sentimento de surpresa negativa de perplexidade perante o que lhe aconteceu. Queixa-se essencialmente da falta de forças nas pernas e na 8ª sessão diz *“ Não me sinto velho daqui para cima (apontando para a barriga) mas daqui para baixo...”*

Ao longo das sessões refere também com algum espanto a total ausência de dores antes de ser internado e após a saída do Hospital, mas que embora não tenha dores não consegue levantar-se e andar sozinho, queixa-se de falta de forças. Esta ausência de dores que refere antes e após o

internamento no Hospital contrasta com as descrições que faz enquanto está no hospital.

O INTERNAMENTO NO HOSPITAL: O CORPO LITERAL

As recordações do Hospital fazem mais uma vez ressaltar a perplexidade perante o seu estado aludindo mais uma vez à situação de dependência durante o internamento. Relativamente à experiência vivida no Hospital verbaliza apenas as dores que tinha quando lhe punham a máscara do oxigénio. Descreve os tratamentos do Hospital, nomeadamente as injeções, análises, a administração do soro, a colocação da máscara de oxigénio que lhe feria a cara como, segundo palavras suas, massacres.

Do seu discurso sobressai a perplexidade perante a alteração do seu estado físico e a aflição perante a manipulação do seu corpo infligida pelos tratamentos . *“Era um farrapo”*

Quando acordou no Hospital e estava a mulher ao pé dele relata apenas o facto de ela lhe ter dito que ele tinha um tubo na garganta ao que ele respondeu com admiração e indignação: *“Um tubo?!”* E acrescenta *“Não me lembro de nada não notei nada.”* Este é um momento narra várias vezes ao longo das sessões.

Em Setembro de 2001 a sua mulher conta que via que alguma coisa não estava bem com ele que estava a emagrecer, tinha uma cor estranha e dificuldades de respiração. Chamando a atenção para a sua recusa em ir ao médico ou ao Hospital.

O motivo para a renúncia nas idas ao médico são o não cumprimento dos horários por parte destes.

Enquanto a sua esposa vai contando a situação do internamento os exames, os consecutivos enganos no diagnóstico o Sr. Antero diz *"A minha mulher sabe contar mais coisas eu não me lembro de nada."*

O Sr Antero repete também várias vezes, ao longo das sessões, o facto dos netos o terem visto, já em casa, com o tubo do Oxigénio no nariz, aludindo à forma como evita que eles o vejam assim. Associa com a seguinte expressão *" Eu hoje sei que sou um farrapo à frente dos meus netos "*.

Das descrições que faz sobre o internamento no Hospital fica uma ideia vaga de um estar que não é perceptível. O tempo, 4 meses de internamento, é-lhe completamente estranho, como se não o tivesse experimentado. O espaço do Hospital irreconhecível. Descreve que a entrada de maca e o facto de ter estado deitado o tempo todo não lhe possibilita ter qualquer referência para que possa posteriormente reconhecer o espaço. *" Fui para lá de maca, vou a todo o lado e maca sempre a olhar para o tecto, o tecto é todo igual, estive lá 4 meses armado em anginho a olhar para o tecto. Entrei numa sala e pá está aqui tanta gente da outra vez como estava de barriga para o ar só via o tecto, não via as pessoas e perguntei à mulher esta é outra sala não é, ela disse-me que era a mesma onde eu tinha estado, mas eu parece que estava sozinho."*

Do seu estado nada sabia, nada pensava e é só em casa que se encontra com aquilo que dele diziam. *"A mulher disse-me que os médicos lhe*

disseram que não sobrevivia. Quando cheguei casa e me vi ao espelho acreditei, estava um cadáver". O Sr Antero emagrecera cerca de 20 Kg.

Dos médicos e enfermeiros diz que eram simpáticos e que gostava de voltar a entrar no Hospital pelo seu pé. Esta seria uma forma de restaurar o seu narcisismo derrubado pela situação de internamento hospitalar.

O seu discurso com hiatos de memória, um discurso repetitivo marcado pela monotonia com escassez de referências relacionais.

Relativamente aos momentos anteriores ao internamento e questionado como se sentia na altura diz apenas que não tinha forças para andar, começou a andar cada vez menos recusando-se a ir ao médico. Refere também a dieta que fez e que começou a ficar sem forças. "*Tem graça que antes de entrar no Hospital estava aqui em casa sozinho eu comia muito bem tinha ali uma balança meti-me em cima da balança e começo a ver passar os 72 depois os 75 a ir para os 80 e digo tu estás é gordo e comecei a comer menos, foi quando fui para o Hospital, comecei a perder as forças nas pernas*".

Fala da sua relutância em ir ao médico, na sua recusa em entrar em qualquer Hospital para ver quem quer que fosse inclusive a sua mãe. (nesta altura começa a chorar). Impressionam-lhe os ferimentos e os tubos. "*Não me sentia bem*". A descrição do cenário do Hospital comporta uma grande carga dramática acompanhados de grande dor. Tais descrições contrastam com a indiferença que diz sentir face aos mesmos tratamentos que recebe no Hospital actualmente. "*Hoje vou lá chego espetam-me a agulha tiram-me a agulha não sinto nada, fico ali a olhar como se nada fosse comigo*." Estas descrições são

por diversas vezes contadas ao longo das sessões e algumas sessões mais tarde diz: *“ Podem-me torturar que a mim já não me diz nada”*

Sempre foi saudável. *“ Eu tinha muita saúde mas não sei o que aconteceu”*.

Do seu discurso emerge um constante sentimento de estranheza e surpresa face às alterações sofridas no seu estado de saúde: *“ Não sei por que me deu isto, não sei”*

O TRABALHO E A REFORMA

Relaciona a sua situação actual com uma queda que teve, tinha então 63 anos. Esta queda foi originada por dores que dizia sentir nas pernas. *“No outro dia levanto-me e tinha passado tudo nunca mais tive nada, foi o sintoma”*.

Sei através da esposa do Sr Antero que na altura lhe diagnosticaram artroses e que teria sido esse o motivo da reforma. Contesta ainda a forma pacífica como o seu marido aceitou a decisão do médico de o reformar. Mais tarde, o Sr Antero volta a contar a situação da reforma dizendo que foi por causa da dor na perna que o reformaram e diz *“O médico nunca disse se era isto ou era aquilo, eu sentia-me bem andava bem”*

Quando o questiono sobre qual o diagnóstico dos médicos na altura diz que não sabe aceitando sem relutância a reforma. Descreve com muito pormenor os momentos que viveu após a dor que sentiu e a queda, descrição de que sobressai o facto de nunca ter chamado ninguém e ter terminado o seu serviço, deslocando-se para casa sozinho.

Diz ter tido um desgosto muito grande quando o reformaram, mas não se sentia mal dedicava-se a tarefas domésticas limpava o pó aos copos aspirava, regava as plantas. Actividades que lhe lembrariam as que desempenhava no Hotel. Fala com grande zelo no seu trabalho diz nunca ter faltado ao trabalho nem nunca chegar atrasado, começou a faltar por causa das dores nas pernas e dizia *"ou trabalho ou não trabalho"*. E esta será a justificação para aceitar sem relutância a reforma.

Quando se refere ao irmão que é mais velho do que ele associa o seu bom estado de saúde à ocupação que este ainda mantém.

Fala do trabalho com sentido de grande responsabilidade como algo que de facto possuiu na vida. Esteve no Tivoli mais de 40 anos começou por lavar copos depois fazia de tudo servia os clientes, o que mais gostava era de fazer cocktails. Recorda que começou a trabalhar com treze anos na mesma empresa onde o pai trabalhava. *"A empresa Vale do Rio vendia mercadoria vinho e outra mercadoria e tinha uma carroça e eu era o burro, desde Algés pela estrada marginal até Queluz."* Conta que andou na escola até à 4ª classe os pais eram pobres e ele teve que ir trabalhar.

O RELACIONAMENTO FAMILIAR

A esposa descreve-o como uma pessoa teimosa que só faz o que quer culpando-o do seu estado. Refere ainda que deixou de trabalhar para tratar do marido. Num momento em que a mulher entra na sala e a propósito da ida ao

médico o contraria dizendo que o motivo que ele apresenta não é motivo o Sr Antero argumenta com humor contrastando com o seu discurso até então. Faz-me pensar que nestas discussões, nestes momentos de conflito há continuidade, parece estar à vontade o tom de surpresa desaparece e apresenta veemência no discurso. Queixa-se da mulher não lhe fazer companhia, descreve-a como boa rapariga mas com um defeito “..é teimosa e gosta de mandar, só faz o que quer e quando não faz o que quer ..”, refere que às vezes discutem e que sempre foi assim.

Num falar monótono e muito descritivo sobressaem os momentos em que fala com prazer da comida. Demora-se a falar de comida refere com pormenor que só gostava de comida com ossos e com espinhas e mais uma vez no momento actual não o pode fazer. Este é o único assunto de que fala durante mais tempo com prazer.

Relata que actualmente, desde que está doente, não sente fome nem saciedade. “Agora não sei o que é fome e nunca me sinto cheio, o que me puserem no prato como. Quando começo a comer é porque sei que tenho que comer e paro porque sei que tenho que parar” ao contrário do que acontecia antes de ser hospitalizado que comia porque tinha apetite e sentia-se saciado. Fala da sopa que comia só no Hospital e acrescenta “Não fazia barulho porque não podia e porque não me via”, referindo-se à sua magreza.

O seu discurso denota várias vezes o sentimento de se sentir num corpo com reacções que lhe são desconhecidas, um corpo estranho, ou um estranho no seu corpo. “ Quando estou sentado, vou para me levantar e... Esqueço-me

que não me posso levantar sozinho. Como é que uma pessoa muda eu mudei muito”.

Embora aceitando completamente as minhas intervenções parece estar a falar sozinho em monólogo, um falar factual pobre em referências ao relacional.

Dos filhos diz apenas que o filho é Biólogo e a filha tem o curso de Matemática referindo que estão muito bem.

Introduz os outros quando fala do trabalho dizendo que trabalhou muito para si e para os outros. Fala dos colegas que era ele que lhes cobria as faltas e as falhas. Refere uma necessidade permanente de não parar de estar sempre a fazer qualquer coisa

Quando recorda a forma como iniciou o relacionamento com a sua mulher refere que: *“... por causa do meu sogro entrava mudo e saía calado.”* Casou com 29 anos, namorou 2 anos com a mulher e diz ter decidido casar porque não se podia aproximar dela, porque o sogro não deixava e avalia *“ Não era namoro não era nada”*.

O SONO, O SONHO E A FIGURA PATERNA

Relativamente ao sono conta que dorme bem: “como um prego”, diz que assim que vai para a cama adormece, mas ressalva que só vai para a cama

quando tem sono. Diz que tem sono às 11 horas e que se não vai logo para a cama, que se vai à meia noite perde o sono e já não dorme.

Quando trabalhava dormia pouco porque tinha que acordar às 04 da manhã diz nunca ter precisado de despertador para acordar acordava a que horas fosse.

Nas últimas sessões diz não se lembrar dos sonhos e acrescenta que dantes (antes da reforma) não sonhava. Agora sabe que sonha mas não se lembra dos sonhos, diz que gostava de se lembrar mas não consegue e refere com uma certa perplexidade.” *Sempre me fez aflição as pessoas contarem os sonhos durante muito tempo.*” e acrescenta “ *Estava a sonhar com alguém que estava a morrer afogado, isto é uma hipótese, agora sonhar e dizer assim sou capaz de contar o meu sonho, não sou.*”

Uns minutos após ter falado da sua dificuldade de sonhar e do exemplo que deu de um possível sonho contou a forma como o pai faleceu tendo este se suicidado atirando-se ao rio, tinha então 70 anos . O Sr Antero começa por contar este episódio demonstrando alguma incompreensão face ao acto de suicídio do pai referindo o desconhecimento do motivo que teria levado o pai a praticar tal acto, diz que não sabe a doença que ele tinha e acrescenta que não gosta de falar de doenças que isso o entristece. Uma sessão depois refere como possibilidade o facto do pai se ter suicidado como forma de evitar ficar dependente de outro. Deste relato parece emergir uma identificação do Sr Antero com o seu pai e a compreensão do acto do seu pai comparando-o com a forma como actualmente se sente, minutos mais tarde o Sr Antero dizia: “ *Isto não é vida para mim, devia desaparecer daqui, não quero dar trabalho a*

ninguém. O meu pai que Deus tem matou-se, é preciso ter muita coragem para se fazer uma coisa dessas, a não ser que seja as dores, eu já pensei muitas vezes nisso, mas não tenho coragem estou admirado como é que o meu pai teve coragem.”

Poderá ser uma tentativa de se conciliar com a este episódio que terá sido um dos mais significativos da sua vida. Parece revelar a dificuldade que teve em compreender este acto do seu pai, estando neste momento a construir uma hipótese de compreensão por identificação com o seu estado de sofrimento.

Na 7ª sessão o Sr Antero diz relacionando o suicídio do pai com a morte do seu compadre entre os quais haveria uma grande amizade “ O compadre dele sofreu muito, o meu pai com medo de sofrer e de dar trabalho, fez aquilo.” contando a forma como se encontravam o tempo que passavam juntos e o muito que conversavam. “ *Tinham que ir lá buscá-los, ali estavam horas a falar, muito havia ali sempre que contar, ou diziam sempre o mesmo, parece que o mundo não acabava ou acabava para eles. Estavam muito bem.*” Descreve o pai como uma pessoa alegre, relatando as brincadeiras que o seu pai tinha com os netos dentro de água e como ele tinha medo da água.

A MORTE E A MEMÓRIA DO SUICÍDIO DO PAI

O único momento em que faz alusão à morte é como uma saída para o sofrimento. “*Vim do Hospital que me safou, oxalá não me safasse ao menos*

não sofria". Este sofrimento associa-o à situação de dependência face aos outros e ao sentimento de desvalorização que lhe está associado.

" Eles (os netos) não gostam de me ver sofrer, custa-lhes verem-me com aquilo no nariz. E ao meu pai também foi isso, eles (o pai e o compadre) eram muito amigos, nunca se zangaram, o meu pai era uma excelente pessoa, quem os quisesse ver era os dois compadres juntarem-se ao fim de semana, aquilo era bebedeira na certa."

A recordação destas situações provocam no Sr Antero um sentimento de agrado, sendo esta uma das poucas vezes ao longo das sessões que o Sr. Antero ri.

As suas memórias seguem o padrão espaço-temporal com os seguintes marcadores: Enquanto trabalhava, depois de ser reformado até ter sido hospitalizado, no Hospital e depois em casa. Emerge do seu discurso um sentido de descontinuidade entre estes momentos.

A EXPERIÊNCIA DA DOR

É também nas últimas sessões que fala da sua vivência com a dor, da sua experiência pessoal da dor refere a sua insuportabilidade : *"Quando tinha uma dorzinha gritava e depois pensava porque é que eu gritei"* demonstra mais uma vez uma sensação de estranheza perante o próprio grito. Conta que no Hospital quando via a enfermeira a entrar e sabia que era uma injeção

desmaiava. “Dores não tenho, nunca soube o que eram dores, uma dorzinha era o suficiente para eu gritar”

A propósito do discurso sobre a dor demonstra mais uma vez a perplexidade face à mudança. “Hoje entro no Hospital para ser tratado, massacram-me, põe-me a agulha tiram a agulha, estava ali sentado como se nada fosse comigo e a olhar.”

Ainda relativamente ao grito refere, “Grito e depois fico assim... mas eu gritei.” Mais uma vez transmite uma sensação de perplexidade face a um acto voluntário seu que reflecte a expressão da dor.

4.1.1.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 13

Tempo Total = 21', 8"

Tempo/Resposta = 1', 36"

Tempo Latência Médio = 18,9"

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G - 10

F+ = 2

A = 1

D - 2

$\Sigma F = 8$

F - = 0

Ad = 0

Dd - 0

F $\pm$ = 6

H = 1

Dbl - 0

Hd = 0

Do - 0

(H) = 1

Gbl - 1

C = 0

E = 0

Borrão = 0

CF = 0

EF = 0

Desenho = 1

FC = 2

FE = 0

A/Cena = 2

Obj. = 2

K = 2

(Arte) = 1

Kan = 1

Geog = 4

G% = 77% $\uparrow\uparrow$

F% = 61%

FC > C + CF

A% = 23% $\downarrow$

D% = 15% $\downarrow\downarrow$

F+ % = 25% $\downarrow\downarrow$

H% = 15 % $\downarrow$

Fa % = 100% $\uparrow$

F+ % a = 53% $\downarrow$

Ban = 3

T.R.I. = 2 K : 1 C Coartado

FC = 1 : 0 Confirma o TRI

COMENTÁRIO

A atitude interessada com que recebeu o material e como começou por observar as pranchas contrastou com a atitude de desagrado que manifestou verbalmente no final da aplicação do teste e nomeadamente na prova complementar de escolhas. A partir da Prancha IX surgem comentários relativos ao material depreciando o seu valor simbólico.

O número de respostas é restrito, a verbalização reduzida. A apreensão é feita maioritariamente na globalidade. As respostas dadas em G, G imprecisos, associados a $F\pm$ reforça esta atitude defensiva e a apreensão passiva da prancha. A determinação das respostas revelam limites difusos. As respostas nas pranchas I (Mapa), P II (Ilhas), PIV (Rochas) e PVII (Ilhas) são respostas em que as diferenças entre o dentro e o fora se esbatem.

O registo formal é quase exclusivo, quer como simples quer na sua vertente cinestésica.

Parece existir continuamente recusa a um material que convida à projecção. O TRI coartado e a FC confirmam este funcionamento que reflecte uma pobreza de imaginário, bem como a vulnerabilidade do sujeito.

Esta configuração não proporciona a emergência dos afectos. Apenas na prancha IV parece surgir uma situação afectiva. A sua postura perante esta prancha, com o aumento do tempo de latência e a temática da resposta poderá remeter para a situação de suicídio do seu pai.

Os aspectos relacionais, escassos, emergindo num contexto agressivo (PII; r: 3) são enquadrados no conteúdo animal e Cena.

4.1.1.2 COMENTÁRIO FINAL

Existem diversos aspectos, neste caso, que nos remetem para o recalçamento da função do imaginário. O discurso do Sr. Antero reflecte um mundo abandonado pela subjectividade é um discurso factual, repetitivo, marcado pela monotonia, com escassas referências ao relacional.

Os hiatos de memória que observamos, neste caso, surgem-nos como actos de recalçamento.

O Sr Antero experimenta e comunica uma sensação de estranheza e perplexidade perante tudo o que se passa no seu corpo, promovendo, com a sua conduta, o desconhecimento que tem relativamente aos diagnósticos. Opera-se no discurso do Sr. Antero a redução do corpo ao literal, um corpo banal.

O tempo é o tempo objectivado, excluindo a sua vivência subjectiva do mesmo.

A ausência de vivência de sintomas prévios à sua hospitalização, sintomas que a sua mulher reconhece e descreve, a total ausência de suspeita de doença, e a conformação relativamente a decisões de outros, como seja a reforma, parecem corroborar esta tendência de um funcionamento marcado por um abandono da sua subjectividade, pelo afastamento ou não reconhecimento relativamente ao que lhe ocorre no corpo.

Da forma como se expressa relativamente à dor emerge uma lógica de tudo ou nada; a dor que não existe, que segundo palavras suas não sabia o que era e a dor intolerável, a dor que associa a massacres.

No seu discurso é também presente a descontinuidade e a ruptura que o Sr. Antero evoca aquando o sentimento de perplexidade perante o que designa como mudança.

Relativamente o acto de sonhar o Sr. Antero diz não se lembrar dos sonhos, confere aos sonhos uma existência objectiva, mas não uma existência para o próprio sujeito autor do sonho.

Esta assunção da existência do sonho surge apenas após a reforma, antes diz não sonhar.

Nesta forma de funcionar, o sonho apenas existe como acontecimento biológico e não como experiência vivenciada. O recalamento provoca um esquecimento do conteúdo do sonho bem como da sua actividade.

O conformismo e as exigências do trabalho são elementos constantes num discurso que reflecte escassez de movimentos projectivos e de subjectividade. A reforma implica a perda de tudo num funcionamento em que a identidade surge associada ao trabalho.

Os poucos momentos em que podemos observar a emergência do recalado dizem respeito ao trabalho de luto que utiliza a via do sonho, sonho de que diz não se recordar mas que dando o exemplo evoca o suicídio do pai. Este episódio que começa por ser relatado como um acto que não está ao alcance da sua compreensão, para passar a ser um acto de coragem praticado

em função de um sentimento, que por identificação com a sua situação de doença se justifica.

Parece haver neste movimento uma tentativa de conciliação com a figura do pai e com a memória do seu acto de suicídio.

A morte aparece no caso do Sr. Antero como saída para o sofrimento .

A primeira figura a ser introduzida no seu discurso é a mulher, posteriormente o sogro e o pai e por último a mãe.

A forma como o Sr. Antero procura encontrar um significado para a morte do pai, que se suicidou remete para a emergência de uma situação de impasse. Começa por constatar a inexistência de explicação para o suicídio, conta episódios de felicidade do pai e posteriormente refere a morte do sogro com quem o pai teria uma relação significativa como o exemplo de sofrimento que o pai, com o suicídio, evitou. A morte da mãe, dois anos antes da ocorrência da sua doença, poderá remeter mais uma vez para uma situação de impasse numa personalidade que parece funcionar ao nível do «como se». Actualmente a sua mulher parece surgir como o outro que o organiza e que lhe dita as coordenadas do ser e de estar; aquele outro que dele melhor fala e sabe.

A reforma como momento que introduz ruptura e nomeadamente face ao sentimento de identidade que lhe confere o trabalho poderá também remeter para uma situação potenciadora de impasse.

A descrição deste caso, nomeadamente da vivência anterior à doença sugere a existência de depressão, uma depressão aquém da subjectividade. Uma depressão que sugere o termo de depressividade de Coimbra de Matos.

Os dados obtidos na escala da depressão do MMPI e no Inventário da Depressão de Beck encontram-se em consonância apontando para uma depressão grave ao nível sintomático.

4.1.2 – SEGUNDO CASO: ALVES

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci o Sr Alves à cerca de 2 anos e meio (Agosto de 1999) em sua casa, quando este solicitou apoio Domiciliário à Delegação da Amadora da Cruz Vermelha Portuguesa. Desde então encontrei-me com o Sr Alves esporadicamente até a data do início deste estágio, em que passamos a ter encontros regulares. O Sr Alves mantém desde os primeiros contactos uma forma afável, com um crescente de empatia. Um dos primeiros assuntos que emerge no diálogo que mantive com o Sr Alves é o que diz respeito à morte da sua mulher falecida há 15 anos. Este assunto encontra-se envolto em saudade e emoção trespassando o afecto que sente relativamente à mulher a quem se refere como “*A minha querida mulher*”.

O Sr Alves tem 86 anos, não tem filhos e vive sozinho desde a morte da mulher. Foi-lhe diagnosticada a doença de Parkinson há cerca de 30 anos. Não apresenta quaisquer sintomas visíveis da doença. O Sr Alves é uma pessoa autónoma recebendo Apoio Domiciliário para tarefas de Higiene Doméstica.

O Sr. Alves aceitou de imediato a minha proposta, tendo sido os seus primeiros comentários relativos ao seu desejo de me ser útil. Refere que precisa mais de mim do que eu dele, pois precisa muito de conversar e sente muito prazer em conversar e que não quer que eu lhe agradeça porque diz “*Não tenho feitiço para isso.*”

AS ROTINAS E A RELAÇÃO COM O OUTRO

Encontramo-nos na sala onde o Sr Alves passa as noites, antes de dormir. Um espaço com várias fotografias de familiares e de amigos, encontrando-se as fotografias da sua mulher num espaço mais resguardado da casa, num móvel junto ao qual encontramos um cadeirão. Encontram-se também muitos jornais especialmente desportivos e revistas.

Sinto-me desde os primeiros encontros acolhida na sua casa e na sua história de vida.

O Sr Alves encontra-se em casa, de 2^a a Domingo, apenas à noite. A propósito deste aspecto diz *“ Ó Elsa se eu estivesse em casa já tinha morrido, eu estou o mínimo tempo em casa.”*

Refere que o que mais lhe custa é a solidão e é essa solidão que evita. Estabelece uma rotina em que a procura de companhia e o relacionamento com os outros são uma constante. No seu discurso são permanentes as alusões ao relacional. Descreve com agrado as pessoas que o acompanham e que acompanha no dia a dia, com quem almoça e colabora em várias tarefas. Refere-se aos seus amigos como a rapaziada da sua idade. Fala ainda com agrado nos almoços no prazer que tem da mesa, bem como da companhia à mesa. Descreve os locais que costumam frequentar com agrado.

De 2^a a 6^a feira auxilia diariamente o seu primo na loja que este possui, refere que enquanto está na loja vai falando com muitas pessoas ressalvando, mais uma vez, o aspecto relacional. Diz andar entretido e não descurando a

utilidade que tem na loja, diz que precisa mais daquilo do que aquilo precisa dele.

O Sr Alves inclui na sua rotina espaços de encontro sistemáticos com particular atenção para a comemoração das datas festivas, nomeadamente dos aniversários dos elementos que fazem parte dos grupos que integra. Destes grupos fazem parte pessoas que conhece à vários anos, desde o tempo em que a sua mulher era viva e tinham uma vida social partilhada com amigos, familiares, nomeadamente o irmão e primos, e pessoas que conheceu recentemente no próprio local onde se encontram.

Fala das perdas que vão ocorrendo, das mortes dos seus próprios familiares bem como dos amigos e dos familiares dos amigos que o rodeiam. É com tristeza que o refere. Diz evitar estar nos sítios que lhe lembram as perdas das pessoas de quem gosta. Evita também momentos que o possam levar pensar em determinadas coisas *"O faltar-me coisas cá em casa"* referindo-se à mulher. Assim, evita estar na cama sem que seja a dormir.

Lembro-me de há cerca de um ano ter encontrado o Sr Alves abatido, tinha-lhe falecido um primo com quem tinha uma relação assídua.

Refere várias vezes o interesse pelo desporto e o facto de ser associado de um clube, sendo espectador assíduo dos seus jogos de futebol. Fala do descrédito que sente nos políticos nas suas incongruências, do desemprego como algo inaceitável, dos interesse nos clubes de futebol, das injustiças nas reformas.

É Administrador do prédio onde vive. É sócio do INATEL e usufrui com regularidade dos seus serviços, nomeadamente na organização de viagens com os amigos.

A PROFISSÃO E A REFORMA

Encontra-se reformado tendo tido como profissão a de encadernador, actividade que desempenhava em casa com a mulher.

A reforma não constituiu para o Sr. Alves um momento difícil. Diz que com 57 anos começou a tratar da reforma, passando a estar mais tempo com a mulher, com a família e com os amigos.

RETOMANDO O RELACIONAL: O RELACIONAMENTO COM A MULHER

Fala com desenvoltura, demonstrando e referindo a necessidade e o agrado que tem em conversar demonstrando grande envolvimento no diálogo. Tem um discurso atractivo, em que o sentido de humor reflecte uma dimensão lúdica das situações .

Emerge no discurso do Sr Alves uma preocupação com a exactidão das datas, dos termos empregues, fazendo questão de contar tudo tal como aconteceu ou acontece. Demonstra várias vezes ser uma pessoa organizada.

As conversas são frequentemente ilustradas com fotografias, onde me apresenta as pessoas que aí figuram. Não hesita na utilização da palavra velhos para designar a rapaziada da sua idade.

Vai referindo que tudo isto de que vai falando são coisas que fazem parte da sua vida.

Demonstra a sua tristeza quando fala da mulher por quem trata sempre como *"A minha querida mulher"*, referindo ter sido esta a maior perda da sua vida, apesar de gostar muito do pai e tendo sofrido a sua morte.

Refere a forma como se sente bem em falar com a fotografia da mulher, exprimir afectos *"Quando me levanto, antes de sair de casa vou ali (apontando para o canto da casa onde estão as fotografias da mulher) e converso um bocadinho, dou-lhe beijinhos, chamem-me o que quiserem, que o velho não tem juízo etc. mas parece que fico mais aliviado, parece que sai uma coisa de dentro de mim e fico mais aliviado"*.

É com emoção que fala dos últimos tempos que viveu com a mulher, como estava doente, os cuidados que lhe prestava e a fraqueza como designa de ter pedido a morte para ele próprio por sentir que já não tinha forças para cuidar dela. *"Ela caía e era nessas alturas que eu pedia para desaparecer, mas Deus não me fez a vontade e ainda bem, senão quem ia cuidar dela."* E acrescenta *"Não estou dizer isto para a impressionar, não quero que tenha pena de mim"*. Descreve com pormenor os últimos momentos que viveu na sua companhia, em casa, o internamento no Hospital e diz *"Por vezes faz-me mal pensar nisto, mas como estou a falar vai saindo, se eu estivesse a pensar era pior."* Mais uma vez emerge a importância dada ao relacional, ao alívio do

sofrimento na recordação de situações dolorosas em que se sente acompanhado. Conta ainda como recebeu a notícia da sua morte.

Por vezes ao longo das sessões vai buscar fotografias que ilustram aquilo que está a contar ou para me mostrar as pessoas de quem fala. Uma destas vezes diz: *"Se eu estivesse aqui sozinho e a ver isto tudo estava a chorar, custa muito, assim não"*. Entre as fotografias encontra-se algumas fotografias da mãe ao vê-las comenta: *"Era uma mulher perfeita"*. O Sr. Alves sabe onde está cada pessoa das fotografias, onde vivem no momento, com quem e como estão. Pude ver que tem fotografias dos avós paternos. Faz uma referência ao avô dizendo que se suicidara, enforcando-se e acrescenta *"...e o meu pai também tinha essa mania e eu lutei tanto contra isso, tirei-lhe várias vezes a corda da algibeira. Disse-lhe que razão é que os seus filhos lhe deram para o pai se querer matar, agarramo-nos um ao outro a chorar e ele nunca mais teve essa mania"*. Recorre mais uma vez a um argumento relacional.

A propósito de uma das fotografias fala com graça do tempo em que era fadista. *"Quando era fadista, não cantava nada mal, o Pacheco da Amália fazia parte do grupo, o filho dele é hoje um dos melhores guitarristas que há por aí."*

Enquanto vai falando e contando as suas história surgem os episódios acontecidos ainda na companhia da sua mulher. Fala de locais, que ainda hoje frequenta e que havia também partilhado com a mulher. Refere que *"Se ela cá andasse eram 67 anos"*. Diz que eram muito unidos e que passaram por muito juntos. Fala diversas vezes das férias e dos fins de semana que passava com a

mulher e com os amigos atribuindo-lhes a designação de “*Belos tempos*”. Fala dos outros tempos dos tempos em que havia Verão e Inverno.

Demonstra prazer ao recordar, manifestando um sentimento de reconciliação com as suas memórias. Diz ter muito que contar e prefere falar das coisas que o fazem rir.

Descreve-se como um “minhocas”, refilão, que não gosta da mentira da qual diz não necessitar. Descreve-se como teimoso por teimar em fazer coisas sem poder. “*Sou muito meticoloso, sou muito miudinho sabe. Gosto de levar as coisas por caminhos certos. Sou assim e gosto de ser assim e não me tenho dado mal por ser assim.*”

Refere que a sua teimosia não costuma levá-lo à discussão, diz que quando discorda com os amigos nunca deixa que a discussão leve à ruptura: “*Tu ficas com a tua razão que eu fico com a minha razão eu prefiro que daqui a uns tempos eu te vá dizer olha pá afinal tu tinhas razão ou tu me digas ó pá ó Álvaro afinal tinhas razão. A gente não está sempre de acordo uns com os outros, e se não fosse assim era uma palermice, se a gente estivesse sempre a dizer que sim a tudo a concordar com tudo era uma palermice, o sim sim com a cabeça, parecia um vício na cabeça.*”

Lembra-se da forma como resolvia os conflitos com a mulher e refere. “*A minha mulher faz-me muita falta, nós conversávamos e se estivéssemos em desacordo passados uns dias ou eu ou ela dávamos razão ao outro. Às vezes dizia-lhe olha estive a pensar e se calhar é melhor fazermos como tu dizes, ou*

dizia-me ela a mim. Isso é tão bonito". E acrescenta: " *Havia diálogo, nunca houve guerra*".

É com humor e responsabilidade que fala do que lhe acontece no corpo; a tosse que atribui como hipótese "*a esta coisa do Ozono*", referindo que no dia anterior havia saído a notícia que a concentração de ozono na área de Lisboa encontrava-se bastante aumentada.

O SONO E O SONHO

Diz que apesar de não dormir muito dorme bem. Diz sonhar muito, quando o questiono sobre o conteúdo dos sonhos diz " *Sonho palermices, às vezes lembro-me, às vezes acordo cansado.*"

O CORPO: DO CORPO REAL AO CORPO IMAGINÁRIO

Conta uma hospitalização que sofreu há três anos e meio atrás em que apresenta como sintomatologia uma dor que lhe deu numa perna que o impossibilitou de andar, refere sempre quem o acompanhou e a forma correcta como o fez, evidenciando mais uma vez o aspecto relacional. A propósito deste episódio foram-lhe diagnosticadas artroses.

Sente-se, de uma maneira geral no controle da sua vida consciente da sua vulnerabilidade. Conta um episódio em que fez um acto de que não se

lembra e diz: *"Não me sentia bem, foi uma altura que eu não andava bem e não sabia porquê, mas ò Alves porque é que não estás bem, não tiveste nenhum desgosto, não te dói nada, não te aconteceu nada, porque é que te sentes assim?"*

Diz que fala consigo próprio e acrescenta: *" Eu estou sozinho Elsa, eu estou sozinho."*

Quando fala da possibilidade de ficar dependente, revela um desconforto e angústia face a esta possibilidade. *" Está a ver para mim ver-me assim sem conseguir andar, está a ver os meus nervos, eu sou uma pessoa que gosto de andar bem, não me apetece falar disso porque às vezes parece que me falta o pio".*

Diz não ter prazer em falar de doenças e sempre que está com os amigos que são da mesma idade tenta que não falem de doenças. Fala-me de uma Sra. sua amiga com 93 anos dos problemas de saúde que tem e da sua força de vontade, que a faz contrariar a doença. Esta é uma atitude com a qual se identifica. A medicação é tomada segundo a prescrição médica dando atenção a aspectos como a alimentação e o exercício físico. Não adere a sugestões que tendam para a dependência. *" Quando me foi diagnosticado as artroses queriam que eu andasse com bengala, mas não, se eu me agarrasse à bengala ainda hoje andava de bengala".* Também não gosta que lhe perguntem se está melhor: *" È pá eu já te disse no outro dia que estava bom."* referindo-se a uma conversa que teve com o irmão.

Revela susceptibilidade às mudanças de tempo, descreve como sentindo-se cansado sem fazer nada.

Quando situa a conversa nos aspectos que se relacionam com doença refere “ *De um momento para outro não somos nada*”.

A MORTE E A DOENÇA

Diz que, quando morrer, quer ser cremado pois nascemos do nada e voltamos ao nada. Refere a forma como o aflige o culto dos cemitério, não querendo que lho façam a si. “ *A gente nasce do nada Elsa e como nasce do nada temos que desaparecer no nada, temos que dizer a esta gente que já não andamos cá.*”

Faz algumas referências a Deus em quem diz acreditar, mas não é um religioso praticante. “ *Eu ainda sou daqueles que acreditam que há alguém superior a nós e que nos encaminha.*”

Quando falamos sobre o que é o nada o Sr Alves refere que o nada é aquilo que é antes de nós nascermos e acrescenta “ *Eu digo isto mas faz-me confusão quando vou a pensar como é que a gente aparece cá, o nada não é nada, o nada não existe. A nossa vida cá é uma passagem.*” O que incomoda ao Sr Alves é o sentimento de desonestidade sentimental “ *O que eu não queria era que as pessoas que me censuram fossem para lá dizer que eu era tão bom rapaz.*”

Conta a forma como tem tudo organizado para o caso de morrer a prima não ter trabalho. “ *Quero morrer descansado.*”

A propósito da morte fala da vida e diz que gostaria de chegar aos 100 anos. Refere que seria uma homenagem ao seu pai. Esta poderia ser uma forma de vencer a doença de que o pai morreu.

“ Não tenho muito dinheiro mas tenho muito valor e não me tenho dado mal, vou fazer a vontade ao meu querido pai vou chegar aos 100 anos”.

Relativamente à sua doença de Parkinson conta que tem conhecimento de que tem esta doença antes do diagnóstico dos médicos, detectando-a a partir de pequenos tremores que começou a sentir. Refere que foi a experiência de ter acompanhado o seu pai que também sofrera desta doença de que veio a falecer, que o fez reconhecer os sintomas. Diz que não reagiu mal, pois verificou que a doença não evoluía.

O PATERNO, O MATERNO, O FRATERNO E A ASCENDÊNCIA

O Sr Alves fala emocionado da doença do pai, da forma como a doença o transformou e da forma como morreu nos seus braços. É também com emoção que fala do pai e da forma como se relacionavam. Conta vários episódios em que revela o respeito que tinha pelo pai dizendo *“ Foi ele que fez de mim um Homem”*. No entanto não faz uma idealização da sua pessoa refere episódios em que haviam divergências. *“ Sempre fui amigo de não ficar calado e quando o meu pai uma vez à frente de várias pessoas me deu uma biscoita fiquei muito sentido e no outro dia fui ter com ele e disse-lhe: o pai sabe que eu*

“... tinha razão e o pai sabe bem que eu sou um Homem. Chorava ele e chorava eu.”

Demonstra em diversos momentos uma identificação com o pai estabelecendo semelhanças entre eles. Demonstra também a continuidade entre o que o pai lhe transmitiu, o que ele pratica e aquilo que pretende transmitir aos outros.

“ O meu querido pai está-me cá sempre na memória, deu-me educação, eu só tenho a 4ª classe e tenho isto tudo que a Elsa vê, com 86 anos tenho a cabeça muito bem afinada”.

Da mãe diz não se lembrar tendo esta morrido quando o Sr Alves tinha 12 anos. Questiona-se desta falta de lembrança referindo o facto do seu primo com a mesma idade lembrar-se da sua mãe e ele não. Diz só saber da mãe aquilo que o pai lhe contava. Nunca perguntou ao pai porque é que a mãe morreu porque ouviu dizer que fora por causa de uma interrupção de gravidez e que não se atrevia a falar com o pai de um assunto destes. O seu pai voltou a casar e refere que para si a sua madrasta era uma segunda mãe.

O Sr. Alves tem um irmão mais novo com 75 anos com quem se encontra esporadicamente, tendo tido outro irmão que morreu tinha 23 anos. O Sr. Alves não fala muito do seu irmão, diz apenas que morreu com tuberculose.

“ Sabe ele tinha a mania que era faquir, metia pregos ferrugentos no nariz, eu era garoto, pouco me lembro disso. Depois da morte da minha mãe eu fui o único que ficou com o meu pai. O meu irmão mais velho vivia com os meus tios

e o mais novo com os padrinhos". O Sr. Alves tinha 16 anos quando o irmão morreu.

Relativamente ao facto de nunca ter tido filhos justifica-o pela falta de condições económicas *"Não tinha vida para isso. Quando gostava de ter filhos não tinha vida para os sustentar, não queria que os meus filhos batessem à porta dos outros, está a ver o meu feitio ..."*. A decisão de não ter filhos foi uma decisão do casal.

Diz gostar muito de crianças descrevendo a relação que tem com as crianças em que se evidencia o aspecto lúdico. *"Era um miúdo grande (referindo-se a si próprio) e um miúdo pequenino a brincar."*

Consciente do seu valor refere *"Eu só preciso que me tratem bem e que me dêem aquilo que eu mereço"*.

Emerge do seu discurso uma ideia de vida cheia, onde integra as coisas boas e as coisas más. Refere diversas vezes o facto de se sentir sempre a aprender. O sentimento de continuidade prevalece.

"É isto que me fez aquilo que eu sou e aquilo que eu estou, não é por acaso". Refere com um sentimento de orgulho.

4.1.2.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 14

Tempo Total = 33', 56"

Tempo/Resposta = 2', 42" ↑↑

Tempo Latência Médio = 42" ↑↑

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G - 8

F+ = 4

A = 6

D - 6

Σ F = 12

F - = 6

Ad = 1

Dd - 0

F± = 2

H = 0

Dbl - 0

Hd = 2

Do - 0

(H) =

C = 0

E = 0

Borrão =

CF = 0

EF = 0

Desenho =

FC = 2

FE = 0

A/ Cena = 1

Sexo = 2

Obj. = 2

K = 0

Kan = 0

G% = 57% ↑

F% = 85%

FC > C + CF

A% = 50%

D% = 42% ↓

F+ % = 33% ↓↓

H% = 14% (Hd)

Fa % = 100% ↑

F+ % a = 42% ↓↓

Ban = 3

T.R.I. = 0 K : 1 C Coartado

FC = 0 : 0 Confirma o TRI

COMENTÁRIO

Ao longo da passagem deste teste projectivo o Sr. Alves demonstrou um comportamento inquieto demonstrando um sentimento de surpresa face ao material. Os comentários subjectivos são uma constante ao longo de todo o protocolo.

A apreensão é feita maioritariamente pela globalidade, remetendo para estratégias defensivas. Surgem algumas apreensões em D apesar de estarem ainda aquém dos valores normativos apresentados para a população adulta, poderá indiciar uma maior capacidade para explorar a prancha, um maior investimento na realidade.

Encontramos neste protocolo maior número de verbalizações, no entanto estas são maioritariamente comentários subjectivos à sua capacidade de interpretação do material que lhe é apresentado.

Os conteúdos repartem-se entre os A e outros. Vê-mos surgir neste protocolo conteúdos que não aparecem em mais nenhum destes sujeitos, como o conteúdo sexual.

Na P IX observamos a emergência do conteúdo latente desta prancha, com uma resposta em que surge o simbolismo materno, associado à gravidez, deslocando no entanto para o conteúdo animal.

A perseveração da resposta morcego, bem como os comentários simetria, dados nas P IV e P VIII, parecem surgir como defesa contra a emergência de conteúdos com carácter regressivo mais acentuado.

4.1.2.2 - COMENTÁRIO FINAL

Salienta-se deste caso os aspectos relacionais emergentes integrando o conflito.

Existe por parte do Sr. Alves o reconhecimento da dependência face a pessoas com quem tem uma relação afectiva, ao contrário da dependência física que teme e que combate. É salientado o prazer que tem em todos os momentos partilhados com quem gosta. A companhia e o prazer continuam a ser o móbil do comportamento do Sr. Alves, adoptando estratégias activas de adaptação para fazer face às novas situações.

Parece ser esse prazer que lhe permite a fé no futuro desejando chegar aos 100 anos.

Parece reconciliado com as suas memórias, mesmo com aquelas que lhe causam sofrimento. O pensamento flui ao recordar, fértil de associações. Observa-se um sentimento de continuidade. É no âmbito da relação com o outro que as recordações, nomeadamente as recordações relativas às pessoas que faleceram se tornam menos dolorosas.

O imaginário revela-se através do sonho e dos seus equivalentes na vida diurna. Neste caso é nas narrações relativas à vida diurna que mais frequentemente vemos emergir esse imaginário.

Observa-se a forma como encontra alternativas para as situações de vida com as quais se depara.

A morte como situação de impasse aparece adiada, uma possibilidade após a realização dos 100 anos.

O modo como restabelece a relação com o objecto ausente, a sua mulher, através dos rituais diários descritos, remete para a seguinte passagem: *«É o aparecimento de um terceiro, entre o sujeito e o objecto- o sonhador, que permite a descentração da realidade. Algo entre a posição esquizo-paranoide e a posição depressiva, um interlúdio maníaco onde nasce o objecto transitivo, matriz de símbolo. É o contraponto da realidade que não é o delírio mas a ilusão contida, circunscrita.»*

(A. Coimbra de Matos, 2000)

Emerge, neste caso um sentido de corpo próprio na assunção da sua subjectividade, um sentimento de integridade, reflectindo-se no seu equilíbrio psicossomático.

A depressão, a ocorrer, é uma depressão reactiva, face a acontecimentos de vida. Os resultados obtidos na escala de depressão do MMPI não são concordantes. Na escala da depressão do MMPI apresenta uma pontuação de $t = 70$ apontando para o limite inferior do considerado índice de depressão elevado para este teste. O resultado obtido na escala de depressão de Beck sugere ausência de depressão.

4.1.3 TERCEIRO CASO: AMÉRICO

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci o Sr. Américo à três anos atrás em virtude do serviço de apoio domiciliário, não nos encontrávamos há cerca de um ano. Dos primeiros contactos que tive com o Sr. Américo retenho a sua rigidez, a sua conflitualidade e até alguma hostilidade inicial que vai ultrapassando com o avançar da relação.

O Sr. Américo demonstrou alguma resistência em colaborar no meu estudo. Aceitando após solicitar esclarecimentos .

O Sr. Américo vive com a sua esposa a Sra. Adelaide. A Sua esposa sofreu um Acidente Vascular Cerebral há 12 anos atrás. Apresenta algumas dificuldades motoras, deslocando-se com o auxílio de uma muleta, demonstra também muitas dificuldades ao nível da linguagem.

O Sr. Américo tem 85 anos e a Sra. Adelaide tem 75 anos.

Encontro-me com o Sr. Américo na sala da casa onde vive. Visivelmente mais magro do que quando o conheci, apresenta uma expressão facial em que os olhos muito abertos e trémulos incutem um tom de surpresa e aflição. Embora debilitado mantém a capacidade de mobilização. Quando o vejo e lhe pergunto como está diz-me de imediato: “ *Estava a ver que morria com a ciática*”.

DE UM PRESENTE ARRUINADO PARA UM PASSADO IDEALIZADO

Demonstra desde logo desconfiança relativamente ao meu estudo refere zangado que não quer o que diz nem nos jornais nem na televisão. Na sessão em que aplico a escala da depressão do MMPI diz em tom zangado ao ver-me tirar papel e caneta : “ *Eu não assino nada.*” É notório o clima de desconfiança em que vive.

Descreve-se como uma pessoa observadora e sincera. Explica que por ser adverso ao cinismo é uma pessoa frontal. O Sr. Américo demonstra grande rigidez, o que diz aparece como convicções inabaláveis.

O tom de voz muitas vezes exacerbado reforça a revolta que sente face às mudanças do mundo. Fala com veemência daquilo que considera as coisas más do mundo actual.

O descrédito prevalece no seu discurso. O descrédito nos médicos: “ No Hospital da Amadora recebem-me bem , no outro dia estou na mesma. Agora estou melhor mas não é com os tratamentos do Hospital. Os médicos não sabem nada, nada, chego à conclusão que estes médicos não prestam para nada.” Descrédito nos políticos, descrédito geral. Denota a falta de esperança no futuro: “*Tudo vai para pior, isto não vai melhorar não pense.*”

Sobressai no seu discurso um sentimento de ruptura com o passado, nomeadamente o passado vivido em África.

O Sr Américo foi para Angola com os pais e irmão tinha então 11 anos. Esteve em Luanda 54 anos. Refere que voltou devido ao sentimento de

insegurança que começou a sentir após o 25 de abril de 1974. Regressou a Portugal com a mulher e com os filhos decorria o ano de 1977. Fala dos tempos entre Abril de 1974 até à data em que veio para Portugal, diz ter sentido medo principalmente pela mulher e pela filha. *“Ninguém faz ideia o que aquilo era tremendo, antes da independência era a melhor terra do mundo agora não.”*

É com um sentimento de revolta e desolação que fala de Angola hoje, da destruição com emoção, adoptando um tom de voz mais alto. *“Agora, não se vê nada, aquilo está fechado, está tudo perdido. Não, Não, nem penso em lá ir. A guerra, as pernas cortadas os braços cortados, então eu não vejo na Televisão, nos jornais, tudo destruído.”*

Descreve Angola do passado como um mundo perfeito. *“Não há ninguém que estivesse lá que diga mal daquilo, ninguém. Era abundância de tudo, não faltava ali nada.”*

Há um sentimento saudosos permanente quando fala de África. Demonstra prazer em recordar: *“Costuma-se dizer recordar é viver e é verdade.”* Descreve os costumes, as vivências, a abundância em África utilizando um tom impressionista, em que o tom de voz altivo que alterna com a forma arrastada como fala e que acompanha a desolação face à percepção e à vivência actual da realidade. *“Vou aqui ao mercado, não tem gosto nenhum, isto está assim isto está cada vez pior.”*

Descreve, sempre de forma contrastante a sua percepção actual das coisas, o que assiste em Portugal. *“Em África não havia desemprego, não havia pedintes aqui são raparigas novas, saudáveis a pedir para fumar, mulheres a fumar, grávidas e a fumar, não têm consciência do que estão a*

fazer, e o tabaco está tão caro. Os filhos nascem com problemas têm asma, no meu tempo não se ouvia falar disso.”

Trabalhava em Luanda no Caminho de Ferro onde diz, com orgulho, que passou por todos os postos, devido a mérito próprio, começando pelo mais baixo até ser chefe do departamento de pessoal.

Refere as suas vindas a Portugal onde encontrava um país diferente do de hoje, onde mais uma vez emerge a desolação na comparação entre o passado e o presente. Refere uma ida recente ao Ginjal, local frequentemente frequentado no passado em passeios de Domingo. *“Aquilo de 2ª a Domingo era uma alegria, agora está tudo degradado, é uma miséria; aí Jesus, uma pessoa que conheceu aquilo agora chora o Ginjal, com ali tantas vezes era um cheirinho, a marzia, os mares não estavam poluídos, havia ostras. Eu fiquei parvo, eu chorava por dentro.”*

Fala com prazer da Lisboa que conheceu dizendo que essa era a sua paixão. Diz que dava longos passeios por Lisboa na companhia da mulher antes desta ter o AVC.

Do presente apenas fala com desagrado, seleccionando situações em que o sentimento negativo de discordância para contar. Conta que viu uma Sra. a bater muito a uma criança perante a indiferença das pessoas que assistiram na rua. Evoca os princípios em que foi educado e descreve um mundo passado pontuado por estes princípios em que estavam ausente as injustiças.

Das pessoas diz: *“As pessoas estão a perder personalidade, querem é dinheiro, sem interessar como e se aparece uma pessoa educada estranham. Está-se tudo a perder”*

A DOENÇA

Relativamente à sua doença actual, a ciática, diz que o que mais o aflige é a falta de forças. Sofreu desta doença, pela primeira vez, há quatro anos atrás, sendo a 2ª vez que sofre desta doença. Diz que sente dores nas pernas e na bacia. Diz que perde o apetite. *“É um mal estar terrível, não durmo, irrita-me por tudo e por nada.”*

Não sabe quais são as causas, e refere que não conhece ninguém da família que tenha o mesmo problema de saúde. Diz *“Tem a ver com os nervos, isto é tudo nervos”*. Diz que actualmente considera-se uma pessoa muito nervosa. Diz que antes de vir para Portugal nunca se sentia nervoso.

Foi operado à próstata à dois anos e meio, dizendo num tom de voz arrastado que contrasta com o anterior denotando sentimento de derrota.: *“Fui infeliz na operação, tive pouca sorte com o médico, já não tem cura, isto, agora é até morrer.”*

Refere que tem que se habituar à doença e diz: *“É esta a minha vida de há uns anos para cá. Isto é assim, não me venham cá com ilusões.”*

Remete mais uma vez para as comparações com o passado. *“Quando era novo nunca tinha nada, agora depois de fazer sessenta e tal anos é que me aparece tudo. Devia ser ao contrário (sorri)”*.

Refere-se à velhice como sendo um mal actual que se vive em Portugal.: *“Aqui é da velhice, as pessoas lá (em África) com mais idade também não tinham nada. Aqui só se houve falar de trombozes de ataques de coração.”*

Remete para o modo de vida, nomeadamente a alimentação, as possíveis causas destas diferenças que sente entre Portugal de hoje e África que conheceu.

Refere que não gosta do clima Português devido às mudanças constantes que o fazem sentir-se mal. Fala com nostalgia do clima de Angola em que estava sempre calor e quando chovia chovia muito.

Os paralelismo feitos com África são uma constante, relativamente às doenças diz: *" Nós em África tínhamos que ir periodicamente ao médico, mas isso era o que toda a gente fazia, não havia cá doenças nenhuma. Aqui em Portugal, quando vejo um agrupamento de Senhoras ou de homens só oiço falar em análises, doenças, é só o que oiço, de doenças. Em África não se falava de doenças, havia o mosquito, a mosca do sono, ninguém se queixava".*

Fala mais tarde das febres tropicais que sofria mas atenua as suas consequências negativas: *" Era uma pessoa muito saudável. Tinha febres tropicais, toda a gente tinha não era, é natural."*

Refere uma operação que fez à bexiga há 38 anos atrás, mas que posteriormente ficou bem: *"Depois da operação à bexiga, fiquei bom, nunca mais tive nada".* A intervenção cirúrgica deveu-se a um cancro na bexiga. Refere que ficou curado. A doença surgiu em Angola e a operação foi em Angola refere: *"Fui operado em Angola por um bom médico."*

O TRABALHO, A REFORMA E A TRISTEZA

Fala da reforma, há 38 anos, por incapacidade sem qualquer sentimento negativo. A reforma surge após a operação à bexiga, ainda em África, onde permaneceu após a reforma. Diz que estava saturado de tantos anos de trabalho. Umas sessões mais tarde refere que após a reforma sentiu uma certa tristeza mas não sabe porquê.

Relativamente a momentos anteriores de tristeza refere que por vezes, ao longo da sua vida sentia-se triste sem saber porquê e acrescenta "*Nunca fui uma pessoa de rir muito*"

Descreve a sua rotina diária como uma sequência de actividades relacionadas com a parte doméstica como desinteressantes.

O SONO E O SONHO

Diz que no passado dormia bem mas não se lembra de sonhar. Agora tem dificuldade em dormir e que acorda com qualquer ruído. Diz que não sonha.

A RELAÇÃO COM O OUTRO

As referências feitas ao relacional são muito raras e inexistentes fora da família nuclear. "*Nunca fui uma pessoa de muitos amigos, sempre fui uma pessoa só.*"

Nunca falou, espontaneamente dos pais ou dos irmãos. Quando lhe pergunto diz que tem uma irmã viva que o visita por vezes e um irmão que já faleceu. Refere apenas que o pai era um homem correcto, de outros tempos tal como a mãe.

Tem dois filhos dos quais fala com orgulho, referindo as suas profissões “*São os dois Engenheiros*”. Refere o respeito que sempre tiveram pelos pais.

Foi em Angola que conheceu a Sra. Adelaide. Refere que casou há muito tempo, pois já tem uma filha com 55 anos.

Fala também das netas mostrando-me as suas fotografias, refere que os filhos e as netas os visitam com frequência.

4.1.3.1 ANÁLISE DO RORCHACH

PSICOGRAMA

R = 8

Tempo Total = 11',56"

Tempo/Resposta = 9"

Tempo Latência Médio = 27"

Recusas = 2 (P VI e PVII)

Respostas adicionais = 0

G - 6

D - 2

Dd - 0

Dbl - 0

Do - 0

$\Sigma F = 6$

F+ = 5

F- = 0

F± = 1

A = 5

Ad = 0

H = 1

Hd = 0

(H) = 0

Geo = 1

Bot = 1

C = 1

E = 0

CF = 0

EF = 0

FC = 2

FE = 0

K = 1

Kan = 0

Kob = 0

G% = 75% ↑↑

D% = 25% ↓↓

F% = 75% ↓

F+ % = 83% ↓↓

Fa % = 87,5% ↑

F+ % a = 81% ↓

Ban = 4↑

FC < C + CF

A% = 62,5% ↑↑

H% = 12,5%

T.R.I. = 1 K : 1 C Coartado

FC = 0 : 0 confirma o TRI

COMENTÁRIO

A atitude do Sr. Américo perante este material foi de desconfiança, de recusa perante a projecção, de vinculação ao real. O protocolo reflecte esta colagem ao real.

A insistência após a aplicação do Rorschach para que lhe fosse dito qual a interpretação normativa das pranchas, revela a necessidade de uma instância exterior que lhe dite as regras.

O número de respostas é restrito, a verbalização reduzida. A apreensão é feita maioritariamente na globalidade. As respostas dadas em G, são associadas, na sua maioria a boas formas. O número de banalidades elevado se nos reportarmos ao número de respostas. O registo formal é quase exclusivo.

Este protocolo reflecte o esforço adaptativo. A configuração que aqui observamos não proporciona a emergência dos afectos.

O TRI coartado e a FC confirmam este funcionamento que reflecte uma pobreza de imaginário.

4.1.3.2 – COMENTÁRIO FINAL

O relato deste caso remete-nos para a desolação face a um presente destituído de qualquer prazer, ao qual não se outorga credibilidade. A desesperança inscreve-se no presente projectando-se no futuro. A falta de fé emerge num discurso sobre um presente e futuro arruinados face aos quais contrapõe um passado idealizado, um mundo perfeito.

O retorno a Portugal, a experiência de uma nova realidade vivencial parece ter-se consubstanciado numa situação de impasse, que se projecta num mundo irresolúvel.

O relacional apresenta-se escasso, parco de afectos, ausente de histórias. Ausência de sentido lúdico.

A concepção do que lhe sucede no corpo e nomeadamente a doença reflecte esta ruptura com o passado vivido em África. As doenças que ocorreram em África são depreciadas, exaltando as doenças e o sentimento de ineficácia que sente por parte dos cuidadores (médicos) que operam em Portugal. O conformismo surge como desfecho de uma situação que se lhe apresenta irremediável. O corpo doente é um corpo destituído de qualquer aspecto fantasmático.

A depressão demonstra neste caso o seu carácter eminentemente expansivo afectando as várias áreas de vivência do sujeito. Com uma acirrada vinculação ao real, não surgem propostas que proporcionem alternativas

perceptivas face a um mundo em que tudo é desagradado. A inoperância do sonho revela-se neste opinar constante sobre a ruína do mundo actual e futuro.

Os resultados obtidos na escala da depressão do MMPI e no inventário da depressão de Beck são consonantes revelando, em ambos os casos, um quadro de depressão grave.

4.1.4 QUARTO CASO: JOÃO

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci o Sr. João há três anos atrás. O Sr. João vive com a sua esposa Sra. Fernanda que sofreu um AVC há cerca de 3 anos tendo ficado acamada. A Sra. Fernanda não fala emitindo apenas o som bábábá.

Dos primeiros contactos que tive com o Sr. João retenho alguma resistência que fez nos primeiros contactos, vindo posteriormente a prevalecer a forma afável como me passou a tratar. A necessidade de compensar todos os actos que beneficiavam a sua esposa era uma constante. Não nos encontrava-mos à cerca de um ano.

O Sr. João tem 77 anos e a sua esposa 79 anos.

Após uma explicação do meu estudo aceitou colaborar, no entanto ao longo das sessões ia pedindo alguns esclarecimentos, demonstrando alguma desconfiança.

Recebeu-me em sua casa com alguma reserva as suas primeiras palavras quando me viu foram: “ *Vamos lá ver o que é que você veio aqui fazer.*” Estas desconfianças foram posteriormente ultrapassadas, sendo que a partir da 3ª sessão o Sr. João demonstrava empenho e colaboração.

A RELAÇÃO ACTUAL COM A MULHER E AS ROTINAS

É o Sr João que se encarrega de todas as tarefas domésticas incluindo as respeitantes aos cuidados com a sua esposa. Os temas do seu discurso situam-se em torno dos cuidados que presta à sua esposa e no seu estado de saúde e nas preocupações daí decorrentes. Demonstra receio em adoecer de forma a que o impossibilite de continuar a cuidar da sua esposa.

Demonstra prazer em cuidar dela revelando desde logo a grande atenção que lhe presta. Encontro-os sempre na sala de sua casa, onde a Sra. Alice está deitada numa cama articulada junto a uma grande janela que dá para um jardim. Em frente a televisão sempre acesa e ao lado a cama onde dorme o Sr. João.

A rotina diária do Sr. João é determinada pelas tarefas domésticas e por todas aquelas que garantem o conforto à Sr. Alice. Refere que tudo o que gostava de fazer não pode devido ao estado de saúde da Sra. Alice, diz que gostava de poder sair de casa, passear. Demonstra revolta referindo simultaneamente o carácter inalterável da situação.

A Sra. Alice entoa o seu balbuciar de formas diferentes conforme o que pretende comunicar. O Sr. João interpreta tais modulações e responde, a Sra. Alice consente na interpretação. Observando o casal verifica-se que a comunicação efectiva-se. A Sra. Alice procura frequentemente o contacto físico ao que o Sr. João corresponde, demonstrando sentir-se gratificado. O Sr. João vai verbalizando tudo aquilo que vai fazendo ao que a Sra Alice vai comentando, a maior parte das vezes, em tom de aprovação. Os temas são à

volta da alimentação, do sono, do frio e do calor, da higiene pessoal remetendo para o estilo relacional entre a mãe e o bebé.

O Sr. João revela sentir-se eficaz nesta função de prestador de cuidados: *"Só lhe falta o que ela não tem que é a saúde."*

O Sr. João demonstra várias vezes, ao longo das sessões, a sua preocupação face ao facto de deixar de poder cuidar da sua esposa devido ao seu estado de saúde. Queixa-se de tonturas e de dores de cabeça que o levam por vezes a desmaiar. Refere que os exames médicos não lhe diagnosticam as causas destes sintomas. Descreve uma destas situações: *"la-me a levantar passou-me uma coisa tão rápida tão rápida que só tive tempo de me agarrar e de me deixar cair para o chão."*

As preocupações face à morte surgem perante a impossibilidade de continuar a cuidar d sua mulher. Diz que acredita na reencarnação, praticando a religião de Jeová

As dificuldades económicas e a falta de apoios que tem surgem como factores que contribuem para as suas preocupações

A CIRCUNSCRIÇÃO RELACIONAL, DE ESPAÇO E DE ENTENDIMENTO

As referências feitas a outras pessoas são escassas. Têm dois filhos, um filho com 50 anos e uma filha com 53, e três netos. Da filha refere apenas que reside longe e que tem o marido numa situação de dependência tendo que cuidar dele. Relativamente ao filho refere-o como sentindo pouco apoio da sua

parte. Fala destes com alguma distância, queixando-se da forma apressada como o filho os visita.

Emerge um sentimento de vida restringida a dois, ele e a esposa. De solidão relativamente ao que sente e a como vive: *"Só eu é que sei o que passo, os outros vêm para aqui dizer para eu fazer assim, como se fosse possível fazer o que eles dizem, só eu sei como ando, só eu sei o que passo com ela."*

Refere a forma como resolvem os conflitos enquanto casal: *"Zangamo-nos, vai para aqui vai para ali, és isto és aquilo daí a um bocado já estávamos aos beijinhos e ainda hoje eu às vezes, num dia qualquer posso zangar-me com ela e no outro dia não é nada comigo e já andamos aos beijinhos um ao outro."*

Comove-se quando fala na sua mulher antes de ter sofrido o AVC, nas diferenças na vida que tinham relativamente à actualidade circunscrita ao espaço da casa. Refere as excursões, os passeios, as férias passadas no local onde nasceu. A fala sobre o passado é pesarosa em constante comparação com o presente e nomeadamente com as suas limitações. O presente fá-lo mudar de tom, exaspera-se. Referindo-se ao passado e dirigindo-se à Sra. Alice diz *"Eram bons tempos não era filha, agora meu amigo ardeu a tenda."*

Verbaliza uma certa ambivalência relativamente ao estado da sua mulher refere que se considera uma pessoa feliz devido a ainda ter companhia,

mas que não pode estar feliz devido à situação em que se encontra a sua esposa. *“Sempre fui feliz, estava sempre bem, agora só sou feliz porque tenho companhia, em tudo o mais não sou feliz.”*

Fala com orgulho da mulher diz que ela sempre foi bonita, para o elucidar mostra-me uma fotografia.

Numa das sessões a Sra. Alice estava preocupada, colocou a mão em cima da minha saia, puxava-me a saia para baixo. O Sr. João comenta *“Está com medo por eu estar aqui (sorri).”* De seguida diz aquilo que acha que a Sra Alice está a pensar: *“Está agora a mostrar as pernas ao meu marido.”* Digo dirigindo-me à Sra. Alice: “O Sr. João só tem olhos para si.” Ao que responde com um balbuciar comovido.

O TRABALHO E A REFORMA

O Sr. João encontra-se reformado desde 1982 e exerceu a profissão de cozinheiro. Foi reformado com 57 anos por motivos de saúde. Continuou posteriormente a trabalhar até a Sra. Alice sofrer o AVC. Diz que se sentira bem até então.

A SAÚDE E A DOENÇA

Considera que foi uma pessoa saudável apesar de ter sido submetido a várias intervenções cirúrgicas no passado. Foi submetido a várias operações cirúrgicas como a uma ulcera no estômago, a hérnias e ao nariz. Relaciona a debilidade no seu estado de saúde actual com a doença da Sra. Alice. Diz ainda que quando muda o tempo tem dores devido ao reumático, acrescenta que as dores de cabeça intensificam-se nesta altura. Refere também alterações no seu estado de humor, induzidos pelas alterações temporais. *"Quando o tempo muda não sinto ânimo para nada, há uns anos para cá é assim, é conforme o tempo."*

No momento considera-se doente remetendo este estado para a situação em que vive. *"Agora desde que aconteceu isto (a doença da esposa) agora meu amigo a saúde foi-se embora."*

O SONO E O SONHO

Refere que tem dificuldade em dormir, assinalando o despertar precoce. Diz que não toma qualquer medicamento. Acrescenta que dorme melhor no Inverno do que no Verão. Diz que sonha muito: *"Sonho com coisas que se passaram à muito tempo, a porrada que apanhei, coisas de há muitos anos, às vezes sonho com o serviço, com o trabalho essas coisas assim."* Quando lhe pergunto se dá importância os sonhos responde: *"O meu filho diz que é bom sonhar, eu não sei."* Mostra interesse em continuar a falar dos sonhos: *"Às vezes pensa-se onde é que se vai buscar aquelas coisas."*

BREVE ALUSÃO À INFÂNCIA

O Sr. João nunca foi à escola, lê com alguma dificuldade. Refere que tem aprendido mais desde que a Sra. Alice teve o AVC.

Da infância e início da adolescência conta o trabalho que tinha a guardar o rebanho juntamente com os irmãos, conta as zangas que tinham.

Refere que foi criado com os avós e com a mãe, nunca conheceu o pai pois este foi para Brasil estava a mãe grávida dele. Refere a rigidez do avô: *"Ai, aí andávamos ali direitinhos, impunha-nos regras"*. Fala também das dificuldades com que viviam referindo-se à forma como o pai se tornou completamente ausente apesar de ter tido sucesso profissional no Brasil.

Demonstra também a falta de confiança no futuro no que diz respeito às condições de vida *"Aí o que a gente passou e o que a gente passa ainda, neste mundo cada vez é pior, vê alguma melhoria, eu não vejo."*

COMENTÁRIO

Neste protocolo mantém-se o restrito número de respostas, bem como a verbalização reduzida.

A apreensão é feita maioritariamente na globalidade, sendo esta, na sua maioria adequada (associada a F+).

Os conteúdos repartem-se entre conteúdos animal e outros.

Existe neste protocolo algumas respostas de movimento (cinestésicas) remetendo para uma apreensão da prancha de uma forma mais elaborada. As personagens são na sua maioria mencionadas na sua dualidade (P I, PII, PIII e PIX).

O TRI é coartado, no entanto a FC não o confirma.

Parece emergir neste protocolo uma oscilação entre a emergência da projecção e a defesa contra os conteúdos mais regressivos.

Na grande maioria das respostas encontramos a referência feita a duas personagens, reflectindo a vivência diária de um espaço e de um tempo vivido a dois.

4.1.4.2 COMENTÁRIO FINAL

Neste caso aparece como prevalecente o aspecto relacional que se inscreve numa situação particular, marcada pela doença e pelas limitações que esta introduz na vida de um dos membros do casal.

Emerge um espaço marcado por esta dualidade relacional numa vida restringida a dois, num espaço limitado que determina as rotinas diárias.

Uma rotina que porque inscrita no relacional gratifica, mas porque limitativa frustra.

Face a esta vivência ambígua emerge no discurso do Sr. João uma oscilação sentimental entre a felicidade e a infelicidade, que reflecte a gratificação e a frustração que a situação induz.

A capacidade de comunicação entre o casal efectiva-se devido a um imaginário que se reflecte numa relação essencialmente empática, que proporciona esta nova forma comunicacional, alternativa à linguagem de signos.

As queixas da solidão inscrevem-se nas dificuldades de comunicação com os outros. Aqueles que não experimentando a situação em que vive emitem opiniões que, segundo a interpretação do Sr. João, reflectem a incompreensão face à situação.

Observamos neste caso, e mais uma vez, uma vulnerabilidade face às alterações temporais influenciando inclusive as rotinas do sono, com repercussões ao nível do corpo real.

O seu estado de saúde é correlacionado, pelo próprio, com o estado emocional induzido pela doença da esposa, investindo a situação de subjectividade.

A depressão parece no caso do Sr. João ser uma depressão circunstancial, reactiva a uma situação particular. Restringindo o espaço, comandando o tempo, castra o poder expansivo da imaginação atingindo o corpo real.

Os resultados obtidos na escala da depressão do MMPI apontam para um índice de depressão elevado. Os resultados obtidos no inventário da depressão de Beck apontam para uma depressão moderada.

4.1.5 QUINTO CASO: ANA

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci a Sra. Ana há três anos, desde então estabelecemos alguns contactos em virtude do serviço de apoio domiciliário. Não nos encontrávamos há 1 ano.

A Sra. Ana, após uma explicação sucinta do meu estudo, aceitou a minha proposta sem colocar qualquer entrave, tendo sempre uma atitude facilitadora.

Dos primeiros contactos que estabeleci com a Sra. Ana retenho essencialmente a sua simpatia. O tom de voz é ofegante devido aos problemas respiratórios.

As sessões decorrem em sua casa, na sala onde passa a maior parte do tempo. A Sra Ana abre-me a porta e dirigimo-nos para sala senta-se no seu local habitual, uma cadeira com uma secretária junto à janela para a qual se senta de costas. Uns metros à frente encontra-se a televisão, sempre ligada. Em cima da secretária estão as fotografias do pai e das suas sobrinhas. Na sua sala encontram-se ainda várias fotografias de gatos e duas de um galo.

A Sra. Ana tem 75 anos. Possui o 4º ano de escolaridade. Refere como actividade profissional a costura e o trabalho doméstico em casas particulares, encontrando-se reformada há 15 anos.

A Sra Ana vive sózinha, não tem filhos e nunca casou. .

Apesar de viver sozinha não revela sentimentos de insegurança, refere sentir-se suficientemente forte para se defender.

DO PASSADO AO PRESENTE: A CONTINUIDADE IDENTITÁRIA

Descreve-se no passado como tendo sido uma pessoa alegre e associada a alegria ao canto. *"Era uma pessoa alegre, cantava em casa e nos ranchos, agora não canto nada, não sou capaz de cantar, tenho a voz muito tremida."* Diz que nunca se lembra de andar triste, com excepção de quando lhe morriam os animais.

Relativamente ao seu estado de humor actual diz: *"A velhice é uma tristeza mas acho que feliz de quem chega a velho."* Diz que está velha e que se sente cansada. Refere que, actualmente, se dá bem com toda a gente, denotando no entanto nas suas palavras um sentimento de ineficácia do conflito no contexto actual da sua vida: *"Agora não discuto com ninguém, agora não vale a pena."* No entanto relativamente ao passado diz: *"Tinha pessoas que às vezes me faziam enervar, a mulher da limpeza por exemplo. Sou uma pessoa muito nervosa sempre fui assim e se me conseguiam contrariar então estava tudo estragado."*

Relativamente ao facto de não ter filhos diz *"Não tive filhos, também não tive marido, havia rapazes que gostavam muito de mim mas eu não queria, não me agradava, não apreciava."* Refere que gostava de estar com o pai.

Relativamente aos motivos diz:

"Eu queria estar livre para não ter preocupações com isto ou com aquilo, porque eu ficava muito aborrecida se alguns dissessem que tinham namorada e que acabaram por minha causa e eu não queria isso, depois fiquei solteira e pronto, solteira e boa rapariga, não tenho pena nenhuma. "

A Sra Ana viveu com os pais e com o irmão mais novo até aos 3 anos de idade, altura em que a mãe faleceu devido a uma Pneumonia, tinha 23 anos. Após o falecimento da mãe a Sra Ana foi viver com os tios maternos e o irmão com os tios paternos.

O pai era Sargento no exército e passou a viver no quartel. Refere apenas ter boas recordações dos tempos em que viveu com os tios. Quando se refere aos sentimentos e vivência com os tios diz: *"Eram muito meus amigos"* termo que emprega diversas vezes.

Refere que esta situação manteve-se até o pai se casar novamente. Com 5 anos foi viver com o pai e com a madrastra a quem chama de madrinha *"Chamo-a de madrinha porque gostava muito dela e não gosto de lhe chamar madrastra"*.

Os tios paternos não permitiram que o irmão voltasse para casa do pai, encontravam-se apenas nas férias. A Sra. Ana não manifesta sentimentos negativos relativos ao facto dos tios terem ficado com o irmão. *"A minha tia disse que sabia muito bem que o meu pai tinha dois filhos e que deviam ser criados um com o outro, mas eles naquela altura não o deram, eles tratavam-no bem."* Refere o conflito existente entre o tio e o pai por causa do irmão.

Diz não ter lembranças da mãe, aquilo que sabe é através daquilo que o pai e a avó contavam. *"O meu pai contava-me que a minha mãe era muito boa*

e trabalhava de costura, fazia-me os fatinhos todos e eu também fiz, a única coisa que me lembro quando a minha mãe morreu era que estava no céu”.

Mais tarde a propósito de uma ida com o Pai a Fátima refere que aos três anos esteve muito doente, mas não sabe precisar se foi antes ou depois da morte da mãe.

Nas passagens que fala da sua mãe existe um sentimento de identificação e de continuidade que a Sra. Ana estabelece entre si e ela. “A minha avó costumava dizer: deixa lá morreu a Mariana (a mãe da Sra. Ana) mas ficou cá a Aninha, que era eu.”

O mesmo sentimento de identificação e de continuidade parece ocorrer quando fala da sobrinha neta. “Os males impediram-me de seguir o curso que a minha sobrinha seguiu, ainda fiz admissão aos liceus, mas com 12 anos estava com problemas de rins.”

Relativamente ao seu nome diz: “ Não gosto do meu nome, foi a minha madrinha de baptismo que mo deu, soube mais tarde que a minha madrinha tinha várias afilhadas com este nome, mas eu gostava mesmo era de ser Mariana”. Mariana é o nome da sua mãe, tendo sido este o nome dado à sua sobrinha, filha do seu irmão.

Também a sua madrinha é complacente com a evocação da memória da anterior esposa do pai da Sra. Ana.

A memória da mãe e a sua evocação é acolhida nos vários membros da família referindo-se ao nome dado à sua sobrinha Mariana diz: “A mulher do

meu irmão disse logo que sim, que queria esse nome." Este nome foi sugerido por ela e pela sua madrinha (esposa do pai).

O PATERNO E AS PERDAS SOFRIDAS

A Sra. Ana fala do pai com grande admiração: *"o meu pai era do exército, foi desde soldado até chegar a Major, foi subindo, tirando cursos. Era uma pessoa muito boa, era rectíssimo, muito amigo das pessoas."*

Demonstra ter facilidade em contactar com as suas memórias. Refere frequentemente os momentos que viveu no passado como agradáveis, todos os episódios que conta da convivência com o pai e com a madrinha são positivos. Refere várias vezes os 2 anos que viveu nos açores com a madrinha e com o pai, demonstrando prazer na lembrança desses momentos. *"Gostava de tudo, era muito bonito, se de manhã fazia chuva á tarde já estava sol, foram tempos muito bons"*. Mostrou-me vários albuns de fotografias, revelando prazer em vê-las. Estes albuns encontram-se no local onde passa todo o seu dia.

Faz frequentemente alusão às perdas que sofreu, refere a morte do pai como a mais difícil para si.

Também a morte da esposa do pai, a quem a Sra. Ana chama de madrinha, é relembrada por esta com sofrimento. A Sra. Ana cuidou dela, após a sua doença, até ao seu falecimento em sua casa.

Mais recentemente, há cerca de 2 anos sofreu a morte do irmão.

Descreve a relação que tinha com o irmão como sendo tranquila, refere que após a crise de asma e a hospitalização, o irmão passava muito tempo com ela em casa a fazer-lhe companhia. Descreve o irmão como uma pessoa calma *"Para ele estava sempre tudo bem."*

A MORTE E A FÉ

O tema da sua morte surge na sequência de falar na morte do pai, da madrinha e do irmão: *"Não devo chegar aos 80, as miúdas (refere-se às sobrinhas) não querem pensar que eu hei-de morrer. Eu cá não me importo, já posso ir à vontade, já cumpri tudo na terra, já tenho tudo feito, toda a gente tem o direito de morrer."* São frequentes os momentos em que a Sra. Ana faz alusão ao facto das sobrinhas não quererem que ela faça algo por receios relativos à sua saúde.

A Sra. Ana tem uma crença na vida para além da morte com enquadramento na religião católica. Diz que depois de morrer vai para o céu não sabendo bem como será: *"Sei lá o que é lá ninguém me manda notícias de lá, como é que eu posso saber."* A sua concepção de vida para além da morte é marcada essencialmente pela crença no reencontro com as figuras significativas que fizeram parte da sua vida.

Fala das idas ao cemitério com a sobrinha *"Tenho lá a minha madrinha, o meu pai, a minha cunhada e o meu irmão."* Diz que sente-se bem no cemitério apesar de se emocionar e acrescenta que sempre foi um local onde se sentiu bem. *"No Verão sentava-me ao pé do cemitério a apanhar sol."* Quando lhe pergunto o que era para si estar no cemitério diz *"Estava ali a*

guardá-los, não sei, (ri-se) ali não lhes acontece nada, o que lhes aconteceu já tinha que acontecer, mas para mim acho que é assim. Quando podia andar lá lá todas as semanas e sentia-me muito bem, parece que sentia que eles estavam ao pé de mim”.

AS RELAÇÕES ACTUAIS, A SOLIDÃO E AS ROTINAS

No presente destaca-se como figuras mais significativas as sobrinhas. “Não gostava de ter tido filhos, tenho as minhas sobrinhas.” A Sra Ana revela ter uma relação diária com as sobrinhas referindo que estas a visitam todos os dias.

Fala da sobrinha neta com orgulho devido ao facto de ter andado na Universidade e ser Professora. Associa o facto de ter pedido à Nossa Senhora de Fátima para que a sobrinha acabasse o curso e acrescenta que tudo o que pede é atendido. “*Há pessoas que me pedem para eu pedir por elas porque sabem que tudo o que peço é atendido. Já sabem que eu peço e ela trata sempre do assunto, mas também não peço impossíveis.*”

Refere a sua rotina diária fazendo referência às visitas das sobrinhas, às conversas das vizinhas, à televisão, ao jornal trazido diariamente pela sobrinha e às revistas que lê quando está sozinha.

Diz que se deita todos os dias às 11 horas e acorda às 04 da manhã, refere que em caso de se deitar mais tarde fica com dores de cabeça. Considera que dorme bem. Diz que não sonha.

Comenta que fica muito tempo sozinha.

Relativamente ao amigos do passado diz que a abandonaram evocando como motivo as suas limitações: *"Os amigos abandonaram-me, aborreceram-se comigo por eu estar assim, queriam que eu saísse daqui, mas como não posso."*

Ao longo das sessões fala diversas vezes dos animais remetendo para a função que estes tiveram na sua vida. É com entusiasmo que fala deles.

"Adoro cães, não posso ter cães, nem gatos nem pássaros, disse-me o médico, tenho muita pena porque eu gostava muito de ter animais, das meiguices que eles fazem, dos carinhos que a gente lhes dá e dos que eles fazem à gente. Os animais todos gostavam de mim."

Comove-se bastante quando fala da morte dos animais que teve no passado. Teve 3 gatos. Os gatos tinham todos nomes semelhantes: o primeiro Joli, o segundo Robi e o terceiro Robinó. Refere que quando o primeiro gato morreu, caindo dentro de um poço, ficou muito doente. A Sra. Ana fica perturbada quando fala das circunstâncias da morte do seu gato. Refere ainda que chorou muito pelos canários.

Teve também um galo do qual diz que gostava muito. O pai e a madrinha aceitavam bem os animais. Refere que as sobrinhas e principalmente a sobrinha neta gostam muito de animais.

A DOENÇA

As artroses e o reumático nas pernas dificultam-lhe a locomoção, revela receio em sair de casa sozinha devido ao medo de cair. Consegue andar em casa com alguma dificuldade.

Tem doença cardíaca, tendo sido diagnosticada, segundo a própria, insuficiência cardíaca à nascença.

O diagnóstico de reumático surgiu aos 20 anos.

Foi-lhe ainda diagnosticada, em 1999, bronquite asmática, altura em que teve a primeira crise, que a levou a uma hospitalização.

Revela estar consciente das sua situação e das limitações que o seu estado de saúde lhe impõe.

Demonstra, ao longo das sessões ter variações frequentes no seu estado de saúde. Estas variações reflectem a vulnerabilidade face ao meio. A alimentação, as alterações de temperatura estão entre os aspectos referidos com consequências no seu estado de saúde. Descreve sintomaticamente estas alterações como indisposições as tonturas e os vómitos bem como as dores reumáticas são as queixas mais frequentes.

“ Quando está vento sinto mais dores, quando está frio frio não sinto tantas dores como agora, as mudanças de temperatura dão cabo de mim..”
Encontramos na sua casa como objectos decorativos três termómetros.

“Eu sinto-me bem, tenho crises, estou melhor outras vezes estou pior, tenho muitas dores de reumático mas o coração vai indo. O médico diz que o coração está muito fraquinho, o mais difícil é o coração.”

Revela, por vezes, a sua vontade em contornar, na medida do que lhe é possível, as indicações médicas que vão no sentido da sua incapacidade para “fazer”: *“O médico não quer que eu faça nada mas eu vou fazendo”*. (diz a sorrir)

Relativamente às dificuldades respiratórias diz que não tem uma crise asmática há algum tempo mas recorre ao oxigénio cerca de uma vez por semana. Diz ter alergia ao pelos dos gatos, dos cães e dos pássaros.

Refere que durante a infância e idade adulta até há cerca de dois anos e meio nunca tinha tido qualquer tipo de alergia, com excepção de alergia a alguns medicamentos.

Relativamente aos episódio de asma diz “ *Sentia que não conseguia respirar que tinha aqui uma coisa (põe as mãos na garganta) que me abafava e depois desmaiei e levaram-me para o Hospital.*”

Quando a questiono sobre como se sentia nos momentos anteriores à crise asmática diz: *“Eu não tinha nada, eu respirava bem e tudo, mas daquela vez calhou assim.”*

Mais tarde foi possível verificar que a crise asmática ocorreu no dia seguinte à morte do seu gato.

Não identifica ninguém na família com a mesma doença ou com outras alergias, relativamente à mãe diz que não sabe.

Refere que as complicações de saúde que teve na pré adolescência, adolescência e início da idade adulta estavam relacionadas com um problema

no rim mediante o qual foi submetida a uma operação cirúrgica tinha 32 anos. Na operação extraíram-lhe um rim. “ *Em miúda tive graves problemas mas não sei porquê, só sei que quando fui operada ao meu rim nunca mais tive nada disso. Tinha um rim que não funcionava*”. Não identifica mais ninguém na família com o mesmo tipo de problemas. Como sintomas descreve as indisposições e o facto de ter tido, por vezes, menstruação durante um mês inteiro.

A propósito da operação que realizou refere com ternura o facto de o pai a ir ver todos os dias ao Hospital.

Com a excepção da asma, todas as outras doenças da Sra. Ana têm um diagnóstico anterior à idade adulta.

Relativamente às doenças familiares o irmão teve cancro na próstata, a mãe faleceu com pneumonia, o pai com enfarte tendo sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) 3 anos antes da sua morte. Refere a Sra Ana que este também sofria de diabetes. Relativamente aos tios paternos refere a ocorrência de AVC no tio paterno, irmão do pai. O avô paterno morreu com Pneumonia. O tio materno faleceu com cancro

4.1.5.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 12

Tempo Total = 22'

Tempo/Resposta = 1' , 5"

Tempo Latência Médio = 22"

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G - 10

F+ = 8

A = 11

D - 2

$\Sigma F = 9$

F - = 1

Ad = 0

Dd- 0

F $\pm$ = 0

H = 1

Dbl -0

Hd = 0

Do - 0

(H) = 0

C = 0

E = 0

Borrão = 0

CF = 0

EF = 0

Desenho = 0

FC = 1

FE = 1

Cena = 0

K = 1

Kan = 0

G% = 83% $\uparrow\uparrow$

F% = 75%

FC > C + CF

A% = 92% $\downarrow$

D% = 17% $\downarrow\downarrow$

F+ % = 89% $\downarrow\downarrow$

H% = 8% $\downarrow$

Fa % = 100% $\uparrow$

F+ % a = 92% $\downarrow$

Ban = 6 $\uparrow$

T.R.I. = 1 K : 0,5 C Coartado

FC = 1 : 0,5 Confirma o TRI

COMENTÁRIO

De uma primeira abordagem do protocolo verificamos o restrito número de respostas, bem como a verbalização reduzida. Recorre essencialmente a substantivos, os verbos aparecem em número reduzido, os adjectivos estão ausentes.

A apreensão é feita maioritariamente na globalidade, sendo esta, na sua maioria, adequada. Os G, na sua maioria simples adaptativos, remetem para uma apreensão da mancha de forma passiva, directa, sem articulação, elaboração ou secundarização. Pela inexistência de outros modos de apreensão poderemos referir o conformismo.

O recurso à fantasia é limitado. Também o elevado número de banalidades remetem para a ligação ao real em detrimento do imaginário.

Os conteúdos são quase exclusivamente A (animal) havendo apenas um H (conteúdo humano). Esta restrição nos conteúdos indicia dificuldades de acesso ao imaginário.

O recurso, quase exclusivo, ao determinante formal, com escassez de determinantes que organizam o eixo projectivo, revela também a restrição projectiva.

O TRI coartativo confirma, mais uma vez, a restrição do imaginário. A FC confirma-o, indo no sentido do TRI.

A verbalização retraída e insegura é expressa nas hesitações.

Não surge qualquer referência à conflitualidade. Ausente também está a alusão a conteúdos de cariz agressivo.

4.1.5.2 COMENTÁRIO FINAL

A análise deste caso remete-nos para a existência de uma vivência aquém do conflito que por sua vez poder-se-á relacionar com a experiência da morte da mãe vivida aos três anos de idade.

Surge, no discurso da Sra. Ana, uma inutilidade do conflito, como se este não servisse para repor aquilo que é de sua vontade.

A dificuldade de acesso ao imaginário surge em diversos momentos destas observações.

Parece surgir neste caso uma tentativa para não deixar emergir a subjectividade que se funda na contradição e no diferente. Há uma ausência na representação do conflito. O sentimento de familiar é uma procura constante, onde assistimos ao predomínio do materno. Observamos neste caso um predomínio da figura materna cujo nome a Sra. Ana ambiciona.

Emerge um modelo relacional dual sem acesso efectivo ao tridimensional, onde a emergência de um terceiro é vista como ameaça a uma identidade baseada precisamente nessa dualidade.

A primeira crise asmática ocorrida após a morte do seu gato remete-nos para o valor afectivo dos animais na vida da Sra. Ana, bem como para o papel que estes desempenham no seu equilíbrio psicossomático.

É-nos descrita uma susceptibilidade à mudança, uma hipersensibilidade com repercussões no corpo real. A vulnerabilidade face às alterações do meio redundam nas flutuações no seu estado de saúde onde surgem queixas como indisposições, vômitos e tonturas.

A morte concebida como meio para reencontrar as pessoas significativas, parece surgir como forma para a saída do impasse criado pelo falecimento dessas pessoas. Os animais parecem ter constituído na sua vida alternativas afectivas para as perdas.

A depressão parece surgir neste caso como resultado do sentido de inoperância do conflito face a uma instância exterior que dita as coordenadas das suas rotinas, do seu ritmo, do seu espaço e da sua afectividade. Esta instância exterior surge pela voz das sobrinhas, no entanto são expressão do que é instituído em termos de expectativas para um idoso.

Os resultados obtidos na escala da depressão do MMPI traduzem um índice de depressão elevado. Os resultados obtidos no inventário da depressão de Beck traduzem um estado de depressão moderada.

4.1.6 SEXTO CASO: ROSA

O PRIMEIRO CONTACTO

A Sra Rosa tem 76 anos e vive com a sua mãe, Sra. Joana com 98 anos.

Conheci a Sra. Rosa e a sua mãe há cerca de dois anos quando a Sra. Rosa solicitou o serviço de Apoio Domiciliário, em virtude de ter dificuldade em executar as tarefas de cuidados básicos à sua mãe. A mãe da Sra. Rosa encontra-se, neste momento acamada, tendo uma dependência total.

A Sra Rosa é uma pessoa muito activa, demonstrando grande agilidade motora, principalmente se nos reportarmos à sua idade. A conversa com a Sra Rosa é fluida centrando-se na forma dedicada como cuida da sua mãe. Apresenta uma grande vivacidade e é com zelo e emoção que fala da sua mãe.

Aceita a minha proposta para fazer este trabalho, mas demonstra alguma ansiedade face ao facto de eu não trazer perguntas para lhe fazer.

A Sra. Rosa fala desde os primeiros encontros dos livros que lê, da fé que tem, da sua religiosidade praticante e vivida. As referências relacionais são uma constante no seu discurso, fala-me desde o início dos familiares nomeadamente dos pais e das irmãs.

Refere também frequentemente outras pessoas, pertencentes à família mais alargada ou amigos. Relativamente aos amigos do passado, faz

referência ao seu estado no presente. Emerge desde logo a sensibilidade e a reactividade face ao relacional nomeadamente à separação por morte.

A Sra. Rosa vive num espaço muito arrumado, a decoração e disposição dos objectos denota preocupações estéticas, sugere-me sobriedade, harmonia. Faz-me lembrar uma casa de bonecas antiga onde sobressai o cuidado com o pormenor.

Dos primeiros encontros que tive com a Sra. Rosa, há cerca de dois anos, recordo a desenvoltura com que falava, a alegria e a forma como se refere à mãe; emocionada e com grande afeição. Na altura a mãe ainda não estava acamada, tendo o seu estado de saúde agravado desde então.

A Sra. Rosa, de estatura baixa, tem uma figura corporal marcada pela magreza, com uma fisionomia que lembra a infância.

A MÃE, A MORTE DAS IRMÃS E AS VONTADES DE DEUS

As sua irmãs ambas mais novas faleceram uma com 12 anos e a outra após um ano da primeira ter falecido, tinha 11 anos. Tinha então a Sra. Rosa 15 anos. Refere que a mãe na altura ficara bastante doente levando-os, a ela e ao pai, a *pensar que iria partir*, segundo palavras suas.

A Sra. Rosa não tem filhos e nunca casou, relativamente a este facto diz que gostaria de ter casado e de ter tido filhos pois gostaria de ter uma

família grande, evocando a morte das irmãs e o facto de na altura ter ficado filha única. No entanto refere que ainda bem que não casou porque assim pode dedicar-se inteiramente à sua mãe. Fala ainda num momento em que pensaram que a mãe estaria grávida, após as irmãs terem falecido, o que não veio a confirmar-se. As referências a estes acontecimentos remetem para movimentos de reparação da morte das irmãs.

As alusões feitas à vontade de Deus são frequentes no seu discurso, referindo o facto de não casar como tendo sido vontade de Deus. “*Deus tinha uma intenção para mim que era esta, a de cuidar da minha mãe, Deus sabia o que queria de mim*”.

Nas últimas sessões fala de um namorado que teve e com quem chegou a ter intenções de casar, mas que não chegou a fazê-lo. Ao contar esta parte da sua história de vida observa-se uma certa ambivalência. Refere que para os pais teria sido um grande desgosto se ela casasse com ele pois não tinha muitos hábitos de trabalho. Acrescenta que ela própria também não gostava da forma como ele vivia. Segundo a Sra Rosa o seu namorado não trabalhava o que ela considerava o suficiente pois não precisava devido à sua família ter posses.

Namorou com o Carlos 9 anos, a partir dos 20 anos começou a haver algumas interrupções no namoro que segundo ela serviam para ver se ele se modificava. Quando me conta o namoro, fala muito depressa e demonstra alguma ansiedade. Diz: “*Podíamos ter sido muito felizes, eu gostava muito dele e ele também gostava muito de mim*.” Após me contar esta situação diz “*Se calhar foi isto tudo que contribuiu para a minha degradação*.” Esta sua frase

contrastou com tudo aquilo que havia dito relativamente a si, às suas capacidades actuais.

Refere que depois só teve mais um namorado mas foi por pouco tempo, pois não gostava muito dele. O Carlos morreu de acidente com 40 anos e refere que até lá teve esperança de que viessem a ficar juntos.

AS ROTINAS, A MÃE E A COMUNICAÇÃO DE AFECTOS

Os temas das sessões são frequentemente em torno dos cuidados que tem com a mãe, as rotinas, o seu estado de saúde. Interrompe por várias vezes a conversa para ir ver a mãe que se encontra no quarto ao lado da sala onde decorrem as sessões. As suas preocupações com a mãe dizem respeito a aspectos como o emagrecimento devido ao facto de passar todo o tempo a dormir e por isso comer muito pouco. Descreve a mãe como uma pessoa que foi muito activa. *"O que a mãe era e o que é agora, é assim olhe"*. Tive possibilidade de observar o seu contentamento quando consegue que a mãe coma. A Sra Rosa expressa este contentamento à mãe, fala com ela com uma linguagem semelhante à utilizada com os bebés, onde emerge a ternura. A preocupação com o seu conforto e bem estar é uma constante. São frequentes as manifestações de afecto da Sra. Rosa para a sua mãe. Enquanto lhe dá de comer diz *"A mãe rala muito a filha, a filha fica muito ralada com a mãe. Quem é a minha pequenina"* e acrescenta agora dirigindo-se para mim: *"Uma vida de preocupação; uns é com os filhos outros é com os pais, é como um bebé"*.

A Sra. Rosa conta com entusiasmo um episódio em que a mãe após um período de incapacidade para se levantar sozinha da cama, conseguiu fazê-lo uma vez. Refere que contou este episódio a toda a gente.

A Sra. Joana por vezes, à semelhança do que acontece nestes casos em que existe um estado alterado de consciência involutivo, chama mãe à pessoa que lhe presta os cuidados de alimentação, higiene, que neste caso é a Sra. Rosa, sua filha. Relativamente a este aspecto a Sra. Rosa fazendo uma identificação com a infância diz: *“ As mães é que são tudo, passamos desde crianças o tempo a chamar pelas mães.”*

A Sra Joana está muito debilitada, fala muito pouco, com extrema dificuldade e apenas palavras como sim, não ou mãe. Encontra-se sempre de olhos fechados, estando a maior parte do tempo a dormir.

A Sra. Rosa demonstra um sentimento de agrado sorrindo quando lhe digo que sendo activa a sua mãe seria parecida consigo. Refere que a mãe ainda era mais activa que ela *“ Era uma pessoa ainda com mais ânimo e cheia de entusiasmo para tudo.”* Diz que é tudo uma questão de força de vontade, mas que depois fica cansada.

Verbaliza, várias vezes, o receio e a tristeza perante a possibilidade da morte da mãe. *“Quando os perdemos fica-se arrasada mesmo, tomara que nunca acabassem aqueles que amamos.”*

A Sra Rosa vive com a mãe desde que o pai faleceu há 31 anos, refere várias vezes que viviam todos juntos. *“ Fiquei sempre com os meus pais, como não casei”.*

A Sra. Rosa estudou até ao 4º ano, tendo estudado posteriormente piano e Francês. Os pais tinham um estabelecimento comercial, uma

retrosaria, onde ela trabalhou, até à reforma dos pais e à consequente venda do estabelecimento.

A AVÓ E A APRENDIZAGEM NA COMUNICAÇÃO

Conta que vivia com eles a avó paterna de quem também cuidou. Fala emocionada da sua avó, da doença que tinha. “ *A minha avó esteve 9 anos desmemoriada, tinha esclerose, nós tínhamos que fazer tudo, compreendia o que nós perguntávamos mas não falava, tinha uma maneira de expressar através do tom que empregava quando dizia pá pá pá, únicos sons que fazia.*” Refere emocionada a forma como foram aprendendo a interpretar os sons da avó. “*Ríamos e chorávamos com ela, era uma brincadeira pegada aqui nesta casa.*”.

Conta um episódio em que deixaram pela primeira vez a avó com uns vizinhos e que foram chamados pelos mesmos dizendo que a avó estava a morrer. “ *Quando chegamos a minha avó estava inanimada, foi uma força de nervos tão grande e não era uma pessoa nervosa, aquecemos água e levamo-la para a casa de banho, eu e a minha mãe lavamo-la e ela começou a reanimar, quando abriu os olhos e nos viu foi uma alegria tão grande. Eu nunca saía, era sempre os meus pais que saíam eu preferia ficar a tomar conta da minha avó e a primeira vez que a deixamos sozinha com vizinhos de confiança aconteceu-lhe aquilo. Quando o médico chegou já ela estava bem.*” Segundo a Sra. Rosa a avó teve aquele episódio devido a ter pensado que tinham

abandonado e refere “ *Nunca mais quis ir a lado nenhum.* ” Na altura a Sra Rosa tinha 30 anos.

A Sra. Rosa demonstra um sentimento de compensação perante o facto de reconhecer que a avó gostava muito dela. Conta um episódio em que o pai zangado com ela ralhava com ela e a avó que assistia à situação “ *Começou a dizer pá pá pá e disse coitadinha, coitadinha, ela tinha uma veneração por mim.* ” A avó faleceu tinha a Sra. Rosa 31 anos.

Refere-se aos tempos que passavam com a avó como alegres. A forma como enfatiza a forma de comunicação com a avó remete para a forma de comunicação aquém da linguagem semelhante ao estilo de comunicação com os bebés.

Refere que a avó compreendera a morte no dia em que faleceu: “*Olhou para nós com um olhar mesmo de despedida, mesmo lúcido, compreendeu perfeitamente que era o último momento dela, um olhar com uma ternura, um olhar que nos abrangeu a todos.*”

Descreve a avó como uma pessoa calada, pouco expansiva mas muito dedicada, uma boa mãe e uma boa avó. “*Tive duas avós extraordinárias*”

Apesar de falar do pai com apreço é às figuras femininas que mais revela afeição. A forma como fala das figuras femininas da sua família e os episódio que conta remetem para a existência de uma transmissão transgeracional de formas de estar, de sentir, de sensibilidades. Numa sessão diz que neste momento a mãe lhe faz lembrar a avó paterna.

A FIGURA PATERNA

Descreve o pai como um homem robusto e rígido de carácter. A forma como o descreve incluindo fisicamente contrasta com as figuras femininas incluindo-se a si.

A Sra. Rosa dorme com a sua mãe desde que o pai faleceu. Refere que dormem de mão dada. O pai morreu com cancro na língua há 31 anos. Diz que a sua mãe, a Sra. Joana, não gostava de dormir sozinha, dormia com a mãe, porque o pai morreu tinha ela 2 meses, diz que a Sra. Joana dormiu com a mãe até se casar.

RETOMANDO O TEMA DA MORTE DAS IRMÃS

Diz que ela os pais e as irmãs viviam em casa da avó paterna, que foi lá que nasceram e foi lá que faleceram. Refere que faleceram mediando 19 meses entre as suas mortes. Diz que a irmã faleceu com tuberculose intestinal, refere que era muito inteligente e emociona-se quando fala da sua irmã. Relativamente à morte da sua segunda irmã diz “ *Depois da minha primeira irmã falecer a outra ficou muito triste, era muito alegre, muito brincalhona, nunca mais brincou, não chorava mas estava sempre muito triste.*” Faleceu devido à Febre Tifoide.

A associação entre o adoecer e até a morte com a tristeza é uma constante no seu discurso, nomeadamente quando fala das mortes da segunda irmã e da doença da mãe quando esta faleceu.

Fala da forma como os pais sofreram e como pensaram que a mãe também iria morrer devido ao desgosto. “... *mas Deus Nosso Senhor não quis e agora está com esta idade, mas foi muito difícil*”.

Relativamente ao seu sentir diz: “*As coisas vão passando, nunca esquecendo, mas com sofrimento foi nos primeiros tempos, tinha 16 anos quando a minha segunda irmã morreu, depois mudamos de sítio viemos para a Amadora, tinha 17 anos é a idade dos entusiasmos.*”

Começou a namorar com o Carlos com 16 anos, diz que iam ao Cinema, faziam piqueniques com amigos e familiares e faziam muitas festas em casa onde o namorado também ia, foi assim que se conheceram pois ele era o enteado de um tio. Com 19 anos estudava piano e tocava em casa nas festas que davam, mas diz que o que mais gostava era de ser modista, “*Esse era o meu ideal, sempre gostei muito de fazer as minhas coisas.*” Refere estes tempos como tendo sido tempos muito felizes, muito alegres.

Diz que a fé ajudou, a mãe também se aproximou mais da igreja por necessidade de apoio: “*Sentia a necessidade de se apoiar num ente superior e esse ente superior é Deus, é Ele que nos dá apoio, nos dá forças, coragem.*” Diz ainda acreditar na vida eterna.

Refere que o pai apesar de crente vivia afastado da igreja devido a ter assistido na juventude a um caso de um padre que era o seu professor que

casou com uma rapariga após esta ter engravidado, considerando este um mau exemplo.

Conta emocionada a história do trisavô: *"Tinha um trisavô que casou e era muito feliz com a mulher e com os filhos, a mulher morreu muito nova e deixou os filhos muito pequeninos para criar e ele teve um grande desgosto foi para o seminário para ser ordenado Padre. Isto comove-me sempre muito."* Acrescenta que o pai tinha uma grande adoração por este trisavô. *"O meu pai tinha este exemplo na família mas teve o professor que teve aquela situação, aquele devaneio, e pôs os padres completamente à margem."*

A SAÚDE E A DOENÇA

Relativamente ao seu estado de saúde, não surgem no seu discurso muitas queixas quando questionada diz: *"Tenho problemas de coluna, Osteoperose e mais umas bugigangas"*. Faz apenas algumas alusões às faltas de memória que diz sentir por vezes.

Relativamente a outros problemas de saúde no passado fala de que aos 22 anos começou com alergia. Coincidindo com a altura em que a avó adoeceu tornando-se dependente. *"Comecei a ter alergias com o cheiro do campo, andava toda a Primavera e parte do Verão muito aflita, com espirros, comichão no nariz e na garganta. Era febre dos fenos. Foi passando, deixei de ter crises tão grandes."* Diz que agora ainda tem mas não com a mesma intensidade. Refere que tem crises com o cheiro das plantas, do tabaco, da cera. Diz que não se lembra de na família existir alguém com alergia. De seguida refere: *"O*

aparelho digestivo funciona mal é uma questão nervosa, a alergia também é uma questão nervosa."

Diz que nota muitas diferenças em si sempre que o tempo muda. "*Dois ou três dias antes sei que o tempo vai mudar.*" Diz que se sente mal. Diz que a avó sabia com mais pormenor como é que ia mudar se era frio, se era chuva, se era sol, se era vento. Refere que esta sensibilidade estaria relacionada com uma doença que a avó tinha nos ossos. Ainda sobre este assunto diz: "*Tenho uma grande sensibilidade às mudanças do tempo, doentia mesmo, sinto-me mal com qualquer coisa.*" Refere que sentiu-se muito mal dois dias antes de ter havido um tremor de terra. "*Sentia uma grande aflição em mim, uma quebra, senti tanto aquele tremor de terra que não calcula.*"

Diz que esta sensibilidade ficou aumentada quando foi operada à barriga, com 45 anos, devido a um fibromioma. "*Durante 2 anos, depois da operação, tinha uma sensibilidade tão grande às mudanças de tempo que me assustava, sentia um grande mal estar mas não me doía nada.*" A data destas operação coincide com a doença e morte do pai.

Quando criança apenas se recorda de sofrer dos intestinos "*Em criança ao fim de um tempo tinha que tomar laxantes, é uma coisa nervosa, é tudo nervos.*"

SOBRE A TRISTEZA

Descreve-se como uma pessoa muito saudosa, que sempre foi uma pessoa alegre mas teve momentos de tristeza. Diz: "*Todos nós temos certos*

momentos de melancolia, sou uma pessoa muito saudosa de tudo e de todos, mais de todos do que de tudo.” e neste momento chora. E acrescenta: “Tenho certos momentos em que me pode acontecer, há razões que me fazem sentir assim, não sou muito melancólica mas sou muito sensível. ” Refere que o que a faz sentir assim são as pessoas que perdeu. “ Faço sempre os possíveis para não transparecer, falo brinco. Mas cá por dentro há sempre um certo pesar. É assim, aparentemente não tenho razão para ter muitos nervos, mas acho que é por ter tido muitas perdas na minha vida e agora então”

Refere também o facto de ter a vida muito ocupada e muito limitada devido à necessidade que tem em passar muito tempo em casa para cuidar e estar com a mãe. O dia a dia da Sra Rosa é exclusivamente determinado em torno das tarefas que compreendem os cuidados com a mãe. *“Estar sempre metida em casa também nos enfraquece o cérebro, mas também é um mundo em que eu me sinto bem, mesmo assim.”*

Diz que teve uma vida muito metida em casa devido a ter ficado a tratar da avó e agora da mãe. Refere que a única coisa que a tirou de casa foi pertencer a um grupo de jovens de orientação religiosa cristã.

O SONO E O SONHO

Diz que dorme bem, que tem sempre sono e adormece quando pára. Diz ter o sono pesado e que às vezes não acorda com o despertador mas se a mãe se move acorda. É meticulosa com as horas de acordar. *“Acordo às 07*

horas e levanto-me às 07:15, tem que ser o mais cedo possível para tratar das coisas”.

Relativamente aos sonhos diz que sabe que sonha que sempre sonhou e que a mãe dizia que ela falava de noite. Começa por dizer que não se lembra dos sonhos mas depois diz que, quando era nova, costumava sonhar que voava por cima dos telhados. Demonstra alguma inquietação face ao conteúdo dos sonhos. “*Incomodava-me, onde é que eu ia buscar aquilo, saltava muito bem. São aquelas imaginações que a gente tem, passou graças a Deus*”. Mais tarde diz que também tem pesadelos mas não consegue definir o seu conteúdo. “*São sonhos género pesadelos, sempre coisas muito tristes, que me apoquentam muito, não sei definir bem o que é, deve ser o meu estado de espírito que está sempre preocupada com a minha mãe*.” Sempre que lhe pergunto sobre o conteúdo do sonho diz que não se lembra. “*Dantes lembrava-me dos sonhos agora não me lembro*.”

Relativamente à importância do sono conta um episódio que remete mais uma vez para a sua concepção de adoecer e morrer devido à tristeza. “*Tinha uma prima que o pai a acordava muito cedo e ela dizia ao pai que tinha muito sono, mas ele queria que ela se levantasse. Quando a menina ficou doente, arranjou uma tuberculose, e morreu o pai ficou sempre com a mania que tinha tido culpa, ficou triste, triste e depois morreu*”.

4.1.6.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 10 ↓↓

Tempo Total = 10', 25" ↓↓

Tempo/Resposta = 1', 2"

Tempo Latência Médio = 9"

Recusas = 1 (Prancha IV)

Respostas adicionais = 3(Prancha I e Prancha VI)

G - 8

F+ = 3

A = 3

D - 2

Σ F = 8

F - = 1

Ad = 0

Dd- 0

F± = 4

H = 0

Dbl -0

Hd = 1

Do - 0

(H) = 3

C = 0

E = 0

Borrão = 2

CF = 0

EF = 0

Desenho = 1

FC = 1

FE = 0

Cena = 1

K = 1

Kan = 0

G% = 80% ↑↑

F% = 70%

FC > C + CF

A% = 20% ↓

D% = 20% ↓↓

F+ % = 28% ↓↓

H% = 0% ↓

Fa % = 100% ↑

F+ % a = 60% ↓

Ban = 3

T.A. = $\frac{G}{D}$

T.R.I. = 1 K : 0,5 C Coartado

FC = 0 : 0 Confirma o TRI

COMENTÁRIO

Ao longo da passagem deste teste projectivo a Sra. Rosa demonstra alguma inquietação, denotando a angústia perante um material que constitui um convite à projecção. Os consecutivos comentários subjectivos, a recusa e outros aspectos expressos na sua mímica corporal remetem para uma vivência ansiogénica da situação projectiva.

De uma primeira abordagem do protocolo verificamos o restrito número de respostas, bem como a verbalização reduzida. Recorrendo essencialmente a substantivos, os verbos aparecem em menor número, enquanto os adjectivos estão ausentes. Há pois uma economia no discurso ao longo do protocolo, sendo que na altura do inquérito a sua forma permanece muito explicativa. A projecção é reduzida.

A apreensão é feita maioritariamente pela globalidade, remetendo para estratégias defensivas. As respostas dadas em G, G imprecisos, associados a $F_{\pm}$, decorrem de uma apreensão passiva da prancha. A associação, na maioria das respostas com determinante formal, a $F_{\pm}$, reforça o movimento defensivo e a apreensão pela passividade. Esta forma de apreensão poderá ainda remeter para uma concepção de limites corporais difusa.

O registo formal é único, quer como simples, quer na sua vertente cinestésica. No entanto se contabilizarmos os F_{+} com as cinestésias

associadas a boas formas, vemos que estas representam uma parte significativa remetendo para a vertente adaptativa.

Os conteúdos Humanos são maioritariamente personagens humanas irreais. A regressão é evitada como podemos ver com a repetição das resposta borrões, dada na prancha IX.

Os afectos são expressos ao mínimo, utilizando apenas uma vez a cor como determinante, em que o determinante principal é o formal. O TRI Coartado remete para o movimento defensivo maciço. A FC confirma a tendência do TRI.

Os aspectos relacionais são na sua maioria evitados, mas quando emergentes estruturam-se num plano narcísico, expressos na relação com um duplo igual a si próprio, o que remete para a problemática dos limite corporais.

Existe uma frequente alusão à simetria, com comentários frequentes.(PIV). Nas pranchas em que são identificados dois personagens PII, PIII, PVII e PVIII não há relação com excepção da PIII em que há a identificação de uma relação lúdica.

Ao longo deste protocolo não há alusão a qualquer tipo de conflitualidade entre as personagens que são identificadas. A percepção da diferença é pouco precisa. Existe um estilo de resposta, denotando a ambivalência em que algo pode ser o que é mas também pode não ser ou pode ser outra coisa, constante em todo o protocolo. Podemos ainda observar a procura de unidade face a um material sentido como disperso, o que podemos observar de forma mais evidente na prancha X, quer pelo modo de

apreensão em G quer pelo aumento do tempo de latência que é o mais elevado de todo o protocolo.

São expressas as questões do rosto na P II, PV, PVII e P VIII. Na Prancha II na resposta menciona o todo e no Inquérito as caras remetendo para a tomada do todo pela parte e da parte pelo todo. Na PV e na PVII menciona as patas e o focinho de forma separada como se não comunicassem.

Os conteúdos (H) denotam o carácter irreal das imagens inteiras.

Na prancha IV, onde emergem as questões da identificação masculina, observamos uma recusa.

Não observamos, ao longo de todo o protocolo, a emergência de conteúdos agressivos

As pranchas IV e VI onde a dimensão da actividade- passividade é posta em causa, e onde se colocam questões ligadas à identificação do masculino e do feminino, são mobilizadoras de angústia.

Podemos ainda observar a reacção de angústia às pranchas negro e branco podendo remeter par o facto do negro ser na cultura Ocidental associado ao luto.

4.1.6.2 COMENTÁRIO FINAL

A hipersensibilidade e a hiperreactividade afectiva e biológica expressas neste caso emergem de uma forma de relação com o outro que se caracteriza pela dificuldade de ter uma identidade própria. Desta dificuldade emerge o disfuncionamento no reconhecimento de “si” e “não si”, tanto ao nível do sistema imunitário como do psíquico.

A alergia constitui uma reacção por excesso, do organismo a certas substâncias, às quais reage como se fossem nocivas, sem que na realidade o sejam.

«A alergia é antes de mais um funcionamento do sistema imunitário, que fabrica anticorpos contra o que realmente não ameaça em nada a integridade do organismo».

(Sami-Ali, 1987, p.85)

O sentimento de familiar é constante, onde assistimos à predominância do materno. Há uma ausência de representação do conflito

Emerge um modelo relacional dual sem acesso efectivo ao tridimensional, onde a emergência de um terceiro é vista como ameaça a uma identidade baseada precisamente nessa dualidade.

É-nos descrita uma susceptibilidade à mudança, uma hipersensibilidade com repercussões no corpo real.

O investimento no cuidar de pessoas de geração posterior semelhante ao que é feito a um bebê, poderá criar uma situação de depressão que tende para o impasse, na medida em que é permanente a situação de involução que tende para a morte à qual assiste.

Os resultados expressos na escala de depressão do MMPI e no inventário de depressão de Beck são consonantes remetendo, em ambos os casos, para a existência de uma depressão leve ao nível dos sintomas.

4.1.7 SÉTIMO CASO: ALMERINDA

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci a Sra. Almerinda à cerca de dois anos. Na altura encontrava-se acamada devido às dores, que segundo esta, a imobilizavam. Retenho destes primeiros encontros o tom queixoso que a forma arrastada no falar reforçava.

À data desta observação, que decorreu de Maio de 2002 a Setembro do mesmo ano, encontro a Sra. Almerinda em casa, sendo esta que me abre a porta. Embora com dificuldades, encontra-se a andar com a ajuda de um andarilho.

As sessões decorreram no quarto da Sra. Almerinda, local onde passa quase todo o seu tempo. No quarto encontram-se muitas coisas, entre as quais um moldura com duas fotografias contíguas, uma do marido e outra do filho.

Após uma explicação do meu estudo, a Sra. Almerinda aceitou de imediato a minha proposta.

SITUAÇÃO FAMILIAR

A Sra. Almerinda tem 82 anos e vive com a neta, a Joana, com 21 anos e a filha desta com 3 anos, a Patrícia. A Joana é filha do único filho da Sra. Almerinda que tem actualmente 56 anos. A Sra Almerinda conta que a neta vive com ela desde os três meses de vida, altura em que o pai da Joana deixou

de viver com a mãe. Refere várias vezes o facto da neta gritar com ela mas, apesar disso, considera que não se dão mal.

Neste momento é na bisneta que concentra as suas atenções sendo esta alvo das suas preocupações. Refere que o pai da Patrícia nunca se preocupou com ela tendo-se separado da Joana tinha a Patrícia 9 meses.

O único momento em que a Sra. Almerinda demonstra alegria é quando fala da bisneta. O seu filho voltou a casar e tem actualmente um filho de 4 anos. A Sra. Almerinda fala com certo distanciamento do seu neto e da sua nora.

Refere nas últimas sessões que não lhe interessava a vida se não fossem as netas (a neta e a bisneta).

AS LIMITAÇÕES DE MOBILIDADE, AS ROTINAS E O ABANDONO

A Sra. Almerinda descreve, durante as sessões, a sua rotina do dia a dia em torno da satisfação das suas necessidades básicas. O espaço é sempre o espaço da casa, de onde não sai há cerca de 2 anos e meio.

Na rotina diária, repetitiva, contrasta o facto de afirmar não dar pelo tempo passar: “ *Tão depressa são 9:00 como depois são 11:00, vejo televisão, ouço a telefonia. Dantes passava o tempo a limpar a casa, tinha sempre o que fazer.*”

Refere sentir-se bem em casa e que no passado sempre gostou de se ocupar com as tarefas domésticas. Diz que sempre gostou de estar sozinha.

Emerge dos relatos da Sra. Almerinda um sentimento de abandono expresso na frase muitas vezes utilizada: “ *E é assim, para aqui estou.*”

Mais tarde referindo-se ao seu estado de saúde actual diz: “ *Eu fui mais abaixo porque não tive tratamento, ninguém ligou, estive na cama e pronto e aqui estou.*”

O seu discurso descritivo e factual, restrito em termos de referências relacionais, denota um sentimento de abandono. O seu discurso é pontuado por longos silêncios. Existe um evitamento do contacto face a face ao longo de todas as sessões.

Diz nunca ter gostado de visitas: “ *Não tinha amigas, na altura em que o meu marido era vivo juntavamo-nos com uns casais no Natal, fora isso eles estavam na casa deles eu estava na minha.*”

Não faz qualquer referências as relacionamentos significativos fora da família nuclear.

SOBRE O FILHO

Relativamente ao filho descreve um relacionamento em que entende as aproximações por parte do filho com o único móbil o da necessidade. Não identifica o filho consigo, descreve-o denotando as diferenças entre si e ele. “*Há quem diga que o meu filho é parecido comigo, quando nasceu era parecido com a minha sogra. Na maneira de ser não tem nada parecido comigo, é parecido com ele mesmo, é uma pessoa muito teimosa, nisso era um bocadinho parecido com o pai e a minha Joana é a mesma coisa.*”

Relativamente à neta aproxima o seu comportamento do comportamento com a sua mãe, eis nora da Sra. Almerinda.

Quando conta episódios do passado com o seu marido raramente introduz a figura do filho. Quando o refere é como uma figura passiva.

Relativamente à situação do nascimento do filho diz que foi muito difícil, que esteve muito mal abstendo-se de contar o que sentiu nesse momento. Relativamente à gravidez refere que correu bem exprimindo um sentimento de agrado durante o tempo da gravidez.” *A gente gosta sempre, gosta de os sentir, sabemos que temos cá uma coisa dentro.*” O nome do filho surge também destituído de qualquer associação a uma figura familiar ou outras. Refere apenas que gostou do nome era o nome de um director de um jornal que não conhecia pessoalmente, mas de quem gostava.

AS DOENÇAS

A Sra. Almerinda esteve acamada cerca de um ano devido, segundo a própria, a dores causadas por artroses na anca e nos joelhos que resultaram na imobilização. A Sra Almerinda descreve a sua doença decorrente de uma situação súbita. Quando a questiono sobre este facto refere: “ *Há muita gente que dizia que eu coxeava, mas eu nunca notava nada.*”

Relativamente a doenças anteriores, demonstrando algumas dificuldades em situá-las no tempo, menciona uma operação que fez ao apêndice com 14 anos, uma operação a um mioma que situa entre os 36 e os 42 anos. Mais uma vez descreve a ocorrência das doenças de uma forma

súbita, sem sintomas prévios com uma intensidade diferente daqueles que deram origem às situações de crise e neste caso de intervenção cirúrgica.

Refere umas dores nos rins, que diz ter desde nova até uma idade que não sabe precisar mas que situa antes dos 60 anos.” *Eu queixava-me dos rins desde nova e dizia ó Sr. Dr. Quando eu me sento parece que os meus rins também se sentam. Quando me sentava parecia que qualquer coisa descansava também, não sei o que era se os rins se a espinha.*”

Mostra-me as mãos com ligeiras deformações devido ao reumático de que sofre referindo que o marido também tinha reumático e o filho também sofre desta doença.

Refere mais tarde um acidente Vascular Cerebral de que o filho sofreu há cerca de 2 anos, tendo sido, posteriormente, reformado.

É a propósito da doença que estabelece identificação com o filho: “O meu filho também está doente das pernas.”

A MORTE, A MORTE DE FAMILIARES E A MEMÓRIA

A Sra. Almerinda teve dois irmãos e uma irmã. O primeiro irmão morreu com 18 meses, tinha a Sra. Almerinda 6 anos. Não consegue precisar a morte do 2º irmão que segundo a Sra. Almerinda morreu há uns anos (Cinco ou seis anos). Não consegue precisar as doenças dos irmãos diz, referindo-se ao segundo irmão: “Foi uma coisa que lhe deu”. A irmã mais velha três anos morreu com cancro da mama.

Demonstra dificuldades em descrever o que sentiu perante a morte dos irmãos. Relativamente ao primeiro diz não se lembrar de nada. Os seguintes diz apenas sentir tristeza mas, acrescenta, *“A vida é assim”*.

O marido faleceu à cerca de 8 anos, não identificando a doença precisa do marido diz: *“ Ele estava sempre no Hospital, ia e vinha, tinha muitas complicações, não se conseguia levantar da cama e morreu naquele dia.”* Quando a questiono sobre as complicações apresenta como hipótese: *“Problemas de coração, sei lá”*.

Relativamente à morte emerge também um sentimento de abandono, abandono da memória daquele que morre: *“Quando a minha avó morreu, tinha 12 anos, morreu passou e nunca mais se fez caso.”*

Refere a sua religiosidade, dizendo que reza todas as noites e refere que considera que Deus não a tem desamparado porque segundo palavras suas, há quem esteja em pior situação.

A VIDA COM O MARIDO E A EMERGÊNCIA DO CONFLITO

Relativamente à relação com o marido emerge o sentimento de cariz narcísico que nutria por este. *“Eu não queria namorar com ele, mas olhe tinha que ser. Como os pais tinham posses ele não trabalhava, andava na boavaiela. Ele era um rapaz muito bonito, as raparigas andavam todas atrás dele e eu tinha ciúmes.”*

Relativamente à vivência com o seu marido diz: “ *Tivemos altos e baixos, ele jogava muito, mas eu gostava muito dele, sabia muito bem falar, falava muito bem.*” Refere com orgulho a destreza profissional do marido descrevendo as actividades profissionais como habilidades.

Quando questionada sobre o seu estado de espírito de então refere umas vezes andava triste outras contente. Associa a tristeza e a alegria às condições económicas que segundo a Sra. Almerinda lhe proporcionavam melhor ou pior vida.

O comportamento instável descrito pela Sra. Almerinda do seu marido, e a vida boémia que tinha parece introduzir na vida da Sra. Almerinda um espaço para o imprevisto na previsibilidade que o seu funcionamento promove.

O sentimento de resignação acompanha vários momentos do seu discurso referindo-se ao facto do marido ter outras mulheres diz: “ *Não era a única, havia mais e ainda em pior situação do que eu. Ele vinha sempre para casa.*”

As queixas que recaem sobre os outros não são queixas que redundem em conflito: “*Eu sou daquelas pessoas que nunca gostei de contrariar ninguém.*”

No entanto, quando relata situações de potencial conflito refere-se às pessoas envolvidas com agressividade. Apesar do conflito não ser assumido ele existe silencioso expresso apenas na presença de terceiros.

Tendo estudado até ao 4º ano de escolaridade (antiga 4ª classe) foi de seguida aprender costura. Enquanto solteira a Sra Almerinda trabalhava como costureira num alfaiate, onde trabalhou até ter o filho, depois trabalhou sempre com o marido nos negócios deste, nomeadamente em cafés que tomavam de trespasse. Quando a convido a falar sobre a sua vida ao lado do marido diz que teve altos e baixos referindo-se aos aspectos monetários.

A Sra Almerinda está reformada e vive actualmente com grandes dificuldades monetárias. A sua neta encontra-se desempregada.

O SONO E O SONHO

Relativamente ao sono refere que há cerca de 2 anos e meio, desde que está doente, diz passar noites sem dormir. Diz que dorme pouco, cerca de quatro a cinco horas, adormecendo em média por volta das quatro ou cinco da manhã. Diz não tomar qualquer medicamento para dormir.

Relativamente ao sonho refere que sonhava antes de ficar doente (há dois anos e meio atrás) depois deixou de sonhar, e agora voltou a sonhar. Os relatos da Sra. Almerinda remetem para o facto desta não reconhecer a existência do sonho enquanto esteve imobilizada passando a reconhecer a sua existência a partir do momento em que passou a levantar-se da cama. Conta sonhos em que se repete o seu conteúdo relacionado com roubos.

Conta um sonho recente em que lhe mantinham a porta fechada: “ A porta estava fechada e eu aflita, abram a porta, eu não posso ver-me com a porta fechada”.

Descreve os seus sonhos acompanhados de um sentimento negativo de aflição: “ *São sempre sonhos muito aflitos.*”

Relativamente à importância dada aos sonhos destituios de qualquer importância. “ *Não têm qualquer importância, é cada estupidez.*”

Refere ainda a propósito do sono e do sonho não gostar de estar às escuras: “*Quando me levantava a primeira coisa que fazia era abrir as janelas, nunca gostei de estar às escuras.*”

Quando refere que sonha com ladrões diz que se tem sentido roubada por muitos ao longo da sua vida. Fala do filho e das suas aproximações quando precisa de dinheiro. “ *Sempre foi assim, só quando precisa de alguma coisa é que se aproxima.*”

Refere o ouro que o pai da bisneta lhe roubou um dia que foi lá a casa com o pretexto de visitar a filha.

4.1.7.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 13

Tempo Total = 14', 46"

Tempo/Resposta = 1' .7"

Tempo Latência Médio = 22"

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G - 8

F+ = 9

A = 11

D - 5

$\Sigma F = 12$

F - = 2

Ad = 0

Dd- 0

F $\pm$ = 1

H = 1

Dbl -0

Hd = 0

Do - 0

(H) = 0

C = 0

E = 0

Borrão = 0

CF = 0

EF = 0

Desenho = 0

FC = 0

FE = 0

A/Cena = 1

K = 1

Kan = 0

G% = 61,5% $\uparrow\uparrow$

F% = 92% $\uparrow$

FC > C + CF

A% = 92% $\uparrow\uparrow$

D% = 38,5% $\downarrow$

F+ % = 75%

H% = 8% $\downarrow$

Fa % = 100% $\uparrow$

F+ % a = 81%

Ban = 6 $\uparrow$

T.R.I. = 1 K : 0 C Coartado

FC = 0 : 0 Confirma o TRI

COMENTÁRIO

De uma primeira abordagem do protocolo verificamos o restrito número de respostas, bem como a verbalização reduzida. Recorre essencialmente a substantivos, os verbos aparecem em número reduzido, os adjectivos estão ausentes.

A apreensão é feita maioritariamente na globalidade, sendo esta, na sua maioria, adequada. Os G, na sua maioria simples adaptativos, remetem para uma apreensão da mancha de forma passiva, directa, sem articulação, elaboração ou secundarização. Pela inexistência de outros modos de apreensão poderemos referir o conformismo.

O recurso à fantasia é limitado. Também o elevado número de banalidades remetem para a ligação ao real em detrimento do imaginário.

Os conteúdos são quase exclusivamente A (animal) havendo apenas um H (conteúdo humano). Esta restrição nos conteúdos indicia dificuldades de acesso ao imaginário.

Os afectos são expressos ao mínimo não recorrendo ao determinante cor. O recurso, quase exclusivo, ao determinante formal, com ausência de determinantes que organizam o eixo projectivo, revela também a restrição projectiva.

O TRI coartativo confirma, mais uma vez, a restrição do imaginário. A FC confirma-o, indo no sentido do TRI.

A verbalização retraída e insegura é expressa nas hesitações.

Não surge qualquer referência à conflitualidade. Ausente também está a alusão a conteúdos de cariz agressivo.

4.1.7.2 COMENTÁRIO FINAL

Surge neste relato um tempo feito de repercussão, repercussão de iguais, ecos do mesmo, ecos dos factos. A previsibilidade daí decorrente circunscreve a acção a um espaço restrito prévio à doença. A restrição é também relacional e promotora da indiferença.

O relato inexpressivo das perdas das figuras significativas testemunham a dificuldade de expressão dos afectos.

Existem diversos aspectos, neste caso, que nos remetem para o recalçamento da função do imaginário. O discurso da Sra. Almerinda reflecte um mundo abandonado pela subjectividade, um discurso factual, repetitivo, marcado pela monotonia, cujas referências ao relacional denotam uma pobreza de relacionamento afectivo.

Confirma apenas a existência dos sonhos que buscam uma solução para situações de angústias, os pesadelos. Destitui o acto de sonhar de qualquer valor, numa promoção do idêntico. A adaptação e o conformismo prevalecem aquém da situação conflitual. O sentimento de abandono pontua o seu discurso, um abandono conformado, ausente de reivindicação.

A assunção do corpo é eminentemente a do corpo real. Um corpo que não interpreta, com o qual não empatiza. Ausência empática expressa nas

descrições súbitas da ocorrência das doenças, ausente está a interpretação dos sinais do corpo .

A descrição deste caso, onde o prazer é ausente, sugere a existência de depressão, uma depressão aquém da subjectividade.

Os resultados obtidos na escala da depressão do MMPI revelam um índice de depressão elevado. Os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck remetem para uma depressão moderada.

4.1.8 OITAVO CASO: MARIA

O PRIMEIRO CONTACTO

Conheci a Sra. Maria à um ano atrás, quando solicitou apoio domiciliário.

Retenho deste encontro a sua afabilidade e a sua modéstia.

A Sra. Maria recebe-me em sua casa e aceita colaborar no meu estudo sem me colocar quaisquer questões. A sua necessidade maior é a companhia e encara esta sua colaboração como um meio para a ter. Esta sua necessidade é verbalizada em todas as sessões: *“O que eu queria era ter aqui uma pessoa comigo a fazer-me companhia. Estes bocadinhos aqui com a Sra. são muito bons.”* A sua fala é muito arrastada, o discurso monótono, marcado por longos silêncios, o tom de voz é baixo, onde emerge o desinteresse, nomeadamente pela vida.

A SOLIDÃO: DO MARIDO AO FILHO

A Sra. Maria tem 90 anos, habita com o filho, com 62 anos, demonstrando haver uma distância entre estes que não lhe permite sentir-se acompanhada. Expressa esta distância do seguinte modo. *“O meu filho é um homem, não é.”* A Sra Maria identifica o filho com o marido com quem tinha uma relação difícil devido a este a tratar mal. O marido faleceu há 7 anos.

“O meu marido era muito teimoso, isso os homens são todos assim, têm que fazer o que eles querem. O meu filho já me disse que quem manda é ele já

estive para lhe dizer: olha cala-te não sabes o que estás a dizer mas não digo nada e depois ando assim oprimida."

Não sai de casa sozinha pois tem medo que lhe façam mal, em casa anda embora com alguma dificuldade. Consegue realizar algumas tarefas domésticas, sendo estas a sua ocupação diária.

A falta de companhia é a sua queixa mais frequente, revela também ter alguns sentimentos de insegurança revelando o medo de estar em casa sozinha.

A SOLIDÃO, O SENTIMENTO DE INUTILIDADE E A MORTE

Ao seu discurso em que emerge o sentimento de solidão associa um sentimento de inutilidade.

"Eu não estou nada boa, não ando cá a fazer nada, mas é o meu destino, o meu destino é este."

Introduz assim o tema da morte como uma saída para o seu estado de solidão. *"Eu quando era nova tinha muito medo de morrer e agora já não, e já pedi perdão a Deus, agora se Deus me quiser levar que me leve que eu já não me importo."* Diz que só Deus é que sabe o que lhe vai acontecer depois da morte, *"Deus tenha pena de mim e de todos."* Um das sessões mais tarde descreve a morte da seguinte forma: *"A gente morre, o sangue pára dentro a gente e vamos para debaixo da terra."* Diz que o que mais lhe custa na vida é ver as pessoas irem para debaixo da terra.

SOBRE O PASSADO

Descreve-se no passado como uma pessoa muito activa: *"Eu era muito mexida, trabalhava muito, ajudava muito a minha mãe, depois fui eu que trabalhei para criar os filhos, fui eu que trabalhei."* A Sra. Maria trabalhava como doméstica em casas particulares. Foi viver para África do Sul com o marido tinha 54 anos para poder ajudar a criar os netos, que lá se encontram. Refere que gostou de lá estar. *"Era muito acarinhada por todos, fazia de tudo, partos, injeções, pensos."*

Refere que voltou para Portugal porque o marido não gostava de lá estar.

OUTRAS RELAÇÕES E A MORTE DO FILHO

Raramente tem visitas, fala de uma vizinha que por vezes vai até sua casa para conversarem. Recebe também anualmente a visita de uma neta que viveu consigo até esta fazer 23 anos, altura em que casou e foi viver para França. Teve quatro filhos, 1 filha e três filhos, um faleceu com 21 anos o outro encontra-se na África do Sul. A filha mais velha tem 74 anos mantêm apenas contacto telefónico. É com a filha que a Sra. Maria revela ter uma relação mais significativa. Expressa, por vezes, a sua vontade de ir viver com a filha, referindo, como motivos para não o fazer o facto de que não querer deixar o filho sozinho.

Refere ainda um neto que lhe costumava telefonar e que já não o faz há algum tempo. *“O meu neto que também esteve aqui comigo uns tempos costuma telefonar agora estou a estranhar porque há um tempo que não me telefona.”*

Ao longo das sessões fala do filho que morreu com 21 anos, dizendo que ficou muito mal na altura. Segundo a Sra. Maria o filho faleceu devido a um cancro numa perna que a Sra. Maria relaciona com um corte numa garrafa. Diz que se fosse vivo seria com ele que estaria.

“Era um cancro que ele tinha, era entre os ossos, nem se via na radiografia, tive um grande desgosto, já era um homem. Estou sempre a falar dele, estou sempre com esta ideia.”

Diz que após a morte do filho ficou sem vontade para nada: *“Nunca mais tive sítio na minha vida.”* Diz que após a morte do filho ficou sempre com a ideia que algo de muito mau lhe poderia acontecer. E mais uma vez refere que essa ideia surge principalmente quando está sozinha. *“Quando estou sozinha ainda penso mais que me vai acontecer coisa má.”* Refere noutra sessão que devido à morte do filho a sua vida já começou triste.

Fala dos filhos em tom amistoso: *“Eles são todos bons, tive muita sorte com os filhos, nunca foram maus para mim, este agora até o comer me faz.”*

Não sabe ao certo quantos netos tem, diz que são cinco ou seis. Três deles encontram-se na África do Sul.

A Sra Maria não sabe ler nem escrever, refere que teve uma vida em que sempre trabalhou muito o que a impediu de ir para a escola. Não auferiu reforma o que a faz depender do filho que se encontra também ele reformado. Vivem com algumas dificuldades financeiras.

Fala dos pais dizendo: *"Eram muito bons. A minha mãe era muito boa mãe, muito amiga da gente e o meu pai também."*

A Sra. Maria teve duas irmãs, ambas falecidas. Uma das irmãs faleceu durante estas sessões.

A DOENÇA

Refere sentir dores de cabeça e ter a tensão alta. Queixa-se de falta de forças que a impedem de realizar determinadas tarefas. Refere que sempre foi uma pessoa saudável nunca tendo sofrido qualquer intervenção cirúrgica. Queixa-se também de falhas de memória.

Refere que na família todos são saudáveis. As irmãs faleceram uma com 86 anos, diz que tinha diabetes, a outra com 92 não sabe o que tinha. Relativamente aos pais não se lembra as doenças que tinham. Tem também cataratas o que lhe causa dificuldades de visão. Um dos receios que manifesta é de perder a visão.

O SONO E O SONHO

Refere que tem dificuldade em dormir, tomando medicamentos para tal. Diz que vai dormir às 10 horas e que acorda muito cedo. Conta que teve uma fase em que sonhava: *“Eram sonhos maus, que me ia acontecer qualquer coisa má outras vezes com mortos, agora já não tenho sonhado tanto. Às vezes acordo às três da manhã e estou ali a pensar nem sei quê, as vezes sonho com a minha filha e com a minha neta.”* Comenta que no sonho ambas falam com ela.

Refere ainda que antes de dormir reza. As alusões feitas a Deus são frequentes no seu discurso.

Quando fala do passado são apenas os momentos que viveu junto ao mar que revela prazer em recordar.

A Sra. Maria demonstra entusiasmo ao falar dos sonhos. O tom de voz torna-se mais vivo, o ritmo mais acelerado.

Observei uma série de alterações na sessão em que foi aplicado o Rorschach após a aplicação deste teste projectivo a Sra Maria passou a falar num tom de voz onde transparecia interesse, as associações tornaram-se mais rápidas, o discurso mais fluente. Os conteúdos dados no Rorschach são quase unicamente animais de praia, como lhes chama.

Na sequência disse: *“Eu vou contar à Sra. eu tive um rapaz que namorei, de que gostei muito, mas que desapareceu. Vamos lá a ver se eu sei contar à Senhora. Ele foi para a tropa e desertou e na altura foi apanhado, eu estava grávida e o Juiz teve pena de mim e ele não foi preso mas tinha que ir*

para a tropa outra vez e ele desertou outra vez, à segunda vez não lhe perdoaram e ele apanhou prisão mas fugiu para Luanda ele e um rapaz amigo dele depois o rapaz (o amigo) apareceu morto na praia e ele nunca mais apareceu.” Refere que sofreu muito com esta situação pois gostava muito dele tendo esperado pelo seu aparecimento 5 anos, após os 5 anos casou. A filha é filha desta relação. “Tenho sonhado tanta vez com ele , gostava mais do que do meu marido, o meu marido foi muito mau para mim, há tantos anos (74 anos) e agora ando a sonhar com ele, sonho que ele aparece, qualquer dia bate-me aqui à porta, é de gente maluca, não sei o que é isto, mas há muito tempo que ando a sonhar com ele. Era muito bom, um bom rapaz, não queria mal a ninguém.”

É com surpresa que conta esta situação, refere ainda que os filhos com a excepção da filha não sabem desta história.

4.1.8.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 9 ↓↓

Tempo Total = 23', 8"

Tempo/Resposta = 1', 8"

Tempo Latência Médio = 42" ↑↑

Recusas = 2 (Prancha VI e P. VII)

Respostas adicionais = 0

G - 6

F+ = 1

A = 8

D - 3

Σ F = 6

F - = 0

Ad = 0

Dd- 0

F± = 5

H = 0

Dbl - 0

Hd = 0

Do - 0

(H) = 0

C = 0

E = 0

Borrão = 0

CF = 0

EF = 0

Desenho = 0

FC = 2

FE = 0

Planta = 1

K = 1

Kan = 0

G% = 67% ↑↑

F% = 67%

FC > C + CF

A% = 89% ↑↑

D% = 33% ↓↓

F+ % = 16% ↓↓

H% = 0% ↓↓

Fa % = 100% ↑

F+ % a = 72% ↓

Ban = 2

T.R.I. = 1 K : 1 C Coartado

FC = 0 : 0 Confirma o TR

4.1.8.2 COMENTÁRIO FINAL

O relato deste caso remete por vezes para o fenómeno de deterioração mental, que poderá existir. No entanto é notória e de assinalar as transformações observadas em termos de raciocínio quando, após um convite à projecção que o teste Rorschach constitui, a Sra Maria relata a história do seu primeiro namorado.

A opressão que identifica poderá decorrer do recalçamento da sua subjectividade que a coloca à margem da situação conflitual.

Os sentimentos de abandono que experimenta transmitem uma forma difusa de existir. Como se a sua existência, não confirmada pelo contacto dos outros, se esbatesse.

É esta solidão relacional que justifica o desinteresse que verbaliza face à vida, passando pela expressão de um sentimento de inutilidade. É em função deste sentimento de vazio relacional que verbaliza a sua condescendência face à morte, a sua morte.

A morte do filho surge como situação de impasse que tende para a depressão. A morte do filho e a potencial morte do seu namorado serão fundamento das expectativas negativas que verbaliza. O conteúdo dos sonhos de angústia remete para uma tentativa de elaboração destas situações.

4.1.9 NONO CASO: ZULMIRA

O PRIMEIRO CONTACTO

Encontrei-me pela primeira vez com a Sra. Zulmira no âmbito deste estudo, não tendo tido, ao contrário dos outros casos, qualquer contacto anterior.

Do primeiro contacto com a Sra. Zulmira retenho o seu discurso cuidado e assertivo, falando pausadamente num discurso bem articulado e rico em vocabulário. Recebeu-me em sua casa, pela primeira vez, denotando um cuidado acrescido pelo facto.

A Sra. Zulmira tem 88 anos e sofreu um AVC há cerca de 10 anos. Queixa-se ainda de problemas nos ossos que lhe dificultam a locomoção. Sofreu duas intervenções cirúrgicas ambas à anca tendo sido colocada uma prótese. Foi ainda operada a um fibromioma com cerca de 40 anos. *“Tudo isso me vem enfraquecendo, diminuindo”*. É neste contexto que concebe o seu processo de envelhecimento. *“Até o comportamento dos outros é diferente, quando a gente pode e dá tudo somos tudo, quando precisamos daqueles que receberam antecipadamente já não prestamos.”*

“Ninguém quer ninguém, até aqueles que têm uma certa obrigação não têm tempo e não sou eu uma velha de 88 anos que me vou por de permeio entre aqueles que querem vencer e correr. Eu não tenho esse direito”

A Sra. Zulmira executa as tarefas diárias que garantem a sua autonomia precisando de ajuda para tarefas que requerem maior agilidade. Diz que quer, enquanto conseguir, continuar a fazer as tarefas domésticas diárias.

A EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO, ADOENÇA E O SENTIMENTO DE ABANDONO

As alterações introduzidas pelo processo de envelhecimento são, neste caso, acompanhadas por um sentimento desidentificação: *"Já não sou mesma pessoa."* Refere as alterações que foram ocorrendo de uma forma progressiva: *"Vim enfraquecendo, vim ficando doente."* As diferenças no ritmos com que executa qualquer tarefa, o ritmo de raciocínio, de linguagem e outros são frequentemente nomeadas.

Descreve-se como uma pessoa muito emotiva. Diz que qualquer mudança de tempo a perturba e a deprime. Que após o AVC não sentiu de imediato esta vulnerabilidade mas que tem sido algo que tem vindo progressivamente a intensificar-se. Refere que costuma antecipar as mudanças de tempo.

A Sra. Zulmira vive sozinha. Denota no seu discurso um sentimento de abandono: *"Olhe Dra. estou para aqui atirada."*

Não sai de casa sem que seja acompanhada, pois tem medo de cair.

Transmite um sentimento de limitação: *"Não há com quem me relacionar, estou muito manietada, não tenho liberdade porque não tenho quem colabore comigo."*

Refere a sua vida profissional com saudade. Trabalhou em dois ministérios. Refere as pessoas que conheceu: *"Foi uma vida maravilhosa no Ministério dos Negócios Estrangeiros. Eu sentia-me feliz"*. São vários os momentos em que exalta a sua actividade profissional.

Encontra-se reformada há 15 anos: *"Quando deixei de trabalhar senti-me noutro mundo, senti-me inútil."* Refere que ainda deu aulas de latim: *"fazia-me sentir viva."*

Considera que esse sentimento de inutilidade contribuiu para, segundo palavras suas, a sua decadência. *"Todo o mal que me apoquentou apareceu-me depois da reforma."*

Ao fim de semana vai para casa da sobrinha: *"Às vezes até dou como mal empregue o tempo que vou. Não me apetece contactar com a família, sinto-me distante deles, sinto que eles têm outra linguagem, outros pensamentos, outras conversas, outros interesses e se eu tenho alguma coisa para dizer perco oportunidade porque toda a gente tem muita coisa para dizer. Eu reduzo-me ao silêncio, hoje, amanhã, outro dia; já é muito tempo."*

O SONO E O SONHO

Considera que dorme bem, não recorrendo a medicamentos. Refere que vai dormir entre as 22:30 e as 23:00, acorda á mesma hora que acordava quando trabalhava, às 06:30 da manhã.

Diz que sonha muito e relata o conteúdo dos sonhos como sendo maioritariamente com pessoas que já morreram e com fases da sua vida no passado. Refere que os sonhos a deprimem e a perturbam. *“É muito raro ter sonhos bons, são sempre sonhos no sentido do sacrifício, da dor, do sofrimento.”*

A RUPTURA COM O PRESENTE E A MORTE

Revela no seu discurso descontentamento face à modernidade: “Vivemos numa época tão triste, que nada nos merece confiança. Hoje vive-se na hipocrisia, hoje não há amizade, não há pudor moral, não há nada”.

Refere a morte como uma possibilidade de ter outra vida: *“Desejo partir. Penso que vou para uma vida melhor, tenho fé que terei lá aquilo que fabriquei aqui, de bom e de mau.”* Alude também ao facto de encontrar as pessoas de quem gosta e que já faleceram: *“Espero encontrar no outro mundo a consolação que aqui não tenho, espero encontrar aqueles que eu amei tanto.”* A sua fé combate o seu desespero: *“Sou crente, tenho momentos de muito desespero, mas Deus está comigo.”*

A Sra. Zuraida teve 10 irmãos, todos falecidos actualmente, descreve a mãe como uma pessoa muito disciplinada, disciplina que passou aos filhos e que ela apreendeu, descreve o pai como um homem enérgico e menos paciente do que a mãe. A Sra. Zulmira é a mais nova e diz que apenas conheceu 4 dos 11 irmão, pois os outros já haviam falecido. Refere que morriam de doenças de criança para as quais na altura não havia cura.

Refere a vida de então com orgulho e diz: *“Comparado com a vida de hoje, hoje não é viver, isto é uma fantasia de vida. As pessoas não se amam, não conversam, não se fazem amizades duradoiras, não se discutem problemas de família, de educação, só oiço falar de divórcio.”*

Descreve a actualidade com desolação: *“A vida está corrompida, os desastres morais são cada vez mais.”*

AS MEMÓRIAS E O SENTIMENTO DE SI

Demonstra prazer em recordar dizendo que se sente bem entre os objectos que lhe recordam o passado, referindo-se aos objectos que tem em casa diz. *“Há muita coisa que ainda me lembra o passado e é isso que ainda me faz viver.”*

Diz que não se lembra, no passado, de se sentir triste sem motivo o mesmo acontecendo agora. Diz que não se sente actualmente com vontade de viver e refere as alterações que sofreu nos últimos anos: *“A vida deve viver-se intensamente, deve fazer-se dela um grande meio de comunicação. Neste momento não me sinto com vontade de viver. O meu estado de saúde leva-me*

a atitudes diferentes, a pensar de outra maneira, já não sei quem sou. É tudo diferente, sou totalmente diferente daquilo que era.”

4.1.9.1 ANÁLISE DO RORSCHACH

PSICOGRAMA

R = 13

Tempo Total = 22',25"

Tempo/Resposta = 1',4"

Tempo Latência Médio = 21',40"

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G - 9

F+ = 5

A = 7

D - 4

$\Sigma F = 6$

F - = 0

Ad = 2

Dd -

F $\pm$ = 1

H =

Dbl -

Hd =

Do -

(H) = 1

C =

E =

(A) = 1

CF =

EF =

A/ Pl = 1

FC = 1

FE =

A/ Frg = 1

K = 1

Kan = 5

G% = 69%↑↑

F% = 46 %

FC > C + CF

A% = 92%↑↑

D% = 31%↓↓

F+ % = 83 %

H% = 8 %

Fa % = 100 % ↑

F+ % a = 96 %

Ban = 6↑

T.R.I. = 1 K : 0,5 C Coartado

FC = 5: 0 Não confirma o TRI

(Introversivo Puro)

COMENTÁRIO

A Sra. Zulmira demonstrou interesse no material que lhe era apresentado, revelando o prazer face a um material que constitui um convite à projecção

Verificamos, neste protocolo o restrito número de resposta, revelando no entanto uma certa riqueza na interpretação das pranchas.

A apreensão é feita maioritariamente na globalidade, sendo esta na sua maioria associada a boas formas. Os G são elaborados, resultando de uma apreensão secundarizada da prancha. O registo formal é único tanto na vertente formal como cinestésica. O movimento é um factor emergente neste protocolo.

A adaptação efectiva-se e expressa-se neste protocolo que sugere as tendências criativas expressas, nomeadamente através das respostas em que o factor movimento se constitui enquanto determinante .

Os movimentos defensivos revelam-se na utilização quase exclusiva dos conteúdos animal. As banalidades são também abundantes. As respostas cor estão ausentes revelando as dificuldades de expressão dos afectos.

Não existe alusão a qualquer tipo de conflitualidade. Não assistimos a qualquer emergência de conteúdos agressivos.

Os sonhos são sonhos de angústia. Actividade, a de sonhar, que pelas características de que se reveste, preferia não experimentar.

A depressão surge desta concepção de si limitativa, destituída de um sentimento de utilidade. Tais sentimentos parecem emergir do abandono relacional, da ineficiência comunicativa que experimenta com aqueles que lhe são próximos.

Os sentimentos de desagrado experimentados, de forma generalizada, face ao mundo que a rodeia remetem, mais uma vez, para a situação de depressão.

A capacidade imagética de que dispõe parece insuficiente para fazer face a uma realidade em que sente não ter lugar e à qual não confere sentimentos de pertença.

A inscrição de si é feita totalmente no passado onde se organizam sentimentos de nostalgia.

A leitura aparece, no contexto actual, como tentativa de criar uma alternativa face a uma realidade experimentada como estranha e hostil.

A morte surge como possibilidade de resolução desta situação de impasse, inscrita na sua fé de uma vida para além da morte onde espera encontrar aqueles que perdeu.

O recurso quase exclusivo ao determinante formal, com grande escassez de determinantes que organizam o eixo projectivo, revela a restrição projectiva que se opera nestes casos. Tal abordagem, maioritariamente formal revela ainda a operatividade da conduta defensiva. Esta abordagem, quase exclusivamente formal, poderá também remeter para as dificuldades ao nível da integridade corporal e consequentemente para dificuldades relacionais.

A apreensão das manchas é, deste modo, realizada, na maior parte dos casos, de forma passiva, directa, sem articulação. O recurso à fantasia é, na maior parte dos protocolos, limitado.

As percepções são repetitivas, destituídas de sensibilidade à côr. A cor é parcamente utilizada como determinante, quando surge é apenas como referência, revelando as dificuldades de expressão afectiva.

Assiste-se à reprodução de um ritmo também repetitivo, inscrevendo-se numa temporalidade imóvel.

As banalidade são muito frequentes, remetendo para a ligação ao real em detrimento do imaginário. O TRI, na maior parte dos casos coartado confirma esta restrição do imaginário.

A quase totalidade de conteúdos animal com H% muito baixo remete para o contexto relacional onde surgem em quase todos os casos a problemática do abandono.

A configuração bilateral das pranchas é frequentemente reconhecida.

Observamos ainda, na maior parte destes protocolos, o evitamento da expressão das pulsões sexuais ou agressivas com quase ausência de

referência ao vermelho ou integrando-o em situações lúdicas com respostas de que são exemplo as respostas palhaço ou bonecos que podemos observar nestes protocolos.

A verbalização retraída e insegura, observada na quase totalidade dos protocolos, é expressa nas hesitações, nos comentários de desvalorização pessoal, numa concepção de si desprovidos de capacidade de interpretação, traduzindo a insegurança e os sentimentos de inferioridade ou minorização. No entanto podemos observar, na maior parte dos casos, a curiosidade perante um material determinadamente projectivo.

Destas observações poderemos remeter para a depressão como factor determinante destes indícios.

4.3 – DADOS QUANTITATIVOS SOBRE A DEPRESSÃO

TABELA DE RESULTADOS DA APLICAÇÃO MMPI /BECK

	MMPI	BECK
Sujeito 1 (Antero)	T = 106	38 pontos (Depressão Severa ou Grave)
Sujeito 2 (Alves)	T=70	7 pontos (Ausência de Depressão)
Sujeito 3 (Américo)	T= 102	15 pontos (Depressão Severa ou Grave)
Sujeito 4 (João)	T=92	23 pontos (Depressão Moderada)
Sujeito 5 (Ana)	T= 72	14 pontos (Depressão Leve ou Branda)
Sujeito 6 (Rosa)	T= 59	15 pontos (Depressão Leve ou Branda)
Sujeito 7 (Almerinda)	T=98	24 pontos (Depressão moderada)
Sujeito 8 (Maria)	T= 92	17 pontos (Depressão Leve ou Branda)
Sujeito 9 (Zulmira)	T= 78	23 pontos (Depressão Moderada)

as memórias da actualidade. Tais factores alteram a capacidade de resposta face ao que acontece “aqui” e “agora”.

A análise das situações de vida apresenta-se como fundamental na compreensão dos casos aqui apresentados. Observamos situações de vida particulares que vão colocando dificuldades e que tendem ou não para uma situação de impasse. Observa-se que a tendência para a cristalização numa situação de impasse¹ depende das próprias situações e da sua representatividade na vida do sujeito, bem como da sua capacidade de criar alternativas.

A situação de reforma, induzindo alterações nas rotinas diárias, nos núcleos de relacionamento pessoais e na representação de si enquanto ser autónomo e produtivo, constitui uma das ocorrências mais citadas enquanto produtora de mudanças na vida dos indivíduos.

A criação de alternativas observa-se como fundamental numa fase em que a introdução de alterações a diversos níveis criam momentos de desequilíbrio psicossomático, num organismo em que se observa uma dificuldade de adaptação a novas situações.

As alterações ao nível dos ritmos são constantemente observadas e constituem uma das queixas mais frequentes nos idosos. Estas alterações parecem promover um discurso em torno de questões como o sono, a temperatura, ou a alimentação.

em número, alterando-se em termos de definição daquilo que sou face ao outro.

Tal sugere-nos o paralelismo com o aumento das doenças auto imunes nos idosos que traduzem, ao nível imunitário, uma desregulação biológica identitária no reconhecimento do si e do não si. Doenças que são reduto de uma identidade adquirida e posteriormente perdida.

As alterações que se operam ao nível relacional incorrem, frequentemente, nos sentimentos de abandono comumente observados.

Poderemos conceber, a partir destes estudos de caso, a depressão enquanto emergente de uma situação de impasse que se configura face a uma questão: o que passei a ser relativamente ao outro. Acrescente-se a questão: o que passei a ser face a estas mudanças fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento.

Poderemos entender o envelhecimento enquanto questionamento sobre os aspectos identitários que vão do orgânico ao psíquico, consubstanciando-se no relacional.

O sentimento de proximidade da morte coloca, mais uma vez, o aspecto relacional no cerne das questões. A morte é, nestes casos, fundamentalmente problematizada em função do relacional. A morte do próprio surge, na maior parte destes casos, como resposta para uma situação de impasse provocada pela ausência daqueles com quem tiveram uma relação significativa, quando

estamos perante um sujeito com uma forte crença de encontro com o objecto através da morte.

Face a tão diversas e abrangentes alterações surgem, em alguns casos as questões identitárias emergentes.

As dificuldades em revelar-se como ser subjectivo surgem em alguns dos casos, nomeadamente naqueles em que o recalçamento do imaginário se opera de forma mais eficaz. Nestes surge ainda o evitamento do conflito emergindo, frequentemente, um sentimento da sua ineficácia ou injustificação na conjectura que se desenha.

A abstracção de si enquanto ser subjectivo, dotado de imaginário, mas também de vontade, permite uma adaptação às exigências, que nesta fase particular da vida, o meio induz, consubstanciando-se na representação das sociedades actuais do que é ser idoso e das expectativas que o determinam.

As dificuldades relacionais emergem deste sentimento de si enquanto ser destituído de atributos comunicacionais atractivos para os outros e nomeadamente para aqueles que pertencem a uma geração diferente da sua. Estas questões remetem-nos, entre outros aspectos, para as concepções sociais do envelhecimento e da existente organização social onde o prazer na velhice surge, por uma série de circunstâncias e determinações, vedado.

A identidade psíquica e física concebem-se, nestes casos, como elementos de um contínuo. A depressão, neste estudo de casos, surge como reduto desta concepção do psíquico e do somático, onde, tomando como

VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática. Princípios e aplicações*. São Paulo: Artes Médicas
- Archer, R. e Krisnamurthy, R. (1997) *MMPI and Rorschach indices related to depression and conduct disorder*. Journal Personal Assess.
- Ariés, P. (1975). *A história da morte*. Lisboa: Teorema
- Abrass I., (1998). *Disorders of temperature regulation*. In In Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Fourth Edition. New York: McGraw-Hill
- Ancoli-Israel S., Ph D., Kripke D., & M. D. (1998). *Sleep and aging*. In Practice of Geriatrics. Third Edition. New York: Saunders Company
- Beck, A.T. (1982). *Inventário de Beck, in Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Teramar
- Bleandonu, G. (1990). Bion. *A vida e a obra*. Rio de Janeiro: Imago
- Braunstein, F. & Pépin J-F. (2001). *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget

Bleichmar, N. & Bleichmar, C. (1992). *A psicanálise depois de Freud: teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas

Craig, J. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas

Chabert, C. (1997). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*.

Mem Martis: Europa América

Dias, C.A. (1992). *Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Uhr Ensaio psicanalítico sobre a somatopsicose*. Lisboa: Fenda

Freud, S. (1915). *As pulsões e as suas vicissitudes*. Textos essenciais de

Psicanálise. Mem Martins: Europa América

Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Textos essenciais de

Psicanálise. Mem Martins: Europa América

Freud, S. (1927). *Future of na illusion civilization and its discontents and other*

Works. London: Hogarth Press

Freeman, F. (1962). *Teoria e prática dos testes psicológicos*. Lisboa: Fundação

Calouste Gulbenkian

clínico. Porto Alegre: Artes Médicas

Lebovici, S. (1983). *Nourrison, la mere et le psychanalystes. Les interactions Precoces*. Paris : Paidos

Lipovetsky, G. (1983) *A era do vazio*. Lisboa: Relógio D'Agua

Lerner, P. (1988) *Rorschach measures of depression, the false self, and projective identification in patients in Primitive mental states and the Rorschach*

Lovett C. (1988) *The Rorschach assessment of internalisation mechanisms in Depression in Primitive mental states and the Rorschach*

Leal, M. (1993). *A psicoterapia como aprendizagem. Um processo dinâmico de transformação*. Lisboa: Apport

Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA

Marty, P. (1993) *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas

Minois, G. (1999) *História da velhice no ocidente*. Lisboa: Teorema

Murasko D., Bernstein E. (1998). Immunology of aging. in Principles of geriatric Medicine and gerontology. Fourth Edition. International Edition. Mc Graw Hill

hipertenso idoso. Lisboa: Laboratórios Bial

Pinto A., (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto

Pedro, A. M. (1997). *Teorias e modelos em psicossomática. Uma nova metodologia para o somático*. In Actas do Colégio Internacional de Psicossomática. VI Colóquio. Lisboa: ISPA

Pedro, A. M., Soubigou, D. & Balanda, A. (2001) *Rorschach en clinique Psychosomatique*. Paris :Dunod

Reinberg A. (1998). *O tempo humano e os ritmos biológicos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Roitt I., Brostoff J., Male D. (1996). *Immunology*. 4th ed. London: Mosby

Robert L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget

Rosa, M. (2001). *Envelhecimento: ponto de vista imunológico*. Coimbra: Quarteto

Rue A. & Spar J., (1997). *Guia de Psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi

Sacks, O. (1985) *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*. Lisboa: Relógio D'agua

Sami-Ali (1970). *De la projection*. Paris. Payot

Sami-Ali (1974). *L' espace imaginaire*. Paris : Editions Gallimard

Sami-Ali (1977). *Corpo real, corpo imaginário*. Paris: Dunod

Sami-Ali (1984) *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*. Paris :
Dunod

Sami-Ali (1987). *Pensar o somático- imaginário e patologia*. Paris: Dunod

Sami-Ali, Cady S. , Froli G. , Gauthier M. , Gorot J., Pedro A. & Robert M.
(1992). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro

Sami-Ali, Bertolus, S. Cady, S. et al (1996). *Allergie & psychosomatique*. Paris :
Cips

Sami – Ali (1997). *Le rêve et l' Affect – Une theorie du somatique*. Dunod : Paris

Santos, A. (2001) *A genética e o processo de envelhecimento*. Coimbra:
Quarteto

Segal, A. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago
Editora

VII ANEXOS

ANEXOS I

PROTOCOLO RORSCHACH : ANTERO

PI 7" ^ 1 – Um mapa, pelo menos parece. Agora de que país é que não sei. 28"	Qui um mapa, aqui (contorna, no todo). Não me parece mais nada.	G F± Geo.
PII 4" ^ 2 – A mim parece-me uma ilha preta e depois uma ilha mais pequena ou duas ilhas mais pequenas. 3- A mim parece-me um daqueles animais selvagens que estão ali na TV. 4 – Os bonecos a darem as mãos a dançar o bailarico 1',42"	Uma ilha (vermelho inferior), mas agarrada a esta ilha maior. (Duas ilhas mais pequenas, dois vermelhos superiores) (Exclui os vermelhos superiores) Dois bonecos a darem as mãos., dançam como se vê na Televisão, é o que me parece.	G F± Geo G F+ A/cena G K (H)
PIII 2" ^ 5- Dois senhores a ir buscar água a qualquer lado. O que é isto aqui...(Afasta a prancha) parece que estão a ir buscar água, estão a encher os cantis. 6 -No meio parece-me um laço, em vez de ser a gravata o laço encarnado. 2', 21"	Parecem duas pessoas aqui (contorna), isto parecem os cantis da água (negro inferior) e aqui o laço (vermelho) Exclui os vermelhos superiores	G K H ban. D FC Obj
PIV ^ (Fica muito sério) 32" 7 - Parece que estamos na Boca do Inferno a olhar para as rochas. (Ri) (silêncio) Não estou assim para dizer, sinceramente, não estou a ver. 8 - Parece mais uma rocha, um buraco, como aquelas rochas que a gente vê principalmente na América. É o que me parece. 3',20"	Não sei, parecem rochas, (vê no todo) buracos nas rochas, aqui os buracos (aponta para o branco da prancha junto aos contornos do negro).	Gbl FC' Geog → clob
PV 3" ^ 9 – Parece um morcego de asas abertas, parece ai na televisão, quando eles se estão a espreguiçar. . 53"	Um morcego (contorna, vê no todo) e é escuro como os morcegos.	G Kan C' A ban.

PVI 40" ^ Não estou a imaginar nada... Não sei o que hei-de pensar. 10- Esta parte aqui parece uma peça. (silêncio, olha para a prancha) Este não estou a ver... assim uma ideia. Isto ao meio, o que hei-de chamar a isto, não sei que nome hei-de dar a este, sinceramente não sei. 4', 5"	(D superior)	D F± Obj
PVII 22" ^ Quando é a televisão, quando dá a temperatura, o tempo. 11 - Os açores, as ilhas dos açores. Bastante diferente, não tem parecença com desenho. (...) Não estou a ver. 4', 7"	Parece-se com os mapas da temperatura, o tempo ... mas não estou a ver.	G F± Geo
P VIII 37" v ^ 12 -Parece, ...como é que se chama dois camaleões a subir uma árvore, não vejo mais nada, parecem patas, parecem focinhos. 1', 3"	Aqui dois camaleões (aponta para os D laterais) e aqui uma árvore (D centeal) parece que estão a subir, pela posição das patas, não vejo mais nada.	G F+ A ban
PIX 39" v ^ 13 – Sabe o que isto me parece, aqueles desenhos dos netos e depois acham muito bonito e depois veêm perguntar ao avô se gosta e o avô diz que gosta, sem perceber nada daquilo, mas diz gosta. Não consigo imaginar nada 2', 12"	São os desenhos dos netos aquelas coisas, que não se percebe nada e se perguntar se gosta, gosto mas não se percebe nada.	G F± Des
PX 3" ^ Distingo as cores, cor-de-rosa, azul, acastanhado, esverdeado, bocados aqui, bocados acolá agora olhar e dizer o que é isto ... não consigo. 14 – Parece desenhos do Picasso que só ele é que entende. 1', 35"	Não sei o que é, são cores, distingo as cores, parecem os quadros do Picasso, não se percebe nada prefiro aquele quadro que está ali (aponta para a parede da sua sala).	G F± (Arte)

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Não gostei de nenhum (demonstra alguma agressividade) Eu se tivesse que pôr isto na parede preferia aquele do burro carregado.

ESCOLHA – Não gostei de nenhum porque não tem parecenças, não estou a ver um desenho bem feito. Sabe dizer o que é agora aqui? (demonstra alguma zanga)

OBS: O Sr Artur aceitou todas as pranchas demonstrando um sentimento de agrado, demonstrando uma certa avidez. Com a introdução das pranchas de cor pastel observou-se uma certa agitação e até agressividade, denotando vontade em desfazer-se das pranchas.

PROTOCOLO RORSCHACH: ALVES

PI 7" ^ 1 – Isto significa, vamos lá... Isto dá a impressão de ser um morcego. Não sei se será. Eu vi um filme que fui enganado que era só bicharada deste género que eu detestei. Eu julgo que isto seja um morcego Elsa não tenho a certeza. 42"	Assim por isto aqui (Contorna, vê na globalidade) e isto assim escuro.	G FC A ban
PII 1', 12" ^ Agora aqui é que já é pior pá... se bem que... > Ó Elsa eu sinceramente, aqui com certeza não é aquilo que eu estou a pensar. ^ 2 - Isto aqui dá-me a impressão da vagina de uma Senhora 3 -Estas outras coisas encarnadas em cima, isto está-me a deixar muito coiso. Isto tem aqui uma parte de um lado e do outro, a direita e a esquerda tanto fazem, estas coisas encarnadas. Não. Não consigo dizer mais nada sobre isto Elsa. Se é que isto é aquilo que eu disse, também ponho dúvidas e bastantes. Não, não vai mais nada. 4', 42"	(D Vermelho Inferior) D vermelho superior	
PIII 2', 11" ^ (abana com a cabeça) Ó Elsa sinceramente, eu já disse com certeza muita asneira, mas neste cartão... 4 – Isto braços... não é não pode ser mesmo, até porque eu não sei se isto será parte do corpo de uma pessoa. 5 – Esta coisa aqui em baixo dá a impressão daquilo que eu disse á bocadinho (vagina). Não sei mas gostava de saber. Estou a dizer muitas palermices. Estou com certeza, nunca vi coisas deste género. Não sei se é do corpo humano ou de algum bicharoco. (abana com a cabeça) Não Elsa. 4', 21"		G K H ban. D F+ Obj

PIV 1',07^ Pois é, pois é. Pois é, pois é. (Sorri) 6 - Eu sinceramente, com toda a franqueza parece-me mais isto um bicho, um morcego, aquele bicho que eu disse de princípio. Não Elsa, não. 3',25	Um morcego. Estão aqui as patas, as asas, o corpo do morcego. Tem a configuração igual de um lado e de outro é como o nosso corpo humano, um lado direito, um lado esquerdo. (Coment. Simetria)	G F A
PV 12" ^ Vamos cair na mesma musica. 7 - Será um morcego aqui com outra posição, com as asas quase fechadas. A Elsa depois no fim diz-me o que é. Aqui é que eu estou a borrar a pintura toda, não adivinho nada. Não sei Elsa, não sei. 54"	Um morcego (contorna, vê no todo). Como lhe digo, não sei se é isso que eu penso.	G F A ban.
PVI 06" ^ 8 - Bem se isto aqui é um morcego já se vê aqui a espinha. Só há aqui uma coisa que eu não vejo que é os olhos. 9- Isto... um bacalhau. Também não é, não é ó Elsa. Não, não vai lá. 1', 10	Aqui até se vê uma coisa, a espinha. Aqui isto não é o rabo do morcego acho eu. O morcego não tem o pescoço assim comprido, se é que é um morcego.	G F A
PVII 31" ^ (Ri) Aí, cada vez estou mais baralhado. 10 - Isto com isto tudo cortadinho aos bocados dá-me a impressão de um puzzle, mas aqui não... 11 - Está aqui uma coisa que me está a fazer uma confusão dos diabos. Eu nunca vi um morcego todo nú. 2,26"	Parece-me um morcego por isto, mas não deve ser isso que eu penso.	G F - Obj G
P VIII 40" ^ ^ ^ 12 - Isto agora já tem quatro patas pá. Aí agora é que é pior. Elsa sinceramente dá-me a impressão que está aqui um bicharoco, um de um lado e outro de outro. Parece que lhes vejo quatro patas. Mas há aqui uma pata que é muito maior do que a outra, ou é o rabo, ou é a outra pata que está escondida. Não sei Elsa, não sei, estou a dar uma barracada desgraçada. (Ri) 3',54"	Aqui até dá a impressão de patas do morcego (Detalhes cinzentos). Ainda vou esta noite sonhar com morcegos, isto é que é uma gaita.	

PIX 32" ^ É pior ainda. 13 – Isto será o ventre do morcego, está a gerar os filhos. É pá a data de disparates que estou para aqui a dizer, estou a dar uma barraca desgraçada, estava a ir tão bem. A Elsa não vai pôr aí o meu nome, eu não consinto (Ri) 2',58"	Não sei se é. Não sei se é o morcego, não sei se é o ventre (contorna o detalhe rosa).	
PX 28" ^ É a última, ena pá. 14- Isto parece ser uma espécie de bomba atômica. Não pode ser porque há aqui muitas coisas que estão ligads umas às outras 15 – Será isto o esqueleto do morcego. Umm.. É mais uma palermice como outra qualquer que eu estou para aqui a dizer. Não estou aqui para ficar calado, posso dizer uma asneira de vez em quando. Há asneiras que até sabe bem dizê-las. Não, Elsa não. Já sei que estou reprovado no exame e arranjo um sarilho do caraças que a Elsa nunca mais cá vem a casa. Comecei com asneiras e acabo com asneiras. 4',38"	Um bomba atômica (Vê no todo), mas uma bomba atômica não ficava tudo tão bem dividido. Será o resto do morcego, os ossos, não sei se é morcego , eu é que fico amorcegado.	

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Tenho que gostar desta do princípio porque esta ainda me disse qualquer coisa (PI) Também gosto desta (PIV) porque também me disse alguma coisa

ESCOLHA – Os dois que gostei menos porque não percebi nada (PX e PIII) Esta (PX) porque fiz uma comparação parva com uma bomba, uma bomba não fazia este estardalhaço todo, não ficava nada disto. Esta (PIII) dá a impressão de dois refilões a refilarem uns com os outros, o que é que a gente não ouve, estes estão a refilar sózinhos.

PROTOCOLO RORSCHACH: AMÉRICO

PI 08" ^ Não sei... 1 - Isto parece-me um mapa. 32"	Um morcego aqui assim (contorna, vê no todo)	G F± Geo
PII 22" ^ 2 - Este parece-me dois animais é o que me parece mas não sei, pode ser outra coisa qualquer. Isto não é muito certo. 1', 18"	Aqui (contorna, não inclui os vermelhos)	D F+ A ban
PIII 24" ^ 3 - Dois pretos, parecem-me dois pretos a prepararem qualquer coisa 52"	Aqui. (Exclui os vermelhos, pela forma).	D K H
PIV 38" ^ Este não sei.. não sei, isto agora 4 -Olhe assim olhando bem parece-me um urso. 1'43"	Um urso, estão aqui as patas, o focinho, está apoiado em qualquer coisa.	G F+ A
PV 12" ^ 5 - Parecido com o primeiro, parece um pássaro. 22"	Pela forma	G F+ A ban
PVI Não sei... mas isto o que é? Este não sei... Isto não se parece com nada. Não sei fazem isto de qualquer maneira. Para que é isto. Depois diz-me. 1'29		Recusa
PVII Não sei. 51"		Recusa
PVIII 12" ^ Este já é mais interessante. 6 - Estão aqui dois animais a subir parece, a subir qualquer. Pode ser uma árvore. 2', 24"	(Pela forma)	G F+ A ban

PIX 28" ^ 7 – Isto parece-me um recife de coral. 1',08"	Contorna.	G C Bot
PX 10" ^ 8 – Duas aranhas, vejo duas aranhas. 55"	(Azuis laterais, pela forma)	D F+ A ban

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + PV porque é das que melhor consigo visualizar o que é. P IX São as cores, são bonitas.

ESCOLHA – PIV e PVII não consigo ver aqui nada.

PROTOCOLO RORSCHACH: JOÃO

PI 10" ^ Eu sei lá o que isto é. Eu sei lá o que isto é. 1 - Isto é um homem e uma mulher. Pronto. 48"	Um homem e uma mulher (contorna, vê no todo)	G F+ H
PII 6" ^ 2 – Esto são dois palhaços. (volta a prancha por trás) 38"	Aqui (contorna) e o nariz (os vermelhos)	G FC (H) ban
PIII 7" ^ 3 – São dois macacos. É ...? 52"	Aqui. (Vê no todo, exclui os vermelhos, pela forma).	D F+ A
PIV 5" ^ 4 – Chimpanzé, está a olhar, está a cagar ou a mijar. 28"	Um chimpanzé, aqui (contorna).	G Kan A
PV 4" ^ 5- Isto é um caracol, está com os cornos no ar é um caracol. 22"	Estão aqui os cornos do caracol, é um caracol.	G F+ A
PVI 18" ^ Aí, este agora. Isto é deixa-me ver se eu me lembro... 6 – Um foguetão. 47"	Aqui um foguetão (d central, exclui D laterais)	D F+ Obj.
PVII 12" ^ Este não sei. 7 – Este é um foguetão a sair da Terra para o ar, o fumo. 51"	Está aqui o foguetão e aqui o fumo.	G Kob Obj.
PVIII 4" ^ 8 – Isto é uma joaninha e dois macaquinhos a apanhá-la, macacos que parecem ovelhas ... Não sei pá, este não sei. 48"	Uma Joaninha(Detalhe azul) e dois macacos, um de um lado outro do outro a ver se a apanham.	G Kan A/ cena

PIX 28" ^ V U ^ O que é isto..., o que é, se lá o que é isto. 9 - Parecem dois bichos, são dois bichos, parecem dois peixinhos, os olhinhos. 1',08"	Contorna.	D FC A
PX 10" ^ 10 - Isto agora é o quê? É o fogo de vistas, com várias cores. 55"	O fogo de vistas, as cores.	G C Arte

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Eu gosto de todos. São todos giros.

ESCOLHA – Eu gostei de todos. É muito giro.

OBS: Mantendo uma atitude atenta e interessada nas pranchas apressava-se a devolver-mas.

PROTOCOLO RORSCHACH: ANA

PI 22" ^ Eu nem sei.. 1 – Será um cão (Ri) acho eu embora tenha aqui este coiso pelo meio. A cabeça e o rabo. 1' 10"	A cabeça aqui e aqui umas patas, não sei se será, eu é que digo que é assim.	G F+ A
PII 9" ^ 2 – são dois câezinhos (Ri, demonstra agrado). São dois câezinhos, acho eu. 1' 27"	(Pela forma exclui os vermelhos) Um está a olhar de frente e o outro está e lado.	D F+ A ban
PIII 7" ^ 3 – Isto aqui são duas bailarinas 58"	Aqui e ali mas não sei se será, têm saltos e tudo. (Exclui o vermelho)	G K H
PIV 33" ^ Aqui é que eu não sei o que é. 4 – Aqui é um urso, qualquer coisa, deve ser um urso porque tem ali uns olhos e tem tanto pelo, tem que se tirar o pelo a isto. Eu não consigo diferenças mas acho que sim, tem as orelhas ali, é isso. 3',10"	Acho eu. Pelo menos os pés dão-me a impressão de ser um ursinho, um ursinho um ursão, por est tamanho é um ursão.	G FE A
PV 08" ^ 5 – É uma mosca. 6 – Aí como é que se chama isto. Uma libélula, deve ser uma libélula. Não sei se é, preciso que se note, não sei se é. 2',27"	Não é uma mosca, é uma borboleta e está e asas abertas, acho eu, não sei se é ou se não é.	G F+ A ban G F+ A ban
PVI 12" ^ 7 - Isto aqui deve ser um bacalhau com certeza. Não sei se estou a chamar um nome que não é mas, pelo menos para mim dá-me a impressão que é um bacalhau. (Ri) 1', 56	Pode ser não sei. (pela forma)	G F+ A ban

PVII 22" ^ Aí, aqui não sei o que é. 8- Parecem patos, mas não pode ser assim, Aqui parece patos, mas não são. Será patos... (Ri) ou não será patos. 1',48"	Está muito mal feito, mas acho que eram aqui os patos (Detalhes superiores) a cabeça, mas está aqui uma coisa. Não sei se são patos se não são, é um borrão qualquer.	G F+ A
P VIII 21" ^ 9 – Isto aqui é uma árvore com canários. 10 - É leões, não é leões Aí como é que se chama isto... já não dá para mim... agora isto. Ursos... os ursos não sobem aqui ás árvore, não sei se os ursos sobem nunca vi subirem, mas são tão pequeninos, a não ser que sejam gatos, bem devem ser canários ou qualquer coisa assim parecida, não sei o que é. 3',38"	Canários (Rosa laterais), ou são outros bichos por causa do feitio mas os pés estão mal feitos mas enfim. (não é pela forma é por aquilo que é habitual estar em cima das árvores, teste de realidade). Árvore D Central	G FC A G F+ A ban
PIX 49" ^ Não sei o que é, isto não se que é. 11 – Isto devem ser cabras (Ri) não sei, será? Porque os desenhos estão tão diferentes daquilo que a gente pensa que não sei. 2, 41"	Cabras (Detalhe laranja, pela forma, contorna) mas também cabras em cima de uma árvore. (Ri) Não sei como é que isto foi feito, mas enfim.	D F- A
PX 16" ^ 12- Isto aqui são aranhas e teias. Está ali uma aranha de cada lado (detalhes azuis) Sei lá se são, eu não vejo nada, só a Senhora pode dizer se são ou não são, porque eu não vejo. 2', 45"	(Pela forma)	G F+ A ban

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + P II Porque tem cães, tenho a impressão. Eu gosto muito de cãesinhos não posso é tê-los. P IX Pela cor porque as cabras não me interessam muito, mas gosto pela cor.

ESCOLHA – PIII Parece que estão partidas ao meio eu quero uma coisa inteira (Ri) Isto é que é uma vida. PIV Porque parece um bacalhau, não é coisa que seja sempre precisa, um bacalhau

OBS: Observou muito as pranchas, demonstrou agrado. Comentários subjectivos.

PROTOCOLO RORSCHACH: ROSA

PI 12" ^ Não consigo ver coisíssima. Já vê como é que a minha imaginação está atrofiada. 1 – Vejo um desenho que não sei dizer o que é. Não vai, não consigo nada. 58"	Um desenho, aqui um desenho.) pela forma) Não, não percebo. Esta figura tão cinzenta faz-me lembrar uns mochos. A parte de dentro faz-me lembrar um sino.	G F± Des.
PII 7" ^ 2 – Esta assim de repente faz-me lembrar dois palhaços. 3 – Ou dois anões. Não sei, mas se calhar não tem nada a ver com palhaços. 55"	As caras (D superior) o nariz do palhaço. (D vermelho superior) Exclui os vermelhos. Mas é tudo referente à primeira, tem tudo relação com a primeira.	G FC (H) ban D F- (H)
PIII 3" ^ 4- Dois bonecos, dois cómicos. Qualquer coisa do género numa brincadeira qualquer. Mas, se calhar também não tem nada a ver com isso, é mais ou menos do género do que me apresentou anteriormente. 52"	Aqui. (Vê no todo). É tudo referente ao mesmo em atitudes cómicas	G K (H) ban.
PIV (Ri) É a mesma coisa. De um lado e do outro. V ^ V Não tenho imaginação nenhuma mesmo e é uma coisa engraçada, fizemos trabalhos sobre Psicologia, mas era uma coisa que eu gostava de estudar. Mas, a minha imaginação é muito fraquinha. 1',10"	Não, não consigo imaginar nada.	Comentário Simetria (Recusa)
PV 8" ^ Anda tudo à base do mesmo. 5 – Parece um pássaro, dá impressão duma ave de rapina, as asas, as patas. Mas, ao mesmo tempo dá a impressão que não é nada disso. 59"	Faz lembrar uma ave. As asas, o focinho, as patas. Uma ave de rapina, não é um pássaro qualquer.	G F+ A ban.
PVI 4" ^ Ai que piada. 6- Isto é um borrão autêntico, mas com pormenores muito bem desenhados, igual de um lado e do outro, tudo dentro da mesma coisa. O meu raciocínio é um bocadinho fraco, é o raciocínio de alguém que vive fechada em casa há anos e anos. 1', 12	Assim,(contorna) . (....) Tem tudo a ver com a mesma coisa mas com fases diferentes. Não consigo definir. Um esqueleto de animal, mas também não tem nada a ver com certeza	G F± Borrão

PVII 12" ^ Não consigo ver. 7- Estas duas parecem duas caras mas não sei. 47"	Aqui, duas caras.(D Superiores) Duas caras patuscas engraçadas até	D F+ Hd
P VIII 5" ^ Este está muito colorido. 8 – Aqui também me parece uns animais, parecem patas, parecem focinhos. 48"	Parecem uns bicharocos. A si não parece? Que vão a trepar para qualquer lado.	G F+ A ban
PIX 2" ^ 9 – Estes borrões, isto é uma espécie de uns borrões. Dá-me a impressão que aqui também há qualquer coisa, mas sinceramente não lhe sei dizer o quê. 39"	Contorna. Não...	G F± Borrão
PX 28" ^ È dentro da mesma coisa, uma complicação tão grande, para o meu raciocínio claro. 10 – Uma vez vi um filme que era a vida as aranhas, e faz-me lembrar as teias. Não sei o que isto quer dizer. 1', 55"	Faz-me lembrar um filme sobre aranhas, as teias.	G F± A Cena

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Parece que não gostei de nenhum. Este P III é o mais cómico. Não gostei de nenhum.

ESCOLHA – Não gostei dos mais pretos porque não consegui ver lá nada. PI, PIV, PV, PVI

OBS: Constantes comentários.

PROTOCOLO RORSCHACH: ALMERINDA

PI 3" ^ 1 – Não sei, isto é que eu não sei, parece uns animais, 3 animais, um ao meio, parece as costas de um animal aqui ao meio e dois animais de cada lado. (Olha para mim) Mas, sabe o que é não é. (Sorri) 56"	Animais (Vê no todo, contorna). Parece uns cães, parece o focinho, ali uma orelha (D laterais) .	G F± A
PII 28" ^ (Sorri) 2 – O que é isto. Parece... não parece nada, não sei o que é que isto parece. Ele tudo parece animais. Para serem elefantes têm orelhas muito pequeninas, parece que têm trombas pequenas. Mais não sei o que isto parece, francamente não sei. 3 – Estes parecem também cães, o focinho não porque parecem trombas de elefante. 1',42"	Aqui parecem as trombas de elefante. Parece dois elefantes, aqui com as trombas de elefante.	G F+ A ban G F+ A
PIII 2" ^ 4 - Parece umas pretas (Ri), parece mesmo duas pretas. Duas mulheres de côr. 51"	Estão aqui duas pretas. (contorna)	G KC' H ban.
PIV ^ (Ri, abana com a cabeça) 37" O que é que isto parece. (observa atentamente a prancha) v ^ 5 - Parece uns patos, as cabeças dos patos ganços. Aqui não sei, não sei o que isto parece. v ^ Tem um pescoço alto. 2',10"	Só me parecem dois patos. Estão aqui as cabeças dos patos.	G F+ A
PV 30" ^ (Ri) 6 – Pelas patas parece-me os morcegos, parece as patas dos morcegos, agora não sei. Não sei mesmo. 7 – Assim parecem dois camelos, têm as marrecas. 1',29"	Um morcego (contorna, vê no todo).	G F+ A ban. G F- A

PVI 33"(Ri) Fazem isto assim à toa para quê? > V > ^ 8 –Parece um peixe aberto ao meio. Não um bacalhau, mas um peixe qualquer. 1',07		Coment. objectivo (Comentário simetria) G F+ A ban
PVII 13" ^ Ai o que é isto, isto é que eu não sei. 9- Aqui em baixo é parecido com uma borboleta. Agora aquilo alí em cima não sei. Parece mesmo uma borboleta 10 -Agora aqui em cima não sei.Em cima parece peixes. 1',52"		D F+ A D F- A
P VIII 15" ^ (Ri, demonstra estranheza) 11 – Isto são dois ursos, o que são é cor-de-rosa em lugar de serem brancos ou castanhos, são cor-de-rosa. Parece mesmo dois ursos, um daqui outro dali. 1',38"	Dois ursos, um de cada lado.	G F+ A ban
PIX 46" ^ Isto, mas que coisa (Ri) isto não sei. V Não sei mesmo, isto não sei mesmo o que isto parece. ^ 12 – Não sei, eu cá só me dá para os peixes (Detalhes laranja) peixes voltados para baixo. Vejo tantos peixes na televisão. As pessoas que virem isto não dizem o Mesmo, não? (Ri) 2',43"	Peixes voltados para baixo, aqui as bocas (contorna).	D F+ A/cena

PX 16" ^ 13 – Aqui estão duas santolas, são é azuis, as patas com as bocas. É o que parece. É só o que me parece, mais nada. 1', 42"		D F+ A ban
--	--	------------

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Isso é que eu não sei. Gosto destas pretas, parecem duas pretas (PIII).E esta (PI) são dois cãezinhos.

ESCOLHA – PIV e PVII porque não percebo nada. Os outros dão mais com a vida.

Obs: Teste de realidade constante. Hesitações e comentários

PROTOCOLO RORSCHACH: MARIA

PI 42" ^ Tenho que pensar o que está aqui, não é. 1 – Eu penso que isto é pássaros, um pássaro pequeno, dois maiores, mas não sei. 1' 45"	E pássaros. Um mais pequeno(D Central) e dois aqui (D laterais)	G F+ A ban
PII 50" ^ Isto aqui é mais complicado. 2 – Penso que são animais, será perus, são dois perus. 2' 38"	São dois perús. (Começa por contornar os vermelhos de cima)	G FC A ban
PIII 48" ^ 3 – São dois animais, acho que não sei dizer é o nome deles. Aqui é eles a cumprimentarem-se um ao outro. Ai isto tem um nome eu é que não sei o nome deles. 1',55"	São dois animais a cumprimentarem-se, não me lembro do nome. (Exclui o vermelho e o D central)	D K A
PIV 52" ^ 4 – Que grande que este é, parece-me um animal, mas é um animal muito grande. É só um? É, está mesmo aqui no meio, o focinho dele, é um animal grande pois é Era isso que eu queria saber, era o nome, é um animal mas não sei o nome. Sei que é um animal, mas não sei o nome, já soube com certeza, noutros tempos, talvez soubesse tudo. Às vezes vejo na televisão e pergunto ao meu filho como é que se chama e ele diz-me. Mas é muito grande... é o focinho dele, mesmo grande. Não sei o nome, estou muito esquecida de nomes. 4',10"	É um animal aqui (contorna) não sei é o nome. Aqui o focinho (D central)	G F± A
PV 29" ^ 5 – Isto aqui é as patas, são animais de praia, este é outro. Há animais muito grandes de praia. O que é , tinha que se saber os nomes. 2',27"	As patas (aponta para os Dd laterais)	G F± A
PVI ^ V Isto é assim ou assim. ^ Pois é... É engraçado eu gostava de lhe dizer o nome de todos. mas não sei.	Não sei o nome, estou esquecida dos nomes.	Recusa

PVII ^ Um.. (Agita-se) V ^ O nome não sei 28"	Não sei.	Eq. Choque
P VIII 25" ^ 6- Isto é tudo animais de praia, não é?. O nome não sei, não o nome não sei de nenhum. Dois animais de praia que aparecem nas praias., o nome não, o nome não sei de nenhum. 1',53"	São animais(contorna os Detalhes rosa)	D F± A
PIX 44" ^ Está mal comigo, porque eu não sei dizer o nome de nenhum. Vejo aqui muita coisa bonita, mas o quê não sei. 7- Deve ser animais, até penso que sejam peixes, isto (aponta para o cor-de-laranja) isto (aponta para o verde, depois isto (aponta para o rosa) e no fim isto tudo. Mas é bonito. Parece tudo peixes abertos ao meio. 3, 41"	Os peixes quando estão abertos ao meio (contorna, pela forma)	G F± A (Coment. Simetria)
PX 28" ^ 8 - Bem bonitos, pois são... Isto há muita qualidade de peixes nas praias 9- Uma raiz aberta (detalhe cinzento, coloca a mão como se a fosse dividir ao meio) 2', 45"	São peixes aqui, todos peixes, são bonitos (as cores)	G FC A D F± Planta (Coment. Simet.)

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Eu gostei de todos sabe. Gostei muito daquele (P IV) Eu gosto de todos. Este também é bonito (PIX)

ESCOLHA – Eu gostei de todos. São todos bonitos, são muito engraçados.

OBS: Demonstrou muito interesse nas pranchas. Muitos comentários subjectivos. Alguns objectivos. Dois comentários de simetria P IX e PX. Repetição do conteúdo animais do mar.

PROTOCOLO RORSCHACH: ZULMIRA

PI 11" ^ Aí não me diga que ... Não sei que lhe diga 1 – Parece um esqueleto de um... Olhe por um lado parece um... como se diz , um pássaro que anda de noite; um morcego. Parece o esqueleto de um morcego dadas as asas muito compridas, abertas. Coisa extraordinária. 2' 14	Pássaro, esta faixa aqui ao meio (eixo central) dado a coluna e a posição da cabeça e das asas. Um morcego, o corpo é muito reduzido em proporção às asas.	Coment. Simetria G F+ Ad ban
PII 2" ^ 2 – Parece dois animais já não digo a beijar-se mas a acarinharem-se e se não são dois cães ou dois gatos ou assim uma coisa parecida. A parte vermelha o que é que significa? Não sei dizer. 3 – Por outro lado parece duas aves. 4 - Será que eles estão a ferir-se mas não me parece. (Sorri) 2',26"	(pela forma) (Detalhes vermelhos, pela forma, não integra a cor como determinante) (Refere-se à primeira interpretação, quando inclui o vermelho emerge tema e agressividade)	D Kan A ban D F+ A G Kan A
PIII 18" ^ 5 – Parecem-me mais duas pessoas muito estilizadas mas são duas pessoas. 6 – Se não são duas pessoas serão duas aves, até porque têm o pescoço muito alto, mas não têm boca de gente, têm uma espécie de bico. Estou a dizer muitas asneiras? 2',33"	(Pela forma, não integra os vermelhos) Duas aves pelo desenho da cabeça. (exclui os vermelhos)	G K (H) ban D F+ A
PIV 9" ^ Aí meu Deus (Suspira) 7 – Isto também é uma estilização de um animal, mas de qual não sei. Sei que são animais que têm as patas muito grandes, muito salientes e que têm também umas orelhas também razoáveis. 1',10"	Animais, com as orelhas muito caídas.	G F± (A)
PV 4" ^ 8 – É um morcego, este aqui parece um morcego. Vai-se rir com as minhas asneiras. 59"	Faz lembrar uma ave. As asas, o focinho, as patas. Uma ave de rapina, não é um pássaro qualquer.	G F+ A ban.

PVI 45" V ^ É nesta posição? V (Abana a cabeça em gesto de negação) 9 - Isto é o esqueleto e um animal qualquer, parece de um bacalhau. 2', 11"	Pela posição, pela abertura (eixo central) Um bacalhau assim aqui.(exclui D inferior)	D F+ Ad ban
PVII 55" ^ V ^ V Que difícil este. Deixe-me ver. ^ 10 - Para mim é.. não sei se peixes se mamíferos, vêm dali, parecem-me peixes a convergirem para determinada posição. Mas, vêm de cima. São uns peixes a convergirem para determinada posição, para determinado lugar. 3', 49"	Vão para o meio e ao mesmo tempo não sei.	Coment. Simetria G Kan A
P VIII 25" ^ V ^ 11 - Dois mamíferos que pretendem agarrar ou esconder-se isso conforme numa planta, numa árvore; eles estão num bloco apoiados e pretendem subir para uma árvore. 2', 23"	Dois macaquinhos ou qualquer coisa, querem subir, não há dúvida, são dois bichos que querem subir uma árvore, porque é verde é uma árvore e os ramos. (exclui rosas e laranjas)	G Kan A ban
PIX 28" ^ V ^ É que as figuras não estão bem definidas. 12 - Parecem dois camarões envolvidos numa verdura perto de uma verdura. 1', 52"	Camarões(Detalhes laranja) a configuração do corpo, metidos numa espécie de um buraco.	G Fc A/planta
PX 17" ^ (Sorri) V 13 - Dá-me a impressão que isto é uma série de animais marinhos que pretendem agarrar-se a uma rocha, a uma coisa estável. 1', 38"	Parece um lago com uma série de animais diferentes. Pretendem agarrar-se a qualquer coisa e é para ali que convergem.	Coment. Simetria G Kan A/Frg

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

ESCOLHA + Não sei... PIII e PVIII Porque são mais sugestivos.

ESCOLHA – Não me pergunte porque já não sei. Vendo bem são todos interessantes. Eu como gostei de todos. À medida que a gente os vai vendo outra vez dá a impressão que está mais esclarecido. Talvez o que eu gostei menos fosse esse (P VII) Pouco sugestivo. Não correspondem os da direita e os da esquerda. Aqui tem.

OBS: Implicou-se no teste, demonstrou sentimento de agrado. Apontou em quase todas as pranchas o eixo central com a mão.

ANEXOS II

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Forma colectiva

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Sujeito 1 (Sr. Aukeno)

Edad: 74 Sexo: M Estado civil: casado

Profesión/Estudios:

Empresa/Centro de estudios:

Varon		Escala																Escala adicional													
T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	
120																															
115																															
110																															
105																															
100																															
95																															
90																															
85																															
80																															
75																															
70																															
65																															
60																															
55																															
50																															
45																															
40																															
35																															
30																															
25																															
20																															
15																															
10																															
5																															
0																															

F	3	4	5	6	7	8	9	0
30	15	12	6	6	6	6	6	6
29	15	12	6	6	6	6	6	6
28	14	11	6	6	6	6	6	6
27	14	11	5	5	5	5	5	5
26	13	10	5	5	5	5	5	5
25	13	10	5	5	5	5	5	5
24	12	10	5	5	5	5	5	5
23	12	9	5	5	5	5	5	5
22	11	9	4	4	4	4	4	4
21	11	8	4	4	4	4	4	4
20	10	8	4	4	4	4	4	4
19	10	8	4	4	4	4	4	4
18	9	7	4	4	4	4	4	4
17	9	7	3	3	3	3	3	3
16	8	6	3	3	3	3	3	3
15	8	6	3	3	3	3	3	3
14	7	6	3	3	3	3	3	3
13	7	5	3	3	3	3	3	3
12	6	5	2	2	2	2	2	2
11	6	4	2	2	2	2	2	2
10	5	4	2	2	2	2	2	2
9	5	4	2	2	2	2	2	2
8	4	3	2	2	2	2	2	2
7	4	3	1	1	1	1	1	1
6	3	2	1	1	1	1	1	1
5	3	2	1	1	1	1	1	1
4	2	2	1	1	1	1	1	1
3	2	2	1	1	1	1	1	1
2	1	1	0	0	0	0	0	0
1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

Mujer

Puntuaciones directas: 40 T = 106

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: _____ Corregido por: _____

Ch	R	Do	Dy	Es	Sl	Ma	Sc	Pt	Pa	Mt	Pd	Hy	D	HS	K	F	L	?	Fun	direc																													
50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				
45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1					
44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1						
43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1							
42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1								
41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1									
40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1										
39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1											
38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1												
37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1													
36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1														
35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1															
34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																
33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																	
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																		
31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																			
30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																				
29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																					
28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																						
27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																							
26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																								
25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																									
24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																										
23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																											
22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																												
21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																													
20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																														
19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																															
18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																
17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																	
16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																		
15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																			
14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																				
13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																					
12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																						
11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																							
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																								
9	8	7	6	5	4	3	2	1																																									
8	7	6	5	4	3	2	1																																										
7	6	5	4	3	2	1																																											
6	5	4	3	2	1																																												
5	4	3	2	1																																													
4	3	2	1																																														
3	2	1																																															
2	1																																																
1																																																	

Hoja de anotación y perfil

Edad: 86 Sexo: H Estado civil: Viudo

Empresa/Centro de estudios:

[illegible]

Puntuaciones directas

Añadir K

P. D. Corraida

Factor de conversão.

V F	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Puntaje directa	?	L	F	K	HS	Dx	HY	PD	MT	PA	PT	SC	Ma	SI	ES	DY	DO	R	Cn															
V F	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	V F	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
V F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	V F	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	V F	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	V F	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	V F	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
V F	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	V F	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
V F	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	V F	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
V F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	V F	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
V F	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	V F	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	V F	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Forma colectiva

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Superto 3 (Sr. Américo)

Edad: 85 Sexo: M Estado civil: Casado

Profesión/Estudios: Profesional

Empresa/Centro de estudios:

T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60
115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55
110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50
105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45
100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30
85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20
75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15
70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10
65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5
50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10
45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15
40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20
35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25
30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30
25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35
20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40
15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50
5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55
0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60

Puntuaciones directas: 38

Añadir K: 1 = 10

P. D. Corrección: 1 = 10

Fecha de examen: 11/11/2011

V	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Puntaje directa	?	L	F	K	HS	D	Hy	Pd	Mt	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Es	Dy	Do	R	Cn														
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
V F	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
V F	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
V F	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Exposito 4 (Sr yorac)
 Profesión/Estudios: República

Edad: 77 Sexo: M Estado civil: Casado

Empresa/Centro de estudios:

T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60
115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55
110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50
105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45
100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30
85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20
75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15
70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10
65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5
50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10
45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15
40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20
35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25
30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30
25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35
20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40
15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50
5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55
0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60

Varon

Mujer

Fracciones K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
30	15	12	6	3	0	-3	-6	-9	-12	-15
29	14	11	5	2	-1	-4	-7	-10	-13	-16
28	13	10	4	1	-2	-5	-8	-11	-14	-17
27	12	9	3	0	-3	-6	-9	-12	-15	-18
26	11	8	2	-1	-4	-7	-10	-13	-16	-19
25	10	7	1	-2	-5	-8	-11	-14	-17	-20
24	9	6	0	-3	-6	-9	-12	-15	-18	-21
23	8	5	-1	-4	-7	-10	-13	-16	-19	-22
22	7	4	-2	-5	-8	-11	-14	-17	-20	-23
21	6	3	-3	-6	-9	-12	-15	-18	-21	-24
20	5	2	-4	-7	-10	-13	-16	-19	-22	-25
19	4	1	-5	-8	-11	-14	-17	-20	-23	-26
18	3	0	-6	-9	-12	-15	-18	-21	-24	-27
17	2	-1	-7	-10	-13	-16	-19	-22	-25	-28
16	1	-2	-8	-11	-14	-17	-20	-23	-26	-29
15	0	-3	-9	-12	-15	-18	-21	-24	-27	-30
14	-1	-4	-10	-13	-16	-19	-22	-25	-28	-31
13	-2	-5	-11	-14	-17	-20	-23	-26	-29	-32
12	-3	-6	-12	-15	-18	-21	-24	-27	-30	-33
11	-4	-7	-13	-16	-19	-22	-25	-28	-31	-34
10	-5	-8	-14	-17	-20	-23	-26	-29	-32	-35
9	-6	-9	-15	-18	-21	-24	-27	-30	-33	-36
8	-7	-10	-16	-19	-22	-25	-28	-31	-34	-37
7	-8	-11	-17	-20	-23	-26	-29	-32	-35	-38
6	-9	-12	-18	-21	-24	-27	-30	-33	-36	-39
5	-10	-13	-19	-22	-25	-28	-31	-34	-37	-40
4	-11	-14	-20	-23	-26	-29	-32	-35	-38	-41
3	-12	-15	-21	-24	-27	-30	-33	-36	-39	-42
2	-13	-16	-22	-25	-28	-31	-34	-37	-40	-43
1	-14	-17	-23	-26	-29	-32	-35	-38	-41	-44
0	-15	-18	-24	-27	-30	-33	-36	-39	-42	-45

Puntuaciones directas

Añadir K

P. D. Corrección

Puntuaciones directas

Añadir K

P. D. Corrección

Fecha de examen: _____ Corregido por: _____

551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Funtua	direc	?	L	F	K	HS	D	HY	PD	MT	PA	PT	SC	MA	SI	ES	DY	DO	R	CN															
V F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	V F	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	V F	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	V F	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	V F	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
V F	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	V F	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
V F	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	V F	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
V F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	V F	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
V F	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	V F	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	V F	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Hoja de anotación y perfil

Edad: 75 Sexo: F Estado civil: Soltero

Empresa/Centro de estudios:

[illegible]

tuaciones — FORMA DE RESPUESTA RESPUESTA CORRECTA RESPUESTA INCORRECTA

Puntuaciones directas

Fecha de examen: Corregido por:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	
551																																																		

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

Forma colectiva

Apellidos y nombre: Sujeto 6 (Sra Rosa)

Sexo: F Estado civil: solteira

Profesión/Estudios:

Edad:

Empresa/Centro de estudios:

T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120																
115																
110																
105																
100																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
0																

Varon

Fracciones K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
30	15	12	6							
29	15	12	6							
28	14	11	6							
27	14	11	5							
26	13	10	5							
25	13	10	5							
24	12	10	5							
23	12	9	5							
22	11	9	4							
21	11	8	4							
20	10	8	4							
19	10	8	4							
18	9	7	4							
17	9	7	3							
16	8	6	3							
15	8	6	3							
14	7	6	3							
13	7	5	3							
12	6	5	2							
11	6	4	2							
10	5	4	2							
9	5	4	2							
8	4	3	2							
7	4	3	1							
6	3	2	1							
5	3	2	1							
4	2	2	1							
3	2	2	1							
2	1	1	0							
1	1	1	0							
0	0	0	0							

T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120																
115																
110																
105																
100																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
0																

Mujer

Puntuaciones directas: 24 259

Añadir K:

P. D. Corregida:

Fecha de examen: Corregido por:

V	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Puntuc direct	?	L	F	K	HS	D.Z	Hy	Pd	Mt	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Es	Dy	Do	R	Cn														
V F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
V F	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
V F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
V F	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
V F	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
V F	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
V F	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Sujeto 7 (Sra Alvarado) Edad: 82 Sexo: F Estado civil: Viuda

Profesión/Estudios:

Empresa/Centro de estudios:

T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30
105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20
95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15
90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10
85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5
70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10
65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15
60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20
55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25
50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30
45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35
40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40
35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50
25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55
20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60
15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65
10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70
5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75
0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80
-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85
-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90
-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95
-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100	-105
-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100	-105	-110
-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100	-105	-110	-115
-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100	-105	-110	-115	-120

Fracciones K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	15	12	10	8	6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	12	10	8	6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	10	8	6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	8	6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Puntuaciones directas

Añadir K
P. D. Corrección

Puntuaciones directas

Añadir K
P. D. Corrección

T=58

44

Fecha de examen: Corregido por:

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Forma colectiva

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Sujeito 8 (Sra Maris)

Edad: 30 Sexo: F Estado civil: V. U. V.

Profesión/Estudios:

Empresa/Centro de estudios:

T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120																
115																
110																
105																
100																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
0																

Varon

Fracciones K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

T	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	Escalas adicionales
120																
115																
110																
105																
100																
95																
90																
85																
80																
75																
70																
65																
60																
55																
50																
45																
40																
35																
30																
25																
20																
0																

Mujer

Puntuaciones directas: 12 1=94

Añadir K:

P. D. Corregida:

Fecha de examen: Corregido por:

551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Puntua	direc	?	L	F	K	HS	D	HY	PD	MT	PA	PT	SC	MA	SI	ES	DY	DO	R	CN															
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	V F	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
V F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	V F	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	V F	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	V F	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	V F	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
V F	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	V F	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

Apellidos y nombre: Supelbo S (Sra Zulmira)
Profesión/Estudios: Repositora

Edad: 88 Sexo: F Estado civil: Viúda

Empresa/Centro de estudios:

Varon										Mujer														
T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T	
	Hy	Pa	Sc	Ma	Si	So	Ca	Fa	Fr	Co			Hy	Pa	Sc	Ma	Si	So	Ca	Fa	Fr	Co		
120												120												120
115												115												115
110												110												110
105												105												105
100												100												100
95												95												95
90												90												90
85												85												85
80												80												80
75												75												75
70												70												70
65												65												65
60												60												60
55												55												55
50												50												50
45												45												45
40												40												40
35												35												35
30												30												30
25												25												25
20												20												20
0												0												0

Fractions K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
30	15	12	6							
25	12	6								
20	10	6								
15	8	6								
10	6	3								
5	3	2								
0	0	0								

34 T=78

Puntuaciones directas	_____	Anadir K	_____
P. D. Corregida	_____	P. D. Corregida	_____

Fecha de examen: _____ Corregido por: _____

V	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	Puntua directa	?	L	F	K	HS	D	HY	PD	MT	PA	PL	SC	MA	SI	ES	DY	DO	R	Cn															
V F	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	V F	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
V F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	V F	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
V F	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	V F	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
V F	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	V F	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
V F	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	V F	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
V F	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	V F	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
V F	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	V F	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
V F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	V F	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
V F	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	V F	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
V F	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	V F	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
V F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	V F	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

ANEXOS III

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 1 (Sr. Antero)

Idade: 74

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
1	Sinto-me triste.
(2)	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
(3)	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

0	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
(3)	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
1	Não desfruto tanto das coisas como antes.
②	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

①	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

0	Não acredito que esteja a ser castigado.
①	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

0	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
②	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

①	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

0	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
①	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
③	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
③	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

①	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
③	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
②	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
1	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
③	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

①	Durmo tão bem como antes.
1	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
1	Canso-me mais do que antes.
②	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
③	Perdi completamente o apetite.

19.

①	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
②	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
③	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 2 (Sr. Alves)

Idade: 86

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
①	Sinto-me triste.
2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

①	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
3	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

①	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
1	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

0	Não me sinto especialmente culpado.
①	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

①	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

①	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

0	Não me considero pior do que os outros.
①	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

0	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

0	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

①	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
2	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

①	Trabalho da mesma forma que antes.
1	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
①	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
①	Canso-me mais do que antes.
2	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

①	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

①	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
①	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
①	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 3 (Sr. Américo)

Idade: 85

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
1	Sinto-me triste.
②	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
③	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
1	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

0	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

0	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

0	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

0	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

0	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

0	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
2	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
(3)	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
(1)	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
(1)	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
(1)	Canso-me mais do que antes.
2	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
(2)	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

0	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
(3)	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
(2)	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
(2)	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 4 (Sr. João)

Idade: 77

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
①	Sinto-me triste.
2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
③	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
①	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

①	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

①	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

①	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

①	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

①	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
③	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
①	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

①	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

①	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
②	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

①	Trabalho da mesma forma que antes.
①	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
①	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
①	Canso-me mais do que antes.
2	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

0	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 5 (Sra. Ana)

Idade: 75

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

①	Não me sinto triste.
1	Sinto-me triste.
2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

①	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
3	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
①	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

①	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

①	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

①	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

①	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

①	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
①	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

①	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

①	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
②	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
②	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
①	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

①	Durmo tão bem como antes.
1	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
1	Canso-me mais do que antes.
②	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
①	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

①	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
①	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
③	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 6 (Sra Rosa)

Idade: _____

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também
Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
1	Sinto-me triste.
☒ 2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
☒ 1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
3	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

☒ 0	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
①	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

①	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

①	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

①	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

0	Não me considero pior do que os outros.
①	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

①	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
①	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
①	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

①	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

①	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
(2)	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

(0)	Trabalho da mesma forma que antes.
1	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

(0)	Durmo tão bem como antes.
1	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
(1)	Canso-me mais do que antes.
2	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

0	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 7 (Sra. Almerinda)

Idade: 72

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
①	Sinto-me triste.
2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
①	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
3	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
①	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

①	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

①	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

0	Não estou descontente comigo mesmo.
①	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

①	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

①	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
①	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
①	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

①	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
②	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
②	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
1	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
③	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
1	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
③	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
1	Canso-me mais do que antes.
②	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
②	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

①	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
①	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
③	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sujeito 8 (Sra. Maria)

Idade: 90

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
①	Sinto-me triste.
2	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
①	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
3	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
1	Não desfruto tanto das coisas como antes.
②	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

0	Não me sinto especialmente culpado.
①	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

0	Não acredito que esteja a ser castigado.
①	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

①	Não estou descontente comigo mesmo.
1	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

①	Não me considero pior do que os outros.
1	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

0	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrita em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

0	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

①	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
2	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
①	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
①	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
1	Canso-me mais do que antes.
②	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

0	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: Sra Zulmira (Sujeito 9)

Idade: 88 anos

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor leia com atenção cada um deles. É-lhe pedido que assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor os seus sentimentos durante a última semana incluindo o dia de hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra à esquerda da frase que elegeu. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que se aplica ao seu caso assinale-a também. Leia todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0	Não me sinto triste.
1	Sinto-me triste.
②	Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de o estar.
3	Sinto-me tão triste e tão desgraçado(a) que não consigo suportar.

2.

0	Não me sinto especialmente desanimado(a) em relação ao futuro.
1	Sinto-me desanimado(a) em relação ao futuro.
2	Sinto que não há nada pelo que lutar.
③	Não tenho esperança no futuro e as coisas não melhoram.

3.

①	Não me sinto um fracassado.
1	Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
2	Quando olho para trás a única coisa que vejo é um fracasso atrás de outro.
3	Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0	As coisas satisfazem-me tanto como antes.
(1)	Não desfruto tanto das coisas como antes.
2	Já não tiro nenhuma satisfação das coisas.
3	Estou insatisfeito e aborrecido em relação a tudo.

5.

(0)	Não me sinto especialmente culpado.
1	Sinto-me culpado em bastantes ocasiões.
2	Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
3	Sinto-me constantemente culpado.

6.

(0)	Não acredito que esteja a ser castigado.
1	Sinto que quem sabe estarei a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Sinto que estou a ser castigado.

7.

0	Não estou descontente comigo mesmo.
(1)	Estou descontente comigo mesmo.
2	Estou desgostoso comigo mesmo.
3	Detesto-me.

8.

0	Não me considero pior do que os outros.
(1)	Autocritico-me pelos meus erros e dificuldades.
2	Culpo-me continuamente pelas minhas falhas.
3	Culpo-me por todo o mal que acontece.

9.

0	Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1	Às vezes penso em suicidar-me mas não o farei.
2	Desejo por fim à minha vida.
3	Suicidaria-me se tivesse oportunidade.

10.

0	Não choro mais do que o normal.
1	Agora choro mais do que antes.
2	Choro continuamente.
3	Não consigo deixar de chorar mesmo que queira.

11.

0	Não estou especialmente irritado.
1	Melindro-me e irrito-me mais facilmente do que antes.
2	Sinto-me continuamente irritado.
3	Agora não me irrito em absoluto coisa que antes me molestava.

12.

0	Não perdi o interesse pelos outros.
1	Estou menos interessado nos outros que antes.
2	Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3	Perdi todo o interesse pelos outros.

13.

0	Tomo as minhas próprias decisões tal como antes.
1	Evito mais tomar decisões do que antes.
2	Agora é muito mais difícil tomar decisões do que antes.
3	É-me impossível tomar decisões.

14.

0	Penso não ter pior aspecto do que antes.
1	Estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
(2)	Noto mudanças constantes no meu aspecto físico que me fazem parecer pouco atraente.
3	Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

0	Trabalho da mesma forma que antes.
(1)	Tenho maior dificuldade para começar a fazer alguma coisa do que tinha antes.
2	Tenho que obrigar-me a mim mesmo para fazer alguma coisa.
3	Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa.

16.

0	Durmo tão bem como antes.
(1)	Não durmo tão bem como antes.
2	Acordo 1 a 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3	Acordo várias horas antes do habitual e já não consigo voltar a adormecer.

17.

0	Não me sinto mais cansado do que o normal.
(1)	Canso-me mais do que antes.
2	Canso-me com qualquer coisa.
3	Estou demasiado cansado para fazer o que quer que seja.

18.

0	O meu apetite não diminuiu.
1	O meu apetite não é tão bom como antes.
2	Agora tenho muito menos apetite.
3	Perdi completamente o apetite.

19.

0	Não perdi peso ultimamente.
1	Perdi mais de 2 Kgs.
2	Perdi mais de 4 Kgs.
3	Perdi mais de 7 Kgs.

20.

0	Não estou preocupado com a minha saúde.
1	Preocupam-me os problemas físicos, como as dores, o mal estar de estômago e a tosse.
2	Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar noutra coisa.
3	Estou tão preocupado com as doenças que sou incapaz de pensar noutras coisas.

21.

0	Não observei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
1	A relação sexual atrai-me menos do que antes.
2	Estou muito menos interessado(a) no sexo do que antes.
3	Perdi totalmente o interesse sexual.