

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra

## Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia

Considerações Psicodinâmicas

Reg. 12613  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada.  
BIBLIOTECA

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento**

Sandra Paula Santos de Oliveira  
1999

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CLÍNICA DO DESENVOLVIMENTO APRESENTADA  
À FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS  
DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

REALIZADA SOB A ORIENTAÇÃO DO EXM<sup>o</sup> SR.  
PROFESSOR DOUTOR CARLOS AMARAL DIAS

COM O APOIO DA FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA  
E A TECNOLOGIA/ PROGRAMA PRAXIS XXI

## Agradecimentos

A elaboração e concretização final deste trabalho não decorreu isenta de dificuldades, ansiedade e alguns desânimos. Por tal, ele não se teria tornado possível sem o especial apoio, contributo e estímulo de algumas pessoas que, de forma particular, nos ajudaram a ultrapassar e a transformar esses obstáculos.

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias pela confiança, incentivo, orientação e fundamentais ensinamentos.

Ao Dr. José Dória por todo o apoio e disponibilidade proporcionados. A toda a equipa técnica e restante pessoal da Comunidade Terapêutica – Quinta da Tapada (Dorial Saúde Mental Lda.), pela disponibilidade e oportunidades de trabalho oferecidas.

À Dra. Honória Matos pela disponibilidade.

Ao Professor Sidney Blatt pela simpatia e preciosos esclarecimentos e informações.

Ao Dr. Loureiro do Instituto Superior Miguel Torga pela ajuda preciosa nos instrumentos de trabalho.

Aos professores e funcionários do Núcleo de Seguimento Infantil e Acção familiar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra por todos os conhecimentos proporcionados ao longo do nosso processo de formação como Psicóloga Clínica.

Ao Dr. António Régio Mendonça pelo especial espaço de contenção e transformação que nos ajudou a tornar possível a condução e concretização deste trabalho.

À Carla Gonçalves pela especial amizade que sempre nos oferece.

Aos meus pais por toda a dedicação e amor.

Ao Rui por todo o amor, dedicação, compreensão, paciência e confiança.

Aos amigos, familiares e colegas,  
Muito Obrigado.

# Índice

Introdução .....	8
------------------	---

## Parte I

<b>Capítulo 1: Abordagem Histórica da Psicopatologia</b>	
- O Conceito de Psicose .....	13
<b>Capítulo 2: Perturbação Psicótica: Apontamentos Históricos</b> .....	21
Etiologia .....	26
<b>Capítulo 3: Sêmiologia Clínica das Perturbações Psicóticas</b> .....	32
1. Psicose do tipo Esquizofrénico .....	32
2. Perturbação Esquizofreniforme .....	42
3. Perturbação Esquizoaffectiva .....	43
4. Perturbação Delirante .....	45
5. Perturbação Psicótica Breve .....	49
6. Perturbação Psicótica Induzida .....	50
7. Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral .....	51
8. Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias .....	53
9. Perturbação Psicótica Não Especificada .....	55
<b>Capítulo 4: Perspectiva Psicodinâmica da Psicose</b> .....	56

## Parte II

<b>Capítulo 5: O Conceito de “Cronicidade” – delimitação</b> .....	80
<b>Capítulo 6: A Evolução da Atenção Comunitária ao Doente Mental Crónico</b> .	84

1. Os processos de reforma psiquiátrica e o desenvolvimento da atenção comunitária á doença mental crónica .....	84
2. O processo de reabilitação psicossocial do doente mental crónico .....	91
<b>Capítulo 7: Intervenção em Saúde Mental na Comunidade Terapêutica –</b>	
<b>Perspectiva Psicodinâmica .....</b>	<b>100</b>
1. Considerações .....	100
2. A intervenção em Comunidade Terapêutica .....	106
- Alguns aspectos relativos ao funcionamento de uma Comunidade Terapêutica de abordagem psicanalítica .....	109
- Alguns aspectos relativos ao funcionamento e integração do paciente psicótico numa Comunidade Terapêutica .....	117
 <b>Parte III</b> <b>Contributo Pessoal</b>	
<b>Capítulo 8: Conceptualização do problema .....</b>	<b>125</b>
<b>Capítulo 9: Considerações Metodológicas Gerais .....</b>	<b>128</b>
<b>Capítulo 10: Contexto Clínico do Estudo .....</b>	<b>133</b>
1. Caracterização sumária da população internada na Comunidade Terapêutica “Quinta da Tapada” .....	135
<b>Capítulo 11: Desenho da Investigação .....</b>	<b>137</b>
1. Instrumentos utilizados .....	138
1.1. Protocolo de entrevista .....	138
1.2. “The Menninger Rating Scales for Interpersonal Relations” .....	138
1.2.1. Descrição das escalas .....	139
1.2.2. Aplicação das escalas .....	142

## Capítulo 12: Resultados

1. Caso Clínico – Entrevistas mensais com o paciente .....	144
2. Entrevistas com o Psicólogo Director da Comunidade Terapêutica “Quinta da Tapada” .....	163
3. Entrevista com a Médica Psiquiatra .....	169
4. Apresentação esquemática dos itens constantes do protocolo de entrevista .....	171
- Síntese comparativa dos itens do protocolo .....	180
5. Apresentação gráfica dos resultados obtidos através das “Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations” .....	184
- Síntese comparativa dos resultados .....	186
Análise Evolutiva do caso clínico .....	189
Estabelecimento do diagnóstico Clínico	
Considerações Finais .....	206
Bibliografia .....	210
Anexos	
Anexo I .....	224
Anexo II .....	233

## **Introdução**

Há cerca de meio século atrás, a psicose foi definida como uma perturbação da relação do indivíduo com a realidade, cuja característica mais manifesta é o delírio (Olié, 1993). Não deixando de ser verdade trata-se naturalmente de uma visão demasiado simplista e quase linear. As formas através das quais a psicose se expressa são múltiplas e sinuosas, complexificando assim a sua compreensão ou tentativas de definição claras ou objectivas.

Tal facto reflecte-se inequivocamente nas também variadas formas como se pretende intervir e tratar este tipo de perturbação. Na medida em que os estados psicóticos implicam indubitavelmente o sofrimento, a alienação, o sentido de estranheza individuais e sociais das pessoas que por eles são atingidos (referindo-nos não só ao indivíduo doente, mas também às pessoas que com ele lidam), desde cedo na história médica e social se consideraram necessárias a implementação de medidas de tratamento mais ou menos específicas, que não deixaram de sofrer transformações profundas ao longo dos tempos.

Novas estruturas de acolhimento, de cuidados, de intervenção e de tratamento têm sido criadas e melhoradas proporcionando uma nova perspectiva e um novo pensar sobre o sujeito doente mental.

Concomitantemente, diversos têm sido os estudos de investigação realizados nesta área que ora nos possibilitam uma compreensão e entendimento da patologia mais ricos e abrangentes, como nos oferecem um espaço sempre necessário de reflexão acerca do impacto e efeitos dos métodos de intervenção e tratamento aplicados neste tipo de pacientes.

O presente trabalho tenta, de algum modo, conciliar ambos estes aspectos, muito embora com a plena consciência de que o faz com um incontornável esforço de síntese e de um modo algo introdutório, pela complexidade inerente a toda esta problemática.

Esta dissertação encontra-se então estruturada em torno de dois eixos teóricos principais (Partes I e II), o primeiro dos quais centrado na abordagem e revisão teóricas da perturbação psicótica, e o segundo dedicado à temática da intervenção na doença mental, nomeadamente no que respeita às áreas da reabilitação psicossocial e intervenção em Comunidade Terapêutica.

Descrevendo mais especificamente cada uma destas partes teóricas, abre-se o capítulo 1 com uma revisão histórica geral da psicopatologia que se perspectiva desde as culturas greco-romanas e da idade média até aos finais do século XIX, inícios do século XX, época em que, pela primeira vez, é delineado e caracterizado o conceito médico de psicose.

O capítulo 2 apresenta-se na sequência do anterior, todavia sob uma forma mais específica centrando-se no percurso histórico da investigação e compreensibilidade das manifestações psicóticas, com ênfase particular na psicose esquizofrénica. Na continuidade das referências à forma como a psicose veio sendo estudada dá-se lugar a uma breve resenha descritiva dos aspectos etiológicos desta patologia.

O capítulo 3, de cariz francamente expositivo, reserva-se à delimitação e caracterização clínica das perturbações classificadas como de natureza psicótica. A estruturação e organização deste capítulo é feita, na sua grande parte, com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – quarta edição.

Num contexto mais compreensivo do que descritivo, no capítulo 4 perspectiva-se a patologia psicótica segundo uma orientação psicodinâmica, ao longo do qual são evidenciados e explicitados alguns dos principais mecanismos psicológicos intrínsecos à personalidade psicótica, bem como os autores que mais se destacaram no desenvolvimento da compreensão dinâmica desta doença.

A Parte II deste trabalho segue com o capítulo quinto, o qual procura esclarecer o conceito de cronicidade que, sem dúvida, nos surge frequentemente associado aos conceitos sociais de loucura. Assim sendo, uma vez que se trata de um conceito profundamente impregnado de condicionantes sociais, às quais não são naturalmente alheias a evolução do próprio pensamento psiquiátrico, resulta obviamente necessária a delimitação de factores e características que permitam alcançar uma compreensão e definição mais claras do termo cronicidade, bem como das situações em que deve ser aplicado.

O capítulo 6 traça a evolução da atenção comunitária à população de sujeitos doentes mentais, subdividindo-se em dois eixos: o primeiro naquilo que respeita aos processos de reforma psiquiátrica como contexto preciso e relevante para o desenvolvimento do campo de reabilitação psicossocial do doente mental; e finalmente o segundo que se centra explicitamente na caracterização e definição do próprio processo de reabilitação psicossocial. Neste âmbito, procura-se salientar este processo como um elemento fundamental ao propósito da facilitação e reintegração da pessoa doente mental na comunidade. Caplan, surge-nos como um dos autores pioneiros na elaboração, desenvolvimento e implementação de programas e serviços comunitários desta natureza.

Seguindo a linha de pensamento deste autor, são delineados alguns dos principais pressupostos a ter em conta na concretização destes processos.

Por fim, “encerrando” o corpo teórico deste trabalho vem o sétimo capítulo que seguindo claramente uma orientação psicodinâmica, esboça considerações relacionadas com a intervenção em doentes mentais sob o modelo de Comunidade Terapêutica. Neste contexto, são assinaladas algumas das concepções que progressivamente conduziram ao desenvolvimento deste modelo de tratamento e intervenção, nas quais se realçam os contributos da teoria das relações objectais e das técnicas de psicoterapia de grupo psicanalíticas.

Seguidamente, são desenvolvidas referências sobre a Comunidade Terapêutica como instituição caracterizada por um todo organizado e integrado de recursos, cuja estrutura se pretende articulada com a natureza da doença mental. Ainda dentro deste capítulo, tenta-se proporcionar ao leitor uma compreensão psicodinâmica do funcionamento propriamente dito de uma Comunidade Terapêutica de abordagem psicanalítica. São igualmente elaboradas considerações que se prendem com aspectos relativos à forma como o paciente psicótico vive, se relaciona e se integra numa instituição deste género.

O contributo pessoal apresentado na Parte III da presente dissertação centra-se no estudo e análise do percurso evolutivo de um paciente com patologia psicótica, integrado numa Comunidade Terapêutica especialmente vocacionada para o tratamento deste tipo de população. Mais especificamente, pretende-se analisar psicodinamicamente a evolução de alguns dos mecanismos psicológicos inerentes ao funcionamento da personalidade psicótica.

No contexto do objectivo a que nos propomos, são descritos no capítulo 9 todo um conjunto de passos metodológicos gerais no que respeita aos procedimentos prévios ao desenho do estudo de investigação propriamente dito.

O capítulo décimo compreende a descrição do contexto clínico onde o estudo foi concretizado (Comunidade Terapêutica Quinta da Tapada – Luso), bem como uma caracterização sumária da população dos doentes integrados nesta instituição.

Procede-se de seguida à apresentação do desenho da investigação tal como foi realizada, onde incluímos a descrição dos instrumentos de avaliação utilizados.

No capítulo 12 são então expostos os resultados deste estudo que compreendem a transcrição de toda a série de entrevistas efectuadas com o paciente, e com os restantes elementos da equipa terapêutica envolvidos nesta investigação. Faz-se igualmente a exposição esquemática e gráfica dos resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação.

O estabelecimento do diagnóstico e a análise evolutiva do caso clínico, que é elaborada em termos psicodinâmicos, são apresentados na parte final deste capítulo.

Por último, são tecidas as considerações finais que embora não assumindo um carácter conclusivo pretendem realçar alguns dos principais aspectos a reter deste nosso trabalho.

## Parte I

### Capítulo 1 - Abordagem histórica da psicopatologia

#### O conceito de psicose

O estudo do comportamento humano revela-se tão antigo quanto a própria história, no entanto, apenas nos últimos 200 anos os distúrbios mentais, seu estudo e compreensão, puderam ser considerados como parte integrante da medicina, e em particular, da psiquiatria. O caminho percorrido até então, foi longo, por vezes adverso, mas sem dúvida rico.

Desde há milhares de anos que médicos e filósofos têm sido profundamente atraídos pelas manifestações, aparentemente inexplicáveis, da loucura. Na cultura greco-romana era predominante a crença de que por trás dos distúrbios mentais se encontravam forças e razões de natureza sobrenatural. Era opinião comum supôr que as pessoas “angustiadas” estivessem possuídas por espíritos malignos, e como tal, não era possível delinearem-se disposições seguras para a intervenção e tratamento dos indivíduos doentes mentais.

Opondo-se a esta visão predominante, Hipócrates (460-355 Ac), elaborou pela primeira vez nos seus escritos o conceito médico de loucura. A sua conceptualização centrava-se num movimento interactivo, do que ele designou, os quatro humores corporais - sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma, e que resultavam da combinação de quatro qualidades básicas da natureza - calor, frio, humidade e aridez. Segundo

Hipócrates, as pessoas poderiam então ser classificadas de acordo com os quatro temperamentos correspondentes - sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático - que seguramente indicariam a orientação emocional predominante do indivíduo.

Assim, o “bom” funcionamento da personalidade dependia directamente da interacção perfeita e óptima das forças internas e externas; por outro lado, esse funcionamento poder-se-ia vêr comprometido caso essas forças entrassem em conflito, levando à existência de humores corporais excessivos e consequentemente a um “mau” funcionamento da personalidade.

Platão, um pouco mais tarde (428-348 Ac), considerou como principal causa das aberrações mentais a persistência de uma desarmonia entre o corpo e a alma, passando a descrever quatro tipos possíveis de loucura: a loucura profética, a loucura poética, a erótica e finalmente a loucura teléstica ou ritual. É também com Platão que se passou a conhecer o conceito de saúde mental que se baseava, ao contrário do que se sucederia na loucura, numa harmonia entre corpo e mente, sendo aqui possível perceber-se uma intenção clara do estabelecimento de uma distinção entre soma e psique. Nesta sequência, os sonhos começaram a ser considerados como essenciais na libertação das forças externas adversas, proporcionando às pessoas uma libertação dos obstáculos colocados pelos próprios corpos (Kaplan, 1981), e consequentemente o alcance do equilíbrio mente - corpo.

Entre os romanos (sec I), apesar de o conceito popular de loucura permanecer dominado por crenças supersticiosas, cujas maiores consequências implicavam a negligência, rejeição e perseguição contínuas dos indivíduos doentes mentais, revelaram-

se importantes contribuições para a abordagem deste conceito. Celso, autor da obra clássica “De Res Medica” constituída por 8 volumes, dedica a este fenómeno um estudo cuidado e detalhado no qual não se poderá deixar de destacar a importância colocada no relacionamento individual médico - paciente. Muitos outros autores romanos mereceriam igualmente um destaque especial no que toca às suas contribuições, mas é sem dúvida nos aspectos legais da doença mental onde se fixou, nesta época, o mais importante contributo para a ciência médica psiquiátrica. Foi então elaborado um documento legal onde são inauguradas leis passíveis de definir a capacidade e/ou incapacidade do doente mental em realizar e responsabilizar-se por actos oficiais como o casamento, o divórcio, elaboração de testamentos e prestação de testemunhos.

Mais tarde, ainda durante a cultura romana (483 - 565) foram criadas pela primeira vez estruturas institucionais destinadas ao acolhimento de pobres e indivíduos enfermos mentais.

Já na Idade Média, foi elaborado o conceito da doutrina dos temperamentos, contributo inegavelmente relevante para a psicopatologia.

A sua principal ênfase residia no termo melancolia que passou a ser frequentemente utilizado nas descrições de diversos tipos de perturbações mentais, muitas das quais seriam hoje seguramente consideradas de natureza esquizofrénica. O médico Constantino o Africano (1020 - 1087), fundador da escola médica de Salerno, foi o primeiro autor que se dedicou a uma descrição mais atenta dos sintomas que caracterizavam a melancolia, sendo eles a tristeza (pela perda do objecto amado), o alheamento, o medo (do desconhecido), as ilusões relacionadas com pais e irmãos e finalmente a culpa e

temor intensos nas pessoas religiosas. Hipóteses relativas à elaboração de prognósticos, mais ou menos favoráveis consoante as condições envolvidas, foram também adiantados por este autor.

Saliente-se ainda, nesta época, dois excepcionais pensadores como Alberto o Grande (1193 - 1280) e Tomás de Aquino (1125 - 1274) que a partir de estudos e observações feitas em diversos tipos de pacientes doentes mentais, elaboraram uma descrição de vários sintomas psicóticos com principal destaque para as alucinações (Cordeiro, 1982). Ambos os autores acreditavam que as causas e tratamentos possíveis para a doença mental dependiam fortemente do poder maléfico dos demónios e de influências astrológicas sobre a psique. Como tal, tornou-se um feito comum durante a Idade Média a prática do exorcismo sobre as pessoas supostamente possuídas por entidades “perigosas”.

Tais crenças não conheceram modificações notáveis durante o séc. XV, período da Renascença, a não ser em termos de medidas de intervenção preferencialmente adoptadas que, no entanto, reforçaram ainda mais a aplicação de métodos como a perseguição, exclusão e até extermínio dos doentes mentais. As crenças supersticiosas fixavam-se essencialmente nos dogmas da bruxaria e feitiçaria, aos quais os enfermos mentais eram directamente associados. Nesta sequência, foram elaborados e largamente difundidos vários tratados sobre esta matéria.

Contudo, não deixaram de se revelar médicos que se opuseram firmemente a estas crenças e ideologias. Entre estes, saliente-se Johan Weyer (1515 - 1588) que desfrutando de uma larga experiência clínica descreveu um conjunto de entidades diagnósticas e seus

sintomas associados incluindo as psicoses senis, psicoses tóxicas, histeria, paranóia, *folie à deux* e depressão. A sua grande e extraordinária contribuição centrou-se, porém, no domínio da intervenção e tratamento deste tipo de pacientes, tendo reconhecido a real importância da relação terapêutica médico - doente, que segundo este autor deveria ser estabelecida após exame e observação psiquiátricos cuidadosos.

A dependência e predominância pouco racionais das crenças nos deuses, espíritos malignos e feitiçarias só durante o séc. XVII começaram a encontrar-se enfraquecidas e tidas como pouco credíveis. Este século representou, sem dúvida, um período de transição das práticas e ideologias supersticiosas para uma crescente integração e especificação de critérios metodológicos e científicos. De especial relevância, refira-se a obra de Robert Burton “Anatomia da melancolia” de 1621, na qual deu particular ênfase ao papel dos factores emocionais como agentes potencialmente causadores das doenças mentais. Entre as possíveis causas psicológicas e sociais da insanidade encontram-se referenciados factores como o ciúme, a solidão, o medo, o amor não retribuído, a pobreza, a religiosidade excessiva. Começou assim a demarcar-se cada vez mais um conceito de doença mental mais funcional, compreensivo e sobretudo mais humano.

Daqui em diante, a par do desenvolvimento da compreensão do ser humano e suas perturbações psicopatológicas, bem como das disciplinas que lhe foram dedicando os seus estudos e escritos, eis que durante o decorrer de séc. XIX é criado pela primeira vez o termo “psicose”. O aparecimento deste conceito veio contribuir de forma inequívoca para uma concepção de doença mental mais clarificada, que passou a constituir-se como

seguramente distinta das ditas doenças do cérebro ou dos “nervos”, das doenças do corpo, e particularmente do que a tradição filosófica milenária denominava como “doenças da alma” (Laplanche, 1967).

O termo “psicose” surgiu então largamente difundido por toda a literatura psiquiátrica sob a forma de um conceito geral que pretendia designar a doença mental num sentido amplo, sem no entanto, se encontrar ainda implicada uma teoria psicogenética da loucura.

Só mais tarde, em finais do século XIX é que foi possível assistir-se a uma verdadeira evolução do conceito que se fundamentou particularmente na separação e diferenciação do par de termos - neurose e psicose. O desenvolvimento e percurso destas duas entidades opostas foram sendo concretizados sob planos francamente distintos, onde psicose passa a designar “... as afecções da competência do alienista e que se traduzem por uma sintomatologia essencialmente psíquica...” (Laplanche, 1967, p. 334).

Abordar o aparecimento e desenvolvimento do conceito psicose, ainda que de uma forma geral, sem prestarmos a merecida atenção a um dos autores que contribuiu de forma marcante para a conceptualização e investigação da psicopatologia resultaria certamente pobre em informação. Falamos obviamente de Sigmund Freud, autor que ao introduzir a noção de inconsciente inaugura novas pesquisas sobre o pensamento e a psicopatologia. Descoberto que foi este novo “território” do inconsciente, Freud veio contrapor-se à tradição filosófica que desde Platão analisava o homem como um animal puramente racional, na medida em que apesar de lhe ser reconhecido um fundo de “animalidade”, de paixões obscuras, este fundo seria sempre controlado pela razão e pela

vontade do homem. Na linha desta concepção, a existência de um pensamento ou de uma vontade de natureza inconsciente revelaria um homem que já não seria o senhor pleno do seu eu.

Ora, em Freud é possível encontrar-se, desde os seus primórdios, o delinear de uma distinção entre as duas entidades diagnósticas - neurose e psicose.

Freud, no seu manuscrito H de 24-01-1894, ao propôr uma classificação do conjunto das defesas psicopatológicas, sua preocupação central nesta época, denominou por psicoses situações clínicas como a confusão alucinatória, paranóia e psicose histórica, tomando como certa a diferenciação entre as categorias nosográficas referenciadas (Kaplan, 1981). Todavia, apesar do foco de investigação de Freud nem sempre incidir de forma acentuada no estudo propriamente dito da psicose, a distinção psicose - neurose será sempre mantida nos seus estudos posteriores.

É então no âmbito da elaboração da sua primeira teoria do aparelho psíquico e das pulsões (complementada, durante os anos 1911 - 1914, com a análise do caso Daniel Schreber - indivíduo com uma perturbação paranoide) que Freud retoma mais atentamente o estudo e compreensão da psicose. Neste sentido, a questão é pensada sob o ângulo da relação entre os investimentos libidinais e os investimentos das pulsões do ego no objecto.

Mais tarde, no contexto da sua segunda teoria do aparelho psíquico a compreensão da psicose e a sua oposição com a neurose volta a ser retomada, agora à luz da análise da posição do ego face ao ID e à realidade. Assim sendo, Freud atribui que na psicose ocorre uma ruptura entre o ego e a realidade, ruptura essa que deixa o ego à mercê do domínio do ID. Na consequência desta situação forma-se o delírio que, segundo o autor,

não é mais do que a reconstrução pelo ego de uma nova realidade, desta feita de acordo com os desejos do ID.

Não cabendo aqui porém, um maior aprofundamento das posições e concepções de Freud acerca desta matéria remetemos a sua leitura para o capítulo 4 da presente dissertação.

Actualmente, no que se refere aos domínios abrangidos pela psicose - fenomenológicos, semiológicos - pode-se afirmar que existe larga concordância em termos psiquiátricos, nomeadamente no que reporta à distinção específica entre as entidades clínicas - neurose e psicose.

Já no que respeita à sua descrição compreensiva, o conceito psicose continua porém, a ser delineado e considerado de forma mais diversa do que sistemática e consensual.

## **Capítulo 2 - Perturbação Psicótica - apontamentos históricos:**

### **Aspectos etiológicos**

Historicamente o conceito de psicose recebeu diferentes e variadas definições, apesar de se poder afirmar que, num plano compreensivo, nenhuma delas terá obtido uma aceitação generalizada e uniforme.

Se quisermos entender a psicose no seu sentido mais restrito podemos-nos limitar à presença segura de ideias delirantes ou alucinações dominantes que ocorrem sem a “percepção” crítica do seu carácter patológico. Mesmo que a esta definição se inclua a existência de alucinações, entendidas pelo indivíduo como sendo realmente alucinações, encontramos-nos ainda num plano geral e pouco clarificado.

De facto, quando pensamos e abordamos numa perspectiva superficial os estados psicóticos, o delírio reconhece-se, sem dúvida, como um importante e indispensável indicador da loucura; ele marca a perda do contacto com a realidade. Contudo, a expressão dos estados psicóticos está longe de se resumir ou limitar a esta manifestação, como rapidamente se aperceberá o estudioso e observador mais atento.

As psicoses firmam-se como uma afecção patológica capaz de colocar em causa a parte mais profunda e valiosa de uma pessoa: a sua personalidade, a sua capacidade de se relacionar, de comunicar, o seu modo de apreensão do real, de expressar os seus afectos e emoções, de se conceber e sentir como sujeito psicossocial. E finalmente, capaz de imprimir no próprio indivíduo um sentimento de estranheza e não reconhecimento de si mesmo como ser autónomo.

Dentro da especificidade e originalidade da psicose é possível encontrarem-se diferentes expressões e particularidades da doença, que cabendo no âmbito da psicose assumem-se como categorias mais ou menos distintas. Não se justificando aqui uma abordagem exaustiva de todas elas, nem uma descrição semiológica e classificativa detalhada de todas as perturbações psicóticas existentes, debruçar-nos-emos selectivamente naquela que se firma como a situação clínica mais característica, mais grave e talvez mais frequente das doenças psicóticas crónicas: a esquizofrenia.

Do ponto de vista clínico, o campo da esquizofrenia tem vindo a constituir-se como uma verdadeira encruzilhada a partir da qual divergem diversas e múltiplas concepções (Cordeiro, 1986).

O percurso referente à investigação e compreensibilidade das manifestações psicóticas, nomeadamente da esquizofrenia, conheceu uma importante e essencial evolução em finais do século XIX com Kraepelin, quando este psiquiatra alemão identificou duas categorias de perturbações ditas psicóticas, cujas tendências apontavam para uma evolução crónica: a psicose maniaco - depressiva e a então referenciada demência - precoce.

A psicose maniaco - depressiva, actualmente entendida como uma perturbação afectiva em termos classificativos, foi conceptualizada de forma inovadora por Kraepelin como sendo caracterizada por fases/crises alternadas de excitação eufórica, denominadas como maníacas, e por episódios de abatimento depressivo, designados como melancólicos (Kaplan, 1981). Esta entidade mórbida, determinada tantas vezes pela periodicidade das crises, é igualmente caracterizada pelo facto de que no intervalo destas

o indivíduo maníaco - depressivo é, em princípio, capaz de voltar a um funcionamento normal em termos profissionais, afectivos e sociais. Contudo, não é difícil supor que sequelas de natureza socio - profissional, deixadas por frequentes acessos e crises maníaco - depressivas possam a médio prazo tornar-se cada vez mais evidentes, e consequentemente produzir situações embaraçosas e difíceis de superar nos diferentes planos da vida do sujeito.

Os estados maníacos, como as crises depressivas e melancólicas revelam-se fases tão espectaculares quanto transitórias, mas suficientemente intensas para perturbarem, ainda que temporariamente, as características da personalidade e comportamento de um indivíduo.

Pela razão de que na psicose maníaco - depressiva não se verificam a presença de estados delirantes, actualmente esta entidade nosográfica é tida como de natureza diferente das outras formas de psicoses crónicas. Para tal facto, terão sem dúvida contribuído as possibilidades terapêuticas actuais que lhe permitiram modificar em muito a sua evolução clínica. Por todo este conjunto de razões, justificou-se a criação de uma nova denominação para esta patologia hoje correntemente utilizada: doença bipolar ou ciclotímica (classificada como perturbação afectiva em Kaplan, 1981 e DSM - IV 1996) que designa, sem referência ao termo psicose, a ocorrência de episódios patológicos de dois pólos opostos: maníacos e depressivos.

A outra forma de perturbação psicótica identificada por Kraepelin sob a denominação "Demência Precoce" compreendia, segundo este autor, uma variedade de

síndromes psicóticas que anteriormente se julgavam representar enfermidades patológicas diferenciadas.

Esta entidade clínica foi assim designada devido à idade em que geralmente despontava (idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos), e devido também à sua evolução rápida no sentido de uma deterioração progressiva das capacidades intelectuais, afectivas e sociais dos sujeitos por ela atingidos.

A descrição da Demência Precoce, delineada por Kraepelin, salientava a característica destruidora desta doença em termos prognósticos, compreendendo igualmente todo um conjunto de manifestações clínicas como a presença de alucinações, delírios, estereotípias e desordens afectivas (Cordeiro, 1986).

Em 1911, Eugen Bleuler, um psiquiatra de Zurique, aluno de Kraepelin, surge com uma nova conceituação da enfermidade em termos globais, onde propõe a substituição do termo “Demência Precoce” por “Esquizofrenia”. Com esta nova denominação que significa, na sua tradução literal, “espírito fragmentado”, Bleuler considera como característica fundamental desta doença a divisão da personalidade, a perda de unidade psíquica, ao mesmo tempo que descentraliza como factores primordiais a incurabilidade e deterioração final e irreversível da esquizofrenia.

Na época em que Bleuler surgiu com esta sua importante contribuição as teorias de Freud já se encontravam largamente difundidas e conhecidas. Freud tinha já avançado com suposições relacionadas com a existência de um plano inconsciente da mente, extraordinariamente rico e activo, considerado com um factor chave no funcionamento e compreensão do psiquismo humano. O pensamento de Bleuler foi naturalmente influenciado por estas teorizações, de tal modo que não deixou de se interessar pela

procura, por detrás dos sintomas psicóticos, da presença de ideias, desejos, fantasmas e sonhos. Assim sendo, ao contrário de Kraepelin que enfatizou fundamentalmente tudo aquilo que se deteriorava e se destruía com a psicose, Bleuler procurou reencontrar e reconhecer nesta patologia toda a parte da vida psíquica não perdida e ainda “viva”.

Tal como Kraepelin, Bleuler supunha a existência de várias formas segundo as quais a esquizofrenia podia manifestar-se. Nos seus estudos, Kraepelin, descreveu três tipos básicos de “Demência Precoce” (Esquizofrenia) sob as designações: *catatónica*, *hebefrénica* e *paranóide*. A estas três formas, Bleuler, acrescentou uma quarta denominada como *esquizofrenia simples*. Actualmente, encontra-se difundida a opinião de que existem efectivamente várias entidades patológicas mais ou menos diferenciadas e agrupadas sob o termo *esquizofrenia*, muito embora surjam discussões divergentes quanto à aceitação ou não da *esquizofrenia simples* como uma entidade diagnóstica. Neste âmbito, referencie-se que a DSM -IV e a sua edição anterior não a incluem na sua classificação. Contudo, já a ICD 9a) considera-a como uma forma diferenciada de esquizofrenia, aconselhando no entanto, bastante prudência no estabelecimento do seu diagnóstico diferencial.

## **Etiologia**

Desde a elaboração e criação do conceito de Demência Precoce por Kraepelin, da sua substituição pelo termo Esquizofrenia por Bleuler até aos dias de hoje, a psicose esquizofrénica tem-se mantido como um sistema de estudo e investigação extraordinariamente complexo, rico em concepções explicativas desta doença mental.

A partir do momento em que uma dada doença ou patologia é observada e descrita, logo se impõe a necessidade de se lhe delinear e definir possíveis causas. A psiquiatria, enquadrada cientificamente, dedicou-se desde cedo à tarefa de tentar explicar e fundamentar a doença esquizofrénica. À luz desta investigação desenvolveram-se desde a primeira metade deste século numerosos estudos no domínio da genética psiquiátrica, os quais fundamentam o facto do comportamento humano ser passível de ser condicionado e regido por mecanismos de natureza genética. Os trabalhos de pesquisa realizados neste campo não integram nem consideram a influência de variáveis psicológicas ou sociais.

Na sua essência, as investigações etiológicas da esquizofrenia apoiadas nas teorias genéticas centram-se em três grandes eixos: o primeiro que analisa e estuda o nível de incidência desta psicopatologia no que respeita ao grau de consanguinidade em parentes de esquizofrénicos; o segundo que se baseia na descrição das taxas de concordância, para a esquizofrenia, em gémeos monozigóticos e dizigóticos; e finalmente o terceiro que incide no estudo de crianças adoptadas, precocemente retiradas dos seus pais biológicos e criadas em famílias nas quais não se verifica a presença desta patologia (Gameiro, 1992).

Os valores obtidos a partir destes estudos pretendem confirmar a hipótese de que a doença esquizofrénica é de origem genética e como tal, se encontra inscrita no genoma do indivíduo desde o seu nascimento.

Partilhando o objectivo comum da procura etiológica da esquizofrenia e ainda dentro dos trabalhos de investigação de fundamentação biológica, os estudos bioquímicos têm tido, desde os anos 50, um papel preponderante.

Assim sendo, a hipótese etiológica na qual se centram estas pesquisas, relaciona-se com a existência de possíveis alterações dos mediadores cerebrais, ou mais especificamente dos mediadores sinápticos. Segundo este modelo explicativo o comportamento delirante e toda a sintomatologia característica da patologia psicótica seriam justificados pela ocorrência destas alterações bioquímicas.

A descoberta de substâncias rotuladas com a designação de neurolépticos, cujo efeito anti - psicótico diminui consideravelmente os sintomas produtivos desta doença, veio reforçar de forma acentuada esta teoria.

Também na linha do modelo biológico, a hipótese infecciosa tem vindo a firmar-se com uma nova força. Segundo esta hipótese explicativa, a esquizofrenia poderá potencialmente ser causada por agentes infecciosos como as viroses. Apesar desta concepção etiológica estar longe de uma comprovação laboratorial credível, grupos de investigações têm sido realizados neste campo, frequentemente combinados com os estudos de gémeos, tanto no sentido da confirmação da existência de um contágio que

leve ao aparecimento da doença, como no que respeita à pesquisa de vírus possíveis de influenciar o genoma.

Na procura de uma explicação etiológica da doença esquizofrénica outras vertentes de investigação têm encontrado o seu lugar igualmente merecedor de atenção.

O modelo psicológico surge-nos sob a forma de grupos de estudos e de trabalho que nos propõem compreender esta patologia à luz de mecanismos de natureza psicológica, nomeadamente afectivos e emocionais.

Nesta corrente, várias hipóteses têm sido delineadas, entre as quais de destacam os estudos psicofisiológicos e os estudos da personalidade (Gameiro, 1992).

No âmbito das hipóteses psicofisiológicas, psicólogos clínicos e experimentais têm proposto demonstrar a presença de défices específicos na percepção, atenção e cognição em doentes com diagnóstico de esquizofrenia.

A definição destas hipóteses , tendo como pano de fundo o modelo psicológico, procuram articular-se também com os estudos de natureza genética com o objectivo de encontrarem uma expressão psicofisiológica do genoma alterado. Neste sentido, tal como nos estudos biológicos a predominância de conceito de inato assume uma posição de relevo como factor explicativo da doença.

No que respeita aos estudos de personalidade, igualmente realizados ao serviço da procura de causas explicativas, a sua grande maioria deriva de teorizações sobre a estruturação do ego e relações de objecto. A atenção dada a esta problemática rege-se claramente segundo a perspectiva psicodinâmica, a partir da qual se salienta que uma das características do paciente esquizofrénico é a sua incapacidade de se adaptar e lidar com

o meio que o rodeia. Assim, as tarefas e actividades quotidianas são facilmente percebidas por estes doentes como demasiadamente stressantes, complexas e susceptíveis de serem sentidas como fortemente ameaçadoras. Tais características próprias da esquizofrenia são descritas na sua origem e processo por diversos autores de formação psicanalítica, entre as quais Melanie Klein e Margaret Mahler que terão sido das primeiras autoras a elaborarem e a descreverem teorias psicológicas do desenvolvimento a partir da observação de crianças com patologia psicótica.

Finalmente, paralelamente a todas estas abordagens já referenciadas sustenta-se um outro modelo que, sob pontos de vista diferentes dos anteriores, considera a psicose esquizofrénica não como uma entidade biológica e individual característica de um desenvolvimento particular da personalidade, mas sim como uma patologia indissociável e indiferenciável do contexto social e ambiental em que se inscreve. Trata-se do modelo ou abordagem social da esquizofrenia.

No contexto deste pensamento, procura-se compreender de que modo os factores ambientais influenciam o “desabrochar”, a persistência, ou por outro lado o atenuar de manifestações psicóticas. O meio social emerge então como elemento determinante para o devir do psicótico.

Não é alheio o facto de que desde há muitos anos na história o lugar do louco na sociedade se encontra no centro de múltiplas discussões, no sentido de melhor compreender a inter-relação entre o grupo social e a perda da razão.

Na sequência destas concepções, por vezes interpretadas no seu limite, durante os anos 60 originou-se um movimento anti-psiquiátrico movido precisamente por

médicos psiquiatras, cujo primordial sentido foi o de colocar em causa toda a sociedade acusando-a literalmente de gerar e depois excluir os indivíduos psicóticos (Olié, 1993). A psicose surge assim entendida como o produto e sintoma de grupos sociais e familiares disfuncionantes.

Autores como R. Laing e D. Cooper, elementos integrantes do grupo fundador deste movimento, procuraram organizar-se com o objectivo de criarem formas alternativas de tratamento da doença mental, uma vez que consideravam a psiquiatria vigente, as suas terapêuticas e asilos psiquiátricos autênticos instrumentos de repressão social e pretextos últimos de exclusão e rejeição do doente mental.

Esta corrente de pensamento, levada ao seu extremo, acabou por facilitar em demasia a ideia de uma origem exclusivamente social dos distúrbios psicóticos, cujo efeito máximo levava à negação da existência de doenças mentais.

Perspectivando de uma forma geral todos os modelos e hipóteses etiológicas aqui referenciados refira-se Gameiro (1992) quando aponta que a psiquiatria, à luz destas abordagens, se encontra largamente dominada por uma epistemologia de natureza causalista. Porém, sendo verdade este facto, também o é, segundo o autor, a evolução da investigação da esquizofrenia que cada vez mais acentua a sua tendência em adoptar um novo percurso epistemológico - a epistemologia sistémica. Neste sentido, é já possível vislumbrarem-se trabalhos organizados em torno da integração compreensiva de conceitos herdados da teoria geral dos sistemas, tais como - sistema, interacção, complexidade e nível hierárquico. Estas noções vêm, de forma inegável, contribuir

para uma evolução do pensamento etiológico da doença mental esquizofrénica que passa a situar-se numa perspectiva que faz interagir todos os elementos implicados na etiologia da doença, e onde a clivagem entre o inato e o adquirido, entre o biológico e o ambiental, entre o psicológico e o social não mais façam sentido.

A questão das origens da psicose continua ainda em curso e longe de se vêr encerrada e consensual.

Complementada com tantas dúvidas, questões não resolvidas e contradições, pelo menos uma certeza pode-se afirmar: tendo em conta a variabilidade e peso próprios de cada um dos factores implicados na doença mental, e ainda a individualidade de cada um dos pacientes, a origem da patologia psicótica é caracterizada pela multifatorialidade, não sendo pois exequível que apenas um ou outro factor possa explicar só por si a ocorrência da doença.

### **Capítulo 3 - Semiologia Clínica das Perturbações Psicóticas**

Partindo da consulta de diversas classificações nosográficas da psicose optámos estruturar e organizar o presente capítulo com base no “Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais” - 4ª edição da American Psychiatric Association, tradução portuguesa.

Assim sendo, o “Manual de Diagnóstico e Estatístico da Perturbações Mentais” considera como nove as perturbações que, pela sua definição e características clínicas, se classificam como de natureza psicótica, e que a seguir se descrevem:

#### 1. Psicose do tipo Esquizofrénico

Tratando-se sem dúvida da doença psicótica que maiores estudos e divulgação tem merecido ao longo dos tempos, é também uma perturbação conceituada como heterogénea quanto à sua etiologia, patogenia, quadro sintomático apresentado, evolução da doença, resposta ao tratamento e suas consequências no indivíduo (Kaplan, 1981, p.261).

No que respeita à sua definição e expressão/organização sintomática, a esquizofrenia divide-se em cinco sub-tipos, a saber: Paranóide, Desorganizada, Catatónica, Indiferenciada e Residual. Em qualquer um destes casos, a sua duração nunca é inferior a um período de tempo continuado de 6 meses.

a) Semiologia - Denominadores Comuns da Esquizofrenia:

-> presença de ideias delirantes - falsas crenças que habitualmente implicam uma interpretação errada das percepções ou experiências e cujo conteúdo pode variar no seu tema: persecutório, auto-referência, somático, religioso ou de grandeza. As ideias delirantes podem ser ainda consideradas como bizarras no caso de se expressarem como claramente implausíveis, não compreensíveis e não provirem de experiências da vida corrente (DSM IV, 1996).

-> perda dos limites do ego - sintoma que pode conferir ao paciente a convicção delirante de ter a capacidade de ler os pensamentos dos outros, ou de poder estar a ser controlado pelo pensamento de outras pessoas de tal modo que a sua própria identidade se pode fundir com a de qualquer objecto do universo que o rodeia. Neste sentido, a perda de identidade e dos limites do ego provocam sentimentos de despersonalização seguidos por experiências de desrealização (Kaplan, 1981, p.273).

-> ocorrência de alucinações que se podem expressar sob qualquer modalidade sensorial (auditiva, visual, olfactiva, gustativa ou cinestésica), muito embora as mais comuns e frequentes sejam as alucinações auditivas. Estas são usualmente vividas como escuta de vozes (familiares e/ou não familiares), sendo percebidas como distintas e independentes do próprio pensamento do indivíduo (DSM IV, 1996).

-> discurso desorganizado que pode surgir sob diversas formas: o indivíduo pode facilmente “sair do curso” de um tópico ou assunto para outro (ex: descarrilamento ou afrouxamento das associações); as respostas a questões podem resultar incoerentes, sem relacionamento directo ou em absoluto («tangencialidade»). Por vezes, embora seja uma

situação menos frequente, o discurso pode encontrar-se de tal forma desorganizado que se torne praticamente incompreensível («incoerência» ou «salada de palavras») (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p.216).

-> comportamento manifestamente desorganizado ou catatónico, igualmente traduzível sob várias formas. Segundo Kaplan (1981, p.276), as mudanças de comportamento do paciente esquizofrénico podem ser, quanto à sua natureza, quantitativas ou qualitativas. A mudança quantitativa pode manifestar-se, por exemplo, através da inércia com uma redução geral de espontaneidade e iniciativa. Qualitativamente, o comportamento altera-se usualmente na direcção de um comportamento de ordem imprevisível, excêntrico ou inadequado, associado a impressões de desajeitamento e rigidez.

Segundo a DSM IV, os problemas e mudanças de comportamento podem ser revelados sob qualquer forma de comportamento dirigido, implicando dificuldades em desenvolver actividades quotidianas tais como cuidar da sua alimentação ou manter os seus cuidados de higiene e aparência.

Os comportamentos motores catatónicos que incluem uma manifesta diminuição da reactividade ao meio podem, por vezes, atingir um nível extremo de inatenção (designado de estupor catatónico), manutenção de uma postura excessivamente rígida e de total resistência a qualquer esforço indutor de movimento (designado de rigidez catatónica), o assumir de posturas inapropriadas ou mesmo bizarras (postura catatónica), ou actividade motora excessiva não estimulada ou com ausência de um qualquer objectivo (excitação catatónica) (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p. 219).

-> presença de sintomas negativos, como sejam o embotamento afectivo (caracterizado pela aparência imóvel e ausência de expressão facial do paciente, acompanhados de contactos visuais ou oculares muito reduzidos, bem como deficiente expressão corporal), a alogia (pobreza a nível do discurso traduzível em respostas breves lacónicas ou sem conteúdo, diminuição da fluência ou produtividade do discurso), a avolição (caracterizada por uma incapacidade de iniciar e persistir em actividades com objectivo, expressa por exemplo no facto do indivíduo poder sentar-se durante longos períodos de tempo, demonstrando pouco interesse na participação em trabalhos ou actividades sociais) (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p. 214).

-> presença de disfunções a nível social/ocupacional: que envolvem áreas do relacionamento interpessoal, profissional ou escolar e cuidados com o próprio. O funcionamento nesta áreas revela-se agora claramente inferior àquele existente antes do surgimento dos primeiros sintomas (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p. 220).

-> no que diz respeito à esquizofrenia podem encontrar-se características e perturbações mentais associadas, a saber: \* afecto desadequado (como por exemplo sorrir, rir ou chorar na ausência de estímulos apropriados); \* anedonia (manifestada pela perda de interesses ou capacidade de ter prazer); \* possível ocorrência de alterações do padrão do sono (por exemplo agitação e actividade nocturna ou dormir durante o dia); \* eventual perda de interesse ou recusa da alimentação como consequência de crenças delirantes; \* alterações da actividade psicomotora (como por exemplo contar o número de passos, balancear ou imobilidade apática); \* possíveis dificuldades de concentração e atenção; \* eventuais dificuldades de memória durante o período de exacerbação dos sintomas activos, ou na presença de sintomas negativos acentuados; \* ausência do

sentido de crítica; \* excessivas preocupações somáticas com eventuais proporções delirantes; \* alterações motoras que podem consistir em «caretas», posturas e maneirismos estranhos, comportamentos rituais ou estereotípias (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p. 214).

Tal como referido inicialmente, a Esquizofrenia pode particularizar-se sob a forma de cinco sub-tipos, que passamos a descrever:

### 1.1. Esquizofrenia Tipo Paranoide

A Esquizofrenia do tipo paranoide caracteriza-se na sua essência pela presença de ideias delirantes dominantes ou de alucinações de carácter auditivo dentro de um contexto de preservação relativa das funções cognitivas e dos afectos. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza, ou ambas (ainda que possam ocorrer ideias delirantes com outra temática, como por exemplo ciúme, místicas ou somatização). As alucinações encontram-se geralmente organizadas em torno de um dado tema, tema este tipicamente relacionado com o contexto da temática delirante. Os sintomas do tipo discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, ou afectividade embotada ou inapropriada não são dominantes (DSM IV, 1996; Kaplan, 1981; MacKinnon, 1973, p.250).

### 1.2. Esquizofrenia Tipo Desorganizado

O sub-tipo Desorganizado (também denominado Hebefrénico) caracteriza-se pela presença de sintomas dominantes como o discurso desorganizado, comportamento

desorganizado e afectividade embotada ou inapropriada. A desorganização do comportamento pode implicar graves disfunções na capacidade de desempenhar tarefas quotidianas e básicas (como por exemplo: cuidar da sua higiene pessoal, vestuário e alimentação). Caso as ideias delirantes e alucinações se encontrem presentes são de uma forma fragmentada nem se encontram organizadas de uma forma coerente (DSM IV, 1996; Olié, 1993, p.61).

### 1.3. Esquizofrenia Tipo Catatónico

Sobressai como característica essencial deste sub-tipo alterações psicomotoras evidentes que podem manifestar-se sob as formas de imobilidade motora (traduzível numa flexibilidade cérea ou em estado de estupor), actividade motora excessiva (não influenciada por estímulos externos e sem aparente objectivo), negativismo extremo (manifestado por exemplo pela manutenção de posturas rígidas com resistência a qualquer tentativa de ser movido), mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários (expressas por posturas inapropriadas ou bizarras), ecolalia (repetições aparentemente desprovidas de sentido de uma palavra ou frase ditas por terceiros) ou ecopraxia (imitação repetitiva de movimentos executados por terceiros) (DSM IV, 1996; Kaplan, 1981; Olié, 1993, p.61).

### 1.4. Esquizofrenia Tipo Indiferenciado

Este sub-tipo de Esquizofrenia caracteriza-se pelos sintomas: ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado, afecto embotado

ou inapropriado, mas não pelos sintomas que se encontram nos sub-tipos atrás referenciados - Paranoíde, Desorganizado e Catatónico (DSM IV, 1996).

### 1.5. Esquizofrenia Tipo Residual

Trata-se de um sub-tipo de Esquizofrenia cuja evolução pode encontrar-se limitado no tempo, representando uma transição entre um episódio completo da doença e uma remissão completa (que todavia pode manter-se presente durante vários anos).

Caracteriza-se pela ausência de sintomas positivos dominantes, como sejam as ideias delirantes, as alucinações, o discurso desorganizado e o comportamento desorganizado, marcando-se antes pela evidência de perturbação traduzida pela presença de sintomas como o embotamento afectivo, pobreza do discurso ou avolição, ou pela presença atenuada de sintomas como crenças estranhas, experiências perceptuais estranhas, comportamentos excêntricos e discurso ligeiramente desorganizado (DSM IV, 1996).

#### b) Evolução

A idade média para o início do primeiro episódio psicótico da esquizofrenia situa-se para o sexo feminino no final da terceira década de vida, e para o sexo masculino entre o início e meados da terceira década de vida. Os sujeitos com o início da doença mais precoce são com frequência os do sexo masculino manifestando uma pior adaptação pré-mórbida, bem como um êxito escolar mais reduzido, e ainda sinais e sintomas negativos mais dominantes. Por outro lado, os sujeitos com o início da doença mais tardio são geralmente, em maior percentagem, do sexo feminino.

De acordo com a DSM IV, a maioria dos estudos realizados sobre a evolução e prognóstico da esquizofrenia sugerem que esta pode ser bastante variável na medida em que alguns sujeitos poderão apresentar exacerbações e remissões, enquanto outros tenderão a manter-se cronicamente doentes. As remissões completas não são muito comuns neste tipo de perturbação. Já os que permanecem doentes, sob um registo de cronicidade, alguns demonstram ter uma evolução relativamente estável ao passo que outros rapidamente evidenciam agravamentos progressivos associados a incapacidades graves.

### c) Diagnóstico Diferencial

-> A Esquizofrenia distingue-se da “Perturbação Psicótica Devido a um Estado Físico Geral”, do “Delirium” e da “Demência” quando ocorrem evidências através da história, exame físico ou testes laboratoriais de que a presença de ideias delirantes ou de alucinações são uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral, como por exemplo “Síndrome de Cushing” ou tumor cerebral;

-> A Esquizofrenia distingue-se da “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias”, do “Delirium Induzido por Substâncias” e da “Demência Persistente Induzida por Substâncias” quando uma dada substância (drogas de abuso, medicamentos, exposição a tóxicos, etc) é considerada como etiologicamente relacionada com a presença de ideias delirantes ou de alucinações.

No sentido da clarificação desta distinção e diferenciação revela-se necessário ter em consideração se os sintomas psicóticos apresentados se agravam com a utilização da substância ou se por outra, diminuem quando esta é retirada, se a gravidade relativa dos

sintomas psicóticos é relacionável com a quantidade e duração da utilização da substância, e também conhecerem-se os sintomas característicos produzidos por uma substância particular (como por exemplo, sabe-se que as anfetaminas produzem ideias delirantes e estereotípias, mas não provocam o embotamento afectivo ou sintomas negativos dominantes);

-> A Esquizofrenia distingue-se da “Perturbação do Humor com Características Psicóticas” e da “Perturbação Esquizoafectiva” de uma forma mais dificultada e não linear, pelo facto da ocorrência de perturbações do humor serem comuns durante as fases prodrómica, activa e residual da Esquizofrenia. Assim sendo, deverão ser levados em conta os aspectos seguintes: se os sintomas psicóticos se manifestam apenas e exclusivamente durante os períodos de perturbação do humor então deverá ser firmado o diagnóstico de “Perturbação do Humor com Características Psicóticas”. No que respeita à “Perturbação Esquizoafectiva” deverão existir alterações do humor em simultâneo com a expressão dos sintomas característicos da fase activa da Esquizofrenia; do mesmo modo, os sintomas afectivos deverão também encontrar-se presentes durante o período de tempo referente à duração total da perturbação, bem como as ideias delirantes e as alucinações deverão encontrar-se presentes durante pelo menos duas semanas com ausência de sintomas afectivos dominantes;

-> A Esquizofrenia distingue-se da “Perturbação Esquizofreniforme” através do “factor” duração, no sentido de que a Esquizofrenia envolve a presença de sintomas durante pelo menos 6 meses. Na “Perturbação Esquizofreniforme” a duração total dos sintomas deverá ser no mínimo de um mês, mas inferior a 6 meses, e ainda não implicar um declínio do funcionamento;

-> A distinção da Esquizofrenia da “Perturbação Psicótica Breve” é definida pelo facto desta última manifestar a presença de ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento catatónico com a duração mínima de um dia e não superior a um mês;

-> A Esquizofrenia distingue-se da “Perturbação Delirante” pela natureza das ideias delirantes que não deverão ser de carácter bizarro, e também pela ausência de outros sintomas característicos da Esquizofrenia (como sejam, as alucinações, discurso desorganizado ou sintomas negativos dominantes). Contudo a distinção entre a “Perturbação Delirante” e a “Esquizofrenia Tipo Paranóide” revela-se mais difícil, na medida em que esta última não inclui os sintomas referentes ao discurso desorganizado, o comportamento desorganizado ou o embotamento ou inadequação afectiva (tal como a “Perturbação Delirante”), e ainda por não apresentar declínio do funcionamento (comparativamente a outros sub-tipos da Esquizofrenia);

-> A distinção entre a Esquizofrenia e a “Perturbação Global do Desenvolvimento” (Perturbação Autística) baseia-se no facto desta última ser habitualmente reconhecida durante a infância (em geral antes dos três anos de idade), ao passo que um início tão precoce revela-se raro na Esquizofrenia. Muito embora, ambas as perturbações partilhem de sintomas como a perturbação da linguagem, dos afectos e no relacionamento interpessoal, na “Perturbação Global do Desenvolvimento” não se encontram presentes as ideias delirantes e as alucinações, dominando a ausência parcial ou total do discurso, sendo este caracterizado por estereotípias e anomalias da prosódia (DSM IV, 1996).

## 2. Perturbação Esquizofreniforme

### a) Semiologia:

A Perturbação Esquizofreniforme apresenta características em tudo idênticas às da Esquizofrenia, excepto no que respeita a dois aspectos: a duração total da doença que não deverá ultrapassar os seis meses e a não “obrigatoriedade” da presença de dificuldades no funcionamento social e ocupacional durante alguma parte da doença (DSM IV, 1996).

### b) Evolução

Muito embora sejam raras as informações disponíveis acerca da evolução da Perturbação Esquizofreniforme, sabe-se que aproximadamente 1/3 dos sujeitos diagnosticados inicialmente com esta perturbação (com diagnóstico de carácter provisório) recuperam durante o período de seis meses, ao passo que os restantes 2/3 evoluem para um diagnóstico de Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafectiva (DSM IV, 1996).

### c) Diagnóstico Diferencial

-> Os critérios delineados para o diagnóstico diferencial da Esquizofrenia aplicam-se do mesmo modo para a Perturbação Esquizofreniforme (consultar página 40).

-> Acrescente-se apenas que a Perturbação Esquizofreniforme distingue-se da Perturbação Psicótica Breve pelo facto desta última apresentar uma duração inferior a um mês.

### 3. Perturbação Esquizoafectiva

#### a) Semiologia:

Como característica primordial aponte-se o período único e ininterrupto da doença, durante o qual ocorre, num determinado momento, uma Depressão Major (com presença de um humor depressivo global com marcada diminuição do campo de interesses ou da capacidade em sentir prazer), um Episódio Maníaco ou Misto associados à presença de sintomas como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico e embotamento afectivo. As ideias delirantes ou alucinações existem durante pelo menos duas semanas na ausência de sintomas do humor dominantes. Os sintomas afectivos encontram-se presentes durante grande parte da duração total da doença.

Associado a este tipo de perturbação poderão manifestar-se baixos rendimentos ocupacionais, contactos sociais limitados e dificuldades nos cuidados básicos com o próprio.

A Perturbação Esquizoafectiva pode organizar-se em dois sub-tipos com base na componente afectiva da perturbação. Assim poderá ser do sub-tipo Bipolar - que se aplica com a manifestação de um Episódio maníaco ou de um Episódio Misto; e do sub-tipo Depressivo - referente a casos em que apenas se manifestam Episódios Depressivos Major (DSM IV, 1996; Kaplan, 1981).

b) Evolução

O início da idade adulta é apontada como a idade típica mais provável para a ocorrência da Perturbação Esquizoafectiva, apesar de que o início desta perturbação possa dar-se em qualquer momento situado entre a adolescência e o final da vida.

Considera-se que a evolução da Perturbação Esquizoafectiva Tipo Bipolar seja mais favorável do que a da Perturbação Esquizoafectiva Tipo Depressivo (DSM IV, 1996).

c) Diagnóstico Diferencial

-> A perturbação Esquizoafectiva distingue-se da “Perturbação Psicótica Devida a Um Estado Físico Geral”, da “Demência” e do “Delirium” pelo facto destas três últimas perturbações apresentarem evidências na história, exame físico ou testes laboratoriais de que os sintomas são o resultado fisiológico directo de um estado físico geral;

-> A distinção entre a Perturbação Esquizoafectiva da “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias” e do “Delirium Induzido por Substâncias” faz-se quando uma dada substância (como por exemplo drogas de abuso, medicação ou exposição a um tóxico) é entendida como etiologicamente relacionada com os sintomas presentes;

-> No que respeita à distinção entre a Perturbação Esquizoafectiva com a “Esquizofrenia” e a “Perturbação do Humor com Características Psicóticas” os critérios encontram-se já assinalados em termos do Diagnóstico Diferencial da Esquizofrenia (consultar página 40).

-> A Perturbação Esquizoafectiva distingue-se da “Perturbação Delirante” na medida em que os sintomas psicóticos apresentados por esta última restringem-se a ideias delirantes não bizarras, factor que não preenche na totalidade os critérios “básicos” exigidos no diagnóstico da Perturbação Esquizoafectiva (DSM IV, 1996).

#### 4. Perturbação Delirante

##### a) Semiologia:

A Perturbação Delirante define-se pela característica essencial relativa à presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras (ou seja, ideias que envolvem situações que podem ocorrer na vida real, como por exemplo ser-se perseguido, infectado, enganado pelo cônjuge, sofrer uma doença, etc) que permaneçam durante pelo menos o período de um mês. Quanto às alucinações de carácter auditivo ou visual, caso estejam presentes, não são dominantes; já as de carácter olfactivo ou cinestésico uma vez presentes poderão ser dominantes se se encontrarem relacionadas com a temática delirante. Exceptuando as consequências directas da presença de ideias e vivências delirantes o funcionamento psicossocial não se encontra alterado de forma marcada, assim como o comportamento não se apresenta obviamente estranho ou bizarro. Neste sentido, uma característica comum dos sujeitos com Perturbação Delirante é a sua aparente normalidade de comportamentos e aparência quando não são discutidos assuntos que se prendam com as suas ideias delirantes.

A Perturbação Delirante organiza-se em torno de sete sub-tipos de perturbação, particularizados e diferenciados pela sua temática delirante de base:

4.1. Tipo Erotomania: o tema central da ideia delirante funda-se geralmente em torno de um amor idealizado e numa união espiritual, mais do que numa atracção sexual. Os esforços realizados no sentido de entrar em contacto com o objecto da ideia delirante são extremamente comuns (via telefone, correspondência, visitas regulares, vigilâncias, etc), muito embora possa acontecer que a pessoa consiga manter em segredo esta sua ideia delirante (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p.252).

4.2. Tipo Grandeza: o delírio decorre em torno da convicção de se possuir um grande (embora não reconhecido) talento ou capacidade mental, ou ainda de se ter descoberto algo de extrema importância. As ideias delirantes poderão também apresentar um conteúdo de natureza mística, no sentido de se crer que se encontra na posse de uma mensagem divina (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p.251).

4.3. Tipo Ciúme: o tema central do delírio baseia-se na crença de que o seu cônjuge ou amante lhe é infiel. Estas crenças fundam-se em inferências indirectas com pouco suporte real em termos das evidências ou “pistas” existentes (DSM IV, 1996; Olié, 1993, p.33).

4.4. Tipo Persecutório: a crença de que se é objecto de uma conspiração, fraude, perseguição, espionagem, assédio, etc encontra-se na base da ideia delirante. Todo o pequeno acontecimento poderá servir como elemento reforçador desta crença, na medida em que é exagerado, ampliado e deturpado. Por vezes a violência serve de recurso como meio de reacção contra aqueles que se crêem estar na origem dos seus problemas (DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p.251; Olié, 1993, p. 33).

4.5. Tipo Somático: o tema central do delírio envolve as funções ou sensações do corpo sob diversas formas. Poderá consistir na convicção de que emite odores de alguma

parte do seu corpo, na convicção de que tem alojado no seu corpo um parasita interno, que determinadas partes do seu corpo se encontram irreversivelmente deformadas ou muito feias, etc, etc.(DSM IV, 1996; MacKinnon, 1973, p.252).

4.6. Tipo Misto: quando não predomina em particular um qualquer tema delirante (DSM IV, 1996).

4.7. Tipo Não Especificado: quando não é possível encontrar-se ou definir-se de forma clara uma crença ou ideia delirante dominante (DSM IV, 1996).

#### b) Evolução

A idade de aparecimento desta perturbação situa-se geralmente na idade adulta média ou avançada. A evolução da perturbação é contudo bastante variável. O Tipo Persecutório, sub-tipo mais comum, pode evoluir no sentido da cronicidade, embora possam ocorrer fases de agravamento alternadas com fases mais atenuadas no que concerne às crenças delirantes. Também é possível de ocorrerem períodos de remissão completa seguidos recaídas mais ou menos graves.

#### c) Diagnóstico Diferencial

-» A Perturbação Delirante distingue-se da “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias” pela relação cronológica da utilização da substância com o aparecimento e remissão das crenças delirantes.

-» A distinção entre a Perturbação Delirante” e a “Esquizofrenia” e a “Perturbação Esquizofreniforme” faz-se pela ausência na primeira perturbação de sintomas como as alucinações auditivas ou visuais dominantes, ideias delirantes bizarras, comportamento

marcadamente desorganizado ou catatónico, discurso desorganizado e afectividade embotada ou desadequada.

-> Muito embora nem sempre seja fácil a distinção entre a Perturbação Delirante e as “Perturbações do Humor com Características Psicóticas” ela faz-se através da relação temporal entre a “Perturbação do Humor” e as ideias delirantes e ainda pela gravidade dos sintomas afectivos.

-> A distinção entre a Perturbação Delirante e a “Perturbação Psicótica Induzida” realiza-se com base no facto de que as ideias delirantes desta última surgem num contexto de uma relação próxima com outra pessoa que também manifesta ideias delirantes. Nesta medida as ideias delirantes são, na sua forma, em tudo idênticas às dessa pessoa com quem está em contacto, diminuindo ou desaparecendo quando o sujeito com a Perturbação Psicótica Partilhada é separado do sujeito com a Perturbação Psicótica Primária.

-> A Perturbação Delirante diferencia-se da “Perturbação Psicótica Breve” pelo facto dos sintomas delirantes desta última apresentarem uma duração inferior a um mês.

-> A diferenciação entre a Perturbação Delirante e a “Hipocondria” pode por vezes resultar dificultada. No entanto o medo ou as preocupações característicos da Hipocondria revelam-se de menor intensidade do que a manutenção das ideias delirantes, no sentido de que o sujeito hipocondríaco pode aceitar a possibilidade de que a doença ameaçadora não está realmente presente. O mesmo se verifica para a “Perturbação Dismórfica Corporal” (preocupação com um defeito imaginário na sua aparência física), cujas ideias e crenças se apresentam geralmente com menor intensidade do que as ideias delirantes propriamente ditas.

## 5. Perturbação Psicótica Breve

### a) Semiologia:

Como características essenciais da Perturbação Psicótica Breve referam-se as alterações que envolvem o início repentino de sintomas como as ideias delirantes, Alucinações, discurso desorganizado ou comportamentos visivelmente desorganizados. A duração dos episódios da perturbação é no mínimo de um dia, contudo não superior a um mês, e após o qual é possível observar-se um retorno completo a nível de funcionamento pré-mórbido. A Perturbação Psicótica Breve pode ser especificada com base na presença ou ausência de factores de stress precipitantes, isto é, se se encontram ou não presentes factos que envolvem acontecimentos que, isoladamente ou em conjunto, se possam considerar como produtores de níveis de stress intensos (DSM IV, 1996).

### b) Evolução

Este tipo de perturbação pode surgir tanto nas idades adolescentes, como nas idades adultas (jovens adultos). Considera-se a idade média de início da perturbação como estando situada entre o final da terceira e o início da quarta década de vida.

### c) Diagnóstico Diferencial

-» A Perturbação Psicótica Breve distingue-se da “Perturbação Psicótica Devida a Um Estado Físico Geral” através de evidências relativas à história clínica, exame físico ou laboratorial que indicam que os sintomas presentes são consequência fisiológica

directa de um estado físico (como por exemplo: tumor cerebral, lesões cerebrais orgânicas, etc)

-> A Perturbação Psicótica Breve distingue-se da “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias”, do “Delirium Induzido por Substâncias e da “Intoxicação Induzida por Substâncias” mediante o entendimento de que uma dada substância (drogas de abuso, medicamentos, etc) é etiologicamente relacionável com os sintomas psicóticos.

-> A distinção entre a Perturbação Psicótica Breve e a “Perturbação Esquizofreniforme” baseia-se no facto da primeira patologia apresentar uma duração inferior ao período de tempo de um mês.

-> A Perturbação Psicótica Breve diferencia-se da “Perturbação Factícia, com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos” através da evidência de que nesta última os sintomas são intencionalmente produzidos simulados (envolve sintomas psicóticos aparentes).

## 6. Perturbação Psicótica Induzida

### a) Semiologia:

A Perturbação Psicótica Induzida, também conhecida por “Folie à Deux” apresenta como características essenciais a presença de ideias delirantes que se desenvolvem num sujeito que mantém uma relação próxima com outra pessoa que padece de perturbação psicótica com ideias delirantes claramente dominantes. O sujeito partilha total ou parcialmente das crenças delirantes do caso primário. Os conteúdos das ideias delirantes induzidas podem incluir ideias de carácter bizarro, ideias congruentes com o humor e ideias delirantes não bizarras. Quando a relação do sujeito como o do

caso primário é interrompida, espera-se que as ideias e crenças delirantes do sujeito induzido diminuam ou desapareçam na sua totalidade.

b) Evolução

A idade de início da Perturbação Psicótica Induzida é aparentemente bastante variável. Se eventualmente nunca se verificar algum tipo de intervenção a evolução deste tipo de perturbação tende à cronicidade, uma vez que geralmente ocorre no seio de relações resistentes à mudança.

c) Diagnóstico Diferencial

Raramente surgem dificuldades quanto à diferenciação da Perturbação Psicótica Induzida com outras perturbações psicóticas, na medida em que os critérios referentes à história de uma relação e associação estreita com o “portador” do caso primário, bem como a grande semelhança das ideias delirantes entre os sujeitos são factores únicos e apenas utilizados para a Perturbação Psicótica Induzida. Este tipo de diagnóstico é apenas realizado quando se prova que as ideias delirantes não são consequência de efeitos fisiológicos directos de uma dada substância ou de um estado físico geral.

7. Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral

a) Semiologia:

Este tipo de perturbação caracteriza-se na sua essência pela presença de alucinações ou de ideias delirantes entendidas como devidas a efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral (através de dados como a história clínica, testes ou

achados laboratoriais). As alucinações poderão ocorrer sob qualquer modalidade sensorial (visual, auditiva, olfactiva, gustativa ou tátil). Geralmente não se diagnosticam como Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral os casos em que os sujeitos mantêm o sentido crítico face aos fenómenos alucinatórios, considerando-os como resultantes do seu estado físico geral.

Este tipo de perturbação poderá apresentar-se sob a forma de dois sub-tipos, consoante os sintomas que se encontram presentes e dominantes: “Com Ideias Delirantes” – nos casos em que as ideias delirantes são o sintoma dominante; “Com Alucinações” – nos casos em que as alucinações são o sintoma principal.

Entre a grande variedade de estados físicos que podem causar a presença deste tipo de sintomas psicóticos refiram-se as neoplasias, doenças cerebrovasculares, epilepsia, doença de Huntington, hiper e hipotiroidismo, insuficiência supra – renal, lúpus eritematoso sistémico, hipoglicemia, etc (DSM IV, 1996).

#### b) Diagnóstico Diferencial

-» A Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral distingue-se da “Perturbação Psicótica Primária” ou da “Perturbação do Humor Primária com Características Psicóticas” pela não demonstração nestas duas últimas perturbações de mecanismos fisiológicos específicos directamente relacionados com um estado físico geral.

-» A “Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação” deve ser tomada em consideração, em termos diagnósticos, quando não é possível determinar-se se as

alterações psicóticas presentes são de carácter primário, se induzidas por substâncias, ou por outro lado, devidas a um estado físico geral.

-> O diagnóstico separado de Perturbação Psicótica Devido a um Estado Físico Geral não deve ser realizado nos casos em que as alucinações ou as ideias delirantes ocorram exclusivamente durante a evolução e um “Delirium”.

-> A diferenciação entre a Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral e a “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias” faz-se através da evidência da utilização recente ou prolongada de dada substância, da abstinência dessa substância, ou exposição a tóxicos (ex.: intoxicação por LSD), que a ser confirmada conduz à consideração de uma “Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias”. Para tal, revelam-se úteis os procedimentos que envolvem amostras e avaliações laboratoriais adequados.

## 8. Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias

### a) Semiologia:

Caracteriza-se na sua essência pela presença de alucinações ou ideias delirantes dominantes percebidas e comprovadas (pela história clínica, exame físico e testes laboratoriais) como resultantes de efeitos fisiológicos directos de uma dada substância (drogas de abuso, exposição a tóxicos, medicamentos). Como tal, a perturbação não deve, muito provavelmente, ser devida a um perturbação psicótica não induzida por substâncias, sendo que os sintomas psicóticos presentes se desenvolvem durante, ou no período de um mês de intoxicação ou síndrome de abstinência da substância. Porém, os sintomas psicóticos deverão ser tidos como excessivos comparados com os usualmente

associados à intoxicação ou ao síndrome de abstinência, e ainda quando são suficientemente graves para chamar a atenção clínica.

A Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias pode ser especificada em dois sub-tipos dependendo dos sintomas dominantes. Assim sendo, poderá ser do sub-tipo “Com Ideias Delirantes” – no caso de, como o próprio nome indica, as ideias delirantes se firmarem como sintoma predominante; e do sub-tipo “Com Alucinações” – cujos sintomas dominantes são as alucinações.

#### b) Diagnóstico Diferencial

-» A Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias” diferencia-se da “Intoxicação por Substâncias” ou do “Síndrome de Abstinência” sempre que os sintomas psicóticos são entendidos como mais intensos e excessivos que aqueles habitualmente associados à intoxicação ou ao síndrome de abstinência. Nos casos em que o sentido crítico se mantenha intacto, na medida em que o sujeito é capaz de reconhecer que as eventuais alterações perceptuais (ilusões visuais, luzes cintilantes, sons) são induzidas pela substância utilizada, e assim não agir ou pensar sob o seu efeito, então considera-se o diagnóstico de “Intoxicação por Substância” ou “Síndrome de Abstinência com Alterações Perceptuais”.

-» A Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias distingue-se da “Perturbação Psicótica Primária” pela consideração de factores como o início e o curso da perturbação, e ainda pela demonstração de uma dada substância como etiologicamente relacionada com os sintomas manifestados (através da história clínica, exames físicos e testes laboratoriais).

-> No que respeita á diferenciação entre a Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias e a “Perturbação Psicótica Devida a um Estado Físico Geral” os critérios encontram-se já assinalados no âmbito do diagnóstico diferencial desta última patologia (consultar página 53).

#### 9. Perturbação Psicótica Não Especificada

Tal como referenciado na DSM IV, versão portuguesa, esta perturbação caracteriza-se pelo facto de incluir sintomas psicóticos (como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento catatónico ou desorganizado), relativamente aos quais a informação existente não se configura adequada, suficiente ou coerente para o estabelecimento de um diagnóstico preciso.

## **Capítulo 4 - Perspectiva psicodinâmica da Psicose**

A teoria psicanalítica, tal como todas as teorias da personalidade, pretende primariamente avançar com hipóteses explicativas e elucidativas dos diversos factores que motivam o comportamento humano. Contudo, a psicanálise destaca-se das restantes teorias pressupondo, de forma inédita e única, a existência de processos mentais inconscientes como factores essenciais na motivação dos comportamentos.

Indissociável da construção e elaboração desta teoria encontra-se Sigmund Freud (1856-1939). Neste sentido, poder-se-á afirmar que a psicanálise emergiu verdadeiramente como método de investigação, técnica terapêutica e corpo de conhecimento científico, quando Freud começou a dedicar-se ao estudo das perturbações dos seus doentes histéricos durante a década de 1887 - 1897. Na mesma medida, é também com Freud que se inaugura e são dados os passos cruciais no estudo e compreensão da psicopatologia psicótica segundo o pensamento psicanalítico.

Meses antes da publicação do seu trabalho “Estudos sobre a Histeria” (1895), Freud envia a Fliess um seu trabalho teórico no qual inclui a discussão de uma hipótese que sugere a projecção como o mecanismo primordial do delírio paranoide.

Um ano depois (1896), e na sequência deste seu trabalho, Freud avança com a hipótese de uma relação estreita, na paranóia, entre a necessidade de projecção e uma necessidade inconsciente de amor homossexual, necessidade esta que seria reprimida e negada pelo paciente (Cortesão, 1989).

Este estudo conhece nova evolução com uma outra publicação de Freud (1911), a qual se baseia na análise da autobiografia de Schreber, um magistrado alemão,

repetidamente internado por esquizofrenia paranoide. Partindo desta análise, Freud, desenvolve então uma teoria centrada na estrutura e função do delírio a partir da qual procura explicar todo o processo patológico subjacente, mediante a especificação dos mecanismos inconscientes envolvidos.

A teoria freudiana, num primeiro momento, fundamenta-se basicamente num modelo que postula a presença de um conflito entre as <sup>1</sup>pulsões do indivíduo (conscientes ou inconscientes) e as exigências da realidade (designado de Modelo Topográfico). A existência deste conflito leva à criação de mecanismos de defesa que actuem contra as pulsões, mecanismos estes que participam activamente na constituição dos sintomas.

Assim, quando se está perante uma patologia como a psicose o conflito revela-se pela sua grande intensidade, de tal forma que para se lhe fazer face surge o recurso a mecanismos de defesa mais primitivos. Neste contexto, Freud, através da análise do caso Schreber, concretiza um admirável avanço do ponto de vista clínico com a conceituação de um mundo interno salientando os mecanismos de negação da realidade (que considera como um preliminar de uma tentativa de reconstrução delirante do mundo), e de <sup>2</sup>projectão como elementos inegavelmente presentes na psicose. Acresce ainda que o uso sistemático e frequente destes mecanismos pode ser, só por si, factor revelador de uma má distinção entre a vida interna do indivíduo e a realidade exterior (Olié, 1993).

---

<sup>1</sup> Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objecto ou graças a ele que a pulsão pode atingir o seu alvo. (in Laplanche J., 1967, p.336).

<sup>2</sup> A projecção é invocada primariamente por Freud a propósito dos seus estudos sobre a paranóia, à qual consagra diversos escritos (1895 - 1896), sendo aqui descrita como uma defesa primária que consiste em procurar no exterior a origem de um desprazer. A projecção trata-se de um termo que pode ser utilizado sob um sentido geral, tanto em neurofisiologia como em psicologia. Sob a perspectiva psicanalítica

Para este autor, as manifestações psicóticas resultariam assim, de uma interacção perturbada entre o indivíduo e o meio circundante, bem como da presença de um desequilíbrio entre as diferentes instâncias do aparelho psíquico.

Revela-se aqui necessário recordar que Freud começando a expressar uma certa insatisfação relativamente ao modelo de psiquismo topográfico (na medida em que passa a descobrir a existência de fantasias inconscientes – que não encontram um “lugar” racional em nenhum dos sistemas inclusos no modelo inicial), cria uma nova teoria estrutural do psiquismo, segundo a qual o psiquismo se divide em três instâncias diferenciadas: o ID, o Ego e o Superego. O ID, encontrando-se sob o domínio do processo primário, opera em consonância com o princípio do prazer não considerando portanto a realidade (ou seja, trata-se de uma espécie de reservatório do qual nascem as pulsões agressivas e sexuais). O Ego, por outro lado, representa a zona de separação entre as exigências do ID e as vicissitudes do mundo externo assumindo assim, um papel organizador, regulador e mediador. Finalmente, o Superego concentra em si o controlo e regulação das pulsões, segundo padrões e regras sociais e morais (Boyer, 1980).

Ora segundo estes novos moldes, quando Freud considera que por detrás da patologia psicótica se encontra um desequilíbrio entre as instâncias do aparelho psíquico, está a sugerir a existência de um defeito na capacidade integrativa do ego, e portanto uma limitação clara da capacidade do ego em regular e mediar as pulsões de natureza primária. Como tal, conclui que o indivíduo psicótico revela-se como alguém cujas funções essenciais do ego são ineficazes, logo incapaz de estabelecer relações reais com o objecto (Kaplan, 1981).

---

refere-se a uma operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro qualidades, sentimentos,

Com a teoria estrutural, Freud evolui sem dúvida no sentido de uma melhor compreensão do psiquismo humano. Todavia, não deixou de se aperceber de uma certa falta de consonância entre a sua recém criada hipótese estrutural e a sua conceptualização das psicoses, tendo neste âmbito realizado algumas tentativas para integrar ambas estas questões.

Quando ainda não tinha sido formulada a teoria que falava do sistema “ego” como instância, Freud, no que respeita à explicação da psicose centrava-se na pressuposição da ocorrência de um total retraimento narcisista da <sup>3</sup>libido que se afasta dos objectos externos, com um sucessivo recolhimento do indivíduo sobre si mesmo. Assim, neste contexto, esta atitude de retraimento implicaria uma impossibilidade no estabelecimento de relações, inclusivé, acrescenta Freud, com o próprio psicoterapeuta. Ficava portanto seriamente comprometida qualquer possibilidade de tratamento do tipo psicanalítico.

Freud acreditava que o ego do sujeito psicótico não era suficientemente forte e integrado para estabelecer e manter uma aliança terapêutica. Neste sentido, estando convicto da necessidade imperiosa de o paciente dispor de um ego forte como elemento de apoio ao controle de manifestações de carácter mórbido, Freud receava particularmente que o ego psicótico não fosse capaz de controlar o seu comportamento e impulsos mais destruidores (Rosenfeld, 1987). Como tal, daí a sua opinião de que os analistas deveriam limitar os seus pacientes àqueles que reunissem condições mentais ditas normais.

---

desejos que ele intolerava ou recusa como seus.

<sup>3</sup> O termo libido significa em latim vontade, desejo. Segundo Freud, na medida em que a pulsão sexual representa uma força que exerce uma “pressão”, a libido é por si definida como a energia dessa pulsão. Em “Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), a libido mantém-se próxima do desejo sexual que procura a satisfação, e permite encontrar os seus avatares. (Laplanche, J., 1967, p.229).

Contudo, anos mais tarde, é ao elaborar um conjunto de ideias explicativas sobre a psicologia do ego (já à luz do modelo estrutural), às quais acrescenta posteriormente uma descrição dos processos de cisão do ego nas psicoses, que Freud adianta uma importante reflexão. Partindo do princípio básico de que em todas as psicoses se verifica um <sup>4</sup>cisão do ego, é então considerado que o psiquismo é formado por duas partes distintas: uma parte dita normal e uma parte psicótica cuja principal implicação é o afastamento do ego da realidade.

Assim, e apesar do seu pessimismo não se desvanecer na totalidade, mantendo as suas considerações de que a deficiência do ego na psicose é factor potencialmente impossibilitante para a cooperação no tratamento analítico, associado à convicção de que as representações objectais se encontram abandonadas (pelo retraimento da libido objectal para dentro do próprio ego), sugere a possibilidade de que em muitas “perturbações psicóticas agudas resta num canto da mente do paciente uma pessoa normal oculta” (SE, vol. 23, p. 20, in Rosenfeld, 1987). Ou seja, percebe-se aqui então que com a teoria estrutural, a libido passa a ser conceptualizada como estando sempre “vinculada” a uma dada representação objectal, ainda que esse vínculo possa ser apenas parcial e sob um modo muito primitivo e arcaico (e já não considerada como completamente retraída e afastada dos objectos externos).

Dependendo do peso proporcional de cada uma das partes, são reunidas as condições para o irrompimento ou não de uma patologia de foro psicótico. Freud não

---

<sup>4</sup> A noção de clivagem ou cisão do ego é definida por Freud principalmente nos artigos “A clivagem do ego no processo de defesa” (1938) e no “Resumo da Psicanálise” (1938) no quadro de reflexão sobre as psicoses; Segundo este autor estas afecções colocam em causa as relações entre o ego e a realidade: verifica-se pois, no seio do ego, a coexistência de duas atitudes psíquicas diferenciadas para com a realidade exterior, de tal modo que uma delas toma em conta a realidade, ao mesmo tempo que a outra

despreza por completo a hipótese de, no caso da parte psicótica da personalidade predominar claramente sobre a dita normal, a relação entre estas duas “partes” se inverter de tal forma que seja possível ocorrer um processo cura, muito embora à luz da sua experiência clínica não vislumbre razões para grandes entusiasmos.

Os processos de cisão do ego, um dos factores fundamentais para a compreensão da psicopatologia psicótica, foi estudado de forma detalhada por uma psicanalista sobejamente conhecida por todos nós: Melanie Klein.

O excepcional trabalho de Klein (1946), “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides”, a partir do qual introduziu os conceitos de identificação projectiva e processos de clivagem, produziu um impacto notável na comunidade psicanalítica na medida em que veio reforçar e reconfirmar uma não convicção na unidade do psiquismo (trabalho aliás, parcialmente iniciado por Freud), e alargar assim a perspectiva centrada na multiplicidade de “mundos” na vida mental (Meltzer, 1988).

A introdução destes dois conceitos, identificação projectiva e processo de clivagem, definidos como mecanismos de defesa, encontra-se inclusa à apresentação da teoria da posição esquizóide (que nos seus escritos posteriores passa a ser denominada pela expressão “posição esquizo-paranóide”). Diferentemente da posição paranóide anteriormente elaborada pela autora que tendia a delinear-se somente como uma situação ansiógena caracterizada por um tom persecutório, mas sem o envolvimento de mecanismos de defesa específicos, a posição esquizo-paranóide é definida antes de mais pelos processos defensivos que coloca a seu serviço. Assim, para além da recusa

---

nega essa realidade colocando no seu lugar um produto do seu desejo. Estas duas atitudes persistem em

omnipotente e da idealização, Klein descreve e introduz a clivagem e a <sup>5</sup>identificação projectiva como mecanismos primordiais desta posição (Petot, 1982). Acrescente-se ainda que, em termos de conteúdo, a posição esquizo-paranóide é concebida como uma estrutura que para além dos mecanismos de defesa utilizados é também caracterizada pela presença de angústias persecutórias e por uma relação de objecto parcial (com um seio idealizado e outro persecutório, ambos percebidos como objectos dissociados e totalmente diferenciados) (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p.95).

Debruçando-nos então sob uma forma mais atenta sobre os mecanismos de defesa esquizóides descritos por Melanie Klein. A clivagem, cuja definição assume claramente um papel impulsionador da evolução das ideias psicanalíticas da época, surge-nos com Klein duplamente inovada. Esta noção é herdada e transportada da teoria da <sup>6</sup>posição depressiva para a actual posição esquizo-paranóide. Assim, a distância entre os aspectos “bons” e “maus” do objecto é não mais concebida como sendo meramente a consequência da imaturidade dos aparelhos perceptivos e motores, mas também como o resultado de uma estratégia nitidamente defensiva do ego. Desta forma, o ego procura defender-se de uma angústia persecutória através de uma divisão dos objectos externos em bons e maus. Ainda no âmbito dos processos de clivagem, após 1946, surge-nos como conceito absolutamente novo na obra Kleiniana a noção clivagem do ego, que é claramente considerada como um subproduto da utilização da clivagem do objecto como

---

simultâneo sem se influenciarem reciprocamente (Laplanche, 1967, p. 72).

<sup>5</sup> Definida por Melanie Klein em 1946, como o protótipo do relacionamento objectal agressivo, tratando-se de uma fantasia através da qual o indivíduo coloca a sua própria pessoa, total ou parcialmente, no interior de um outro objecto com o fim de o lesar, possuir ou controlar (Hinshelwood, 1992, p.193).

<sup>6</sup> Na teoria Kleiniana, a posição depressiva, considerada como organizadora da vida mental constitui o momento chave para o desenvolvimento e “normalidade” da personalidade. Klein descreve-a pela primeira vez em 1935 no seu artigo “Uma contribuição para a psicogénese dos estados maníacos”, sobrepondo uma teoria do desenvolvimento precoce com uma teoria psicopatológica. Já em 1940, as suas

processo defensivo. Neste sentido, levando em linha de conta a não integração do ego primitivo, Melanie Klein, supõe não ser possível o ego clivar o objecto sem antes se clivar a si mesmo. Esta clivagem do ego reproduz igualmente a dicotomia - objecto bom e objecto mau.

Com a redefinição da clivagem, é a introdução da noção de identificação projectiva que transforma mais profundamente as concepções Kleinianas em 1946. Neste seu trabalho aqui referenciado “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides”, o mecanismo de identificação projectiva surge-nos descrito como um processo de identificação muito primitivo que funcionaria aquando da indiferenciação entre o eu e os objectos externos. Neste sentido, caracterizar-se-ia fundamentalmente pela dissociação e projecção ulterior no interior do objecto externo de partes do self não desejadas, libertando assim por evacuação o aparelho psíquico dos aspectos intolerados e não suportados pelo sujeito (Amaral Dias, 1988).

Sublinhe-se, neste contexto, que nesta data as conotações “más” da projecção pesam ainda de forma considerável, e que na apresentação do mecanismo de identificação projectiva o elemento propriamente identificatório deste mecanismo permanece secundário relativamente aos aspectos projectivos e agressivos. A identificação projectiva é, portanto, abordada sob a rubrica dos ataques sádicos dirigidos contra o corpo da mãe, ataques esses conhecidos, segundo Klein, sob duas classificações: introjectivos e projectivos. Os designados introjectivos consistem em sugar, esvaziar, despedaçar, furtar os conteúdos imaginários do interior do corpo. Os outros, denominados como projectivos fundam-se na expulsão de substâncias tidas como

---

ideias sobre a posição depressiva são francamente ampliadas e apuradas ao incluir o processo de luto

perigosas para fora do seu próprio corpo, e na introdução dessas substâncias no interior do corpo da mãe (Petot, 1982).

A identificação projectiva é explicitada por Melanie Klein como base essencial de muitas situações patológicas, assim descritas: se o sujeito tem a fantasia de se introduzir violentamente dentro do objecto com o intuito de o controlar, sofrerá temor intenso de uma reintrojecção violenta à laia de retaliação vinda do exterior. Consequentemente, este temor provocará dificuldades na reintrojecção - mecanismo fundamental para a constituição do psiquismo, uma vez que é por introjecção que se constróem e estruturam os objectos internos e finalmente é permitida a formação e organização egóica. Essas dificuldades, se intensas, implicarão potenciais alterações na estrutura e desenvolvimento do ego que poderão então, segundo Klein, levar o indivíduo a isolar-se e fechar-se no seu mundo interior refugiando-se num objecto interno idealizado.

Mais tarde, Melanie Klein, retoma o conceito de identificação projectiva já não num sentido restrito à patologia, mas extrapolando-o para o processo normal da vida psíquica onde desempenharia um papel activo na estruturação e desenvolvimento de boas relações objectais. No seu trabalho sobre a identificação ("On Identification" - 1955), Klein descreve a identificação projectiva como um fenómeno normal e como elemento base e fundamental da empatia e da possibilidade de comunicação entre as pessoas (como sendo a capacidade de se colocar no lugar do outro, permitindo a sua compreensão).

---

como um fenómeno fundamental deste processo (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p105).

Desta forma, Klein acresce que este mecanismo pode então ser entendido como um fenómeno normal ou patológico, dependendo da sua intensidade e qualidade (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Também Wilfred Bion, autor psicanalítico de renome, concedeu especial importância ao conceito de identificação projectiva, relativamente ao qual acrescentou e apurou reflexões fundamentais ainda hoje tidas como indispensáveis no estudo e compreensão dos fenómenos normais e patológicos. Aliadas a estas considerações, Bion, revelou-se um pensador extraordinariamente audaz e rico em novas concepções explicativas da vida mental.

No que respeita ao mecanismo de identificação projectiva, Bion considerou-o como um dos factores essenciais implicado tanto na formação de símbolos, como presente em toda a comunicação humana, quer no seu sentido positivo, como no sentido negativo. Segundo este autor, perspectivando este mecanismo num nível normal e em acção conjunta com outro mecanismo - o de <sup>7</sup>identificação introjectiva - ambos viriam a constituir-se como os alicerces primordiais do desenvolvimento normal do indivíduo.

Descreve-se de seguida de forma sucinta este processo: o bebé ao dissociar partes de si mesmo e ao projectá-las no interior da mãe, espera poder recuperar essas partes expelidas; mas ao pretender recuperá-las, espera recebê-las sob uma forma transformada e portanto sob uma forma mais tolerável e suportável para o bebé, possível de acontecer

---

<sup>7</sup> A identificação introjectiva, também denominada por internalização nuclear, distingue-se da introjecção na medida em que a primeira se dirige ao núcleo do self, enquanto que a introjecção permanece antes na periferia do self. Trata-se de uma forma de identificação que se encontra implicada no processo de constituição do eu e da personalidade e que se encontra na base da identidade do indivíduo. A experiência da identidade constroi-se por meio de uma sequência continuada de

através da capacidade de rêverie da mãe (capacidade de receber, conter e modificar as projeções do bebê) (Grinberg, 1973).

Bion faz sublinhar o carácter comunicacional deste processo, que sem dúvida se encontra também mediado pela compreensão do modelo continente - conteúdo como a relação entre algo que se projecta e algo que contém aquilo que é projectado, e pela relação dinâmica entre as posições esquizo-paranóide e depressiva (PS «-» D). Nesta sequência, é o papel da identificação projectiva que se encontra igualmente realçado, bem como a sua importância como precursor da actividade de pensar e elemento indispensável na formação do designado “aparelho de pensar os pensamentos”, precedido naturalmente pela formação dos primeiros esboços da função alfa<sup>8</sup> (função da personalidade que opera sobre as experiências emocionais, capaz de as transformar em modelos utilizáveis no domínio mental - elementos alfa). Todas estas etapas ocorrem de forma favorável se o bebê exibir uma suficiente capacidade de tolerância à frustração, permitindo assim utilizar identificações projectivas realistas e ao serviço do seu próprio desenvolvimento. Caso contrário, se existe uma intolerância inata à frustração, o bebê tenderá a evitar a angústia e a realidade que a provoca mediante um desenvolvimento hipertrófico do mecanismo de identificação projectiva. A função alfa, como função

---

identificações introjectivas que levam a uma integração de estados sucessivos da mente e de relações com os objectos. Faz portanto parte do desenvolvimento normal do indivíduo (Grinberg, 1985, p.49).

<sup>8</sup> Bion, ao reformular as teorias existentes sobre o processo do pensar postulou uma teoria de uma função da personalidade - a função alfa - que pretende explicar como se produzem os processos de pensamento tal como se manifestam nos seus produtos finais, aplicando-a ao estudo e compreensão da capacidade de pensar e dos distúrbios do pensamento. O autor supõe então uma função alfa que converte os dados sensoriais em elementos alfa, fornecendo assim à psique material apropriado para a formação de pensamentos oníricos, e propiciando também a capacidade de acordar ou de dormir, de estar consciente ou inconsciente. Acrescente-se ainda que todas as impressões sensoriais e experiências emocionais não transformadas tomam a designação de elementos beta - que resultam impróprios para pensar, sonhar, recordar, ou exercer funções intelectuais. Os elementos beta são vividos como “coisas em si” e são geralmente evacuados por meio do mecanismo de identificação projectiva (Bion, 1967, p.133; Grinberg, 1973, p. 69).

nuclear ao pensamento fracassa na produção dos elementos alfa, não se revelando capaz de transformar ou modificar a frustração. O aparelho para pensar resulta perturbado e a psique recheia-se de objectos maus, indistinguíveis das “coisas em si” (elementos beta) e que se prestam apenas à evacuação.

Esta última face da identificação projectiva leva-nos a uma importante reflexão, elaborada por Bion, no que diz respeito ao estudo e compreensão deste processo, desta feita de carácter patológico. Refere-se a um tipo particular de pacientes que apresentam graves perturbações do pensamento, e cuja forma de funcionamento psíquico se centra na utilização de mecanismos de defesa como a clivagem e a identificação como substitutos do processo de recalçamento. Estes doentes, com patologia de foro psicótico, caracterizam-se por concretizarem constantes movimentos de ataque agressivo e odioso à realidade externa, à realidade interna e ao próprio aparelho perceptivo clivando-o em múltiplos fragmentos que se destinam a ser projectados violentamente sobre os objectos. Encontramo-nos diante do uso do mecanismo de identificação projectiva sob a forma patológica.

Assim sendo, na sequência da definição de identificação projectiva tal como foi inicialmente elaborada por Klein (1946), e tendo em conta a complexidade inerente a este conceito, Bion (1959) estabeleceu uma distinção e categorização claras entre uma forma dita normal de identificação projectiva e outra patológica. Neste sentido, e tal como Klein o referiu posteriormente, a diferença entre estas duas categorias baseia-se sobretudo no carácter qualitativo em que é empregada e não tanto no que respeita ao seu aspecto quantitativo.

Também na já extensa obra de Amaral Dias encontram-se reflectidos de modo coerente estudos e pesquisas sobre diferentes temáticas psicanalíticas, nomeadamente no que respeita ao conceito de identificação projectiva que aqui gostaríamos de realçar.

Não deixando de reafirmar e reforçar este mecanismo como uma operação mental que subentende toda a comunicação humana, e portanto como factor essencial no estabelecimento do vínculo empático, logo no desenvolvimento de boas relações objectais e na formação de símbolos, Amaral Dias (1988; 1998) debruça-se igualmente no carácter evacuativo e anti-comunicante que a identificação projectiva pode assumir quando usada de forma excessiva. É o que se sucede nas psicoses esquizofrénicas.

Segundo o autor (1995), na psicose, o paciente liberta-se de partes de si (do self, afectos, objectos internos) que são colocados no interior dos objectos, de tal modo que deixam de ser reconhecidos como suas e em consequência passam a ameaçar o psicótico a partir do seu exterior/interior. Defendendo que este afastamento e supressão da realidade se deve com maior predominância ao sentimento de ódio do que à intolerância à frustração, o psicótico revela-se pela presença dominante de aspectos persecutórios e logo, pela sua incapacidade de unir internamente as diferentes características de um mesmo objecto. A parte odiosa do objecto interno é evacuada para a realidade externa, pelo que a partir desse momento passa a ser ela a odiada.

Assim, sendo expulsa toda uma parte intolerável, não suportada e tida como diferente é a diferença que é atacada a todos os níveis: seja a diferença entre o símbolo e o simbolizado (que confere o carácter concreto ao pensamento esquizofrénico), a diferença dos sexos e gerações (em particular a diferença entre pai e filho), seja a diferença entre simetria e assimetria do pensar (Amaral Dias, 1995, p.19). Como tal na

psicose esquizofrênica, a consciência do outro como ser real e existente, conscientemente separado de si não é sequer admitida ou concebível.

Voltando a Bion (1967), o autor explora detalhadamente o mecanismo de identificação projectiva tomando-o como factor chave na diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica, e portanto como factor igualmente fundamental para a compreensão da psicose, mais especificamente da esquizofrenia.

Segundo este autor, a diferenciação entre as partes psicótica e não psicótica da personalidade funda-se no início da vida do sujeito em consonância com a mesma época em que se verificam (durante a fase esquizo-paranóide) as fantasias do bebé de atacar sadicamente o seio da mãe. Do mesmo modo, também o aparelho de percepção é alvo de idênticos ataques. Esta ordem de factores, aliada à identificação projectiva, garantem então que daqui em diante se verifique uma divergência cada vez maior entre as partes psicóticas e as não psicóticas da personalidade (Bion, 1967).

Neste contexto, o conceito de personalidade psicótica delimita não mais do que um modo de funcionamento mental que coexiste (e se organiza e estrutura de forma proporcional) com uma outra forma de funcionamento ou estado mental - a parte não psicótica da personalidade.

Ora interessando-se de modo particular pelo estudo e investigação da personalidade psicótica, Bion procura não só discriminar os mecanismos mentais envolvidos na sua organização e estruturação, como também elaborar uma sua descrição clínica. Assim, segundo Bion, a psicose caracteriza-se mediante alguns traços básicos, a

saber: uma intolerância inata à frustração; grande preponderância de impulsos destrutivos de tal modo que o impulso de amar se torna impregnado por eles transformando-se em sadismo; ódio intenso à realidade interna e externa que se estende a todo o factor que possa contribuir para a percepção dessas ditas realidades; pavor a uma eminente aniquilação; formação prematura e precipitada de relações de objecto cuja tenacidade contrasta fortemente com a adesividade com que se mantém. Neste sentido, as questões inerentes aos aspectos vinculativos e relacionais ganham uma outra importância. O vínculo, segundo Bion, descreve uma experiência emocional que relaciona continente e conteúdo (expresso pela relação entre duas pessoas ou partes de uma pessoa), sendo que a natureza dos mesmos pode ser comensal, simbiótica ou parasitária (Amaral Dias, 1998, p.39). Comensal, em que continente e conteúdo, ou seja, dois seres, coexistem mas não se encontram ou influenciam; simbiótico, quando a relação entre continente e conteúdo prevalecem para benefício dos três (indivíduos e vínculo); e parasitário, quando a relação entre continente e conteúdo é mutuamente danificadora e destruidora (Amaral Dias, 1998, p. 26). O autor considera também, que quando se fala de vínculo, se encontram sempre intrinsecamente presentes três emoções básicas: o amor (L), o ódio (H) e o conhecimento (K), sendo que este último vínculo (K) é atribuído de suprema importância para o crescimento e evolução de uma mente e de uma personalidade. K refere-se pois, ao vínculo entre um sujeito que procura conhecer um objecto e um objecto que se presta a ser conhecido.

Bion acrescenta também que o indivíduo psicótico tende de forma permanente a atacar o vínculo com o objecto, os vínculos entre os diferentes aspectos do seu eu, e também os vínculos com a realidade externa e interna. Como primordial consequência

destes ataques ao vínculo sobrevivem apenas vínculos de carácter perverso, cruel e estéril.

Outra configuração clínica própria da psicose é o fenómeno, designado por Bion, de reversão da perspectiva através do qual o sujeito psicótico se revela incapaz de alterar um dado ponto de vista ou perspectiva acerca de uma dada situação ou facto. Devido a este mecanismo, o desenvolvimento mental resulta comprometido ou detido.

A alucinação é mais um sintoma clínico presente nesta patologia. Bion explicita este fenómeno tão característico da psicose descrevendo-o como a evacuação para o mundo externo, através dos órgãos dos sentidos, de partes clivadas da personalidade (Grinberg, 1973). As alucinações, ainda segundo este autor, podem-se considerar sob três “qualidades”: as alucinações “fugazes” ou evanescentes (ouvir mal, ver mal, não entender, etc.), as alucinações “invisíveis” que tal como as anteriores não são claramente evidentes clinicamente, e finalmente as alucinações francas (que abarcam as alucinações visuais, auditivas, tácteis, etc) (Sá, 1991).

Herbert Rosenfeld, como membro do grupo fundado por Melanie Klein, baseou em muito a sua obra em torno do estudo da psicose, particularmente no que respeita ao tratamento psicanalítico desta patologia.

Em finais da década de 40 era ainda premente, numa escala razoável, a ideia de que os pacientes com patologia de foro psicótico não eram acessíveis ao tratamento psicanalítico. Tal consideração baseava-se no pensamento, em boa parte influenciado por Freud, de que este tipo de pacientes não seriam susceptíveis de estabelecer uma relação

de transferência, uma vez que a sua libido se havia voltado narcisicamente sobre eles mesmos, desligando-se conseqüentemente do objecto externo.

De uma forma pioneira, Rosenfeld em 1947, durante o tratamento da sua primeira paciente esquizofrénica, observou que era possível estabelecer-se e analisar-se uma relação transferencial com doentes psicóticos. O conceito de transferência psicótica ganha então nova forma, revelando-se de importância fundamental ao conhecimento e compreensão desta patologia. Esclarecendo os diferentes aspectos implicados na transferência psicótica que se assume com características muito próprias, Rosenfeld explicita que, durante o tratamento psicanalítico de doentes desta natureza, procura não se converter num objecto idealizado para o paciente uma vez que acredita que esta atitude perpetuaria a fantasia psicótica de onipotência, desta feita projectada no analista. Acrescenta ainda que, na sua opinião, se uma interpretação não conseguir explicar ou clarificar adequadamente uma dada situação o que se encontra falho não é o acesso do paciente à interpretação dada pelo analista, mas sim a compreensão deste daquilo que está em jogo (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Aplicando de forma inevitável conceitos desenvolvidos por Melanie Klein, como seja o do mecanismo de identificação projectiva, Rosenfeld (à semelhança de autores como Bion) não deixa de discutir a importância deste mecanismo na psicopatologia psicótica. Assim, também Rosenfeld distingue e confirma duas qualidades de identificação projectiva, referindo a sua forma patológica como intrinsecamente associada aos processos de negação da realidade psíquica, ao do controlo onipotente da relação de objecto (situação corrente na análise de pacientes psicóticos, cuja principal consequência se centra no temor de desintegração, sendo nítida a confusão entre a

realidade e a fantasia) também como forma de lidar com a inveja, e ainda como forma de estabelecimento de uma relação objectal parasitária (através da qual o doente fantasia viver inteiramente no interior do analista, assumindo uma atitude de passividade e inércia extremas e mediante a qual se defende desesperadamente de toda a emoção dolorosa - como tal, a vida do analista surge-lhes percebida como a única e possível forma de sobrevivência).

Neste contexto, considera inequivocamente que o uso intensivo da identificação projectiva patológica, como via de enfrentar angústias paranóides, leva à produção de perturbações do pensamento e das funções do ego, as quais são designadas pelo autor por “estados confusionais”. Na sua opinião, para que o tratamento de pacientes psicóticos não termine num impasse e seja levado a bom porto, torna-se crucial a compreensão da origem infantil destes estados confusionais. Deste modo, acrescenta que nestes estados o amor e ódio encontram-se francamente confundidos, originando um problema esmagador e de difícil resolução para um ser em desenvolvimento. Ora esse problema surge invariavelmente revivido na grande maioria dos estados psicóticos, situação que naturalmente se estende ao processo de tratamento psicanalítico.

Daqui em diante, Rosenfeld concentrou-se, grande número de vezes, no esclarecimento, descrição e divulgação dos diferentes aspectos da sua técnica de tratamento de pacientes psicóticos, ciente que estava de que a investigação da psicopatologia psicótica e a sua abordagem terapêutica se encontram intimamente inter-relacionadas.

Muito embora tenhamos falado de uma maneira especial sobre Freud, Klein, Bion e Rosenfeld, outros autores igualmente dignos de reconhecimento têm produzido contribuições significativas para a abordagem psicanalítica da psicose. Não sendo aqui possível realizar-se uma descrição abrangente de todos eles, mencionaremos mais alguns nomes e os temas em que se concentraram, ainda que de um modo menos detalhado.

Balint, um psicanalista nascido na Hungria, mas cuja obra foi na sua grande maioria concretizada em Inglaterra, interessou-se sobremaneira pela clínica de pacientes psicóticos e elaborou um conjunto de considerações teóricas e técnicas dignas de referência. Partindo da sua experiência clínica, Balint, deduziu uma compreensão da patologia psicótica não tanto centrada na teoria do conflito mental como factor etiológico, mas antes baseada no pressuposto de que o que ocorre com estes doentes é que lhes “falta algo”; “algo” que lhes deveria ter sido providenciado na sua infância e não foi. A este termo “algo” Balint deu a designação de “falha básica”. Considerada como um âmbito da mente pré-verbal e pré-edípico, o autor descreve a “falha básica” como sendo baseada numa relação objectal primária e diádica e cujos sentimentos de frustração e gratificação assumem uma intensidade inusitada (toda a experiência de ajuste entre o sujeito e o objecto produz gratificação; por outro lado, qualquer falta verificada nesse ajuste produz frustração).

Segundo Balint, a “falha básica” destaca-se sob o ponto de vista clínico pela ausência do conflito, isto é, na medida em que o que existe é uma falha ou falta não há forças em luta, mas sim um vazio. Nesta sequência, permanece a sensação de que algo não foi completado ou providenciado oportunamente, de tal modo que a estrutura geral

da pessoa é colocada em perigo, particularmente quando submetida a situações de tensão.

Acresce o autor que na origem desta “falha” podem encontrar-se discrepâncias primárias entre as necessidades psicobiológicas do bebé e as contribuições do meio envolvente, que por sua vez podem resultar de necessidades inatas do bebé extremamente intensas, ou de uma provisão ambiental insuficiente, incoerente ou inoportuna (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Winnicott, pediatra e psicanalista britânico, afirmou-se como um verdadeiro teórico do desenvolvimento precoce do ser humano. Baseado na sua formação e experiência profissionais é nítida, neste autor, a forma como a observação da conduta das crianças e de suas mães influenciou decisivamente a sua abordagem psicanalítica. Assim sendo, Winnicott considera que boa parte dos problemas emocionais parece encontrar as suas origens nas fases e etapas precoces do desenvolvimento. Este autor interpreta então a patologia psicótica como um insucesso do processo de individuação, rico em construções anómalas e deficientes das relações com o exterior, nas quais se encontram intervenientes de modo exagerado e intenso mecanismos como a projecção, a clivagem, a negação, as fantasias autistas, etc.

As dificuldades de «individuação» e de separação da mãe conduzem, segundo Winnicott, a um tipo de relação designada como “simbiótica” no sentido de que a criança não consegue adquirir uma existência própria, uma autonomia necessária de pensamento e de funcionamento (Olié, 1993).

Também Margaret Mahler, psicanalista austríaca, se dedicou em grande medida ao estudo e desenvolvimento emocional do indivíduo procurando igualmente entender e descrever as falhas possíveis de ocorrer durante o processo evolutivo dito normal, e suas diferentes alternativas psicopatológicas. Mahler concentrou-se fundamentalmente na investigação e estudo das psicoses infantis, tendo classificado de modo inédito sob o ponto de vista dinâmico e genético o quadro patológico por ela designado de psicose simbiótica. Até então, a psiquiatria reconhecia apenas a existência do “autismo infantil precoce”, descrito por Kanner em 1944.

Para esta autora a psicose infantil traçava-se principalmente por uma “...surpreendente inabilidade, por parte da criança psicótica, em conseguir sequer perceber o objecto humano no mundo externo, quanto mais interagir com ele, como outro ser humano separado” (Mahler, 1968).

Após a concretização de um estudo minucioso das enfermidades mentais infantis, Mahler propôs-se demonstrar a existência de uma fase de desenvolvimento, na qual o eixo psicológico é a separação - individuação da criança relativamente à mãe. Esta fase, denominada exactamente por separação - individuação constitui na sua opinião o ponto de fixação das perturbações psicóticas.

Grotstein (1977), vai por sua vez integrar as suas ideias fundamentais, no que respeita à compreensão da patologia esquizofrénica, a partir das posições esquizoparanóide e depressiva (tal como também é a partir destas duas posições que compreende o normal desenrolar do desenvolvimento da personalidade).

Segundo o autor, a posição esquizoparanóide firma-se como a fase crucial do desenvolvimento das funções maturativas chave do eu, no sentido de que é durante esta fase que as funções e o sistema do eu se vão desenvolvendo e sofrendo processos de diferenciação progressiva para depois poderem ser integrados na posição depressiva.

Ora, se na posição esquizoparanóide se verificar um aumento considerável da ansiedade persecutória ou ataque de natureza traumática poderá ocorrer uma perturbação no desenvolvimento da diferenciação, bem como uma conseqüente ruína dos processos integrativos da posição depressiva. Desta forma, para Grotstein o sujeito com esquizofrenia pode já ser esquizofrénico desde a sua infância, na medida em que o seu desenvolvimento pode encontrar-se alterado e perturbado desde o início mediante a formação de uma personalidade esquizofrénica separada, como que ocupando incognitamente um lugar importante numa psique dita normal (aguardando apenas momentos ou circunstâncias oportunas para a sua revelação) (Vidigal, 1986).

Assim sendo, perante a inoportunidade de diferenciação e integração de toda uma série de forças destruidoras e como conseqüência da convergência de factores internos e externos, estas mesmas forças libertadas prematura e descontroladamente são violentamente projectadas nos objectos, e depois internalizadas como objectos internos fortemente destrutivos. Neste âmbito, a destrutividade pode firmar-se tão intensa que o resultado implique um ataque à capacidade para sentir impressões e transformá-las em elementos do pensamento. Temos então um sujeito com uma estrutura da personalidade de tal modo arcaica (porque formada na posição esquizoparanóide através da projecção de grande quantidade de destrutividade), que ele próprio se converte no seu pior inimigo impossibilitando então qualquer possibilidade de utilização de capacidades reparadoras.

Por último, refira-se Jacques Lacan, considerado por muitos como um dos grandes autores pós - freudianos, mas não isento de controvérsia, que procedeu a uma reformulação complexa das bases da teoria freudiana, da metapsicologia e da clínica.

Como autor de uma obra, tantas vezes tida como de difícil acesso e compreensão, rica em jogos de palavras, procuraremos somente nomear alguns dos seus vectores principais no que respeita à psicopatologia.

De forma a alcançar uma explicação dos distúrbios psicóticos, Lacan propôs o conceito de repúdio em Nome do Pai. Para este autor o “Nome do Pai” pertence ao domínio do simbólico: ainda que a figura parental não esteja realmente ausente, pouca presença existencial lhe é reconhecida para que a criança se desenvolva normalmente. As perturbações psicóticas originar-se-iam então, quer a partir de um espaço exageradamente ocupado pela mãe na vida afectiva da criança, quer devido à presença de um pai demasiadamente fraco e inconsistente, ou ainda em virtude de um pai que se firma como alguém de tal modo forte, que a criança se ache na impossibilidade de organizar a sua personalidade em torno da imagem desse pai. Nesta impossibilidade é uma ausência de simbolização da figura parental que se verifica. Lacan, considerando-a como uma “abolição simbólica” passa a designá-la por “repúdio”. Neste sentido, firma-se no indivíduo uma perspectiva da realidade mal sucedida dado que na vez de se concretizar, num plano simbólico, um desenvolvimento psíquico e afectivo que envolve uma relação triangular (na qual está incluído o pai), estabelece-se antes um desenvolvimento fundado numa relação dual entre a criança e a mãe.

O repúdio da figura parental, do seu significante simbólico, justifica segundo Lacan algumas das características clínicas próprias dos estados psicóticos, a saber: a incapacidade de reconhecer a organização do meio envolvente e das suas leis sociais, certas perturbações do pensamento, a incapacidade de ordenação relacional entre indivíduos. Acresce ainda o carácter hermético do discurso, uma vez que há a confusão entre o parcial e o total e o apagar de toda uma parte do conteúdo das palavras que contribuem francamente para as características autistas e incoerentes da psicose (Olié, 1993).

No âmbito particular da abordagem e intervenção clínica da psicose, a teoria psicanalítica não deixa de ocupar um lugar cimeiro e de primordial importância.

Desenvolvida com e a partir de Freud pode-se afirmar que, neste momento, a teoria psicanalítica abrange toda uma diversidade de perspectivas e enfoques mais ou menos diferenciados, muito embora o espírito da disciplina e os seus princípios básicos se mantenham unificados.

Conscientes que estamos desta diversidade, e inevitavelmente de uma forma selectiva, procurámos referenciar e salientar alguns dos autores que cremos significativos no sentido de nos ajudar a alcançar uma apresentação compreensiva da psicopatologia psicótica. Lamentavelmente tivemos de omitir alguns deles, sem dúvida importantes na realização desta tarefa. Porém, os contributos psicanalíticos para o estudo da psicose revelam-se tão extensos e numerosos que a intenção de fazer uma revisão bibliográfica exaustiva de todos eles tornaria a nossa apresentação pouco viável.

## Parte II

### Capítulo 5 - O conceito de “cronicidade” - delimitação

A atenção e tratamento relativos à cronicidade, bem como à sua conceptualização, têm-se revelado frequentemente presentes nos temas de discussão da comunidade científica de assistência à saúde mental.

A problemática das pessoas que padecem de doenças mentais é múltipla e complexa na medida em que o que se encontra em questão é um ser nas suas dimensões bio-psico-sociais, cuja doença não se limita, na sua esmagadora maioria, a períodos de tempo restritos tendendo antes para uma evolução que se estende e perdura durante a sua vida.

Assim, revela-se necessário antes de mais tentar alcançar uma compreensão e definição do termo “cronicidade”. Aplica-se o conceito “crónico” ou “cronicidade” - crónico + idade (do grego *khrónos* = tempo), quando se pretende designar ou referir um processo morboso que progride ou persiste durante um período de tempo prolongado, que geralmente abrange toda a vida do indivíduo. A este conceito relaciona-se também a impossibilidade de cura.

Porém, se no que diz respeito às patologias somáticas e aos seus processos crónicos o conceito de cronicidade se encontra relativamente bem clarificado, o mesmo já não se poderá afirmar quanto aos quadros psicopatológicos, relativamente aos quais o conceito revela-se mais controverso.

Na tentativa de esbater esta controvérsia, ao mesmo tempo que se pretende definir e caracterizar a enfermidade mental crónica vários factores/critérios têm sido delineados, entre os quais o diagnóstico estabelecido, os anos de tratamento, número de internamentos e ingressões hospitalares, etc..

Contudo, poder-se-á seguramente afirmar que o conceito de cronicidade resulta mais claramente definido se previamente nos determos no pensamento de quem é realmente o doente mental crónico. Inicialmente a concepção que predominava de um sujeito doente mental crónico encontrava-se praticamente indissociável da ideia da pessoa que é louca, e portanto, da pessoa que inevitavelmente deveria residir num asilo manicomial. Com a ocorrência da reforma psiquiátrica e a consequente saída dos pacientes dos asilos para a comunidade foi possível testemunhar-se a aquisição de um significado renovado do termo “cronicidade”. Constatou-se então que algumas pessoas com enfermidades mentais graves e de longa duração eram capazes, sob determinadas condições, de viver em meios sociais normalizados com aceitáveis níveis de qualidade de vida.

Assim sendo, Liberman (1988), não descurando este aspecto definiu o doente mental crónico segundo três dimensões: o diagnóstico estabelecido (síndrome clínico), o nível de funcionamento e competências sociais e a duração crónica (ou extensão da doença no tempo).

Entre as diversas definições existentes que incluem estes aspectos saliente-se aquelas que fazem referência a todas as pessoas que sofrem de perturbações de foro psiquiátrico graves, cujos transtornos lhes dificultam e/ou impedem o normal desenvolvimento das capacidades funcionais (no que respeita aos aspectos da sua vida

quotidiana), e também o desenvolvimento ou manutenção da sua autonomia sócio-económica (Rodríguez, 1997, p. 39). A esta primeira aproximação operativa deste conceito acrescenta-se a definição constante no “Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais” de 1980, segundo o qual se define o indivíduo crónico como sendo uma pessoa que padece de psicose esquizofrénica, orgânica, ou perturbações afectivas maiores recorrentes que geram incapacidades de longa duração, necessidades de dependência extrema, alta sensibilidade ao stress e dificuldades em enfrentar as exigências da vida diária.

Por seu lado, Goldman e colb. (1981) elaboraram uma definição que tem resultado numa ampla aceitação por profissionais clínicos, segundo a qual os doentes mentais crónicos são aqueles que padecem de certas perturbações mentais ou emocionais (como sejam os síndromes cerebrais orgânicos, a esquizofrenia, os distúrbios depressivos e maníaco-depressivos recorrentes e psicoses paranóides ou de outros tipos), para além de outras perturbações que podem evoluir para a cronicidade e portanto dificultarem ou impedirem o desenvolvimento das suas capacidades funcionais no que respeita a três ou mais aspectos primários da sua vida diária (higiene e cuidados pessoais, autonomia, relações interpessoais e sociais, aprendizagem e tempos livres).

Uma problemática inevitavelmente implicada na delimitação e definição do conceito de cronicidade tem a ver com a questão de que a partir de que momento e baseado em que factores se pode considerar a evolução de uma dada enfermidade mental como crónica.

Num primeiro passo poder-se-á referir que o estabelecimento de um diagnóstico em fase aguda, por exemplo da psicose esquizofrénica, não define por si só, de modo

seguro, as características e/ou a inevitabilidade de uma evolução deteriorante conducentes à cronicidade. Da mesma forma, o tempo de evolução da doença não se constitui necessariamente como uma variável directamente relacionada com o processo deteriorante, uma vez que num curto espaço de tempo poderá ocorrer um nível de deterioração similar ou maior do que aquele provocado durante um período de tempo mais longo.

Assim sendo, revela-se de primordial importância o estabelecimento de critérios fáveis para a cronicidade, de tal modo que levem em linha de conta não só os critérios da sintomatologia psiquiátrica aguda, como também as áreas deterioradas que reflectem as incapacidades do doente mental crónico.

As evidências actuais cada vez mais apontam para o facto de que não existe um padrão único evolutivo da doença mental crónica (Reynauld e Beaurepaire, 1981, in Rodriguez, 1997, p.41), revelando-se antes uma tendência para uma larga diversidade de formas evolutivas.

A característica predominante da doença mental crónica parece pois apontar para uma franca heterogeneidade na evolução para uma situação crónica. Neste sentido, a “classificação” de cronicidade de uma doença mental deverá ser sempre flexível e dinâmica, de tal forma que tome em consideração todos os diferentes aspectos intervenientes no processo, como sejam a deterioração clínica resultante do estabelecimento e desenvolvimento da enfermidade, os processos de adaptação e integração psicossociais e o percurso realizado pela doença mental.

## **Capítulo 6 - A evolução da atenção comunitária ao Doente Mental Crónico**

### *1 - Os processos de reforma psiquiátrica e o desenvolvimento da atenção comunitária à doença mental crónica*

Durante muito tempo a conotação dada a um centro psiquiátrico pressupunha um carácter custodial de uma instituição asilo que reflectia, de forma mais ou menos explícita, a concepção de doença mental como uma condição patológica crónica, incurável, inalterável e de perigosidade para a sociedade. A instituição psiquiátrica (local protegido e “esterilizado”) contribuía para a garantia de uma sociedade razoavelmente sã e funcional, cujo pressuposto de base seria proteger a sociedade do louco, protegendo também o louco dele mesmo.

Toda a actividade psiquiátrica relativa a esta época encontrava-se “contaminada” por uma filosofia dualista, considerando o doente mental e a sociedade como entidades irredutíveis uma à outra e forçosamente contraditórias (Hochman, 1971).

A instituição manicomial consolidou-se assim como a principal forma de atenção comunitária à doença mental crónica, pretendendo desempenhar diferentes funções: por um lado, a já referida função social como lugar de asilo e refúgio protegido e protector; por outro lado, uma função naturalmente médica com vista ao tratamento e processo de cura, mas cuja eficácia resultou tantas vezes escassa pela ausência de métodos terapêuticos verdadeiramente eficazes e também, pelas precárias condições de vida e de

intervenção que oferecia (massificação de doentes, escassez de pessoal técnico e especializado, falta de meios e condições físicas e técnicas, etc).

Por todo este conjunto de factores a instituição asilar rapidamente vê os seus objectivos terapêuticos perderem peso e importância para na sua vez passar a predominar a função asilar, custodial e de isolamento. Nesta sequência, a segregação, exclusão, más condições de vida, falta de recursos humanos e técnicos, sobre-população, existência de poucas actividades terapêuticas e reabilitadoras acabaram por converter-se nas características definidoras das instituições psiquiátricas. As consequências revelaram-se extremamente negativas para a população internada levando à cronicidade institucional, deterioração psicossocial, despersonalização e marginalização (Rodriguez, 1997, p.57).

É com o início do século XX que se começam a desenvolver movimentos de mudança extraordinariamente produtivos para a psiquiatria. Com efeito, são diversas as condições e áreas que se reúnem e convergem no sentido de facilitar um contexto propício e possível para o nascimento e desenvolvimento dos processos de reforma psiquiátrica. Entre alguns dos principais elementos que proporcionaram e impulsionaram esta mudança, destacam-se os seguintes:

\* a ocorrência de movimentos cívicos que lutam por uma sociedade mais livre e tolerante com as diferenças e minorias, e consequentemente a extensão desta ideologia aos doentes mentais mediante a sensibilização sobre a sua situação precária, e seus direitos como cidadãos por uma vida mais digna e integrada na sociedade;

\* a implementação progressiva nos centros psiquiátricos de estratégias de terapia ocupacional, com a intenção explícita de devolver ao doente mental o sentimento de ser útil, produtivo para e dentro da sociedade;

\* concomitantemente, o desenvolvimento de novos modelos teóricos que reconhecem a natureza complexa da enfermidade mental (com destaque para os factores psicológicos e sociais), bem como a introdução das teorias psicanalíticas e dos novos modelos de saúde pública;

\* a necessidade de limitar os gastos excessivos em hospitais psiquiátricos obrigando à colocação de alternativas de atenção e intervenção mais económicas.

No decorrer deste século, começam de facto a ser promovidos os primeiros estudos sobre a família e seu funcionamento, particularmente no que respeita aos seus padrões interaccionais com a psicopatologia manifesta dos diferentes elementos do sistema familiar. São então desenvolvidas técnicas de terapia de grupo e de intervenções familiares, cuja principal ênfase é colocada não exclusivamente no indivíduo, mas nas suas interacções e nos seus diferentes sistemas e padrões comunicacionais. O objecto de intervenção passa a ser o indivíduo em relação, bem como a génese e manutenção das estruturas patológicas do comportamento (Badaracco, 1990).

Pouco depois é inaugurada a era da psicofarmacologia com o surgimento dos medicamentos neurolépticos que vêm revelar-se como elementos eficazes no controlo da sintomatologia psicótica, e complementar de modo importante a assistência psiquiátrica.

Todo este conjunto de descobertas e inovações vieram, de um modo particular, produzir importantes mudanças qualitativas nas instituições, reflectindo-se

particularmente numa modificação profunda na concepção de enfermidade mental. O hospital psiquiátrico, contexto geral do tratamento, começa então a ser considerado como um instrumento privilegiado de intervenção, dentro do qual não mais se promove o isolamento e segregação do paciente da sociedade.

O doente mental, e conseqüentemente o seu processo terapêutico passa a ser conceptualizado numa perspectiva de globalidade que tem em conta a inserção do indivíduo no seu contexto familiar e social. Mais uma vez, trata-se do sujeito e das suas relações, num jogo permanente de interações e de padrões comunicacionais complexos.

Todo o seu enquadramento familiar, social, e comunitário é considerado como parte integrante e necessariamente englobado no processo mórbido da doença mental.

Questões anteriormente tidas como opostas e contraditórias começam a ser encaradas e trabalhadas como componentes inevitavelmente indissociáveis de um mesmo processo.

São esboçados e concretizados os primeiros estudos no sentido de perspectivar um centro psiquiátrico como uma comunidade, isto é, um lugar permeável ao exterior, onde vivem e trabalham pessoas, com uma estrutura relacional e social específicas que se pretendem e querem terapêuticas.

Em 1950 William Caudhil, com base numa técnica de carácter sociológico e antropológico realiza um estudo no interior de um hospital psiquiátrico (Yale Psychiatric Institute), durante o qual ele próprio se propõe experienciar o processo de internamento e tratamento como se de um paciente se tratasse. A análise deste seu trabalho centra-se no estudo das “pressões sociais” exercidas pelo grupo sobre um paciente recém-chegado/internado, reflectindo sobre questões específicas relacionadas com este aspecto,

como por exemplo, até que ponto o papel do paciente resulta imposto pelo grupo e como o sistema de valores desse mesmo grupo poderá influenciar o indivíduo dentro de um contexto institucional em regime fechado.

Pouco tempo depois, em 1954, outros dois autores Stanton e Schwartz concebem uma investigação em torno da observação de determinados fenómenos de agitação e comportamentos dissociados em pacientes de foro psiquiátrico, como resultantes de conflitos existentes entre os membros das equipas técnicas responsáveis. Na sequência deste estudo propõem a hipótese de que a dissociação no paciente doente mental pode ser o resultado da sua vivência e participação num ambiente social gravemente dividido. Segundo estes autores, a dissociação poderia não ser então um fenómeno exclusivamente determinado pela psicopatologia do sujeito, mas estar fortemente condicionada pela estrutura do grupo social no qual ele se encontra integrado.

Assim, foi possível assistir-se uma crescente preocupação e procura de novos recursos para o tratamento do doente mental, os quais iam sendo ensaiados e implementados com uma frequência cada vez mais sentida. Progressivamente, as instituições psiquiátricas renovam-se como Comunidades Terapêuticas cujos pressupostos de base assentam em novas formas de organização, funcionamento e articulação de meios técnicos e humanos. O objectivo central funda-se na intenção clara de proporcionar ao paciente novas fontes de crescimento emocional e auto - estima, através da sua participação inequívoca na determinação e escolha das actividades do seu quotidiano (Kernberg, 1984).

Nesta linha, Maxwell Jones (1953), contribui então de forma decisiva para uma concepção de Comunidade Terapêutica mais ampla e estruturada.

O autor faz destacar a importância dos múltiplos papéis sociais que uma instituição é capaz de proporcionar aos seus doentes, de tal forma que a responsabilidade do tratamento não mais recai exclusivamente no pessoal e membros das equipas médicas. É desenvolvida e aprimorada a concepção de comunidade segundo um enquadramento sociopsiquiátrico, cuja ênfase é colocada nos aspectos socializantes da cultura grupal e em que a responsabilidade do processo interventivo é partilhado por todos os elementos com particular incidência nos próprios pacientes (Badaracco, 1990).

Citando Kernberg (1984, p. 280) com base nos pressupostos de Maxwell Jones, os princípios essenciais de uma Comunidade Terapêutica são os seguintes:

- \* liberdade de comunicação nos diferentes níveis hierárquicos e em todas as direções como expressão de um ambiente terapêutico democrático;
- \* funcionamento conjunto e organizado da equipa e pacientes no que respeita à realização do processo de tratamento com ênfase no facto dos pacientes participarem activamente como agentes co-responsáveis no seu próprio processo de tratamento;
- \* promoção de uma cultura terapêutica em que todas as actividades e interacções realizadas na Comunidade implicam a reeducação e reabilitação psicossocial do doente;
- \* análise em termos da dinâmica individual e interpessoal doente - equipa dos comportamentos observados e das suas respectivas reacções;
- \* realização de encontros de grupo com o intuito de facilitação e promoção dos aspectos atrás referidos. Estes encontros de grupo poder-se-ão distinguir entre os: “encontros comunitários” - entre toda a equipa e todos os pacientes com o fim de

examinar o ambiente social no qual todos são participantes, e ainda proporcionar o esclarecimento e possível resolução de situações tidas como anti-democráticas e autoritárias; os grupos de “governo” dos pacientes - onde é estimulada a organização dos pacientes no sentido destes participarem activamente nos processos sociais e de tomada de decisão; as “reuniões de equipa” - que são realizadas com o propósito de estudar as diferentes formas pelas quais é possível estar a ser influenciada por pressões várias, bem como pela sua própria interacção com os pacientes.

Partindo desta conceptualização, mediante a importância crescente dada à dimensão social como parte integrante e obrigatória do processo curativo (já não estrito ou exclusivamente individual), a Comunidade Terapêutica passa a ser assumida como um privilegiado instrumento terapêutico na atenção à população doente mental.

Assim, uma organização social democrática igualitária onde se pretende capitalizar, potenciar todas as relações, interacções e actividades tornam-se em constantes a defender.

Em síntese, com uma filosofia de intervenção fundamentada no conceito geral de Comunidade Terapêutica sobressai num primeiro plano a intenção de redução activa dos efeitos nocivos inerentes à estrutura social das instituições psiquiátricas tradicionais. A tal facto, não é alheia a contribuição de conceitos e noções oriundos da psiquiatria social que sem dúvida levaram à ampla aceitação da conversão da instituição psiquiátrica em Comunidade Terapêutica. Num segundo plano e de uma forma mais específica, o conceito de Comunidade Terapêutica concentra-se numa ideologia democrática e de respeito face aos indivíduos doentes mentais, em que lhes é permitido aprender a

desempenhar toda uma série de papéis e funções sociais sob uma forma intercambial. Por último, particularizando um pouco mais, poder-se-á referir que de um ponto de vista terapêutico encontra-se implícita a intenção de estimulação e reforço das partes sãs do paciente, ao mesmo tempo que se promove a “repressão” e diminuição da acção das partes ditas enfermas (Badaracco, 1990, p.28).

## *2 - O processo de reabilitação psicossocial do doente mental crónico*

O distúrbio psicótico tem sido frequentemente associado a uma doença de carácter definitivo que priva o indivíduo das suas capacidades de forma irreversível.

Sendo inegável que muitas doenças de foro psicótico evoluem de modo crónico, quer seja uma evolução contínua, quer seja intermitente, também é verdadeiro o facto de que a doença psicótica não permanece, do princípio ao fim da sua evolução, idêntica a ela própria. Esta é uma noção importante que se exige presente na medida em que justifica que se encontre para cada etapa do percurso evolutivo da doença a resposta mais adequada.

Tal como é do conhecimento geral, períodos muito longos de internamento em instituições psiquiátricas facilmente induzem efeitos e consequências de afastamento e desapego sociais no sujeito psicótico que progressivamente se acha cada vez mais estranho em relação ao mundo exterior. Por outro lado, a intervenção institucional de regime ambulatorio nem sempre consegue garantir a protecção necessária que uma fase aguda da psicose exige, durante a qual a afecção psicótica se expõe de um modo intenso,

fazendo igualmente salientar toda uma ruptura de ligações, já por si frágeis, do indivíduo com os outros (Olié, 1993).

Assim sendo, um qualquer processo de intervenção e de reabilitação psicossocial dirigido a doentes mentais crónicos só adquire um sentido e coerência plenos mediante a promoção e desenvolvimento de um modelo de atenção à doença mental que não afaste ou isole o sujeito da sociedade.

Um modelo desta natureza, aliado a todas as diferentes componentes implicadas num processo de intervenção terapêutica, apoia-se de modo significativo na implementação de redes sociais bem estruturadas que depois de convertidas em fontes de suporte social pretendem possibilitar e facilitar ao sujeito doente mental a reintegração na comunidade, bem como melhorar o seu “funcionamento” psicossocial de uma forma o mais normalizada e autónomas possíveis (Rodriguez, 1997, p. 78).

Refira-se neste sentido a importância crescente, desde a última década, do trabalho com redes sociais nos processos de reabilitação de doentes mentais crónicos que se têm vindo a consolidar como uma componente primordial na prevenção de rehospitalizações e na integração social deste tipo de pacientes. James Garbarino (1983), autor que contribuiu de modo significativo para o desenvolvimento e integração do conceito de redes sociais, explicita como uma perspectiva que tenha presente a importância deste conceito permite vêr além das causas imediatas de situações e comportamentos das pessoas, adoptando uma perspectiva que considere todo um conjunto de componentes históricas e ambientais passíveis de influenciar, mais ou menos intensamente, directa ou indirectamente, as posturas e atitudes dos sujeitos.

Gerald Caplan, psiquiatra responsável pela elaboração e desenvolvimento pioneiros de programas e serviços comunitários dirigidos à prevenção e intervenção da doença mental acentua a importância de um processo de reabilitação que tenha em conta o propósito de devolver ao doente mental a sua capacidade de se relacionar com a comunidade, e também a intenção de promover e potenciar a sua capacidade produtiva. Nesta sequência faz igualmente salientar a necessidade premente de se considerar não só o indivíduo, mas todo o seu quadro comunitário.

Caplan defende a promoção de programas de reabilitação abrangentes que se ocupem de toda a esfera da perturbação mental dentro de um contexto mobilizador do maior número de recursos comunitários possível em termos materiais, humanos e institucionais. Realça a importância de que um qualquer processo de reabilitação se pretende necessariamente integrado nos momentos de diagnóstico e intervenção terapêutica, marcando-se pela sua continuidade até à máxima integração do sujeito doente mental na comunidade (dentro das suas potencialidades e capacidades reais).

Nesta linha, o autor frisa também a necessidade de se terem presentes toda uma série de estereótipos e expectativas por parte da família, círculos de amigos e colegas e comunidade em geral, tão usualmente associados ao devir da doença mental. Tais factores poder-se-ão converter em poderosos obstáculos de difícil transposição, caso o seu devido reconhecimento e tratamento não se constituam como partes integrantes do plano e processo de intervenção e reabilitação do indivíduo.

Com o intuito de evitar situações como o isolamento e rejeição sociais em termos recíprocos paciente « - » comunidade, durante o período de internamento, os canais de comunicação entre estes deverão manter-se abertos e activos. A título de exemplo, estas

medidas de natureza francamente preventiva poderão ser providenciadas através da concessão de licenças de saída mais ou menos frequentes para a visita de familiares e amigos, e também através da facilitação de trocas de informação entre o paciente e família e/ou comunidade mediadas pelos profissionais de saúde. O autor ao abordar esta temática não deixa de sublinhar que, muito embora estas tarefas nem sempre se consigam cumprir de forma fácil e cómoda elas constituem-se, na sua esmagadora maioria, como componentes de peso para a garantia de um processo de reabilitação seguro e bem sucedido.

Já no que respeita à melhor forma de implementar e colocar em prática as ideias e sugestões propostas por Caplan, este defende a elaboração e planeamento de programas de reabilitação que tenham contidos os pressupostos base seguintes (Caplan, 1964, p.137):

- \* responsabilidade contínua pelos pacientes para além das fronteiras hospitalares e institucionais;
- \* criação e manutenção de serviços eficazes de acompanhamento ao doente mental;
- \* proximidade geográfica dos hospitais ou instituições psiquiátricas da comunidade e população por eles servidas;
- \* promoção de relações estreitas entre a instituição psiquiátrica e as agências comunitárias;
- \* recursos humanos e orçamentais adequados à aplicação prática de programas desta natureza;

\* facilidades de fornecimento de medicamentos e supervisão médica dos pacientes que receberam alta;

\* implementação de programas de educação em saúde mental para o pessoal técnico e assistente envolvido no programa de reabilitação;

\* existência de um serviço eficaz de consultas de saúde mental para apoio e suporte do pessoal assistente não profissional (em saúde mental).

Na linha do pensamento de Caplan, também Vaccaro et al (1993) defende que a reintegração psicossocial do doente mental é possível de alcançar e concretizar a partir do design e implementação de programas de carácter individual que providenciem ao paciente todo um sistema combinado de serviços de tratamento. Este sistema de tratamento que deverá sempre assumir uma atitude de continuidade e sobretudo uma postura compreensiva adequada às necessidades e capacidades dos pacientes e suas famílias, envolve os serviços de planeamento e avaliação funcional contínuas da intervenção, treino de capacidades e habilidades sociais, reabilitação vocacional, suporte das famílias dos pacientes, “case management” e farmacoterapia. Relativo a cada uma destas componentes, que naturalmente se complementam entre si e fazem parte de um todo estruturado e coordenado, o autor assinala algumas considerações pertinentes tidas como essenciais ao sucesso do tratamento e reabilitação do doente mental. Esses apontamentos são apresentados de seguida sob uma forma sumária (Vaccaro, 1993, p. 388): -» A primeira fase do processo que assenta no planeamento e avaliação funcional da reabilitação e que se pretende contínua e constante em toda a intervenção, fundamenta-se na necessidade de se tomarem em linha de conta os objectivos e papeis

com os quais os pacientes se identifiquem (uma vez que participaram na sua definição). Do mesmo modo, deverão ser tidas em consideração as capacidades e habilidades do paciente que o poderão auxiliar a alcançar os objectivos delineados, bem como os défices ou distúrbios comportamentais que eventualmente possam travar ou impedir o crescimento e desenvolvimento pessoais. A avaliação funcional e planeamento referem-se pois, a um primeiro nível de análise do problema a partir do qual é possível traçarem-se linhas gerais que permitam uma compreensão abrangente da realidade do problema e ainda, o estabelecimento de um plano individual inicial de reabilitação.

-> O treino de habilidades e capacidades sociais, como parte integrante do processo de reabilitação, poder-se-á definir como um procedimento educacional altamente estruturado com o fim específico de proporcionar a aprendizagem e execução de comportamentos sociais. Esta forma de intervenção estabelece-se mediante a realização de programas individualizados e não estandardizados, os quais são naturalmente precedidos por avaliação e análise claras e específicas dos objectivos a alcançar (por exemplo, a aprendizagem da gestão da medicação, da gestão dos recursos monetários, controlo da ansiedade em situações sociais, etc).

-> Concomitantemente, a reabilitação vocacional tem vindo a adquirir uma importância crescente como programa incluso dos processos de reabilitação psicossocial, onde são dominantes e reforçados todos os esforços no sentido de promover a máxima autonomia, independência e integração social do sujeito doente mental. A reabilitação vocacional firma-se assim, como um processo igualmente estruturado e individualizado que visa ajudar, preparar e favorecer o acesso e manutenção do sujeito no mercado de trabalho. Como tal, supõe a facilitação da aquisição, recuperação ou potenciação dos

hábitos, habilidades e conhecimentos necessários a essa integração laboral. À semelhança das outras formas de intervenção também esta exige medidas prévias de avaliação e estruturação de um programa específico adequado a cada paciente.

-> No que respeita à componente de intervenção dirigida às famílias do doente mental esta ocupa, sem dúvida, um papel e funções chaves no sistema de cuidados, tratamento e suporte social deste tipo de pacientes. O papel das famílias, como recurso na reabilitação psicossocial, demarcou-se com especial importância desde o movimento da desinstitucionalização psiquiátrica ocorrido décadas atrás. Contudo, todo o conjunto de problemas e necessidades com que têm que se confrontar quando tentam participar na prestação de cuidados do doente mental são ainda pouco conhecidos e atendidos, quando não mesmo subvalorizados. São diversos os modelos de intervenção que desde as últimas décadas foram sendo elaborados com o intuito de ajudarem as famílias nesta tarefa, ao mesmo tempo que enfatizam o papel bastante positivo que podem cumprir na reabilitação e prevenção de recaídas do sujeito doente mental. Destacam-se entre eles os modelos psicossociais que giram em torno das necessidades por eles tidas como básicas: o fornecimento de informação, o treino de habilidades e facilitação de meios de suporte. Cada um destes modelos dá uma maior ou menor relevância a cada uma destas três facetas. São modelos cujo primordial objectivo não se centra na cura, mas sim no alcance da melhor adaptação possível à doença e às suas consequências (in Rodriguez, 1997, p. 276).

-> Ainda numa perspectiva de intervenção baseada na complementaridade e interligação de serviços de tratamento, segundo Vaccaro, não se pode deixar de se referir o papel, tantas vezes indispensável, da intervenção psicofarmacológica. A

psicofarmacologia tradicional conhecida pelos desagradáveis efeitos secundários que provocava nos pacientes (parkinsonismo, apatia, disfunção sexual, disforia, etc) e que tão facilmente promoviam a sua recusa, tem vindo a tornar-se cada vez mais refinada mediante a descoberta de novas substâncias de acção neuroléptica, e simultaneamente pela sua crescente “associação” à intervenção psicossocial, contribuindo por fim para uma melhoria da qualidade de vida e eficácia do processo de reabilitação do doente mental.

-» Por último, Vaccaro assinala como factor de peso num qualquer processo de reabilitação a prática do “case management” como forma efectiva de coordenação da prestação de cuidados, de minimização de recaídas e reincidências, e de manutenção da integração na comunidade envolvente. Actualmente é de acordo geral o facto do “case management” se constituir como uma forma de intervenção bastante desejável no que toca à população doente mental. No entanto, muito embora nos EUA já tenham sido realizadas pesquisas neste campo, são ainda muito limitadas o número de publicações sobre esta matéria, acrescido do facto destas publicações não incluírem ainda definições claras e operacionais sobre como o “case management” se processa e organiza.

Em esboço de conclusão (na medida que se trata de um tema imensamente vasto e cuja exposição se apresenta aqui seguramente modesta), comente-se ainda que é fundamental ter-se em conta que a palavra ou conceito “reabilitação” assume significados únicos para cada pessoa, de tal forma que para alguns indivíduos poderá assumir um significado directamente relacionado com a reinserção e autonomia plenas, mas para outros revelar-se com um significado bem mais modesto. Assim, ao serem elaborados os objectivos a alcançar, estes devem ser delineados consoante as reais possibilidades e

potencialidades do sujeito. Reabilitar psicossocialmente uma pessoa significa ajudá-la a funcionar num dado ambiente o mais adequadamente possível, mas não quer necessariamente dizer que esse apoio seja prestado apenas durante períodos de tempo pré-determinados e definidos. A intervenção em reabilitação, como processo que é, caracteriza-se também pela sua longa duração que se pode estender por períodos de dois ou três anos, durante os quais o percurso evolutivo do paciente não se deve esperar linear, mas sim recheado de progressões e regressões face a determinadas situações concretas.

Por último, a implicação do sujeito doente mental no processo de reabilitação psicossocial deseja-se directa e activa, no sentido de que a pessoa deve poder tomar livremente as decisões vitais básicas que orientam e especificam o seu processo de reabilitação sabendo que pode encontrar na equipa profissional apoio, suporte e informação clarificadora acerca das suas opções. (Rodriguez, 1997, p.93).

## **Capítulo 7 - Intervenção em Saúde Mental na Comunidade Terapêutica**

### **Perspectiva Psicodinâmica**

#### **1 - Considerações**

Cedo na história da psicanálise o indivíduo era tido essencialmente como um sistema praticamente fechado. Esta perspectiva trazia subjacente uma especial focalização nas “componentes” biológicas inatas do ser humano.

Neste sentido, particularizava-se um maior interesse no estudo do impacto que estas “componentes” de carácter biológico exerciam no processo de maturação do organismo físico/psíquico. Um outro aspecto igualmente alvo de interesse era a compreensão de como a intensidade destes elementos biológicos poderiam contribuir e/ou condicionar o desenvolvimento de quadros psicopatológicos.

Progressivamente, o focus de estudo foi-se estendendo para o conhecimento das funções de modulação ou controlo do ego, mais especificamente os mecanismos de defesa e o modo como estas estruturas interagem com as ditas “componentes” biológicas.

Este empenho na compreensão das funções defensivas do ego, inicialmente conceptualizadas como “eixos” biológicos reguladores da expressão das condutas orgânicas, foi mais tarde refinado no sentido de integrar a ideia de um ego também orientado para a realidade externa com funções acrescidas de carácter adaptativo. Estas funções passariam a ser perspectivadas como factores moduladores, mediadores entre o organismo biológico e a realidade exterior.

Nas décadas de 40 e 50 eram ainda em número considerável as correntes teóricas psicanalíticas que, seguindo uma orientação basicamente biológica, se interessavam primordialmente pelo estudo dos modelos topográficos e estruturais do ego, bem como pelo entendimento das funções autónomas do ego, configurações defensivas, regulação dos afectos, organização dos processos de pensamento e outras funções adaptativas (Blatt, 1994).

À luz destas posições o indivíduo permanecia ainda visto como um sistema fechado, como um ser fundamentalmente regulado por um equilíbrio de forças e predisposições biológicas básicas.

Porém, anos antes, já se havia adivinhado na teoria psicanalítica, em parte influenciada pelo interesse de Freud nos fenómenos culturais, o alargar do seu campo de estudo para áreas que incluíam a dimensão cultural e social e a dirigir a sua atenção para a forma como estes factores influenciavam, directa ou indirectamente, o desenvolvimento psicológico do indivíduo.

Também a introdução do conceito de superego, como uma instância da personalidade que consiste na interiorização das proibições e exigências parentais e culturais, conduziu a uma valorização das entidades familiar e social como “forças” mediadoras na transmissão de valores individuais e culturais.

Ainda, a descoberta e aplicação do método analítico em si que, considerando o indivíduo na “relação”, faz salientar a sua constante interacção com o meio que o rodeia, portanto com o outro.

Com base nestas ideias e concepções inovadoras eis que o individual e o social passam, de modo crescente, a ser tratados como entidades não isoladas e apartadas entre

si, tidas como igualmente representadas na realidade do psiquismo (Grinberg, 1976, p. 26).

Sucessivamente, e com os contributos da teoria das relações objectais começou-se a considerar o desenvolvimento psicológico do indivíduo como tendo lugar num sistema seguramente aberto, no qual ocorrem transações complexas entre as predisposições biológicas do ser humano e os padrões de interacção interpessoais com as figuras significativas do seu meio envolvente.

Neste campo, o modelo Kleiniano porque conceptualizou o desenvolvimento já não assente numa perspectiva biológica evolucionista, mas antes numa perspectiva que sublinha a primordial importância da relação com os objectos veio sem dúvida reforçar esta nova forma de entender o indivíduo (Meltzer, 1988).

As figuras significativas do meio, com particular relevância para as figuras parentais, passam a ser encaradas como elementos essenciais na formação das estruturas cognitivo - afectivas do sujeito, definidas em termos de representações mentais do self e dos outros num mundo objectal (Blatt, 1994).

Ora, este renovado foco da teoria psicanalítica, que pressupõe claramente um entrosamento estreito entre um ser individual/biológico e um ser social, proporcionou o reconhecimento e valorização concretos do indivíduo como o construtor da sua própria realidade, ou seja, das concepções de si mesmo em interacção permanente com o seu mundo objectal. Assim, o mundo representacional do indivíduo, como construção simbólica da sua relação com o outro vai sendo progressivamente estruturado e integrado no processo desenvolvimental do sujeito.

A psicopatologia pode então acontecer como consequência de uma falha neste processo, falha essa que vai por sua vez potencialmente comprometer o desenvolvimento posterior de relações interpessoais satisfatórias e o concretizar de um conceito de self estruturado e significativo. Por esta ordem de ideias, ocorre que conceitos de self rígidos e estagnados restringem as possibilidades de estabelecimento de novos tipos de vivências interpessoais, assim como os padrões de interação relacional repetitivos limitam seriamente potenciais capacidades de mudança, revisão e crescimento do self (Blatt, 1998).

Mediante o conhecimento e compreensão crescentes do processo de desenvolvimento e construção da personalidade, tal como das consequências nefastas provocadas pelos distúrbios/perturbações possíveis de ocorrer durante este processo, surge então a necessidade cada vez mais sentida de aplicar estas conceptualizações no tratamento da doença mental. Se a dimensão social/grupal, no que respeita à perspectiva psicanalítica, se encontra já definitivamente integrada na compreensão e estudos teóricos do indivíduo, começa também a encontrar-se como componente vital nos planos de intervenção institucional.

Nesta medida, surgem aplicações crescentes das técnicas de psicoterapia de grupo psicanalítica em meios hospitalares e institucionais, onde são implementadas estruturas terapêuticas que tiram partido do grupo e das suas relações para o crescimento individual.

No que diz respeito à intervenção em doentes mentais de foro psicótico são diversos os autores (Erikson, Bion, Grinberg, Foulkes entre muitos), que sublinham a terapia de grupo psicanalítica como particularmente propícia à reabilitação e tratamento

do indivíduo psicótico, tanto pelas especiais características desta patologia (nível de regressão mais ou menos profunda, forte tendência ao isolamento social, tipo de linguagem empregue, relação transferencial realizada, etc), como pelo tipo de abordagem e enfoque utilizados por esta técnica.

Entre as diversas instituições psiquiátricas (na sua maioria “convertidas” em Comunidades Terapêuticas) que têm aplicado a psicoterapia de grupo, nas suas várias dimensões, é francamente conhecido e sublinhado por Grinberg (1957) o Austin Riggs Center de Stockbridge (Massachussets, EUA). Este centro já dirigido por nomes como Robert Knight, Otto Will e actualmente Edward Shapiro, já viu incluído nas suas equipas de investigadores e colaboradores autores como Erik Erikson, David Rapaport, George Klein e presentemente Richard Ford e Sidney Blatt (da Yale University, Connecticut, EUA).

Estes últimos dois autores têm entre outros, desde um passado recente, contribuído de forma significativa para a divulgação e concretização de trabalhos de investigação no Austen Riggs. Os seus estudos têm-se centrado na avaliação longitudinal de indivíduos psicóticos adultos submetidos a hospitalizações de longo termo (em média 2 anos), com tratamentos intensivos de orientação psicodinâmica que incluem, para além da psicoterapia de grupo no seu sentido mais estrito, a psicoterapia individual, grupos de trabalho (com programas de actividades estruturados), grupos de discussão diários e grupos com tarefas de organização.

Também conhecida neste campo, embora talvez com menor amplitude, é a instituição privada de orientação psicanalítica, D.I.T.E.M. (Diagnóstico, Investigação e Tratamento de Enfermidades Mentais), dirigida por Jorge Garcia Badaracco em Buenos

Aires. Esta instituição, que funciona segundo um modelo conceptualizado por Badaracco (Modelo da Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar), coloca em prática um sistema terapêutico que engloba a participação das famílias dos pacientes no processo de tratamento, e privilegia recursos terapêuticos como a psicoterapia individual aliada à terapia grupal, familiar e multifamiliar num contexto pluridimensional e multidisciplinar (Badaracco, 1990).

As técnicas psicoterapêuticas grupais de orientação psicanalítica têm sido largamente estudadas e aplicadas, sob as suas formas mais variadas, nos processos de intervenção e tratamento da patologia psicótica, facto que faz sobressair o seu nível de eficácia e sucesso potenciais tantas vezes já comprovados.

Neste âmbito não podemos deixar de “fechar” estas páginas com uma afirmação de Freud (1910) em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” quando numa demonstração do seu vasto conhecimento fez realçar que “... o êxito que a terapia passa a ter no indivíduo haverá de obtê-la na colectividade.” (in Zimmerman, 1997, p.24).

## *2 - A intervenção em Comunidade Terapêutica*

O conhecimento de que mudamos, aprendemos e nos desenvolvemos sob a acção de relações e experiências interpessoais/sociais não é de modo algum um conhecimento inédito, sendo possível encontrá-lo incluído em todas as teorias do desenvolvimento da personalidade. No entanto, tal como referenciado nos capítulos precedentes, a aplicação deste saber no processo de intervenção e tratamento do doente mental é bem mais recente. Assim, mais uma vez, sendo verdade que a relação terapêutica como processo a dois abarca uma componente implícita de aprendizagem que se referencia em termos de uma relação interpessoal, até há décadas atrás não era suficientemente explorada no que respeita à inclusão da dimensão social com o fim deliberado de englobar o leque relacional disponível para o paciente.

A estrutura Comunidade Terapêutica é então encarada como uma forma muito especial de terapia, por meio da qual a estrutura social global da instituição se pretende e quer incluída no processo terapêutico do sujeito doente mental.

Como se sabe, na actividade psiquiátrica, pela sua abrangência, existe uma larga diversidade de formações e orientações teórico-práticas cujas suas distintas abordagens naturalmente se reflectem nas diferentes orientações com que se organizam e fundamentam as instituições, nomeadamente as Comunidades Terapêuticas (com particular predominância das psicodinâmicas ou de inspiração psicanalítica e das cognitivo - comportamentais). Muito embora não se negue as potencialidades terapêuticas das técnicas cognitivo - comportamentais, que tantas vezes se revelam de particular aplicabilidade em muitas situações proporcionadas pelo “setting” e vivências

de uma Comunidade Terapêutica, é nossa explícita intenção debruçar-nos com especial atenção na abordagem psicodinâmica.

No âmbito desta última orientação poder-se-á então referir em traços ainda generalistas que a sua “intenção” terapêutica pretende centrar as relações indivíduo - meio no funcionamento do eu, sabendo de antemão que um meio/espço (gratificante e securizante) pode potencialmente constituir-se como um importante agente transformador de certos equilíbrios psicodinâmicos e intrapsíquicos (Badaracco, 1990). Assim, num meio protegido e de suporte, preconizado por uma Comunidade Terapêutica, procura-se oferecer ao sujeito um espaço - tempo de busca interna de alternativas com uma flexibilização progressiva da sua capacidade de adaptação.

Seguindo de perto esta filosofia, Garcia Badaracco, director de uma comunidade terapêutica de orientação psicanalítica em Buenos Aires, dedicada à intervenção e tratamento de doenças mentais graves (com predomínio das psicóticas), conceptualiza um modelo terapêutico denominado “Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar”, a qual integra no seu sistema de intervenção recursos como a psicanálise individual, terapias grupais, familiares e multifamiliares. O seu contexto terapêutico é pluridimensional e multidisciplinar, sendo que a designação multifamiliar advém da utilização da família do indivíduo psicótico como recurso terapêutico, no sentido de que as famílias se encontram integradas e participantes no processo de tratamento. Assim sendo, Badaracco faz sublinhar a importância e necessidade de, aos pacientes e suas famílias, lhes serem oferecidas e promovidas oportunidades de compartilharem experiências terapêuticas que, por sua vez, tornam possível a ocorrência de processos de crescimento psicoemocional, de individuação e maturação da personalidade. Nesta

sequência leia-se que “No sólo hemos comprobado hasta qué punto a veces la comunidad puede actuar como una familia sustitutiva más adecuada que la propia, sino hemos ido viendo la importancia de incorporar e integrar la familia verdadera en el proceso terapeutico” (Badaracco, 1990, p. 46).

Por considerarmos tratar-se de um modelo conceptual que permite uma boa compreensão teórico - prática de como se pode estruturar e organizar uma Comunidade Terapêutica para doentes mentais, insistimos na sua referência. Como tal, ainda que de uma forma sistemática, refira-se que a concepção deste modelo, fundamentado na perspectiva psicanalítica, assenta numa filosofia de Comunidade Terapêutica que mediante a utilização adequada dos seus recursos humanos e técnicos reúne todas as condições para se poder comportar como um espaço “continente”, no sentido da elaboração das partes mais psicóticas ou mais regressivas dos doentes ali integrados.

Desta forma os recursos terapêuticos ao dispor da Comunidade encontram-se instrumentados e organizados de modo a não se constituírem meramente como um aglomerado de diferentes técnicas de intervenção e tratamento, mas sim como um conjunto de experiências terapêuticas que se vão destacando e diferenciando a partir de uma matriz terapêutica comum, sempre num movimento dialéctico de crescimento e integração permanentes.

Assim, tanto os pacientes como a equipa técnica realizam “tarefas” compartilhadas que permitem conservar a continuidade do processo, bem como ir construindo uma memória grupal/história comunitária comum como espaço “continente”. O trabalho em equipe e em co-terapia é bastante valorizado e justificado pela necessidade de manter presentes a dimensão familiar e a promoção do estabelecimento de uma situação

triangular (ou estrutura triádica), factores sempre importantes mas, especialmente relevantes no que respeita à patologia psicótica (com tendência clara para a manutenção de relações diádicas narcisicamente sustentadas).

A Comunidade Terapêutica deverá pois funcionar como uma família substituta ou transaccional durante todo o tempo decorrente do processo de tratamento, capaz de gerar um ambiente emocional de segurança, estabilidade, a partir do qual as múltiplas interacções ocorrentes permitam o acontecer de experiências enriquecedoras da personalidade, e por conseguinte, o desenvolvimento de recursos egoicos, cujo déficit é certamente uma das características da doença mental (Badaracco, 1990).

*Alguns aspectos relativos ao funcionamento de uma Comunidade Terapêutica de abordagem psicanalítica*

Com o intuito de clarificar um pouco, no que poderá constituir-se uma Comunidade Terapêutica assente em pressupostos psicanalíticos, poderemos iniciar esboçando um quadro comparativo (ainda que demasiado simplista e geral) entre o processo terapêutico realizado em sessões de psicanálise individuais e o processo que pode ter lugar numa Comunidade, tendo presente uma concepção de processo terapêutico como elemento facilitador de crescimento e de desenvolvimento (ou redesenvolvimento) da personalidade do indivíduo.

Na situação psicanalítica individual, a terapia fundamenta-se em grande medida numa técnica centrada na associação livre por parte do paciente, e na interpretação psicanalítica por parte do terapeuta. Neste contexto, o processo de crescimento e

desenvolvimento da personalidade promove-se mediante processos de mudança que o paciente vai ensaiando e concretizando dentro das sessões de terapia e além das mesmas, na sua vida quotidiana.

Por seu lado, numa Comunidade Terapêutica o enquadramento resulta bastante mais amplo, uma vez que não é apenas a sessão que se constitui como “espaço” terapêutico, mas a Comunidade Terapêutica na sua globalidade - isto é, todo o conjunto de pessoas, técnicos e utentes que se encontram participantes no processo, bem como a integração dos diversos recursos terapêuticos ali utilizados. Neste sentido, dentro do espaço Comunidade Terapêutica o elemento equivalente à associação livre pode-se arriscar dizer ser a convivência entre os pacientes e a equipa terapêutica, a participação livre, ou a concretização de experiências e vivências compartilhadas (Badaracco, 1990, p.75). Além do mais, as técnicas interpretativas utilizadas encontram-se francamente complementadas com toda uma série de atitudes terapêuticas (não só verbais, mas também “agidas”), que explicitamente implicam um trabalho de elaboração, de um fazer pensar sobre as diferentes experiências vividas e compartilhadas em Comunidade.

O trabalho em Comunidade Terapêutica, orientado psicanaliticamente, baseia-se então na sua essência, no sentido de uma compreensão dinâmica dos fenómenos que ali ocorrem, pretendendo alcançar resultados terapêuticos e relevantes algo semelhantes aqueles que se podem obter nos casos de seguimento psicanalítico individual bem sucedidos. Neste contexto, importa sublinhar que tal como Badaracco o refere, a relação entre o processo psicanalítico individual e o de uma Comunidade Terapêutica de orientação psicanalítica não é de oposição ou simples soma (de ambas as partes), mas sim de complementaridade. De tal forma que situações existem em que por vezes um

dado paciente, já em acompanhamento psicanalítico individual, necessite do complemento de uma Comunidade Terapêutica por se encontrar num momento de impasse da sua evolução, com núcleos psicóticos difíceis de elaborar; ou por outro lado, casos em que o paciente, por não tolerar outro enquadramento que não o proporcionado por uma Comunidade, necessite de aí ser internado, onde se tornarão possíveis as primeiras mudanças, as primeiras elaborações, para que ao fim de algum tempo o doente possa aceitar uma terapia individual, anteriormente tida como intolerável.

Do ponto de vista da função terapêutica de uma Comunidade Terapêutica dirigida ao tratamento de doentes mentais, importa também aqui realçar algumas componentes que se encontram implicadas no processo de intervenção e na própria dinâmica do funcionamento de uma instituição deste género.

Neste âmbito, um conceito que se crê preferencial e necessariamente presente na filosofia interventiva é aquele denominado por Racamier de “prise en charge” (“tomar conta de”) (Racamier, 1970). Racamier, considera que esta noção deve compreender todo um conjunto de condições de vida do paciente, como sejam por exemplo a saúde física do doente, a prescrição de tratamentos medicamentosos (paliativos ou resolutivos), o acompanhamento e integração do paciente na própria Comunidade Terapêutica, e de uma maneira mais geral o plano global de tratamento. À noção “prise en charge” o autor associa e acresce a função “soignante”, conceito que tenta aprofundar e explicitar como uma função que se exerce ao nível do *eu* dos pacientes, sobretudo nos aspectos do *eu* que habitualmente não são atendidos pelo psicanalista no seu exercício psicanalítico. A função “soignante” deseja-se estável, coerente, disponível e não asfixiante que deve ser exercida logo a partir do momento da recepção do doente novo na instituição, e à qual o

autor acresce as seguintes ressalvas: não deve constituir-se como uma guarda do paciente, ainda que não deva ser descurada a adequada protecção do doente; por outro lado, também uma hiperprotecção ou infantilismo dos doentes não devem ser estimulados. Deverá coexistir uma preocupação em não se tender para uma tecnificação exagerada dos cuidados prestados, seja no sentido de os esvaziar do seu conteúdo psicológico dinâmico, seja no sentido de pretender assimilá-los a uma função meramente psicanalítica.

Segundo Racamier, as funções principais dos cuidados institucionais oferecidos por uma Comunidade Terapêutica deverão centrar-se na função básica da presença, e por tal, recorda Natch (1963) que a propósito deste conceito, defende que muitas das manifestações e sintomas característicos do doente psicótico se prendem com uma função principal de querer firmar a sua presença ao mesmo tempo que invoca a dos outros.

Se a esta ideia associarmos a de que o paciente psicótico é quase sempre incapaz de interiorizar e mentalizar o bom objecto, de tal modo que ele não o pode conceber sem a sua presença real externa, as considerações dos autores atrás referidos ganham particular sentido. Poderemos ainda reforçar estas perspectivas relembrando o conceito de sustentação ou “holding” de Winnicott (1960), tentando uma analogia entre os cuidados prestados pela mãe ao seu bebé (como ser que nasce desintegrado, que percebe de forma desorganizada os diferentes estímulos provenientes do exterior), e os cuidados capazes de serem oferecidos pela Comunidade Terapêutica ao doente psicótico.

Segundo Winnicott, a mãe funcionando como um “ego auxiliar” e mediante a função por ela exercida de sustentação ou “holding”, exerce um papel decisivo na

passagem de um estado de não integração (estado de fusão, sem diferenciação sujeito - objecto) que caracteriza o recém - nascido, para o estado de integração posterior (com reconhecimento de um distanciamento bipolar sujeito - objecto). Neste sentido, a proteção e os cuidados que a mãe oferece ao seu bebê não têm somente implicações fisiológicas destinadas a garantir a sobrevivência, mas sobretudo têm a capacidade de levar a que a criança consiga integrar no seu psiquismo, tanto os estímulos, como a representação de si mesmo e dos outros (desde que esses cuidados sejam providos adequadamente).

Nesta sequência, poderemos também perceber o conceito de “holding” ou sustentação ampliado-o para a relação entre uma Comunidade Terapêutica e o paciente que por ela é acolhido, no sentido da Comunidade poder cumprir um papel determinante na recuperação dos seus pacientes, aceitando assumir como tarefa sua um papel de “maternagem” suficientemente boa (Bleichmar e Bleichmar, 1992).

Assim, retomando a noção de Racamier “prise en charge” refira-se então que numa Comunidade a função por ela assumida de tomar conta do paciente requer necessariamente a disposição de reclamar institucionalmente a responsabilidade de resgatar o doente de um tipo de funcionamento mental e emocional (psicóticos) no qual se encontra envolvido e emaranhado, mas também a responsabilidade de estabelecer com o paciente um vínculo de tal natureza que lhe permita utilizar a relação interpessoal como fonte do processo de redesenvolvimento (que consistirá entre outras coisas no redesenvolvimento de recursos egoicos sãos). E ainda, saber acompanhar, tolerar e conter todas as diferentes vicissitudes que envolvem um processo terapêutico e que inevitavelmente implicam situações de progressão, mas também de regressão.

Um outro aspecto igualmente importante no que respeita ao processo de intervenção preconizado por uma Comunidade Terapêutica (mencionada na parte inicial do presente capítulo), prende-se com a inclusão da dimensão familiar no plano de tratamento dos doentes psicóticos.

Partindo-se do conhecimento de que todo e qualquer indivíduo, inclusive o paciente psicótico, em termos da estrutura da personalidade, guarda dentro de si objectos internos e/ou identificações representantes dos seus familiares, e que os doentes psicóticos realizam com suma rapidez e “eficácia” identificações projectivas (patológicas) como forma de defesa dos seus fortes conflitos com os seus objectos internos, poderemos então seguramente sublinhar que uma Comunidade Terapêutica pode assumir-se como uma estrutura capaz de oferecer todo o conjunto de condições para que estes objectos internos rapidamente “encontrem” objectos reais externos onde se possam “materializar”. Proporciona assim de forma única e preciosa oportunidades de elaboração dos conflitos internos (na medida em que promove toda uma série de situações vivenciais que tantas vezes não são mais do que uma reprodução ou reactivação dos conflitos dos pacientes com as suas representações internas). São frequentes as ocasiões em que os terapeutas ou outros elementos da equipa técnica são vivenciados como se de pais tratassem, muito embora a forma como tal é expressado possa variar entre os tons irónicos, agressivos ou afectuosos (consoante os aspectos patológicos das figuras parentais com os quais se encontra identificado). Porém, nem sempre são apenas os membros da equipa que são vividos como figuras parentais, podendo em certos casos pacientes mais velhos “desempenharem” esse papel.

Geralmente o paciente psicótico mantém com os seus familiares relações de carácter patológico, seja por de uma maneira ou de outra esse facto se demonstrar revelador de uma estrutura familiar doente, seja porque a própria organização familiar, nalgum momento do seu ciclo, “elegu” um seu membro doente sobre o qual deposita grande parte da sua enfermidade.

Assim sendo, é certo que qualquer tentativa de mudança ou pequena mudança concretizada pelo paciente pressupõe inevitavelmente implicações, mais ou menos directas, mais ou menos rápidas, na estrutura da família desse paciente, levando a que a família naturalmente reaja a tais mudanças mediante mecanismos de auto - regulação que tendem a manter a sua estrutura e modo de funcionamento tal e qual estavam. Esta questão traz inerente sentimentos de grande ambivalência familiar, na medida em que se por um lado a família deseja vêr o seu doente completamente curado e idealmente apto para funcionar em pleno no meio socio - profissional (e deixar finalmente de ser uma fonte de constantes preocupações e angústias), por outro lado, é-lhe difícil tolerar e fazer face a todas as potenciais possibilidades de mudança, caracterizada pela antevisão de uma fase repleta de transformações (de funções e papeis), facilmente vivenciados como ameaçadoras, pela imprevisibilidade da reestruturação de um modelo de relações bem conhecido e controlado (habitualmente definido como de estrutura intrapsíquica narcisista, com tendência clara para a aglutinação e relações simbióticas).

Além do mais, não se revela fácil para uma família tolerar o percurso não linear do paciente em processo de tratamento, sendo que usualmente as recaídas não são bem aceites podendo ser consideradas como verdadeiros fracassos terapêuticos.

Por todo este conjunto de circunstâncias, comprova-se a necessidade de inclusão e participação das famílias nos planos terapêuticos, promovendo-lhes antes de mais, o desenvolvimento de insight familiar e da capacidade para tolerar a angústia e frustração aliados a um percurso de tratamento difícil.

Desta forma, ganha corpo a necessidade de adequação das expectativas e atitudes da família perante as diferentes vicissitudes do tratamento, com particular ênfase nas recaídas, de tal modo que estas deixem de ser necessariamente encaradas como fracassos, mas sim como pequenas mudanças possíveis de ocorrer durante a evolução do processo cura, como formas de ensaios e erros através dos quais o paciente vai conseguindo adquirir estabilidade e segurança internas (Badaracco, 1990).

Assim, a facilitação da mudança da estrutura familiar, através da participação dos familiares na Comunidade Terapêutica, permitindo-lhes acompanhar activamente o processo de mudança preconizado pelo próprio paciente, revela-se como um factor sem dúvida essencial para que este paciente possa capitalizar os benefícios e melhoras progressivamente adquiridos, mas muitas vezes não suficientemente consolidados.

O modelo conceptualizado por Garcia Badaracco segue de perto esta filosofia, concebendo a Comunidade Terapêutica Psicanalítica como um campo psicológico de estrutura multifamiliar, e o processo terapêutico aí levado a cabo como um conjunto de mudanças que vão ocorrendo no indivíduo, nos seus familiares e no grupo familiar na sua totalidade, no sentido de uma maior maturação da personalidade de cada um destes elementos, e consequentemente numa maior maturação das suas relações interpessoais.

Muito embora, durante algum tempo a ortodoxia psicanalítica ter desaconselhado o contacto entre o terapeuta e a família do paciente em tratamento, crente que estava que

tal contacto poderia perturbar a relação transferencial e contratransferencial terapeuta - doente, actualmente essas considerações encontram-se já superadas. A inclusão e presença da família, apesar de não se tomar como tarefa fácil (na medida em que, ao reunir o paciente psicótico com a sua família, são mobilizadas ansiedades e angústias profundas), tem sido demonstrada e reforçada como factor necessário para a confrontação das fantasias do paciente com a realidade (objectos reais da sua história familiar), reconstrução da história e conflitos vividos, e reestruturação das relações objectais.

*Alguns aspectos relativos ao funcionamento e integração do paciente psicótico na  
Comunidade Terapêutica*

A entrada e integração de um paciente psicótico numa Comunidade Terapêutica resulta quase sempre como um processo não isento de resistências e desconfianças, tanto por parte do próprio indivíduo, como da sua família. Não deixa de ser frequente que a família, apesar de aceitar que o sujeito não se encontre bem, não reconheça facilmente a gravidade da situação e a necessidade premente do paciente em ser ajudado. Já o doente, cuja patologia na sua maioria das vezes data de bastante tempo atrás, dificilmente procura ajuda ou se mostra disposto a aceitá-la quando proposta.

Uma vez integrado na instituição, o doente passando por uma primeira fase de adaptação a um novo espaço relacional e interaccional vai amiudadamente ensaiando atitudes, posturas, comportamentos de “estudo” e de experienciação dos limites, normas, estrutura e funcionamento dos outros e do local onde se encontra agora inserido.

Durante este período de “aterragem” e exploração do meio, não são raros os movimentos e actos de natureza provocatória e até de alguma agressividade física e/ou verbal que visam os outros pacientes e a própria equipa de profissionais.

Encontram-se pois “armadas” toda uma série de defesas e resistências face a um novo contexto para si desconhecido, dentro do qual parece não saber “estar”, não saber “funcionar”, nem se reconhecer como podendo dele fazer parte. Neste sentido, os sentimentos de inveja e as consequentes dificuldades de incorporação do bom objecto (Comunidade Terapêutica e técnicos) são alguns dos fenómenos que sobressaem.

Todavia, após algum tempo de integração do paciente é possível observarem-se e sentirem-se progressivamente mudanças no seu modo de estar, de se relacionar consigo, com o outro, com a própria instituição. É frequente estas pequenas mudanças acontecerem inicialmente apenas em termos quantitativos, mas sem deixar de antever oportunidades de ocorrência de mudanças de carácter qualitativo, no sentido de gradualmente nos ser dado a perceber índices de uma transformação interna futura a nível das suas relações objectais, na natureza dos seus objectos internos e na sua relação dialéctica com a realidade (Badaracco, 1990, p.235). Acrescente-se a este propósito que as ditas transformações possíveis de acontecer ao longo do processo terapêutico não são acumulativas nem aditivas, mas sim integrativas.

O doente psicótico aos poucos poderá ir experienciando a oportunidade de vivenciar e sentir que as suas angústias, os seus medos, os seus temores são ali “autorizados”, tolerados, suportados e que a sua exposição não implica na realidade a destruição da sua imagem perante os outros, sobretudo perante as figuras de identificação (porventura protagonizadas pelos terapeutas). Sentimentos de confiança, de

segurança e suporte vão ganhando espaço e um significado consolidado dentro do paciente, ajudando-o no sentido de melhor ultrapassar e elaborar a ambivalência entre a permanência num estado doente, patológico e a evolução para um estado mais funcional, mais estável, porém não isento de sofrimento (que implica naturalmente uma maior capacidade de tolerância à frustração).

Assim, é face a este sentimento de ambivalência entre duas “forças” de conteúdo e significados opostos que por vezes o sujeito se sente tentado a subordinar-se ao “funcionalismo” e economia do estatuto de doente mental. Foi dentro deste registo particular que o indivíduo se inscreveu e dentro do qual criou, apesar de tudo, uma determinada identidade. “Sucumbir” ao lado potencial de um processo terapêutico pode, na sua fantasia, implicar o risco de perder essa sua identidade perante si mesmo como indivíduo e como ser “social”.

Não deixa de ser frequente o facto do paciente psicótico vivenciar o seu tratamento sob fortes sentimentos de pânico e desconfiança (temores e suspeitas de natureza paranoide), acreditando que a proposta inerente ao processo terapêutico assenta numa intenção clara de destruição daquilo que ele é e representa como indivíduo, para no seu lugar se “construir” alguém novo e diferente.

Nesta sequência, facilmente pode predominar no paciente uma tendência para entender toda a interpretação, chamada de atenção ou aconselhamento como verdadeiras exigências e imposições oriundas do terapeuta e da própria Comunidade Terapêutica, atribuindo a estes, por identificação projectiva, intenções de provocar danos e maiores doses de sofrimento.

Assim, as relações objectais primam pela sua parcialidade, sobressaindo aspectos clivados que permanecem dissociados da relação como forma de evitar o sentir de sensações ou sentimentos intoleráveis (dos quais o paciente se procura “livrar”, mais uma vez, por meio do mecanismo de identificação projectiva).

Neste contexto, Badaracco (1990) faz realçar, relativamente ao uso deste mecanismo, que quando o psicótico faz do outro (neste caso o(s) terapeuta(s) e/ou Comunidade Terapêutica) o depositário dos conteúdos por si projectados, fã-lo de tal maneira que o compromete e envolve num tipo de vínculo particular com características muito próximas àquelas descritas como relação simbiótica patológica e transferência psicótica.

Parece então evidenciar-se o facto da doença mental se percorrer sob uma necessidade de um outro muito mais intensa e acutilante do que a verificada numa pessoa dita normal. Muito embora esta necessidade possa permanecer, durante certo tempo, camuflada por manifestações regressivas e de resistência e/ou de agressividade, uma vez atenuadas estas manifestações o paciente tenderá a apegar-se ao terapeuta com forte tenacidade e sentimentos de exclusividade, estabelecendo com ele um vínculo simbiótico (absoluto) e de grande dependência. No entanto, este tipo de relação (também extensiva ao objecto - instituição) tão súbita quanto intensa caracteriza-se igualmente pela sua grande fragilidade, encontrando-se permanentemente sob risco de ruptura. Este tipo de pacientes, com particular ênfase para os esquizofrénicos, por conservarem no seu mundo vivencial a característica de clivarem, dividirem a realidade em boa e má, podem ora fazer uma identificação projectiva massiva de um dado objecto idealizando-o excessivamente, caindo numa relação de extrema dependência, ora por meio do mesmo

mecanismo tomar esse objecto como persecutório, recusando a relação com o outro de forma violenta. Por tal, na medida em que os conteúdos e funcionamento psicóticos podem não facilmente assumirem um papel quase “estrutural” na relação com o objecto - neste caso com o terapeuta - revelando situações de difícil abordagem, este último pode por vezes sentir-se enredado em sentimentos de impotência e nas suas próprias reações contra - transferenciais, sentindo-se “aprisionado” por um tipo de vínculo insistentemente recriado pelo paciente psicótico. A natureza deste vínculo que põe a descoberto toda uma série de sentimentos que se prendem com carências primárias de recursos egoicos verdadeiros e são ( e daí as sensações de desamparo, de impotência sentidas depois também pelo próprio terapeuta), é por isso mesmo frequentemente acompanhada de fortes sentimentos de onnipotência.

Relativamente a esta aparente onnipotência (processo obviamente defensivo, mas que exerce uma prejudicial função de desvalorizar e anular as possibilidades estruturantes dos diversos recursos terapêuticos que estão a ser utilizados), deseja-se encontrar uma forma de lhe colocar limites para que seja possível construir-se progressivamente recursos egoicos mais são.

Todavia, se o vínculo, e portanto a eventual relação simbiótica paciente - terapeuta tem (num dado momento), tendência a persistir revela-se clara a necessidade da presença de um terceiro elemento, que intervindo nesta relação simbiótica poderá auxiliar ambos a libertarem-se deste vínculo narcisista - que os limita e empobrece o processo terapêutico. A estrutura Comunidade Terapêutica exercendo esta função de terceiro elemento oferece pois, um contexto de trabalho ideal, de suporte e securizante, tanto para o sujeito psicótico como para o terapeuta.

Voltando um pouco atrás no que diz respeito ao sentimento de onipotência, acrescenta-se que num processo terapêutico a diminuição deste sentimento pode implicar o aparecimento de um estado depressivo, no sentido de que o paciente ao perder a sua onipotência descobre em si profundas sensações de impotência (condicionadas pela falta de recursos egoicos), podendo também experimentar uma perda ou sensação de vazio de tal intensidade que se chegue a sentir como alguém desprovido de qualquer sentido, uma pessoa sem vida.

Ora, se por um lado a elaboração destes estados pode permitir a estruturação de alguns elementos base de individuação e crescimento, por outro lado, se esta fase depressiva não for suficientemente contida e suportada (pelo terapeuta e extensivamente pela própria Comunidade Terapêutica) pode-se tornar premente a ocorrência de regressões patológicas não operativas, ou mesmo tentativa de suicídio.

Finalmente, e salvaguardando todas as vicissitudes aliadas a um processo de intervenção e tratamento do paciente psicótico, que se assume indubitavelmente como não linear e tão frequentemente preenchido por circunstâncias de certa imprevisibilidade, fecharíamos este capítulo ensaiando um esboço condensado de algumas das “fases” relativas ao percurso terapêutico pelas quais um paciente psicótico (sob intervenção e integração numa Comunidade Terapêutica) poderá atravessar. Para tal, mais uma vez recorremos a Garcia Badaracco (1990, p. 142) que assinala então o seguinte: Segundo este autor, num primeiro momento, logo após a integração do paciente na Comunidade, podendo encontrar-se embrenhado na sua própria realidade mental onipotente podem ocorrer manifestações e comportamentos de natureza “estática” ou autista. A relação

com o outro encontra-se dominada por uma necessidade de distância algo rígida, recheada de componentes fóbicos e/ou esquizóides. Porém, não se revela rara a ocorrência de “acting - out” excessivos que fazem sobressair aspectos confusionais entre os mundos interno e externo.

Posteriormente, uma vez resgatados de um funcionamento de natureza autista, é possível constatarem-se tentativas de estabelecimento de algum tipo de comunicação. No entanto, esta estabelece-se de uma maneira claramente perturbada, em parte devido às constantes frustrações experimentadas e potenciadas pela sua ferida narcísica. Os comportamentos de “acting - out” são possíveis de diminuir em intensidade, podendo manifestar-se algum tipo de comportamentos que revelam a existência de um processo secundário operante.

Seguidamente a esta etapa, Badaracco assinala uma outra eventualmente caracterizada por um estado depressivo intenso, que encontra a sua raiz no facto do paciente se vêr agora confrontado com a sua loucura, e perante a “tarefa” de ter que elaborar a perda da sua enfermidade, da onnipotência que lhe é inerente, dos seus pais internos idealizados, das identificações patológicas. Associado a estes aspectos pode dar-se uma maior aceitação de uma dependência terapêutica e da dependência emocional com o outro.

Este conjunto de circunstâncias, a decorrer de forma favorável, permite o surgimento de um período dedicado à reconstrução e crescimento egoicos. As evoluções positivas do processo de tratamento alternam, de modo frequente, com a ocorrência de regressões neste mesmo processo (tantas vezes de sentido estratégico, como forma

defensiva ao temor do progresso, da cura, ao mesmo tempo que por sentimentos de culpa e inveja face às pessoas que acompanham e ajudam o paciente a crescer).

Por último, o autor refere uma fase durante a qual se vai consolidando uma certa estabilização dos ganhos que têm vindo a ser adquiridos, podendo então iniciar-se um período final e progressivo de desapego e separação.

### **Parte III**

## **Contributo Pessoal**

### **Capítulo 8 - Conceptualização do problema**

A psicose sublinha de forma acentuada a perda de algo que desde sempre o homem temeu perder – a razão. A perturbação psicótica inscreve, sem dúvida, uma ferida profunda na personalidade do indivíduo colocando em causa de modo extraordinário e intenso toda uma série de particularidades próprias de um ser psico-social: as suas capacidades de comunicação, a sua maneira de apreender o real, de conceber e lidar com as situações sociais, com o passado, o presente e o futuro (Olié, 1993).

Como tal, a psicose impôs, desde muito cedo, a intervenção de cuidados de saúde especializados, que inicialmente se definiram na sua essência pelo recurso a asilos hospitalares de carácter fundamentalmente custodial. Se estes pareceram ser, a princípio, uma solução funcional e económica, rapidamente fizeram realçar os seus efeitos e implicações nocivas obrigando-se a um esforço de remodelação e mudança profundas na sua concepção e intervenção da doença mental. Reflectiam-se assim, novas tendências assistenciais que se centravam em medidas que pretendiam transformar um hospital psiquiátrico numa instituição verdadeiramente terapêutica.

A concepção de doença mental havia-se modificado, desejando-se evitar o mais possível o isolamento e a segregação do paciente da sociedade. Na sequência deste movimento é definido e popularizado o conceito de Comunidade Terapêutica por autores

como Maxwell Jones, facto que contribuiu para o franco reconhecimento da importância do tratamento do sujeito psicótico em instituições realmente terapêuticas que valorizassem a cultura grupal e a responsabilização do tratamento compartilhada pela equipa técnica e pelos pacientes.

Desde então, tem vindo a ser igualmente constatada e reforçada a necessidade de ser proporcionada ao paciente psicótico uma intervenção fundada na constância e continuidade terapêuticas. Estes aspectos têm sido reafirmados por autores como García Badaracco (1990) que os refere como elementos terapêuticos fundamentais no sentido de permitir ao paciente “construir” a constância da relação objectal, situação que se consegue através da permanência da instituição como Comunidade Terapêutica.

Assim sendo, este tipo de instituição fundamenta-se como capaz de se comportar e funcionar como uma família substituta ou transaccional que ofereça ao paciente um contexto emocional de segurança, a partir do qual as múltiplas interacções permanentemente em jogo permitam a concretização de experiências enriquecedoras, e por conseguinte o desenvolvimento de recursos egoicos, cuja carência ou déficite é uma das essenciais características da doença psicótica (Badaracco, 1990).

A integração do paciente psicótico numa Comunidade Terapêutica e portanto num grupo por excelência parece oferecer vantagens creíveis em termos do seu processo de tratamento, nomeadamente no que respeita ao atenuar dos seus sentimentos de estranheza e também das suas ansiedades de carácter paranoide, no favorecimento da compreensão dos motivos do seu internamento, na facilitação da prova da realidade, na integração e compreensão dos fenómenos transferenciais, na facilitação da socialização, na consolidação das fronteiras do eu (Figueiredo, 1977).

No âmbito destas considerações que encontram a sua melhor explicitação e aprofundamento nos capítulos teóricos precedentes, delineámos o objectivo de estudar, em termos psicodinâmicos, o percurso evolutivo de um paciente psicótico em processo de tratamento, no sentido de analisar a evolução dos mecanismos psicológicos mais característicos da perturbação psicótica.

Na medida em que a convivência e integração de um sujeito com psicose numa Comunidade Terapêutica se constitui como um campo de observação privilegiado para o estudo e tratamento de pacientes com este tipo de patologia, propôsémo-nos estudar um caso de esquizofrenia internado e em tratamento numa Comunidade Terapêutica especialmente vocacionada para a intervenção em doentes mentais do foro psicótico, durante um período de tempo de seis meses.

## **Capítulo 9 - Considerações metodológicas gerais**

O método de investigação do estudo de caso poder-se-á definir, de forma simplista, como um estudo intensivo e descritivo de um dado indivíduo, organização ou evento (Barlow, 19.?). Historicamente o método do estudo de caso encontrou as suas origens na medicina, pelo que o seu uso no campo da psicologia fundou-se pela via da especialidade psiquiátrica. Assim sendo, muitos são os estudos de caso em psicologia que se centram em casos individuais relativos à psicopatologia e formas de intervenção psicoterapêutica.

Caracteristicamente o estudo de caso é usualmente uma investigação longitudinal, na qual se pretende estudar um dado indivíduo ou indivíduos durante um determinado período de tempo que oscila entre alguns meses e anos. Muito embora seja preferencial a tentativa de elaborar inferências a partir do estudo de um caso para outros indivíduos ou situações (assegurando-se assim a validade externa do estudo), este método de investigação é tipicamente descritivo na vez de inferencial. Esta metodologia não é de todo isenta de limitações, na medida em que se encontram inevitavelmente envolvidas numerosas variáveis independentes e dependentes de difícil controle. Colocam-se assim questões directamente relacionadas com a validade e qualidade do plano de investigação, nomeadamente no que respeita à validade de constructo, validade externa e fiabilidade. Procurámos no entanto atenuar algumas destas limitações inerentes.

Assim sendo, na sequência do objectivo de estudo delineado foram primariamente considerados alguns aspectos metodológicos centrais no que respeita aos procedimentos no desenho do estudo de investigação:

1- definição da unidade de estudo, que neste caso particular são os mecanismos psicológicos do próprio indivíduo.

2- elaboração de um protocolo de entrevista que servirá em simultâneo como um guião a ter em conta na realização das entrevistas (de carácter semi-estruturado), mas também como uma base de dados de parte das informações colhidas durante essas mesmas entrevistas.

3- Recolha e selecção de um instrumento complementar de avaliação de acordo não só com a sua eficiência e aplicabilidade, como também com a sua adequação ao objectivo do estudo proposto.

No que respeita ao ponto 2. atrás mencionado, a elaboração de um protocolo de entrevista prendeu-se na sua essência a dois objectivos:

a) reunir de forma sistemática e organizada todo um conjunto de questões a serem abordadas no curso de todas as entrevistas realizadas com o paciente, no sentido de estruturar a informação recolhida sob um modo coerente e operacional;

b) criação de uma base de dados das informações recolhidas de modo a facilitar o seu tratamento e análise comparativas posteriores.

Este protocolo foi construído com base em itens referentes ao modelo de registo psiquiátrico elaborado por Kaplan e Saddock (1981) e em itens de um modelo semelhante defendido por Ruiz Ogara (1982). O protocolo de entrevista (Anexo I)

encontra-se dividido em dois grandes eixos, o primeiro dos quais a ser utilizado exclusivamente na primeira entrevista, uma vez que se refere a questões relativas à anamnese e outros dados pessoais do paciente. O segundo eixo – Exame do estado mental – reporta-se ao protocolo/guião propriamente dito, este sim a ser utilizado em todas as entrevistas a serem realizadas com o paciente.

No que diz respeito ao ponto 3., à selecção de um instrumento de avaliação, foram tidos em consideração os seguintes aspectos:

a) o domínio da avaliação do instrumento deverá relacionar-se com o objectivo de estudo estabelecido, bem como com o tipo de paciente que está a ser avaliado.

b) o tipo e a natureza do instrumento deverá adequar-se à intenção de ser aplicado em dois momentos distintos do percurso evolutivo do paciente, na medida em que se pretende estudar, em termos comparativos, esse mesmo percurso ao longo de um período de tempo de seis meses.

c) o instrumento já deverá ter sido aplicado em investigações e estudos semelhantes e aplicado no mesmo tipo de pacientes.

Assim sendo, com base nos critérios referidos optou-se pela utilização e aplicação do conjunto de escalas “The Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations”. Dos diversos estudos onde estas escalas foram aplicadas destaca-se uma investigação levada a cabo por Sidney Blatt (Professor de psicologia e psiquiatria da Universidade de Yale) e por Richard Ford (técnico superior do Austen Riggs Center), posteriormente publicada em forma de livro. Resumidamente, trata-se de

um estudo centrado em 90 doentes com patologia do foro psicótico internados numa clínica de tratamento de longo-termo, de orientação psicodinâmica, cujo período de investigação e avaliação rondou os 15 meses. Os autores pretenderam avaliar de forma sistemática "... the effects of the therapeutic process with seriously disturbed patients hospitalized in an intensive, long term, open inpatient treatment facility ..." (Blatt, 1994, p.1). Tencionando avaliar a mudança terapêutica, os autores estavam particularmente interessados na avaliação da mudança das dimensões psicológicas e comportamentais que ocorriam nos sujeitos que se encontravam já próximos do final do seu programa terapêutico.

Tratando-se de uma escala norte-americana, uma segunda tarefa consistiu na sua necessária tradução para a língua portuguesa (autorizada pelos autores), tradução essa que obedeceu à seguinte metodologia:

1º - realização de uma primeira tradução da escala para a língua portuguesa por duas pessoas independentes, uma das quais com formação especializada em línguas.

2º - confrontação de ambas as traduções obtidas, no sentido de conseguir-se um consenso relativamente a eventuais aspectos discordantes das mesmas e consequentes correcções ou alterações.

3º - a partir da versão consensual foi realizada uma re-tradução para a língua original, inglês, realizada por uma terceira pessoa independente de todo o processo anterior. Introdução de eventuais correcções.

4º - repetição do processo de tradução para obtenção de uma versão portuguesa da escala o mais fiel possível da escala norte-americana original.

Refira-se ainda, que esta escala encontra-se actualmente a ser utilizada por uma equipa de psicólogos de Lisboa que tomou conhecimento deste instrumento por nosso intermédio, e cujo processo de tradução foi em parte realizado com a colaboração desta equipa.

## **Capítulo 10 - Contexto clínico do estudo**

A Comunidade Terapêutica – Quinta da Tapada é uma instituição privada de pequenas dimensões vocacionada para a intervenção e tratamento clínico a longo – termo de pessoas com distúrbios mentais graves, mais especificamente com perturbações do foro psicótico. Esta instituição funciona em regime aberto e tem por base uma equipa técnica constituída (na altura do presente estudo), por dois psicólogos directores a tempo inteiro (casal proprietário e residente na Comunidade Terapêutica), uma psicóloga clínica e uma assistente social, ambas a tempo parcial e alternado, e ainda por uma médica psiquiatra em regime de avença.

A organização e estrutura da Comunidade proporciona um apoio e acompanhamento permanentes dos pacientes, sendo que os dois psicólogos directores prestam apoio em regime permanente (isto é, diurno e nocturno) e os restantes técnicos superiores (psicóloga e assistente social), oferecem o seu apoio em regime maioritariamente diurno. A médica psiquiatra desloca-se à instituição sempre que a sua presença e intervenção sejam consideradas necessárias.

É dada uma atenção particular e de relevância ao funcionamento da instituição como Comunidade Terapêutica, sendo realizadas bi-semanalmente reuniões comunitárias (entre todos os pacientes e a equipa técnica), e ainda sessões de terapia em grupo que tomam lugar uma vez por semana. Serviços de suporte como actividades educacionais/escolares, de formação profissional e recreativas são igualmente promovidas e reforçadas.

O programa terapêutico aqui colocado em prática obedece às linhas de orientação fundamentalmente psicodinâmica, constituindo-se a Comunidade Terapêutica como um elemento central na oferta de um espaço continente seguro, adequado e integrador.

Neste sentido, se um processo terapêutico e de reabilitação psicossocial pretende devolver a médio e longo prazo o paciente ao seu meio ambiente originário, onde concerteza se confrontará com todo um conjunto de dificuldades próprias das relações interpessoais, a Comunidade Terapêutica assume aqui o primeiro passo para o início de toda esta complexa aprendizagem.

Do programa terapêutico estabelecido, que atende ao indivíduo e ao grupo, podem-se identificar em traços gerais as seguintes fases:

- Uma primeira fase de integração/adaptação do paciente à Comunidade, bem como às suas regras e normas de funcionamento, sendo que é ao longo desta fase que se concretizam os primeiros estudos de avaliação do caso, e conseqüentemente a elaboração do plano individual de intervenção. Na generalidade dos casos o paciente recém-chegado deverá compartilhar o seu quarto com um outro paciente, respeitando o mais possível aspectos como a idade e o tipo de patologia. Por detrás desta medida encontra-se essencialmente a consideração de que se deve evitar que estes pacientes vivam isolados, facto que lhes é característico e que pode ser reforçado por toda uma situação que lhes é agora nova e desconhecida.

- Fase de intervenção terapêutica propriamente dita que abarca toda uma integração de diversos recursos disponíveis e adequados a cada caso e que passam pelo acompanhamento médico/psiquiátrico, acompanhamento psicoterapêutico individual e/ou grupal, integração e apoio escolar ou profissional, etc.

- Fase de preparação da reintegração socio-familiar e acompanhamento da sua implementação (com apoio no período pós-alta).

Chama-se a atenção para o facto de que estas fases não são naturalmente estanques, nem têm períodos objectivamente pré-determinados, sendo que a sua duração se encontra directamente dependente do processo evolutivo de cada paciente em particular.

Recentemente foi adquirida uma moradia que se situa nas imediações da Comunidade, a cerca de 100 metros desta e que se destina ao alojamento de pacientes que se encontram na última fase do programa terapêutico e em pleno processo de integração socio-familiar. Como tal, esta “casa de saída” assume como intenção central o favorecimento de uma maior autonomia pessoal e social, permitindo-lhes em concomitância um funcionamento o mais normalizado possível. A duração no tempo desta estada transitória poderá variar entre os 1/2 meses e 1 ano. Os pacientes ali integrados continuam a receber todo o apoio e suporte necessários da “casa mãe”, sendo que provisoriamente as suas refeições ainda têm lugar na casa principal (pelo facto da cozinha da “casa de saída” não se encontrar ainda em pleno funcionamento).

### *1. Caracterização sumária da população internada na Comunidade Terapêutica*

À data deste trabalho, de um total de 11 indivíduos internados na Quinta da Tapada (que inclui aqueles que se encontram alojados na “casa da saída”), 45% são do

sexo feminino e 55% do sexo masculino. A sua faixa etária situa-se entre os 25 e os 42 anos de idade e a sua média de idades ronda os 31 anos.

No que respeita à estrutura familiar destes pacientes, 73% provêm de famílias monoparentais, entre os quais 45% por divórcio e 27% por falecimento de um dos pais. Estas famílias apresentam todas elas um nível socio-económico razoavelmente elevado, ao qual não é alheio o facto de se tratar de uma instituição privada.

Todos os pacientes têm actualmente uma ocupação escolar ou profissional, facto que não se verificava para todos eles à data da sua entrada na instituição.

Destes 11 indivíduos, 2 concluíram com êxito um curso de formação profissional (com equivalência ao 12ºano), 4 frequentam o ensino secundário (2 dos quais o 12º ano de escolaridade), e finalmente 5 frequentam o ensino universitário.

A duração média de internamento desta população ronda os 25 meses, em que o maior período de tempo de internamento é de 60 meses e o menor de 4 meses.

## **Capítulo 11 - Desenho da investigação**

Definido que estava o objectivo do estudo, elaborou-se um plano de aplicação da investigação e de recolha da informação.

Uma vez que se pretendia um corte longitudinal de seis meses no que respeita ao estudo da evolução de um caso de esquizofrenia, pré-definiram-se uma totalidade de seis entrevistas a serem realizadas com o paciente. Estas tiveram lugar na Comunidade Terapêutica da Quinta da Tapada onde o paciente se encontra internado, com a frequência de uma entrevista por mês (marcada através de combinação prévia com o psicólogo director da instituição), e com a duração aproximada de uma hora. As entrevistas definiram-se pela sua natureza semi-estruturada, na medida em que se organizaram com base em questões abertas, mas também em questões que obedeceram à estrutura do protocolo de entrevista previamente construído.

Este protocolo foi sempre preenchido somente no final de cada uma das entrevistas, fazendo-se sempre acompanhar por um relatório escrito – correspondente às transcrições das entrevistas adiante apresentadas. As informações que iam sendo recolhidas das entrevistas realizadas com o paciente foram, na sua totalidade, sujeitas a acompanhamento e supervisão do Professor Doutor Carlos Amaral Dias.

Paralelamente a estas entrevistas, foram planeadas e realizadas entrevistas com o psicólogo clínico director da Comunidade e ainda com a médica psiquiatra.

No que respeita às entrevistas com o psicólogo clínico, elas foram inicialmente planeadas de forma a terem lugar mensalmente à semelhança da frequência das

entrevistas feitas com o paciente. Contudo, por razões de ordem diversa, foram então efectuadas de dois em dois meses, perfazendo uma totalidade de três entrevistas. Estas tiveram uma duração aproximada de 45 minutos e destinaram-se a obter informações técnicas quanto à evolução do processo de tratamento do paciente, bem como discutir eventuais dúvidas ou incoerências quanto às informações obtidas durante as entrevistas com o paciente.

Finalmente, foi ainda realizada uma entrevista propriamente dita com a médica psiquiatra, no sentido de serem obtidas informações médico-psiquiátricas acerca do paciente que se prenderam fundamentalmente com elementos relativos ao seu diagnóstico clínico, história clínica, estado actual do paciente e efeitos extra-piramidais esperados pela medicação adoptada. Esta entrevista teve lugar pouco depois de ter sido concretizada a primeira entrevista com o paciente e teve uma duração aproximada de uma hora.

### *1. Instrumentos utilizados*

1.1. Tal como anteriormente referenciado foi utilizado um protocolo de entrevista por nós construído (Anexo I), baseado na reflexão sobre a pesquisa bibliográfica previamente realizada. Os critérios tidos em consideração para a sua construção e elaboração encontram-se já especificados no ponto 2. do presente capítulo.

1.2. Aplicação das “Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations” (Anexo II).

### 1.2.1. Descrição das escalas

Com base na sua experiência clínica no “Menninger Psychotherapy Research Project”, Michael Harty e seus colegas (Harty, 1976; Harty et al., 1981), desenvolveram 12 escalas de cotação até 100 pontos designadas especificamente a serem aplicadas em pacientes seriamente perturbados, com a finalidade de medirem determinadas dimensões clínicas. As pesquisas que originaram o desenvolvimento deste tipo de escalas provinham já de estudos anteriores relacionados com a investigação em psicoterapia psicanalítica de longo – termo de pacientes com perturbações mentais graves, no sentido de serem avaliados quanto às mudanças ocorridas durante o processo de tratamento psicoterapêutico.

Neste contexto, Kernberg (1976, 1984), também envolvido no “Menninger Psychotherapy Research Project”, ao elaborar considerações acerca das pesquisas em psicoterapia havia especialmente reclamado por instrumentos de medida e avaliação da qualidade das relações objectais, das características e atitudes anti-sociais (parcialmente medidas através da avaliação da integração do superego), do controle da impulsividade e da “sublimatory effectiveness”<sup>9</sup>. Nesta sequência, estudos psicométricos realizados por este autor e por Michael Harty sugeriram então que das 12 escalas inicialmente consideradas se destacavam 5 como sendo as mais apropriadas para investigações desta natureza, sendo também aquelas que apresentavam valores de fidedignidade com níveis aceitáveis (alfa de Cronbach >.65). São elas ( na sua designação original): Motivation for

---

<sup>9</sup> Preferimos adoptar a expressão original, uma vez que julgamos que a sua tradução para a língua portuguesa facilmente pode induzir em erro ou em incorrecta interpretação.

Treatment; Sublimatory Effectiveness; Impulsivity; Superego Integration e Quality of Object Relations.

Todas estas 5 escalas têm uma cotação máxima de 100 pontos e uma apresentação e estruturas similares. São todas elas precedidas por breves notas introdutórias que pretendem clarificar e explicitar o seu campo de avaliação e medição, bem como dar indicações que devem ser tomadas em linha de conta no momento do seu preenchimento.

Descrevendo então em linhas gerais cada uma das 5 escalas:

\* *“Motivation for Treatment”*:

(*Motivação para o Tratamento*)

Esta escala pretende avaliar o grau relativamente ao qual a pessoa demonstra vontade em relacionar-se com, em beneficiar do tratamento e em poder ser transformado pelos outros (particularmente pela equipa terapêutica).

Encontra-se estruturada em torno de oito afirmações, cuja cotação varia entre os 100 e os zero pontos, correspondendo estes últimos à pontuação mais baixa.

\* *“Sublimatory Effectiveness”*:

O domínio de avaliação desta escala refere-se ao nível de funcionamento do indivíduo no momento específico em que é administrada. Pretende avaliar a extensão em que a pessoa canaliza as suas necessidades psicológicas para actividades profissionais, recreativas e sociais que são produtiva e socialmente apropriadas e que proporcionam a essa pessoa prazer e satisfação.

Encontra-se estruturada em torno de sete afirmações, cuja cotação varia entre os 100 e os 5 pontos, sendo que mais uma vez esta última corresponde à pontuação mais baixa da escala.

\* *“Impulsivity”*:

*(Impulsividade)*

Pretende avaliar a extensão segundo a qual as acções impensadas, ou seja, as acções que são tomadas sem antecipação ou julgamento das consequências, são capazes de interferir na capacidade do indivíduo em manter um ajustamento de vida considerado satisfatório.

Estrutura-se ao longo de sete afirmações que oscilam entre os 100 e os zero pontos. Contrariamente às escalas anteriores e seguintes, a leitura desta escala, em termos da sua cotação, faz-se de um modo inverso de tal modo que a cotação 100 reflecte a pontuação mais baixa e os zero pontos reflectem a pontuação mais alta.

\* *“Superego Integration”*:

*(Integração do Superego)*

Esta escala avalia a extensão segundo a qual o comportamento do sujeito é regulado de acordo com valores éticos que se encontram perfeitamente internalizados, estáveis e consistentes, permitindo no entanto, respostas flexíveis às circunstâncias da vida real.

Trata-se de uma escala um pouco mais extensa do que as restantes, na medida em que contém afirmações específicas para a exploração/avaliação de patologia anti-social do super-ego.

Estrutura-se igualmente com uma cotação variante entre os 100 pontos (pontuação máxima) e os 5 pontos (pontuação mínima, ou mais baixa), mas com um total de onze afirmações.

\* *“Quality of Object Relations”*:

*(Qualidade das Relações Objectais)*

Esta escala avalia a extensão através da qual a pessoa é capaz de experienciar estabilidade, relacionamentos duradouros, bem como a extensão segundo a qual a expressão e gratificação das necessidades individuais não comprometem a empatia e o respeito que o indivíduo sente pelas outras pessoas.

Constitui-se por sete afirmações com cotação variante entre os 100 pontos (pontuação mais alta) e os 5 pontos (pontuação mais baixa).

### 1.2.2. Aplicação das escalas

A aplicação deste conjunto de escalas baseia-se nas descrições/relatórios clínicos escritos e em todo o conjunto de informações capazes de serem obtidas através do conhecimento clínico dos pacientes. Como tal, são escalas cujo preenchimento dependem do próprio técnico de saúde, ou entrevistador que avalia e acompanha o percurso clínico do dado paciente. Recomenda-se vivamente que a sua aplicação e preenchimento seja somente realizada por técnicos com formação psicoterapêutica e experiência clínica.

Para evitar potenciais influências de julgamento quanto ao preenchimento de cada uma das escalas, uma vez que estas pretendem retratar um determinado percurso evolutivo que se deseja naturalmente bem sucedido, elas são sujeitas à supervisão de um

técnico independente da investigação, mas cujo conhecimento clínico do paciente lhe permita concretizar tal revisão. No caso concreto do presente estudo, as escalas já preenchidas foram sujeitas, em cada um dos dois momentos da aplicação, a uma avaliação independente por parte da médica psiquiatra que assiste a Comunidade Terapêutica. Refira-se a este propósito, que apesar de a dado momento esta técnica ter deixado de assistir medicamentosamente este paciente, as suas visitas regulares à Comunidade permitiam-lhe ainda assim acompanhar o processo evolutivo do paciente.

Este conjunto de escalas foi então aplicado em dois momentos distintos do período de seis meses, ao longo do qual foi sendo realizada a análise e acompanhamento do caso. O primeiro momento de aplicação coincidiu com a data da primeira entrevista feita com o paciente – aproximadamente dois meses após a data da entrada e internamento na Comunidade Terapêutica.

O segundo momento de aplicação coincidiu com a data da última entrevista realizada com o paciente, ou seja, cerca de oito meses após a altura do seu internamento (e seis meses após o início do presente estudo).

## **Capítulo 12 – Resultados**

### **1. Caso clínico – Entrevistas mensais com o paciente**

\* Data de internamento na Comunidade Terapêutica – Quinta da Tapada – Outubro de 1997

\* Data da primeira entrevista – Dezembro de 1997

Filipe, como lhe chamaremos, é um jovem com 26 anos de idade, de estatura alta, magro, de pele e cabelos claros. Vem vestido com umas calças e botas da tropa e uma camisola de lã bastante grossa.

Ainda antes de se sentar comenta que esta é a sua roupa de fim de semana, e que durante a semana veste-se de um modo mais discreto para frequentar as aulas. Filipe encontra-se a frequentar o primeiro ano de um curso superior, muito embora não tenha ainda a sua inscrição formalizada por razões de ordem burocrática.

Tem uma expressão apática, com um olhar fixo e inexpressivo. A sua postura corporal é algo rígida, ficando a impressão de que durante toda a entrevista raramente muda de posição, salvo para acender alguns cigarros. Todavia, fala de um modo educado, cortês, mas com pouca espontaneidade (respondendo meramente ao que lhe vamos perguntando).

Filipe é filho de pais actualmente separados, filho único por parte do pai, tendo mais dois irmãos por parte da mãe resultantes de outros casamentos. Os pais separaram-

se quando o Filipe tinha 7 anos. Continuou a viver com a mãe até aos 14 anos de idade. Até esta data, segundo as suas palavras foi sempre um "...miúdo normal e sem problemas...". Teve sempre bom aproveitamento escolar e dava-se muito bem com todos os colegas. Quando concluiu o 9º ano, mudou de cidade e foi viver com o pai para dar continuidade ao secundário. Foi então na sequência desta mudança que começou a isolar-se, a fechar-se sobre si mesmo, não querendo relacionar-se com ninguém, inclusivamente com a sua própria família. Passava os dias fechado no quarto a sonhar com viagens pelo mundo e a ver programas de televisão e vídeos sobre este tema. Descuidou a sua higiene e a forma de se vestir. Saía de casa apenas para ir às aulas, não tendo, no entanto, reprovado ano algum até ao 12º ano. Contudo, não se relacionava com nenhum dos colegas.

Com 18 anos inicia a sua análise pessoal (recomendado pelo seu médico psiquiatra), processo que decorre durante cerca de 4 anos, tendo finalmente terminado por sua expressa vontade. Comenta a este propósito que desistiu da análise pelo facto da sua psicanalista lhe ter levantado demasiadas dúvidas acerca dele próprio, "...pensamentos confusos..." que lhe eram intoleráveis.

Convenceu-se então, que a analista lhe fizera isso propositadamente, para além de que começou a contar o seu caso a toda a gente. Quando ia na rua sentia claramente que todos sabiam da sua vida e acreditava que a sua analista era a responsável por essa situação. Acredita seriamente que ela o traiu e que teve a intenção deliberada em confundi-lo, tendo também tornado possível que as pessoas conseguissem ler-lhe os pensamentos.

Quando se deitava à noite ouvia vozes a falarem baixinho, como se tivesse um rádio dentro de si. Ouvia os seus pensamentos na rádio e por vezes na televisão.

Pouco depois de ter iniciado a análise, conheceu aos 18 anos uma rapariga que na sua opinião "...lhe despertou a sua parte sociável...". No entanto, foi uma relação pouco duradoura e muito frustrante na medida em que sentia que ela não gostava dos beijos e carinhos dele. Terminou o namoro e isolou-se novamente de tudo e todos.

Quando começou a aperceber-se e concluiu que a analista contava aos outros tudo o que se passava na sessões decidiu cortar definitivamente a comunicação com ela e nada lhe dizer. As sessões eram todas feitas em silêncio, pois só assim ele teria a certeza de que a analista já não teria nada para contar às outras pessoas. Decorreram 2 anos sob estas condições tendo terminado a análise com cerca de 22 anos. Pouco depois recorre a um médico psiquiatra que lhe receitou um "...medicamento milagroso..." - um anti-depressivo. Foi então, que finalmente tudo lhe começou a correr muito bem. Com o medicamento sentiu-se liberto: sentia-se muito bem consigo próprio, dava-se bem com toda gente, tinha uma facilidade extraordinária em conhecer pessoas e em falar com elas.

Sentia-se completamente eufórico, com capacidade para fazer tudo ao mesmo tempo e mal dormia, pois os dias eram sempre curtos. Comenta que foram os melhores tempos da sua vida. Meteu-se em negociatas de venda de porta-chaves na rua, tendo chegado inclusivamente a montar uma rede de miúdos a trabalharem para ele. Ele já não precisava de os vender, mas por vezes entretinha-se a vendê-los pois eram um bom pretexto para conhecer raparigas e meter-se com elas. Tudo o que ganhava gastava em discotecas. Refere que era um sucesso com as raparigas e que tinha todas as namoradas que desejava. Eram contudo relações relâmpago e extremamente superficiais, que

amiudadamente não passavam de simples trocas de olhares. Apesar de lhe ser muito fácil arranjar namoricos era sexualmente impotente. Tentou ter relações sexuais com algumas prostitutas, mas só conseguiu concretizar a relação uma única vez.

Nesta época, como raramente aparecia e dormia em casa, o pai não o aceitou mais em casa e ele ficou então cerca de um ano a viver na rua. Durante este período, conta que estava integrado num grupo de rapazes de rua, do qual se destacava um em especial que era o seu compincha e cúmplice, um indivíduo de etnia cigana a quem ele chamava o “cara de satanás”. Refere-se frequentemente a este indivíduo como um grande amigo e um modelo a seguir.

Tempos antes de ter saído da casa do pai, o Filipe conta que foi a uma consulta de um psicólogo de orientação escolar e profissional onde realizou uma série de testes psicotécnicos. Esta sessão foi-lhe extremamente importante, pois apesar de na altura não se ter apercebido foi aí que este psicólogo lhe terá ensinado, por meio de alguma técnica subconsciente, todo um conjunto de códigos e sinais verbais e comportamentais que desde então passaram a dominar toda a sua forma de comunicação com as outras pessoas. A partir de então, praticamente não necessitava de falar, pois usando esses sinais e códigos era possível todos o entenderem e ele próprio entender as outras pessoas - era como uma linguagem universal. Através disso, conseguia analisar e estudar as intenções e comportamentos das pessoas.

Criou pois, um sistema muito próprio que passou a partilhar com os colegas do grupo, em especial com o “cara de satanás”. Diariamente reuniam-se para combinarem novos sinais e depois iam para as discotecas e bares pô-los em prática. Tudo funcionava na perfeição. Quando falava era geralmente através de jogos de palavras, como por ex:

“isqueiro” significa “isto quero” e “sopa de cozido” significa “sou pá descosido”. Ainda hoje gosta de usar esta forma de comunicação. Contudo, não entende como é que as outras pessoas não o percebem. Por essa razão, acha que não pertence a este mundo uma vez que possui capacidades extraordinárias para entender e decifrar o que os outros não conseguem.

Na sua “...época de glória...” tornou-se num “...gigolô...”, mas não daqueles que conquistam por dinheiro, uma vez que não era o dinheiro que lhe interessava. O seu “maior prazer é dar prazer” e só queria ser gostado e amado por todas as mulheres”. A sua técnica de “engate” consistia no seguinte: sentava-se à mesa de um café e colocava-lhe em cima um bloco de notas com um Ferrari na capa e uma folha de plátano. Com a folha de plátano tencionava transmitir que desejava uma aventura, um passaporte para uma nova vida, um recomeço; não queria dinheiro, mas sim mais uma nota digna de ser escrita no seu bloco de notas. O bloco de notas, mais especialmente o Ferrari, significava “...ferrar o pescoço, ferrar de engate...”. Através deste esquema rapidamente era capaz de perceber pelo olhar quem estaria interessado nele. O reverso da medalha de toda esta sua fase, relativamente à qual repetidamente afirma desejar voltar, consistia na incapacidade de atenção e concentração levando a sucessivas reprovações na faculdade.

Progressivamente os sinais e códigos usados como forma de comunicação começaram a tornar-se numa obsessão da qual não se conseguia libertar. Uma outra situação que progressivamente se foi tornando mais angustiante foi o facto de ter começado a constatar que aquilo que lhe passava pela cabeça tornava-se pouco depois realidade, como por exemplo acidentes de avião ou de comboio (notícias estas que ele

tinha conhecimento por meio da televisão ou rádio). Esta sua capacidade de previsão assustava-o bastante.

Dias antes de lhe ter ocorrido o por si designado “surto” tinha ido passar algum tempo com o pai à terra e enquanto passeava no jardim viu no chão uma folha de plátano (que significa algo que ainda falta descobrir, um passaporte para uma nova vida). Começou a chorar descontroladamente. Sentiu-se “...virado do avesso...”, como se tivesse passado para um outro lado da realidade. “...Sentiu-se a enlouquecer sem compreender as suas próprias palavras...”. Fechava os olhos e via o seu cérebro como paredes compactas de tijolos totalmente construídas. Mas logo de seguida, como se fosse uma ampulheta, revirava-se e era como se estivesse do outro lado da parede, mas com tudo destruído.

Tentou acalmar-se passeando no jardim, mas teve a nítida sensação que estava a incomodar um casal que supostamente estaria a namorar nesse jardim. Começou então a ter pensamentos relacionados com relações sexuais entre os pais; via mulheres com porta-chaves por todos os lados e via-as como prostitutas; sentia-se entalado entre os pais. “...Era como uma ampulheta que constantemente mudava de posição... e que por vezes me fazia pensar que eu era um dos ex-maridos da minha mãe...”.

O pai levou-o para um hospital psiquiátrico tendo lá ficado internado por um período de 3 semanas. Quando deu entrada no hospital fez um sinal à porteira com a intenção de lhe dizer que era homossexual. Perante tudo isto, achou na altura que o médico o deveria matar praticando a eutanásia. O médico tinha que se prejudicar para o salvar; só assim era possível acabar com todo este sofrimento.

Com este “surto” viu-se obrigado a abandonar a vida activa que levava. Deixou a vida de gigolô e as negociatas. Fechou-se novamente sobre si mesmo e não quer estar com ninguém.

Em Outubro de 1997 é internado na Comunidade Terapêutica, facto que sente com uma grande tristeza, pois significa um retrocesso aos anos anteriores aos seus “...tempos de glória...”. Cortou com tudo e com todos e vive agora na nostalgia e em função das memórias do passado. Sente-se “...vazio e oco..”. Todas as dúvidas e pensamentos confusos voltaram e só agora percebe que eles não tinham desaparecido, mas sim permanecido escondidos e adormecidos.

2ª Entrevista: Janeiro de 1998

Começa por comentar que na Comunidade é tudo muito parado, demasiado pacato e lentificado. Vêem-se poucas pessoas na rua e não são tão sociáveis como as da sua cidade.

Deseja voltar a reviver a época do anti-depressivo, altura em que se sentiu livre, em que se dava bem com toda a gente e sobretudo não era gozado por ninguém. Refere que durante a sua adolescência, desde os 15 anos, era gozado por todos os colegas por se isolar tanto e não relacionar-se com ninguém. Fala dos seus irmãos referindo que eles não gostam dele, pois ouviu certa vez um deles comentar que não o queriam perto deles. Como tal a sua relação com os irmãos é muito distante.

Fala da mãe, comentando que esta logo após a separação do seu pai arranhou um outro companheiro com quem se casou e teve outro filho. Inicialmente não se importou muito com esta nova situação dizendo que até gostava muito do novo marido da mãe, pois ambos gostavam dos mesmos grupos musicais; porém progressivamente este deixou de lhe despertar qualquer interesse. Acha que a sua mãe não gosta de si e que o considera a ovelha negra da família, pelo facto dos seus outros filhos serem saudáveis.

Quando a mãe engravidou achava a barriga dela horrível. Nessa época viu fotografias de fetos de 4 meses e achou-os uns autênticos monstros. Imaginar um bebé preso dentro de uma barriga, sem se poder mexer durante tanto tempo, é uma ideia apavorante e repugnante. Considera que o único aspecto positivo desta gravidez foi tê-lo afastado de "...tão perto da barriga..." da mãe à qual se sentia ainda preso; e assim deixou também de ser o elemento mais novo da família.

Comenta que gosta muito mais do pai do que da mãe, que o sente mais próximo de si e que sabe que pelo menos ele gosta verdadeiramente de si, apesar de que ultimamente o tem achado mais envelhecido, mais impaciente e indisponível.

Há algum tempo atrás começou a escrever um livro composto essencialmente por 3 personagens masculinos. Uma dessas personagens é um indivíduo que se preocupa meramente com o alcançar de um dado objectivo, como por exemplo o escalar de uma montanha. A sua única tarefa é conseguir chegar ao topo dessa montanha; o que precisa fazer para lá chegar não tem qualquer interesse nem é planeado.

A segunda personagem é o indivíduo que se centra apenas no percurso que tem que percorrer, não se preocupando minimamente com o facto de chegar ou não ao topo da montanha, ou de atingir o seu fim.

A terceira personagem foi criada enquanto esteve hospitalizado, onde também lhe ocorreu o título do livro: “Folha de Jardim”. Esta personagem é um jardineiro que concilia as características das personagens anteriores e que gosta de cuidar de plantas e jardins. O livro não se encontra ainda acabado.

Nesta sequência, começa a falar de outras personagens não pertencentes ao livro, mas que por vezes o controlam e dominam. Refere-se a estas personagens como facetas da sua personalidade que o co-habitam como seres individuais e diferenciados. Um deles é o sujeito tímido, “paspalhão”, sem sucesso com as raparigas e que surge quase sempre que se encontra acompanhado por uma rapariga; por causa dessa personagem elas geralmente deixam-no.

O outro, oposto deste primeiro, é o sujeito engatidão, fácil nas relações, sociável, confiante e extrovertido. Há ainda um outro que é forte, determinado, e sobretudo bastante saudável. A todos estes personagens ele atribui um nome. Desde que se encontra internado na Comunidade, diz ter aparecido um outro que o domina, fazendo-o rir-se descontroladamente sem razão aparente: “...é o louco e é o fruto deste internamento...”.

Acrescenta que sabe que nunca vai deixar de estar doente, que as suas dúvidas nunca vão desaparecer e que este tratamento nada vai alterar estes factos independentemente da sua duração. Novamente, diz que só pensa em voltar para a sua cidade, no entanto receia desiludir-se ao perceber que nada já vai ser como antes. Além disso, tem muito medo de se descontrolar novamente e ter novo surto.

Na Comunidade apenas se dá com um outro paciente que deu entrada na mesma altura do que ele, pois é o único com quem pode ter “...conversas profundas...”, e com

uma outra paciente consideravelmente mais velha que tem horários similares aos dele na universidade e o leva de carro até lá, acompanhando-o também à hora do almoço. De resto prefere passar as tardes livres sozinho num café a pensar nas boas e velhas recordações.

3ª Entrevista: Fevereiro de 1998

Filipe aparece ansioso, com respiração ofegante e a falar muito depressa, com uma expressão assustada.

Quando lhe pergunto como tem passado diz imediatamente que está bastante pior, que se tem sentido muito mal. Desde há 15 dias que se sente extremamente angustiado pois sem perceber porquê fica corado quando está ao pé das pessoas, sentindo-se com isso bastante envergonhado e inibido. Nestas alturas sente que todos estão a olhar para ele, a observá-lo, a perceber que ele está corado e receia tudo o que poderão estar a pensar dele. Este corar acontece sempre em situações onde estão muitas pessoas, como por exemplo à hora das refeições e reuniões. Por essa razão tem comido muito pouco uma vez que se sente constantemente sob tensão e na expectativa de poder vir a corar. Treme muito, não consegue permanecer quieto, sua muito das mãos, tem diarreias súbitas. Só pensa em fugir destas situações. Sofre muito, está bastante angustiado e pensa em morrer. Por estar assim, cada vez tem mais medo de enlouquecer e de ser novamente internado num hospital psiquiátrico.

Conta que a primeira vez que se sentiu corar foi num café a partir do momento em que entraram umas colegas suas e se sentaram numa mesa perto de si. Sentiu-se observado, corou e teve que abandonar o local para se acalmar. Desde esse dia vive na expectativa de corar novamente: exemplifica como hoje na “reunião/revisão” (chamou inicialmente a reunião de revisão) começou progressivamente a sentir-se cada vez mais ansioso porque queria falar nesta sua inibição, neste seu corar. Estranha o facto de agora corar em frente às raparigas, pois antes isso nunca acontecia. Por vezes alguém conta anedotas de carácter sexual e ele fica imediatamente inibido, envergonhado e com receio que reparem no seu nervosismo.

Por enquanto está de férias de ponto, mas a vontade em recomeçar é quase nula. Há 8 dias ao fazer um exame viu-se obrigado a desistir e a abandonar a sala, pois subitamente sentiu-se observado e avaliado de tal modo que ficou extremamente tenso e já não conseguiu concentrar-se. Durante o período das aulas é mais o tempo que está a divagar e a pensar no passado do que a ouvir o professor e a tirar apontamentos. Não se consegue integrar no grupo de colegas, nem acha que vai ser capaz de o fazer.

Comenta novamente que se sente cada vez pior, sente-se preso, encarcerado. Estar internado nesta Comunidade é como estar num buraco (o doente associa e relaciona a palavra “buraco” a “Buçaco” – localidade próxima da Comunidade Terapêutica). Desde que está de férias sente-se pior e a regredir mais e acha que é por ter demasiado tempo e espaço para pensar. Acha que pensar demais e “...estar demasiado consciente não é nada bom...”.

Ultimamente, em todas as conversas e assuntos que se falam ele faz associações imediatas ao sexo e acha que isto se deve ao facto de lhe terem informado que fazia parte

do regulamento da Comunidade não serem permitidas relações íntimas entre os doentes. A partir desta data tudo o que ele considera ser proibido relaciona com sexo. Sempre que isto acontece sente-se muito envergonhado e cora. Na sua opinião estes “acessos” de se sentir corar vieram, em parte, substituir os acessos descontrolados de riso.

Diz novamente ter vontade de se matar, de cortar os pulsos (“...pois é uma morte sem sofrimento e sem dor...”). Só não o faz por causa do pai, para não lhe dar esse desgosto. Começa a chorar, mas instantes depois ri-se descontroladamente alternando com o choro. Acrescenta que é sempre assim: quando quer chorar ri-se e não se consegue controlar. Continua dizendo que sabe que o pai gosta verdadeiramente dele, ao contrário da mãe para quem ele é um fardo. Diz não sofrer com o facto de sentir que ela não gosta dele, pois ele também gosta muito mais do pai do que dela. Nela, prefere não pensar, pois surgem-lhe pensamentos confusos e nojentos. Surgem-lhe ideias de relações sexuais com ela e tais ideias enojam-no, causam-lhe repulsa. Acompanhado dessas ideias surgem imagens de fetos e embriões com cabeças enormes que parecem alienígenas e o enojam. Repulsa-o pensar que já foi como eles e que esteve encarcerado na barriga da mãe durante tanto tempo.

4ª Entrevista: Março de 1998

Nota: Em meados do corrente mês, o pai do Filipe, na sequência de uma discussão com a sua ex-mulher (mãe do Filipe), veio inesperadamente visitar o filho à Comunidade com a intenção de o levar com ele para sua casa. Apesar da equipa técnica o ter alertado para as implicações e riscos desta saída e interrupção repentinas para o processo de tratamento do Filipe, o senhor mostrou-se inflexível e acabou por retirar o filho da Comunidade. Na sequência de uma intervenção por parte da mãe do Filipe, após ter tomado conhecimento do sucedido, o paciente retornou à Comunidade poucos dias depois.

Tal como na entrevista anterior, começa dizendo que não tem estado muito bem. Continua bastante tenso, inibido, desde que acorda até ao momento de se deitar. Quando estás prestes a adormecer sente-se finalmente em paz; tem dormido bem, contudo a tensão e ansiedade recomeçam assim que acorda. Não tem disponibilidade para estar com as pessoas, pois sempre que tem pessoas ao pé a tensão e inibição aumentam e fica extremamente ansioso e na expectativa de poder corar. No caso de isso ocorrer receia aquilo que as pessoas possam pensar dele e dos seus pensamentos. Estas situações continuam a ser mais intensas à hora as refeições e nas reuniões. Sente-se farto desta situação, pois não consegue libertar-se desta tensão constante. Preferia que as pessoas lhe comentassem de vez que ele está corado, pois talvez assim tudo terminasse. Ficar na expectativa de poder ou não ouvir comentários a seu respeito traz-lhe muito mais sofrimento. Refere uma situação em que numa reunião comunitária colocou-se o

problema de ter desaparecido dinheiro da carteira de um paciente. As suspeitas recaíam claramente sobre um outro doente (que frequentemente furta valores ou objectos aos colegas), no entanto, começou a sentir-se extremamente ansioso com palpitações e tremores com medo de que pudessem desconfiar dele. Acrescenta que estava certo de que não tinha sido ele, que todas as evidências apontavam para o colega, mas ainda assim não se conseguia controlar nem deixar de se mostrar tenso com a situação.

Perante tudo isto, tem-se achado demasiado sóbrio, demasiado “consciente” e acha que é por essa razão que tem sofrido tanto. Consequentemente tem sentido a necessidade de beber álcool, pois alivia-lhe a tensão apesar de não o desinibir. Antes bebia álcool só por prazer, mas agora bebe-o por necessidade e fica com receio de se poder tornar num alcoólico e sofrer ainda mais.

O contacto com as outras pessoas não lhe é fácil e acha que não sabe estar com elas socialmente. Porém, a propósito de um trabalho prático para a faculdade conseguiu realizar na totalidade um inquérito de rua. Ainda assim, sentiu dificuldade em dirigir-se às pessoas e em iniciar o inquérito, sentindo quase sempre a língua presa e enrolada.

Acerca da sua saída repentina e forçada de há dias atrás, comenta que quando o pai lhe disse que o vinha buscar, por um lado sentiu-se satisfeito por ir rever todos os sítios e pessoas conhecidas da sua cidade, e também com a esperança de voltar a ter a vida de antes, mas por outro lado sentiu-se francamente assustado com a ideia de ser um fugitivo e de estar a fugir dos seus problemas. Ainda antes de se irem embora comentou isso mesmo com o pai. Quando chegou à sua cidade ficou francamente desiludido por ter confirmado que os seus problemas o tinham acompanhado. Não se sentiu nada bem,

inclusivamente na companhia de pessoas que lhe eram muito conhecidas receando fazer coisas socialmente inadequadas (não quer explicitar quais). Numa das noites sonhou que se estava a masturbar e que o seu pénis era um x-ato, "...que cortava, não cortava a minha mão, mas cortava quem se aproximasse e tentasse ter relações comigo, por isso me tinha decidido a masturbar..., para não cortar ninguém...".

Perante isto acha que talvez seja melhor estar agora internado e enfrentar de vez os seus problemas. Tem muito medo de enlouquecer e de ficar para sempre internado num hospital psiquiátrico.

Quando voltou para a Comunidade Terapêutica teve, por parte dos seus colegas, uma recepção muito calorosa e gostou muito de saber que sentiram a sua falta.

5ª Entrevista: Abril de 1998

Nota: No início do corrente mês fomos informados de que o Filipe havia tentado o suicídio cortando os pulsos. Pouco tempo depois foi mudado o seu médico psiquiatra assistente e conseqüentemente a sua medicação.

Desde há cerca de duas semanas para cá que se encontra a tomar nova medicação, entre a qual um anti-depressivo. Com excepção do dia de hoje, e desde que está a tomar o anti-depressivo tem-se sentido bastante melhor, segundo ele: muito mais "solto", satisfeito, "descentrado", a apreciar e a sentir necessidade de conversar com outras pessoas, a gostar de estar na Comunidade. Tem-se sentido bastante eufórico, "...talvez

até um pouco demais...” e associa este seu estado com o da época do anti-depressivo, altura em que vendia porta-chaves na rua. Porém, ao mesmo tempo que gosta de se sentir assim tem também receio de estar bem demais, do “pulo” ter sido grande demais, e de isso poder trazer-lhe mais sofrimento. Acrescenta que por vezes assusta-se consigo mesmo e que tem muito medo de uma nova recaída.

Hoje, contrariamente aos dias anteriores, sente-se novamente muito inibido, tenso, ansioso, com a sensação de poder estar a ser observado. Sente-se assim desde que acordou. Refere que talvez seja devido ao facto de se encontrar engripado, e também pelo facto de na noite anterior ter vomitado o jantar e talvez mesmo a medicação que havia tomado. Repete que espera que seja um mal estar temporário e que amanhã se calhar já vai sentir-se melhor outra vez. Continua, contudo, comentando que hoje só sente e pensa que o seu futuro é “negro”.

Conta que uma semana antes da mudança de medicação havia tentado o suicídio. À noite depois de ter chegado de Coimbra, onde bebeu cervejas a mais, foi para o quarto, esperou que todos se deitassem e cortou os pulsos com um x-ato (que havia comprado propositadamente para o efeito). Refere que não saiu tanto sangue quanto esperava, talvez porque os golpes não tinham sido muito profundos, pois lembra-se que a dor não foi fácil de suportar. Decidiu ir molhar os pulsos com água quente para o sangue correr melhor, mas na vez disso estancou. Diz que quis fazer este acto à noite para ninguém se aperceber e portanto não o socorrer. Acrescenta que os técnicos da Comunidade e também o seu pai acreditam que ele fez isto apenas para chamar a atenção, e que o álcool tomado nessa noite terá sido o factor precipitante. Ele discorda de tudo isso, pois

se assim fosse não o teria feito à noite, sozinho, mas sim à frente de todos. Queria mesmo matar-se e não foi o álcool que o levou a tomar essa decisão: meramente o ajudou a arranjar coragem para suportar a dor.

Desejava a sua morte na esperança de que esta acabasse com todo o seu sofrimento. Constantemente pensava no facto de ser um doente mental, com um futuro negro pela frente, cheio de dor, preso e encarcerado até à velhice em sítios onde não desejava estar.

Quando iniciou a tomada do anti-depressivo tudo isto passou. Comenta que gostou de mudar de médico psiquiatra, pois a anterior nunca lhe quis receitar o anti-depressivo. Além disso, estava constantemente a perguntar-lhe pelos seus sinais. Acha que ela o deveria achar "...uma pessoa muito estranha...".

Na realidade, continua a vêr os sinais e a fazê-los espontaneamente. A única diferença é que agora percebe que as pessoas, ao fazerem os gestos que ele interpreta como códigos de comunicação, não têm verdadeiramente a intenção de lhe transmitir aquilo que ele pensa. No entanto, comenta logo de seguida que eles parecem tão reais e que tudo bate certo: concerteza não foi eles que os inventou, pois quando fez os testes psicotécnicos o técnico falou-lhe deles e disse-lhe que se tratavam de "memórias falsas". Dá-me um exemplo: quando uma mulher põe a mão na cara do lado esquerdo isso significa que quer ter relações sexuais com um homem; se põe a mão do lado direito significa que pretende uma relação homossexual.

Ocorre muitas vezes ele querer convencer-se de que estes sinais e códigos não existem, mas depois passam-se determinadas situações à sua frente que lhe parecem tão reais que se lhe tornam impossíveis de negar quanto ao seu significado.

Acha muito estranho as pessoas não conhecerem esta forma de comunicação. Refere que talvez esteja a precisar de fazer uma nova psicanálise para entender de uma vez por todas o que tudo isto significa e porque é que precisa deles para comunicar.

6ª Entrevista: Maio de 1998

Apresenta uma *facis* pouco expressiva, com um olhar fixo e inexpressivo, fala trémula e acelerada e tom de voz mais alto do que o habitual.

Comenta que se tem sentido muito mal, novamente bastante inibido. O bem estar e desinibição proporcionados pelo anti - depressivo nunca mais foram sentidos. Apesar de continuar a tomá-lo, agora acha que está ainda mais inibido, mais ansioso e tenso. As reuniões e refeições são para ele um verdadeiro suplício pela tensão e sofrimento que lhe provocam. Nestas situações só pensa em fugir dali e ir-se embora de vez. Não tem tido sossego algum, sente-se “apertado” com tanta gente à sua volta. Sente os problemas dos outros como se fossem seus : “... como se puxasse para dentro de mim toda a dor e pensamentos maus dos outros doentes...”. Um dia destes um dos outros pacientes disse-lhe que costuma masturbar-se pensando nas pessoas da Comunidade. Achou isso horrível, uma falta de respeito, uma vergonha e sentiu-se extremamente incomodado e tenso com receio de que pudessem pensar que ele também faz isso. Desde essa conversa e durante todas as refeições não consegue olhar para ninguém, com medo de que possam descobrir-lhe pensamentos maus - pensamentos esses que ele “puxa” e absorve dos outros pacientes, mas que não são seus.

Perante isto, o sofrimento tem-lhe sido insuportável e está convencido de que são estes tratamentos e o internamento na Comunidade que lhe trazem todas estas coisas más. Só pensa e deseja que o seu pai o venha buscar e o leve para casa onde finalmente encontrará paz. O pai é a sua única tábua de salvação, o seu super protector. Para casa da mãe nem pensar em ir e faz tudo para não pensar sequer nela. Recebeu a sua visita há pouco tempo e ficou muito incomodado com a sua presença, pois só pensava em ter relações sexuais com ela - pensamentos esses que o repudiam e enojam.

Dois dias após a sua visita teve o por ele designado “princípio de um surto psicótico” e só não se concretizou por ter pedido ajuda e ter-se fechado no quarto para se acalmar. Ouvia zumbidos fortes, via flores que brilhavam, carros verdes e tudo o que lhe fazia lembrar “engates” e relações incestuosas. Acha que isso aconteceu por estar “demasiado consciente”, ou por ter a cabeça demasiado desocupada (uma vez que já não se encontra a frequentar o curso universitário por anulação da sua inscrição).

A única coisa que o acalma verdadeiramente é o facto de estar a escrever um novo livro e estar concentrado nesta história - que conta a vida de um gigolô que engravida uma cliente e se encontra a ser julgado em tribunal por isso. O livro está quase no final e provavelmente decidirá pela condenação do gigolô, uma vez que considera a prostituição um crime.

Com a excepção desta actividade, tudo o resto é vivido com grande angústia. Acha que não há cura para a sua doença e que os tratamentos só lhe fazem pior. Os medicamentos pouco ou nada lhe resolvem; só o álcool é que lhe consegue atenuar o sofrimento diminuir a ansiedade e fazê-lo descentrar-se de si mesmo. Contudo não quer abusar em demasia do recurso ao álcool pois sabe que corre o risco de ficar dependente.

## **2. Entrevistas realizadas com o Psicólogo Director da Comunidade Terapêutica**

### **“Quinta da Tapada”**

#### Primeira entrevista:

(à data da primeira entrevista com o paciente: Dezembro de 1997)

A adaptação e integração do paciente decorreu sem grandes “sobressaltos”, sendo de salientar o seu fraco investimento afectivo nas pessoas (quer colegas da Comunidade, quer elementos da equipa terapêutica), e ainda o facto do Filipe nunca haver expressado qualquer sentimento de saudade ou falta da sua família. Contudo, não deixam de ser frequentes os seus pedidos insistentes em querer voltar para a “...sua vida de gigolô” (época em que se encontrava medicado com um medicamento anti-depressivo, dedicando-se à venda de porta-chaves na rua). Expressa com igual frequência e insistência a sua opinião de que este internamento de nada lhe servirá. Sempre que é visitado pelo seu pai, ao fim de semana, tenta persuadi-lo de que quer ir-se embora, dizendo-lhe repetidamente que ali se sente bastante pior e que está em constante sofrimento. Na opinião do psicólogo director, esta não é mais do que uma tentativa manipulatória do paciente, uma vez que momentos antes do pai chegar ele encontra-se sempre bem disposto – atitude que muda radicalmente com a chegada da família.

No que respeita ao relacionamento com os restantes doentes ali internados, é caracterizado por indiferença, distância e tendência ao isolamento. Mantém apenas uma relação mais próxima com uma das pacientes mais velhas, uma vez que é ela quem lhe dá

boleia para a faculdade e por vezes, lhe faz companhia ao almoço. Porém, esta relação parece fundamentalmente pontuada pelo seu carácter prático e funcional.

Segundo o parecer deste técnico, a relação com o seu pai é uma relação de grande dependência e quase “fusão”, no sentido de parecer demonstrar uma franca necessidade da sua presença física e do seu reassseguramento de que não o vai abandonar ali na Comunidade. Sempre que ambos se despedem fazem-no com um abraço que parece não ter fim, ou possibilidade de se desmanchar, ao mesmo tempo que o pai lhe afirma repetidamente que se vai embora, mas que não o vai esquecer ou abandonar e que delega as suas funções de pai no psicólogo director da Comunidade. Uma vez que, na sua opinião, o pai de Filipe facilmente se sentia “intimidado” com os constantes pedidos do filho para se ir embora, deixando claramente transparecer essa sua incerteza em aceder ou não às suas insistências, o psicólogo achou por bem pedir ao pai que espaçasse um pouco mais as suas visitas e reforçasse ao filho a necessidade do seu internamento. A relação do Filipe com a sua madrasta (esposa actual do seu pai), parece ser uma relação caracterizada por alguma indiferença e ausência de afecto por parte do Filipe, muito embora quando ambos estão juntos ele a trate com bastante respeito e de uma forma algo “sedutora”. Porém, é um registo que não permanece quando a madrasta não está presente. Esta parece exercer uma função importante no que respeita à gestão da relação entre o pai e a mãe do Filipe, relação esta que é bastante conflituosa e provocadora. O Filipe fala da sua madrasta como se esta fosse uma mãe para o seu pai.

Por outro lado, a relação entre o Filipe e a sua mãe biológica é uma relação de grande conflituosidade, com constantes ataques e/ou rejeições claras e intensas por parte do filho. O Filipe fala da mãe como aquela que nunca quis saber dele, que pulou

frequentemente de casamento em casamento e que sempre o preteriu face aos seus outros filhos. Diz usualmente que prefere não pensar nela, porque os seus pensamentos são "... muito confusos". Na opinião do psicólogo, o divórcio dos pais foi vivenciado pelo filho como abandonónico e traiçoeiro.

Durante este período de tempo, desde que se encontra internado na Comunidade, o seu discurso tem sido frequentemente pontuado pelos "códigos" na comunicação e uso de neologismos. Tem igualmente tendência a "interpretar" determinados gestos e comportamentos dos seus colegas da Comunidade como dotados de um significado só por ele atribuído e compreendido (como por exemplo, o facto de fumarem com a mão direita ou esquerda implica a definição da sua homossexualidade ou heterossexualidade).

#### Segunda entrevista:

(realizada dois meses após a primeira, tendo sido concretizada numa data compreendida entre a terceira e a quarta entrevista com o paciente)

Este período de tempo foi essencialmente marcado pela retirada inesperada do paciente da Comunidade, após o seu pai ter subitamente decidido tomar tal atitude. A parte paranoide do paciente tem estado particularmente "activa", na medida em que o doente se tem queixado amiudadas vezes de que se sente constantemente observado "... por vários olhos...", logo muito tenso, inibido e com um receio intenso de corar em frente às pessoas.

No que respeita à sua saída "compulsiva", e apesar das consequências negativas que se poderiam esperar na evolução do paciente, aparentemente não se verificaram

“movimentos” regressivos notórios. Contrariamente às expectativas, o paciente parece ter-se sentido, de algum modo, reconfortado com a sua reentrada e com a boa recepção que lhe foi reservada pelos restantes colegas da Comunidade. Chegou mesmo a verbalizar numa das reuniões comunitárias que este seu internamento talvez lhe seja de facto necessário e que está a precisar de se confrontar com os seus problemas. O recurso aos sinais e “códigos” de comunicação parecem ter diminuído em termos de frequência.

Ainda sobre a saída, e depois reentrada do paciente na Comunidade, o psicólogo é da opinião que o facto da mãe do paciente ter assumido uma posição firme contra a decisão impensada do ex-marido foi algo de muito importante e reconfortante para o paciente – que se encontrava nitidamente assustado e confuso com esta atitude repentina e impulsiva do pai.

Ultimamente, o Filipe tem-se dedicado especialmente a cuidar da sua imagem e aparência, preocupando-se com a sua forma de se vestir e em mostrar um aspecto saudável.

Tem ido com regularidade e assiduidade às aulas na faculdade, e tem tentado aproximar-se dos seus colegas universitários, muito embora com um esforço ainda evidente.

Tem igualmente referido a sua preocupação quanto ao controlo das suas despesas, uma vez que a sua mãe lhe pediu para tentar não gastar dinheiro em coisas supérfluas.

Terceira e última entrevista:

(à data da última entrevista realizada com o paciente)

O principal aspecto a destacar é a sua recente tentativa de suicídio. Na sua sequência foi decidido pela Comunidade a mudança de médico psiquiatra assistente, bem como a terapia medicamentosa, que além da mudança de neuroléptico passou também a incluir um medicamento anti-depressivo. O psicólogo descreve esta tentativa de suicídio, em parte, como consequência de uma noite “recheada” por um grande consumo de álcool. A tal situação acresce-se o facto do paciente se encontrar a atravessar uma fase especialmente “depressiva”, fase esta que não conseguiu naturalmente suportar e controlar. Na manhã seguinte, o paciente parece ter feito questão que todos reparassem nos seus pulsos feridos, facto que lhe foi dito por um dos técnicos da equipa. O paciente rejeitou e negou firmemente tal intenção, dizendo que se quisesse simplesmente chamar a atenção de alguém não teria tentado matar-se à noite, sozinho no quarto.

O pai do Filipe, após ter tomado conhecimento da ocorrência reagiu com frieza sustentando igualmente a opinião de que ele fizera aquilo apenas para chamar a atenção das pessoas.

Entretanto, o Filipe deixou de frequentar as aulas na faculdade, uma vez que o seu processo de inscrição não chegou a ser completamente formalizado dentro dos prazos legais. O pai de Filipe parece ter tido neste caso um papel preponderante, uma vez que parte do processo deveria ter sido tratado por ele. Acresce-se ainda a suspeita de que o pai anda a tratar do processo de transferência do Filipe para a Universidade onde o pai vive, sem o conhecimento da Comunidade.

O pai de Filipe tem ainda frequentemente falado na sua intenção em reformar-se, sendo que nesta sequência vai retirar o filho da Comunidade e levá-lo com ele para a sua casa na terra. O Filipe tem-se sentido entusiasmado com a ideia, justificando-se com o facto de que o internamento de nada lhe tem servido, a não ser para lhe aumentar o seu sofrimento.

Por tal razão, o psicólogo considera que não será de estranhar se dentro em breve o pai de Filipe apareça de novo na Comunidade com a intenção de o levar para sua casa.

### **3. Entrevista realizada com a médica psiquiatra**

Em termos do diagnóstico clínico deste paciente, confirma-se a esquizofrenia do tipo paranoide. Neste contexto, na sequência da terapia medicamentosa adoptada que passa naturalmente pela administração de um neuroléptico e de ansiolíticos, são de esperar efeitos secundários como alguma lentificação dos movimentos, fala “enrolada”, expressão do olhar algo vidrada e fixa, entre outros.

No que respeita ao perfil do paciente, este apresenta-se frequentemente bem cuidado, bem vestido, sem alterações a evidenciar.

Durante as consultas médicas, o paciente assume usualmente uma atitude entendida pela médica psiquiatra como defensiva, no sentido de que nunca acrescenta nada de novo às “...suas histórias...”, ao seu discurso. O paciente refere amiudadas vezes os “códigos”, sinais e jogos de palavras que costuma utilizar como forma de se comunicar e entender os outros. Afirma que considera este tipo de linguagem como universal, capaz de ser entendida por toda a gente. No entanto, não deixou de se surpreender com o facto de se ter apercebido que ninguém da Comunidade compreende ou entende esta forma de comunicação.

Actualmente, sente que estes sinais e códigos o controlam, de tal modo que já não consegue funcionar ou pensar de outra maneira. Para além deste aspecto, o paciente repete também por diversas vezes o seu sentimento de saudade da sua anterior vida de “gigolô”. Ele descreve-se a si mesmo, nos momentos de gigolô, como uma figura masculina cujo principal objectivo é dar prazer e amor à mulher. Contudo, esta definição

ou conceito de gigolô difere claramente do sentido que lhe é geralmente atribuído, uma vez que esta figura, segundo o doente, nunca agia por dinheiro nem se deixava pagar pelos seus “serviços” (serviços esses que se supõem nunca se terem de facto concretizado).

Relativamente à manifestação dos afectos, estes encontram-se na opinião da médica psiquiatra, limitados, embotados. Parece não haver um verdadeiro estabelecimento da relação, que se caracteriza pela sua marcada superficialidade e distância. Socialmente, também lhe parece estar isolado, não integrado. Na faculdade expressa ainda grande dificuldade em integrar-se no grupo dos colegas, evitando o mais possível o contacto com eles e preferindo usualmente passar horas a fio sozinho numa esplanada de café.

A época em que se encontrou medicado com um anti-depressivo encontra-se bastante idealizada, sendo que a venda dos porta-chaves funcionavam como um motivo para a promoção do encontro, de interacção com o outro, para além do pretexto da sedução.

Actualmente, refere por diversas vezes ao longo das consultas o quanto se sente preso, encarcerado na Comunidade, com saudades da sua liberdade anterior, pedindo insistentemente que lhe seja receitado um medicamento anti-depressivo que o liberte e o desiniba. Este pedido tem-lhe sido naturalmente negado, uma vez que é da opinião que a sua administração lhe provocaria com grande probabilidade uma elação do eu, isto é, um novo episódio maníaco, complicando-lhe todo o seu quadro clínico evolutivo.

**4. Apresentação esquemática dos itens constantes do protocolo de entrevista, ao longo do período de tempo de 6 meses.**

(Itens elaborados segundo o modelo de registo psiquiátrico defendido por Kaplan e Saddock (1984) e pelo modelo de Ruiz Ogara (1982)).

**A. Descrição geral**

**A.1. Aparência**

1º Mês	Aparência relativamente cuidada; vestido de forma descontraída, com botas e calças da tropa. Parece indiferente à situação de entrevista, demonstrando uma expressão apática, com olhar fixo e parado. Não manifesta sinais de ansiedade.
2º Mês	Aparência bem cuidada. <i>Facis</i> um pouco mais expressiva e menos apática. Alguma ansiedade no início da entrevista.
3º Mês	Aparência igualmente bem cuidada. Mostrou sinais de grande ansiedade e tensão no início e meio da entrevista, ficando um pouco mais calmo no final da mesma.
4º Mês	Bem cuidado e bem vestido. Novamente sinais de grande ansiedade que diminuem na segunda metade da entrevista.
5º Mês	Aspecto um pouco menos cuidado e mais abatido.
6º Mês	Aparência bem cuidada. Aparece bastante ansioso, porém com um olhar fixo e parado ao longo de toda a entrevista.

*A.2. Comportamento e actividade psicomotora*

1º Mês	Postura e movimentos lentificados (possibilidade da presença de efeitos extra-piramidais). Não expressa tiques, maneirismos ou estereótipos.
2º Mês	Aparentemente normal, sem a presença dos sinais anteriormente referidos.
3º Mês	Mostrou-se um pouco agitado, como se não soubesse que postura adoptar, nem onde colocar as mãos.
4º Mês	Menos agitado do que na entrevista anterior, porém apresenta sinais de ansiedade.
5º Mês	Aparentemente normal.
6º Mês	Aparentemente normal, porém apresenta sinais de ansiedade.

*A.3. Fala*

1º Mês	Relativamente lenta e meio “enrolada” (possibilidade da presença de efeitos extra-piramidais), porém com um tempo de reacção de resposta relativamente rápido. Vocabulário pouco rico; tom de voz monocórdico.
2º Mês	Velocidade da fala normal, contudo o tom de voz foi quase sempre monocórdico. Discurso pouco espontâneo.
3º Mês	Fala muito rápida, com um tom de voz alto e ansioso sobretudo nos momentos em que falava sobre assuntos que o incomodavam e angustiavam.
4º Mês	Fala com facilidade e com velocidade normal. Discurso espontâneo.
5º Mês	Discurso fácil e espontâneo, com fluidez de vocabulário.
6º Mês	Fala muito rápida. Com tom de voz alto e pouco controlado. Contudo, fala com relativa espontaneidade.

*A.4. Atitude perante o entrevistador*

1º Mês	Atitude cooperadora, mas sob um modo passivo, respondendo apenas ao que lhe é perguntado. Não mostrou sinais de hostilidade ou contrariedade.
2º Mês	Atitude cooperadora, algo sedutora.
3º Mês	Cooperador, muito embora bastante ansioso.
4º Mês	Cooperador, porém por vezes evasivo e superficial.
5º Mês	Cooperador, mas por vezes distraído e evasivo.
6º Mês	Cooperador, porém evasivo, com sinais de angústia.

**Estado afectivo, emocional**

*B.1. Manifestação dos afectos*

1º Mês	Expressão limitada, algo embotada dos afectos durante grande parte da entrevista. Contudo, expressão de algum orgulho quando se refere aos seus "...anos de glória...".
2º Mês	Expressão dos afectos menos limitada, apesar de alguma superficialidade.
3º Mês	Expressão de afectos ansiosos, acompanhado de um estado tenso e lábil.
4º Mês	Afectos aparentemente "depressivos", porém ansioso.
5º Mês	No início da entrevista demonstra afectos algo limitados. Contudo, são frequentes os momentos de descontração e de maior expressividade afectiva.
6º Mês	Estado ansioso, tenso, com expressão limitada dos afectos.

## B.2. Adequação

1º Mês	Pouco adequado nos momentos em que relata factos da sua vida que deveriam implicar sofrimento e tristeza. Nestes momentos o seu tom de voz é monocórdico e a face inexpressiva.
2º Mês	Relativamente adequado.
3º Mês	Relativamente adequado.
4º Mês	Relativamente adequado.
5º Mês	Relativamente adequado.
6º Mês	Algum descontrolo emocional quando menciona o seu sofrimento, muito embora sua expressão facial permanecer quase “intacta”.

## Distúrbio da Percepção

### C.1. Alucinações e ilusões

1º Mês	Sim: por vezes o paciente ainda ouve vozes a falarem baixinho entre si, quando se deita à noite.
2º Mês	Ausentes durante este período de tempo.
3º Mês	Sim: o paciente relata que por vezes, ao fechar os olhos, vê o seu próprio cérebro como uma massa escura e disforme, como “...se de um computador curto circuitado se tratasse...”.
4º Mês	Aparentemente ausentes durante este período de tempo.
5º Mês	Aparentemente ausentes durante este período de tempo.
6º Mês	Sim: ocorrerem durante o por si designado “princípio de um surto psicótico”, durante o qual via flores que brilhavam e carros verdes com formas estranhas.

*C.2. Despersonalização e desrealização*

1º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.
2º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.
3º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.
4º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.
5º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.
6º Mês	Não ocorreram durante este período de tempo.

**Processo do Pensamento**

*D.1. Curso do pensamento*

*D.1.1. produtividade*

1º Mês	Pensamento relativamente lento. Discurso pouco espontâneo, com alguma escassez de ideias.
2º Mês	Respostas curtas, sintéticas e um pouco limitadas, com exceção dos temas que se referem à sua história familiar. Discurso pouco espontâneo.
3º Mês	Pensamento rápido, porém com uso de frases incompletas. Discurso mais espontâneo.
4º Mês	Nos momentos de silêncio o paciente fala espontaneamente sobre assuntos que dão continuidade ao tema que se estava a desenrolar.
5º Mês	Discurso espontâneo, respondendo abertamente às questões colocadas.
6º Mês	Pensamento rápido e discurso espontâneo.

*D.1.2. continuidade do pensamento*

1º Mês	Responde correctamente ao que lhe é perguntado. Discurso relativamente coerente, embora com pouca informação e repetitivo.
2º Mês	Apesar das respostas serem sintéticas, a informação é relevante, com associações de ideias, na sua maioria correctas.
3º Mês	Respostas por vezes superficiais e evasivas. Muda de assunto com alguma frequência, parecendo não se aperceber deste facto.
4º Mês	Responde correctamente ao que lhe é perguntado, com um discurso mais rico em informação.
5º Mês	Alguna distração relativamente á qual ele parece ter consciência, pedindo desculpas sempre que se distrai.
6º Mês	Não houve sinais de distração. Responde ao que lhe é perguntado.

*D.1.3. prejuízo da linguagem*

1º Mês	Formação e utilização de novas palavras (neologismos), ou deturpação do significado real das palavras.
2º Mês	Mantém-se a situação descrita no mês anterior.
3º Mês	Não se tem verificado com regularidade.
4º Mês	Aparentemente não se tem verificado.
5º Mês	Aparentemente não se tem verificado.
6º Mês	Muito embora o paciente não o refira obtemos a informação de que os neologismos têm sido utilizados com alguma frequência.

*D.2. Conteúdo do pensamento*

*D.2.1. preocupações*

1º Mês	Não foram particularmente sentidas ou expressadas.
2º Mês	Aparentemente ausentes durante este período de tempo.
3º Mês	Tem sentido um grande medo de voltar a ter um novo “surto psicótico” (expressão adoptada pelo paciente). Fala frequentemente em ter medo de sofrer e de nunca conseguir curar-se. Ideias de suicídio têm sido frequentes.
4º Mês	Situação muito semelhante à descrita no mês anterior.
5º Mês	Situação semelhante às anteriores com a especial agravante de ter tentado realmente o suicídio.
6º Mês	Permanece o medo da loucura, de ficar para sempre doente, do sofrimento.

*D.2.2. distúrbios do pensamento*

*2.2.1. delírios*

1º Mês	Presentes de forma mais ou menos frequente. Organizados em torno de códigos e sinais de comunicação. A sua validade começa, no entanto, a ser posta em causa, mas de uma forma ainda superficial.
2º Mês	Pontualmente surgem situações semelhantes às descritas no mês anterior.
3º Mês	A situação mantém-se, muito embora a sua validade seja agora claramente posta em causa.
4º Mês	Situação descrita ocorre pontualmente.
5º Mês	O recurso aos sinais e códigos como forma de comunicação têm sido um pouco mais frequentes do que no mês anterior, apesar do paciente tentar “lutar” contra a sua utilização.
6º Mês	A situação descrita anteriormente tem pouca expressão, parecendo dar lugar à sensação relatada pelo paciente de “absorver” para dentro de si os problemas e sofrimento dos seus outros colegas e destes parecerem ser capazes de perceber os seus pensamentos.

2.2.2. ideias de referência e de influência

1º Mês	Presentes frequentemente. O doente refere que por vezes pensa em determinadas situações ou ocorrências que pouco depois de tornam realidade. Por tal razão considera que é capaz de possuir algum tipo de poder sobrenatural.
2º Mês	Aparentemente não ocorreram.
3º Mês	Sente-se frequentemente observado e avaliado pelos seus colegas e equipa técnica, corando bastante na sequência destas sensações.
4º Mês	Situação semelhante à descrita no mês anterior.
5º Mês	Continua a sentir-se frequentemente observado, comentado, em situações onde estejam várias pessoas presentes.
6º Mês	Mantém-se a descrição anterior. Atribui os seus problemas ao facto de se encontrar internado na Comunidade Terapêutica.

**E. Orientação**

*E.1. Temporal*

1º Mês	Adequada
2º Mês	Adequada
3º Mês	Adequada
4º Mês	Adequada
5º Mês	Adequada
6º Mês	Adequada

*E.2. Espacial*

1º Mês	Adequada
2º Mês	Adequada
3º Mês	Adequada
4º Mês	Adequada
5º Mês	Adequada
6º Mês	Adequada

*E.3. Pessoas*

1º Mês	Adequada
2º Mês	Adequada
3º Mês	Adequada
4º Mês	Adequada
5º Mês	Adequada
6º Mês	Adequada

**F. Estado das pulsões sexuais e agressivas**

1º Mês	Manifestação de tendências auto-destrutivas.
2º Mês	Manifestação de tendências auto-destrutivas.
3º Mês	Manifestação de tendências auto-destrutivas, expressas por ideias recorrentes de suicídio.
4º Mês	Situação anteriormente descrita mantém-se.
5º Mês	Tentativa de suicídio. Tem sido frequente o recurso a bebidas alcoólicas.
6º Mês	Mantêm-se as tendências auto-destrutivas, com frequente recurso a bebidas alcoólicas.

### **G. Nível de insight**

1º Mês	Fraca consciência da sua doença e da necessidade de tratamento.
2º Mês	Relativo: o doente verbaliza o facto de saber que se encontra doente, mas sob uma forma superficial que deixa a impressão de tal afirmação ser uma mera repetição do que lhe é dito pela equipa terapêutica.
3º Mês	Parece um pouco mais consciente da sua doença, situação que é acompanhada por grandes níveis de sofrimento e angústia, afirmando repetidamente que gostaria de "... não ter tanto tempo para pensar".
4º Mês	Verbaliza claramente de que apesar de não gostar de estar internado, sente que o tratamento lhe é importante para tentar superar os seus problemas.
5º Mês	A consciência da sua doença parece mais consistente, acompanhado naturalmente de grande angústia.
6º Mês	Parece ter havido algum retrocesso quanto ao seu nível de insight, no sentido de que responsabiliza factores externos pelo seu sofrimento, ao mesmo tempo que considera o seu internamento e tratamento totalmente ineficaz e prescindível, senão mesmo prejudicial.

#### ***- Síntese Comparativa dos itens do protocolo***

Em traços gerais, descreveremos aqui os aspectos a destacar do percurso evolutivo do paciente no que respeita aos itens constantes no protocolo de entrevista.

Assim sendo, não se verificaram alterações ou variações muito significativas no que se refere aos itens relativos à "descrição geral" do paciente. Níveis de ansiedade mais ou menos altos expressaram-se como uma constante em todas as entrevistas, muito embora se caracterizassem por uma maior intensidade durante a primeira metade das mesmas. Sempre que o nível de ansiedade se mostrava mais marcado, encontravam-se

naturalmente associados aspectos como a postura comportamental e actividade psicomotora mais agitados, bem como a “forma” do discurso adoptado que variava entre as suas maiores ou menores fluidez e espontaneidade.

No que se refere aos “estados afectivo e emocional” do paciente, ao longo deste período de tempo, estes expressaram-se nos dois primeiros meses de forma limitada e superficial. Nos terceiro, quarto e quinto meses já se verificou alguma alteração na sua expressividade no sentido da manifestação e adequação dos afectos se poderem dizer menos limitados e um pouco mais amplos. Todavia, no sexto mês de evolução observou-se um pequeno retrocesso face à situação anteriormente descrita, mediante a demonstração de afectos algo embotados e não muito adequados ou apropriados aos conteúdos do pensamento daquele momento.

Relativamente aos itens constantes da alínea “distúrbio da percepção”, constataram-se algumas variações dignas de registo. Neste sentido, apesar de não terem ocorrido durante este período de tempo quaisquer fenómenos de despersonalização ou desrealização, o mesmo já não se poderá afirmar quanto à existência de fenómenos alucinatorios. Verificou-se então, que no primeiro e terceiros meses (com excepção do segundo mês), o paciente experienciou alucinações de carácter auditivo, sendo que estas já não se encontravam aparentemente presentes no decurso dos quarto e quinto meses.

Contudo, a sua presença volta a manifestar-se precisamente no último mês da avaliação (sexto mês), no decurso do qual o paciente refere ter experienciado alucinações de carácter auditivo e visual.

No que se refere aos “processos de pensamento”, nomeadamente ao curso do pensamento, verificaram-se algumas alterações mais sentidas porém nos primeiros três

meses. Durante este referido período, a produtividade e abundância de ideias resultaram algo limitadas e lentas, com respostas por vezes evasivas e superficiais. Todavia, apesar de pouco espontâneo o discurso não se mostrava muito incoerente, com exceção da utilização mais ou menos frequente de neologismos. Na segunda metade do período de seis meses, o curso e continuidade do pensamento revelou-se mais rápido, mais espontâneo e um pouco mais rico em informação. Muito embora nos quarto e quinto meses os neologismos não tenham estado aparentemente presentes, no sexto mês verificou-se novamente alguma frequência na sua utilização.

Ainda no âmbito dos processos de pensamento, no que respeita ao “conteúdo do pensamento”, foram particularmente sentidas entre os terceiro e sexto meses preocupações intensas relacionadas com o sofrimento e dor mentais, e receios de ficar doente e internado para sempre.

Distúrbios do pensamento como os delírios e ideias de referência e influência manifestaram-se quase sempre presentes, muito embora com intensidades diferentes. Os delírios encontraram-se presentes de forma mais marcada nos primeiro, quinto e sexto meses, tal como as ideias de referência e influência.

Em termos de “orientação” temporal, espacial e relativa às pessoas (no sentido do paciente reconhecer ou não, os diferentes papéis e funções das pessoas com quem está habitualmente), não se evidenciaram quaisquer alterações durante todos os seis meses de evolução.

O “estado das pulsões sexuais e agressivas” não demonstraram variações significativas durante o período de seis meses, com a absoluta exceção para o quinto mês, altura em que o paciente realizou uma tentativa de suicídio. Durante o período da

avaliação forma sempre manifestadas pelo paciente tendências auto-destrutivas que permaneceram após a tentativa de suicídio, acrescido do recurso mais ou menos frequente a bebidas alcoólicas.

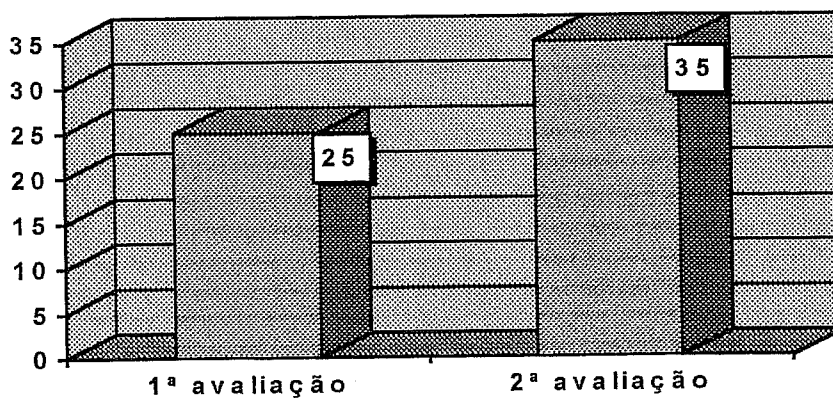
Finalmente, o nível de insight do paciente registou uma evolução progressiva no sentido positivo até aos cinco meses de evolução, apesar de se manterem francas dificuldades noutras áreas de evolução até aqui descritas. Contudo, após a tentativa de suicídio, constatou-se um ligeira regressão no decurso do sexto mês quanto ao seu nível de consciência e compreensão do seu verdadeiro estado de saúde mental.

Tal como foi possível apercebermo-nos ao longo desta leitura este retrocesso não foi apenas sentido nesta área, sendo que o último mês de avaliação se caracterizou particularmente pelo registo de algumas regressões no processo evolutivo do paciente

**5. Apresentação gráfica dos resultados obtidos através das  
“Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations”**

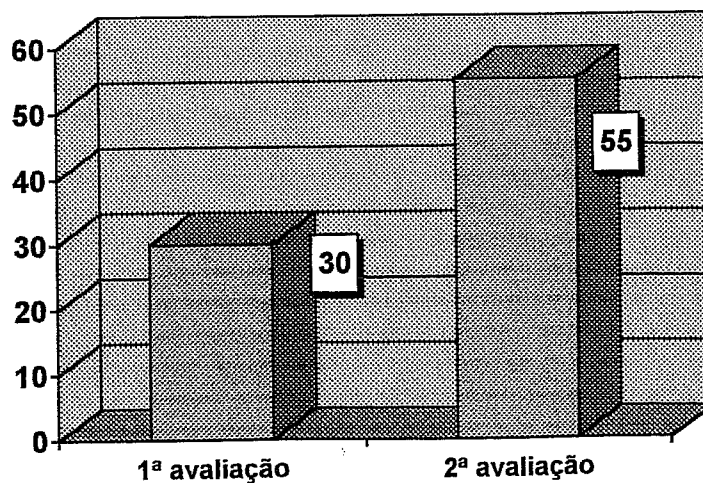
**1. Motivação para o Tratamento**

1ª Avaliação	2ª Avaliação
25	35



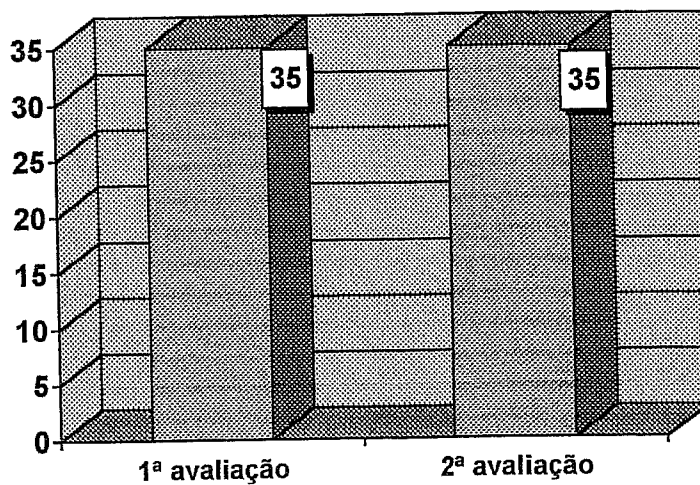
**2. “Sublimatory Effectiveness”**

1ª Avaliação	2ª Avaliação
30	55



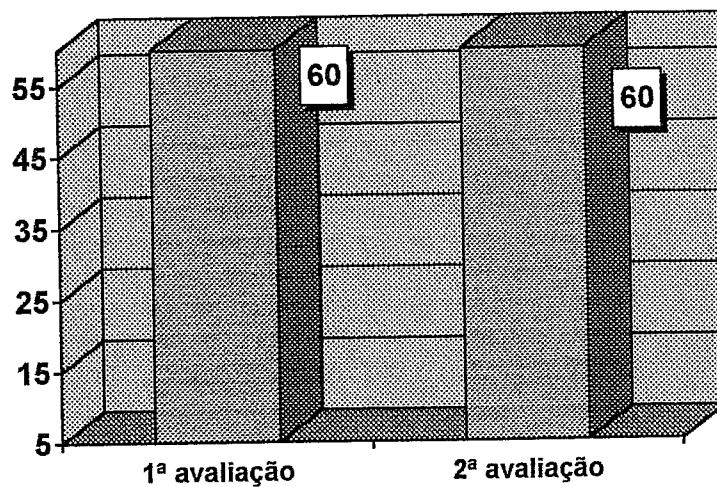
### 3. Impulsividade

1ª Avaliação	2ª Avaliação
35	35



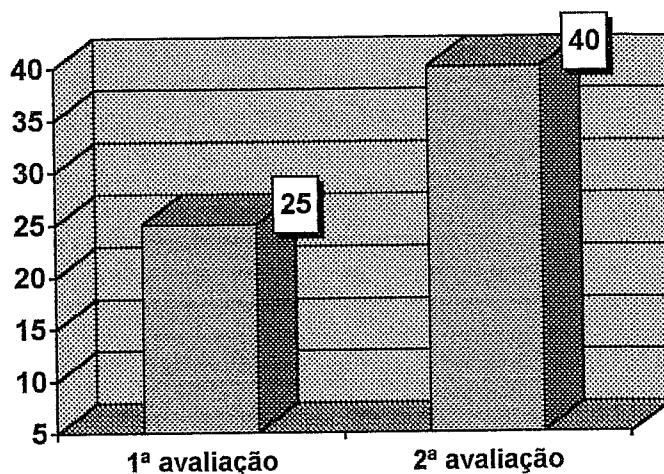
### 4. Integração do Superego

1ª Avaliação	2ª Avaliação
60	60



### 5. Qualidade das Relações Objectais

1ª Avaliação	2ª Avaliação
25	40



#### *- Síntese Comparativa dos resultados obtidos nas “Menninger Scales”*

Ao procedermos a uma comparação entre os resultados obtidos em ambos os momentos de avaliação, em que a primeira avaliação foi realizada no primeiro mês de observação do paciente e a segunda avaliação no sexto mês de observação, é possível delinear-se algumas considerações, sendo que:

- no que respeita à escala “Motivação para o Tratamento”, constata-se uma ligeira progressão positiva, no sentido de que no primeiro momento de avaliação o paciente demonstra reduzido interesse pelo seu processo de tratamento, com igualmente reduzida

procura de relacionamento interpessoal (seja com elementos da equipa terapêutica, seja com outros pacientes). No segundo momento de avaliação, apesar de ainda não se encontrar verdadeiramente empenhado ou envolvido no seu processo de tratamento (com a consciência dos benefícios que daí poderia retirar), apercebe-se do seu desejo (embora ambivalente) em ser cuidado e tratado, embora o faça sob formas ainda não muito adequadas. Em termos do seu relacionamento interpessoal, o paciente mantém especialmente uma maior proximidade com dois colegas da Comunidade.

- na escala “Sublimatory Effectiveness”, verifica-se igualmente uma ligeira evolução positiva, uma vez que se inicialmente (primeiro momento de avaliação), o paciente não manifestava interesses por actividades recreativas ou sociais, ou outras que lhe proporcionassem algum nível de satisfação, na segunda avaliação já se mostrava presente o seu envolvimento em algumas actividades que não implicam a sua satisfação imediata (o paciente frequentava aulas de ginástica de manutenção e encontrava-se também a tirar a carta de condução). Porém, refira-se que estas actividades eram ainda empreendidas com algum esforço.

- no que se refere à escala que avalia a “Impulsividade”, não se verificaram alterações entre os primeiro e segundo momentos de avaliação. Este paciente não se caracteriza particularmente pela tomada de acções impulsivas claras, salvo aquelas que estão eventualmente na origem de ideias delirantes – que a ocorrerem não se encontram abrangidas pelo campo de avaliação desta escala, tal como salientado na sua nota introdutória.

- na escala “Integração do Superego”, não se constataram de igual modo, variações entre os dois momentos de avaliação.

- finalmente, no que respeita aos resultados obtidos na escala “Qualidade das Relações Objectais”, verificou-se uma evolução positiva do primeiro para o último mês de avaliação. Na primeira avaliação a capacidade do paciente em estabelecer relações de alguma estabilidade encontrava-se francamente limitada, sendo que os seus contactos com as outras pessoas eram maioritariamente caracterizados pelo empobrecimento emocional e tendência para o seu evitamento. No segundo momento avaliativo, a capacidade para procurar e estabelecer relações, apesar de ainda limitada, não é isenta de sentimentos de respeito e consideração pelas outras pessoas. Existe uma relação mais próxima com dois colegas da Comunidade que tem sido mantida, embora com algum esforço e por vezes algum evitamento.

## **Análise evolutiva do caso clínico**

### **Estabelecimento do diagnóstico clínico**

Em termos de diagnóstico clínico, com base na classificação da DSM IV - versão portuguesa, encontramos-nos perante um quadro de Perturbação Esquizofrénica, do tipo paranóide, no qual se encontram presentes os seguintes sintomas:

Ideias delirantes dominantes do tipo persecutório que se traduzem, por exemplo, na crença de que a sua analista contava a toda a gente a sua história e o que ele falava nas sessões, de tal modo que quando ia na rua sentia que todos sabiam o que se passava consigo, sentindo-se assim exposto ao ridículo. Verifica-se igualmente a presença de algumas ideias delirantes de grandeza, expressas na sua crença em possuir capacidades fora do comum que lhe permitiam comunicar e entender os outros (através do uso de sinais, de gestos codificados ou simples trocas de olhares), de um modo que poucos conseguem compreender. A dada altura sentia-se também com capacidades de previsão de acontecimentos relacionados com desastres ou acidentes.

Alucinações de carácter auditivo: à noite ouvia vozes a falar baixinho como se tivesse dentro de si um rádio transistor. Ocorreu também ouvir os seus pensamentos nos noticiários da televisão e rádio.

Disfunção social/ocupacional: na medida em que os cuidados consigo próprio decaíram progressiva e consideravelmente. O relacionamento interpessoal, quer com a sua família, como com os seus amigos e colegas da escola tornou-se raro. O paciente

isolava-se e fechava-se durante dias no seu quarto de dormir. Muito embora até ao 12º ano de escolaridade tenha conseguido manter o seu aproveitamento escolar, este decaiu totalmente com a entrada no ensino universitário (traduzido em faltas constantes e reprovações sucessivas).

**Duração:** Os sinais da perturbação persistiram ininterruptamente por um período de tempo superior aos 6 meses.

**Exclusão de Perturbação esquizoaffectiva ou do humor:** os episódios de alteração do humor (sintomas maníacos que ocorreram na sequência da medicação anti-depressiva), que se verificaram durante os sintomas da fase activa apresentaram uma duração total mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais da doença.

Do ponto de vista psicodinâmico importa aqui elaborar algumas reflexões no que respeita ao historial deste paciente, bem como a nível do seu percurso evolutivo desde que deu início ao seu processo de tratamento na “Comunidade Terapêutica da Quinta da Tapada”. Assim sendo, ao revermos alguns aspectos da história passada do Filipe pensamos ser importante conceder um lugar de destaque ao problema que se prende com a separação da mãe que aconteceu aos 14 anos do paciente. Na sequência desta separação não desejada pelo Filipe e na sua consequente ida para casa do pai, associada a uma mudança de cidade é-nos dado a perceber o impacto que esta situação tem no paciente. Progressivamente o Filipe começa a isolar-se, fechando-se no quarto durante dias inteiros, afastando-se dos seus colegas de escola, ou não procurando sequer a sua companhia, descuidando a sua imagem não mais se preocupando com a sua higiene ou forma de se vestir. Este momento reveste-se de suma importância na medida em que se

poderá dizer ser aquele em que a parte esquizóide da personalidade do Filipe se começa a revelar e a “ganhar” algum espaço dentro de si. Neste contexto relembramos Grotstein (1977), quando afirma que o sujeito esquizofrénico já o era desde muito cedo, simplesmente essa esquizofrenia não tinha ainda desflorado – aguardando apenas o momento mais “propício” para o fazer.

Neste âmbito, podemos então referir o quanto o paciente parecia estar de tal forma envolvido na relação com o objecto materno que, por meio da identificação projectiva psicótica, quando ocorre esta separação real do objecto é, muito provavelmente, como se estivesse a separar e a perder uma parte de si mais saudável (que ficou então ligada, “retida” no objecto materno). Até então, o paciente parece ter-se mantido num falso equilíbrio (de natureza patológica), equilíbrio este que se perdeu quando acontece a separação da mãe, a separação do meio familiar habitual, do seu meio socio-afectivo, da sua cidade. Tudo se passa como se o processo de luto inerente a todo este conjunto de mudanças, que numa pessoa dita saudável se poderia processar de uma forma relativamente simples (apesar de naturalmente serem requeridas algumas elaborações), tivesse neste caso revelado e salientado uma incapacidade de realizar e elaborar um acto de perda. Revela-se igualmente uma incapacidade por parte do doente em refazer mecanismos sociais, isto é, em tentar procurar, criar, reinvestir em novas relações socio-afectivas. No seu lugar veio a descoberto toda uma parte esquizoide da personalidade que nos faz pensar que, mediante um processo de clivagem, o doente deixou ficar no interior de uma terra-mãe (objecto materno e objecto-meio familiar e socio-afectivo) a parte mais sadia da mente dele. A separação da mãe revelou não apenas um sentimento de perda do objecto, mas sobretudo a perda de uma parte de si. A parte louca que agora

se revela concretiza uma travessia que se diria clássica, que se inicia com o despertar da sua parte esquizoide, seguida do eclodir do acontecimento psicótico, relativamente ao qual se sublinha o interessante facto de envolver a própria analista. A partir de dada altura, Filipe faz um movimento de recusa, quebra toda a comunicação com a analista, como que concretizando uma “incorporação delirante” na psicanalista – isto é, todo o seu delírio paranoide incorporou a própria analista, sendo que a partir deste momento a relação terapêutica resulta seriamente comprometida e o processo acaba por se perder irremediavelmente.

Quando Filipe consulta posteriormente um médico psiquiatra e lhe é receitado um medicamento anti-depressivo, a perturbação psicótica do doente complexifica-se, ganhando então um colorido afectivo. Verifica-se uma clara subida dos limites do eu, o surgimento de um self grandioso que é sentido pelo Filipe como algo de extraordinário. Todavia, ainda que se constatem a presença de características relativas a uma perturbação do humor, o predomínio da parte louca esquizofrénica é ainda evidente sobre a parte maníaca, uma vez que a elacção maníaca do paciente é digamos secundária à organização psicótica. Para clarificar esta diferenciação poderemos por exemplo recorrer ao facto do paciente organizar neologismos. Contudo estes neologismos podemos dizer estarem organizados de um modo metonímico, no sentido de que as palavras encontram-se desprovidas de metáfora: isto é, o paciente utiliza as palavras no sentido concreto, como uma “coisa em si” – por exemplo, com “sopa de cozido” ele pretende dizer que “sou pá descosido”, com “isqueiro” pretende dizer “isto quero”, ou com “Ferrari” de “ferrar”. É então possível verificar-se aqui um retorno a um elemento

perceptivo sob a forma de uma pseudo-linguagem, ou de uma linguagem desmetaforizada, que por sua vez organiza os neologismos.

Em termos Bionianos, verifica-se uma reversão na função de pensar na medida em que o aparelho de pensar os pensamentos deixa de funcionar. Logo sublinhe-se mais uma vez, o facto da linguagem perder o valor de metáfora caindo no seu sentido concreto – as palavras ou pseudo-palavras dão apenas conta de elementos concretos: a palavra “isqueiro” perde a sua função resultando o seu significado corrompido pela coisa concreta e metonímica que caracteriza o discurso do sujeito esquizofrénico, nomeadamente deste paciente.

Constata-se ao longo da história do Filipe, uma perturbação bastante grave do aparelho de pensar os pensamentos que culmina na sua crise final (por ele denominada de surto psicótico). Esta crise concretiza-se quando o paciente se encontra completamente “apocalíptico”. Isto é, o paciente atinge um ponto tal que toda a sua organização delirante se tornou incapaz de cumprir com a sua função “organizadora”, sendo então que o doente faz uma crise mais ou menos grave, com uma desorganização da mente bastante intensa - que no caso do Filipe o levou ao internamento num hospital psiquiátrico.

No que respeita ao sentimento de saudade “...dos seus tempos áureos de gigolô...” que o doente tão insistentemente expressa, tempos esses que se referem à sua fase maníaca (período em que se encontrava medicado com o anti-depressivo), revela como o paciente se demonstra praticamente isento de insight do seu funcionamento psíquico. O paciente mostra não ter consciência de si nem do que se passa consigo. Pelo contrário,

mostra-se francamente mais interessado e “atraído” pelo estado onnipotente do funcionamento maníaco que o caracterizou nessa época. O medicamento anti-depressivo surgiu-lhe e foi sentido como uma fórmula “mágica” que lhe proporcionava e oferecia uma onnipotência psicótica sem a contrapartida paranóide. A angústia paranóide e todo o sofrimento que acompanhavam os sentimentos e delírios persecutórios diminuíram consideravelmente, ao mesmo tempo que “ganhou” um aumento da elação do eu. Estes factos não deixam pois de expressar como o paciente se identifica de um modo evidente aos aspectos onnipotentes da sua personalidade, encontrando-se neste momento perfeitamente ancorado a este funcionamento.

#### Segunda entrevista:

Na segunda entrevista, muito embora se encontrem ainda presentes sob uma forma marcante e idealizada todos os seus sentimentos de saudade do funcionamento maníaco, encontram-se no entanto expressos mais elementos relativos à sua narrativa pessoal. Isto é, ao longo desta entrevista o paciente referiu-se mais amiudadamente aos objectos de relação. A primeira entrevista pode-se dizer encontrar-se completamente narcisada, no sentido de que o seu discurso define-se pela sua descontextualização e também pelo facto do outro não ser falado ou pensado. O outro não existiu no seu discurso com se na realidade não existisse ou não encontrasse lugar para ele. Por outro lado, nesta entrevista, o doente consegue fazer uma descrição da vida dele e de alguma forma também dos outros, conseguindo igualmente começar a dar interpretação aos vínculos. Senão vejamos: ele refere que sabe que é a ovelha negra da família, que os outros não gostam de estar com ele e que desejam distanciar-se. Percebe-se aqui um mínimo de

capacidade de insight, na medida em que se reconhece como uma pessoa com dificuldades ao mesmo tempo que reconhece por exemplo, a distância emocional que existe em relação aos seus irmãos. Refere também a distância progressiva que começou a imprimir na relação com o segundo marido da mãe. O modelo de funcionamento que na primeira entrevista, do ponto de vista Bioniano, se poderia dizer como um modelo caracterizado por uma perturbação muito evidente do aparelho de pensar os pensamentos, e por uma ausência de barreira de contacto, nesta segunda sessão pontua-se com a presença de um pensamento mais consciente, bem como com a expressão de dificuldades vinculativas (o paciente faz um movimento de apreciação dos vínculos o que também nos indica que apesar de tudo ele faz mais pensamentos sobre si próprio). Ainda com Bion, estes vínculos surgem-nos primeiramente sob a forma de L- (onde tão só se encontra lugar para a mentira e para a não-relação). Contudo, o vínculo H (ódio) surge-nos logo depois sentido pela parte da mãe relativamente a ele quando ele nos diz que sabe que a mãe não gosta dele. Aqui sim, o vínculo H encontra-se “dominante” em relação à mãe e depois também em relação ao outro. Quando o doente fala da gravidez da mãe (que ele acompanhou), apesar de afirmar nada se ter importado, sente-se claramente a presença de um vínculo H em relação ao ser que estava para nascer.

Debruçando-nos no discurso do paciente quando este descreve o que sentiu durante esta gravidez da mãe é interessante ver o quanto o doente se encontrava ainda no interior da barriga da mãe. Aliado a este aspecto ele sente que a vida do outro (do bebé) lhe retirou, roubou o seu espaço do interior do objecto materno; espaço este que acaba por ser descrito sob um modo psicótico: dizendo como era repugnante o sentimento ou a simples ideia de estar preso dentro da barriga da mãe, ou interrogando-

se como é possível um bebé ser capaz de lá estar dentro tanto tempo - como se fosse ele próprio que lá estivesse este tempo todo até à existência deste irmão. Ele próprio, com aspectos repugnantes e insuportáveis, mas dentro do objecto materno. O paciente comenta depois que quando o irmão nasceu de facto a vantagem que ele sentiu foi a de “afastar-se” da mãe. Tal seria verdadeiro se ele tivesse sido capaz de elaborar realmente esta situação, mas o que acabou por acontecer foi ele começar a enlouquecer de facto.

A evolução da esquizoidia do Filipe compreende-se agora um pouco melhor a partir do sentimento que ele tem de que acontece um “splitt off” do interior do objecto materno. Apesar dele descrever este objecto como claustrofobizante, asfixiante e repugnante, o facto é que ele se encontrava ainda lá dentro em termos do seu funcionamento psíquico. Ora este bebé que depois surgiu vem-lhe ocupar este seu espaço oferecendo-lhe um sentimento de perda de qualquer coisa que lhe é intolerável e incapaz de transformar ou elaborar.

No que respeita aos personagens constantes do livro que o Filipe se encontra a escrever, poderemos dizer que estes personagens não são mais do que a expressão das suas partes psicóticas da personalidade. As duas primeiras personagens por ele referidas parecem reflectir a parte psicótica da personalidade que mostra o seu aspecto mais onipotente – sendo que primeira personagem é um objectivo alheado do destino/percurso e a segunda personagem um destino sem objectivo algum, no sentido de que sendo ambas partes do seu self, a primeira personagem prende-se com o seu desejo de ser onipotente e a segunda personagem é aquele que perdido esse fantasma da onipotência de chegar ao cume da montanha, de conseguir atingir a situação máxima é

aquele que de facto perde qualquer espécie de sentido tornando-se num ser errante. Ambas estas partes da sua personalidade estão obviamente loucas. Finalmente a terceira personagem deste livro— o jardineiro (aquele que encontra a folha de plátano no jardim, na terra do pai), também é o paciente que por seu lado conta essas duas partes da mente dele.

O paciente fala ainda de várias outras personagens que o “habitam” e de um modo não previsto ou controlado por ele. Relativamente a estes aspectos parece demonstrar consciência destes objectos fragmentados que não são mais do que partes que se desligam, se clivam do seu self. Estes objectos que o habitam são como que pessoas mentais que ganham uma vida própria no interior dele e que podem inclusivamente tomar conta do resto da mente dele. Aquilo que numa mente neurótica assume características de um aspecto reflexivo (quando se pensa para si próprio acerca de um dado assunto, ou quando se tem que tomar uma dada decisão), no sujeito psicótico aparece clivado, isto é, uma parte de si pensa assim mas outra pensa de forma oposta, funcionando como se fossem duas pessoas totalmente opostas: não há reflexão, mas sim antagonismo. Quando o Filipe diz que “... o louco nasceu...” ele está a fazer um movimento de consciência da sua loucura. Contudo, ele toma essa consciência de um modo psicótico comunicando psicoticamente esse seu insight.

No que respeita à sua integração e adaptação na Comunidade Terapêutica, verifica-se que a relação de objecto ali estabelecida por ele é uma relação esquizoide onde predominam os processos de clivagem. Contudo parece estabelecer alguns vínculos, mas só que são vínculos de natureza nitidamente comensal. Não são vínculos simbióticos, logo, não são vínculos de crescimento (recorde-se que Bion fala em vínculos

estruturantes ou não estruturantes, como sejam os vínculos comensal, parasitário e simbiótico) (Amaral Dias, 1998). Neste caso, o paciente expressa um vínculo de natureza comensal esquizoicamente colocado, sem simbiotização alguma e sem organização do espaço do pensamento.

### Terceira entrevista:

A esquizofrenia deste paciente parece mostrar alguns sinais de regressão no que respeita ao seu processo psicótico, de tal modo que na vez de se encontrar indiferenciado e indistinguível do mundo externo, adivinha-se aqui uma consciência mais instituída do outro. Isto é, em vez de encontrarmos uma certeza de que os outros estão dentro dele e ele dentro dos outros, o paciente ensaia aqui um esboço de consciência da diferenciação de si e do outro. Contudo, fá-lo ainda sob a forma de elemento perceptivo (ainda não transformado em elemento pensamento). Todavia poder-se-á referir de facto um esboço de separação, mas separação esta que implica um custo que é o do aumento da angústia, do sofrimento não tolerado, não transformado. Ora este custo ou esta factura que lhe é imposta não é mais do que um movimento reflexo da sua parte psicótica que se traduz pelo aumento da angústia. Porém, refira-se que esta angústia não se encontra associada a um estado depressivo, pois uma coisa é certa no que respeita ao sujeito esquizofrénico: ele raramente se encontra deprimido, uma vez que a consciência da realidade não se encontra presente, ou organizada de facto (Amaral Dias, 1995). A dado momento o paciente parece tentar organizar uma consciência do outro, mas esse ensaio, sublinhe-se novamente, fá-lo sentir-se extremamente indefeso perante o outro.

Recorde-se Bion (1957), quando afirmou que a fuga é um modo de cura fundamental. Contudo, o reverso desta fuga é que quando a pessoa escapa ou foge de alguma coisa torna-se ignorante acerca dela. E ignorando-se aquilo do qual se foge fica-se cada vez mais ignorante (e a capacidade de se lidar com esse problema vai diminuindo drástica e perigosamente). Bion (1967), também diz que o sentimento de onipotência e o sentimento de indefesa são duas faces da mesma moeda. Porque se é indefeso recorre-se à onipotência. O que acontece com este paciente quando afirmamos que ele parece regredir no que respeita à sua psicose é o facto dos seus aspectos mais onipotentes parecerem estar a diminuir, revelando-se assim os aspectos mais indefesos da sua mente. Logo, também se revelam a angústia e o sentimento de estar à mercê do outro – trata-se pois da realidade do louco que é uma espécie de consciência interlúcida de que os outros podem fazer-lhe mal e ele se encontra totalmente indefeso perante uma realidade para si desconhecida e reforçadamente intolerada e rejeitada.

Com o problema que agora se lhe coloca que é o da tomada de consciência do outro, bem como a consciência da diferença, com particular relevância para consciência da diferença dos sexos, o paciente sente uma tremenda angústia quando inclusivamente toda uma série de pensamentos incestuosos relacionados com a mãe lhe vêm frequentemente à cabeça. O refluxo da psicose mostra-nos pois, que quando o indivíduo está louco tudo o que lhe vem à cabeça é aquilo que ultrapassa o limiar do aceitável e tolerável, pelo que se dá naturalmente um nítido aumento da angústia e uma intensificação das defesas psicóticas. Ora este paciente mostra-nos neste preciso momento o risco de cedência de alguns mecanismos psicóticos como sejam a identificação projectiva patológica e o seu lado mais onipotente fazendo assim realçar a

parte mais frágil da sua mente: parte esta que não tolera a diferença dos sexos, que não tolera a diferença em relação ao outro, que se torna incapaz de perdoar, enfim tudo aquilo que faz parte da condição e vida humana parece falhar. Ele detesta estar lúcido, não aguenta o “peso” da consciência do pensamento. Como tal, prefere claramente a onipotência ao sentimento de desamparo (expresso tantas vezes pelo próprio paciente quando este diz querer voltar aos seus “bons e velhos tempos...” – altura em que se encontrava medicado com um anti-depressivo e em plena fase maníaca de funcionamento). Demonstra não saber como lidar de todo com esta consciência que o faz sentir-se frágil, indefeso, incapaz de governar a sua vida, numa condição que o limita, que o faz sentir-se mortal.

Na primeira entrevista o paciente encontrava-se sob a égide, como já foi referido, da ausência de barreira de contacto e ausência do aparelho de pensar os pensamentos. Na segunda entrevista o paciente centra-se mais numa narrativa pessoal dos vínculos, embora vínculos de natureza patológica. Finalmente nesta terceira entrevista, o paciente encontra-se claramente sob a égide da intolerância à dor mental.

Recorde-se ainda quando inicialmente referimos como o paciente parecia encontrar-se totalmente no interior do corpo da mãe, e como a situação de mudança de cidade e de casa e a consequente separação da mãe o enlouquece. Entendemos pois este enlouquecer como estando associado directamente ao facto do paciente, por identificação projectiva patológica, estar dentro do objecto materno, encontrando-se a funcionar até à data da separação numa espécie de falso equilíbrio. Então, neste contexto torna-se extremamente importante evocar o aspecto do luto patológico da psicose para explicar a história deste paciente. Realça-se um vínculo patológico de tal intensidade que

quando ele se separa da mãe há como que uma perda de si mesmo, no sentido de que perde a parte dele que vivia no interior do objecto materno porque se encontrava totalmente confundido com esse objecto. Essa confusão ainda hoje se encontra manifesta.

No que respeita à segunda gravidez da mãe, gravidez essa que ele acompanhou e mais uma vez aqui refere: por um lado ele vive a experiência do nascimento do irmão como a de um sujeito estranho que faz aquele filho à mãe. Ora, já que não o foi o pai a fazê-lo e sim um estranho porque não ele próprio? É certo que o paciente aqui se encontra identificado com este estranho que faz um filho à sua mãe, como se ele próprio fosse também o pai daquele bebé. Revela-se a intolerância ao outro, a incapacidade de estabelecer um vínculo L com o outro, portanto o outro surge-lhe como uma ameaça. O vínculo H torna-se dominante na medida em que o outro é o objecto mau e perseguidor ficando o paciente à sua mercê.

#### Quarta entrevista:

Salienta-se novamente um aumento da intolerância à dor mental que volta aqui a aparecer como elemento fundamental.

O doente protesta que se encontra demasiado consciente – curar é entrar em contacto com toda uma parte intolerável do humano, com a parte intolerável da realidade. Já Bion (1967), dizia que a intolerância à dor mental é uma das formas de escapar à dor psíquica, e o sujeito psicótico é um dos que mais confirmam esta verdade.

Parece evidenciar-se, contudo, um maior espaço para a lucidez. Porém, sublinhe-se que uma coisa é estar mais lúcido, e outra é a sua dificuldade em lidar com esta lucidez.

Estar lúcido implica, mais uma vez, lidar com a diferença e o que se encontra aqui expresso é o ódio à diferença. Como odeia primeiro a diferença do outro, depois odeia todas as diferenças. A diferença é o outro em consciência da separação. A consciência da separação é a consciência da perda. A consciência da perda torna-se então intolerável pois o coloca sob a ameaça do outro. A este propósito Freud (1926) referiu que a consciência da necessidade de satisfação aumenta no bebé humano a consciência do quanto está à mercê do objecto. No psicótico a consciência do desamparo, a consciência da dependência, porque lhe é insuportável fá-lo atacar a diferença e apropriar-se da realidade para a controlar. A consciência da realidade é odiada e na sua sequência a diferença das gerações (porque ele quer ter a mãe) e a diferença dos sexos. O sonho que ele conta reflecte esse mesmo aspecto: o pénis cortante – o que corta a diferença, na vez de ser um pénis vínculo L é claramente um pénis vínculo H: um ódio ao outro, um ódio à diferença, um ódio à vagina.

Inerente a tudo isto é aqui claramente expresso que o paciente ainda não consegue lidar com, ou resolver a dor mental que lhe vai aparecendo com a consciência da realidade.

#### Quinta entrevista:

Na sequência da reflexão anterior, centrada no importante aspecto que é a incapacidade do paciente em tolerar a dor mental acontece que ele não consegue de tal forma lidar e suportar esta dor e este sofrimento que tenta o suicídio. De facto um dos problemas associados da psicose é o problema da eminência do suicídio, pelo fenómeno da intolerância à dor mental. Um aspecto que não deixa de ser bastante interessante

nesta sua tentativa de suicídio é o facto de ter usado um x-ato (com o qual já havia sonhado sob a “forma” de pénis), como que expressando que é o seu ódio à diferença que o mata. Uma vez que lhe começa a ser insuportável conviver com essa diferença pelo aumento da sua lucidez deseja morrer por causa dela.

Nestes momentos os cuidados e decisões institucionais assumem particular e fulcral importância, na medida em que não é tarefa fácil e linear conter toda esta angústia e suas mais directas e indirectas implicações. Quando uma instituição alcança a árdua e insinuada tarefa de se responsabilizar pelo aumento da lucidez de um paciente, terá logo de seguida que se confrontar com a igualmente penosa tarefa de ser capaz de aguentar o impacto e conter a angústia da lucidez do sujeito. Todavia, ocorre aqui um erro institucional que se reflecte em dois momentos: o primeiro quando esta tentativa de suicídio é entendida como uma coisa demonstrativa (para chamar a atenção, ou como medida manipulatória); o segundo momento quando é sentido e lidado como algo de intolerável e na vez de se fazer uma experiência de contenção do acontecido é receitado e administrado ao paciente um anti-depressivo. Acontece então que, à semelhança de anos atrás, se verifica uma elação da sua parte maníaca que conseqüentemente pode potencialmente fazê-lo disfuncionar.

Sexta entrevista:

Revela-se de forma algo renovada e intensificada a tendência a uma indiferenciação eu – outro (objecto externo), expresso pelo seu sentir de que “absorve” para dentro de si os problemas e pensamentos (“...maus pensamentos...”) dos seus colegas da Comunidade. Tal ocorre como se o paciente fizesse como que uma identificação a esses

seus colegas levando-o à ideia delirante de que se encontra confundido com eles ou que se encontra a funcionar de modo similar a eles. Deste modo, através do mecanismo de identificação projectiva patológica e da confusão eu – outro, ele “veste” os problemas, as angústias, o sofrimento do(s) outro(s), facto que lhe proporciona grandes níveis de ansiedade e eventualmente sentimentos de se sentir aprisionado dentro do outro. A intolerância à dor mental encontra-se naturalmente presente de modo ainda bastante intenso, de tal modo que a ocorrência de um quadro delirante e alucinatório (designado pelo paciente como “...o início de um surto psicótico...” ) parece surgir como uma tentativa resolutiva desta dor mental.

No que respeita aos seus pensamentos de carácter incestuoso que envolvem a mãe, mas que também se estendem para a possibilidade (porém aparentemente rejeitada) de ter relações sexuais com outras mulheres (inclusive com mulheres prostitutas – assunto abordado no seu novo livro), recordemos o quanto a endogamia e a exogamia se revestem de acrescidas dificuldades para o indivíduo psicótico. De facto, o sujeito vê-se a dado momento, confrontado com duas situações opostas, relativamente às quais a sua estrutura primitiva (superego) nunca deixará de o punir severamente. A solução deste conflito surge então sob uma forma delirante, que não deixa de passar por uma proibição clara do acesso à sexualidade. Trata-se pois, de uma tentativa de resolução de um conflito que continua e insistentemente provém de uma realidade intoleravelmente provocadora.

Muito embora, por vezes, o paciente afirme perceber a diferença entre a realidade e o seu delírio, parece ainda claro o domínio da sua parte psicótica que continua a “seduzi-lo” com êxito, e conseqüentemente a comandar e a toldar a parte mais sadia da sua

personalidade. Este domínio clarifica-se pela sua ainda recusa ao acesso ao conhecimento de si e da realidade, demonstrado em parte pela diminuição da sua motivação para o processo de tratamento (expresso na primeira sub - escala Menninger).

## **Considerações Finais**

O presente trabalho procurou ser uma reflexão sobre o percurso evolutivo dos processos psicodinâmicos do quadro psicótico e da sua abordagem terapêutica. Como tal, este estudo mais do que conclusivo, pretende ser antes um espaço descritivo e reflexivo.

Recordamos, no entanto, que um qualquer processo terapêutico, seja ele individual, grupal ou integrado em instituições, não se caracteriza pela sua linearidade e previsibilidade, sendo ponto assente que muitos são os factores que potencialmente influenciam (directa ou indirectamente), o decurso desse processo terapêutico.

Assim sendo, constata-se tantas vezes o quanto podem ser frequentes, quanto aparentemente súbitos, quer as evoluções no sentido positivo, como os movimentos de natureza mais regressiva.

No que diz respeito à evolução do caso aqui estudado, poder-se-ão delinear algumas considerações finais que se prendem sobretudo com mudanças ocorridas a nível de alguns mecanismos psicológicos deste paciente, bem como naquilo que se refere à sua relação e integração na Comunidade Terapêutica.

A intolerância à dor psíquica é de facto algo que prevalece ao longo dos seis meses de evolução, mantendo-se sem dúvida ainda bastante presente no último mês. Todavia, não se deixa de se poder assinalar, a dado momento, um maior nível de rendimento do aparelho de pensar os pensamentos, traduzível numa certa melhoria dos processos do pensamento nomeadamente no que respeita a uma diminuição da perturbação dos conteúdos.

Verifica-se igualmente uma ligeira redução na utilização do mecanismo de identificação projectiva patológica.

Contudo, acrescente-se que apesar de serem verdadeiras estas referências, também o é o facto do aparelho de pensar os pensamentos se expressar ainda mais evacuativo do que elaborativo.

No que se refere ao vínculo, continua a constatar-se uma patologia no seu estabelecimento, no sentido em que o vínculo H (ódio) predomina claramente sobre o vínculo L (amor), sendo que a tendência a produzir-se -K (oposição à mudança, ao crescimento e ao conhecimento) prevalece.

De referir também uma relativa flutuação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva, mas onde a tendência predominante aponta para a posição esquizo-paranóide, como que testemunhando a sua incapacidade de realizar a ansiedade depressiva. Novamente a incapacidade para tolerar a dor psíquica surge concomitante com outro factor – agora a capacidade em lidar com a ansiedade.

No que diz respeito à relação do paciente com e na Comunidade Terapêutica, parece evidente o facto da instituição se revelar e comportar como um espaço continente importante e essencial à evolução favorável do doente. Contudo, esta função contentora vacilou/fracassou a dado momento na forma como tratou e lidou com a tentativa de suicídio do paciente. Mais especificamente, no modo como geriu e “enfrentou” aquilo que acompanha o aumento de lucidez do sujeito de funcionamento psicótico que é uma forte intolerância ao sofrimento e dores psíquicas e um nível de ansiedade bastante intenso. Na altura da tentativa de suicídio, o que se passa com este doente em termos

Bionianos, parece ser mais uma catástrofe (no sentido de um desabamento psicológico), do que uma mudança catastrófica (no sentido do crescimento e maturação psicológicos).

Ora, esta catástrofe, se bem aproveitada e explorada pelo espaço relacional da instituição pode, sem dúvida possibilitar de forma significativa o reverter do processo e funcionamento psicóticos, contribuindo assim para uma potencial melhoria global do processo de crescimento e maturação.

Como que na sequência deste ocorrido, verificam-se no paciente algumas regressões a nível de alguns mecanismos psicológicos (como por exemplo, expressão dos afectos, distúrbio da percepção, forma como vê e se motiva para o seu processo de tratamento). A estas regressões não se podem afirmar alheias todo um conjunto de variáveis que de algum modo se associaram entre si. Para além da já sinalizada forma como a instituição e inclusivamente a própria família lidaram com a tentativa de suicídio, podem-se referir ainda a mudança de médico psiquiatra e consequente alteração da terapia medicamentosa (que passou também a incluir um medicamento anti-depressivo), a insistência e pressão claras por parte do pai do paciente em querer retirá-lo da Comunidade Terapêutica e assim interromper o processo de tratamento (facto que era do pleno conhecimento do doente), e também de algum modo o facto do paciente ter sido “forçado” a interromper e deixar de frequentar o curso universitário (sendo que os trabalhos e actividades académicas realizadas até então ficaram sem qualquer validade, ou possibilidade de obter equivalência para o ano seguinte).

Para finalizar, não poderemos deixar de sublinhar a relação instituição – paciente que, sendo desmedicalizada e despsiquiatrizada (uma vez que não há enfermeiros, médicos ou psiquiatras de serviço e que façam parte do quadro técnico da instituição), se

assume e revela com uma capacidade transformadora e elaborativa que é possível ver-se espelhada nalguns momentos do percurso evolutivo deste paciente, como sejam o decurso do quarto e primeira metade do quinto meses. A tal facto adicione-se ainda o seu primordial papel no que respeita à promoção e facilitação do processo de reabilitação psicossocial do sujeito doente mental.

Muito se poderia ainda acrescentar e naturalmente também muitas serão as questões que permanecem em aberto. Todavia, pensamos que na generalidade conseguimos ilustrar com alguma profundidade os mecanismos de natureza psicótica e as suas múltiplas manifestações nos mais diversos níveis, tendo no entanto consciência que estas perturbações escapam a explicações demasiado simplistas. Tal como transparece nas palavras de Olié (1993, p. 284), “estas doenças envolvem a dimensão mais profunda do indivíduo: o seu pensamento, a sua vontade, os seus sentimentos, e as suas emoções”.

Como tal, nenhuma patologia mental parece exigir mais medidas de suporte social, de suporte médico e psicológico do que as doenças psicóticas. Muitas e diversas têm sido as evoluções positivas verificadas nos últimos anos. A coordenação das diferentes áreas biológicas e humanas interessadas no entendimento e tratamento desta patologia têm sido igualmente incrementadas. Porém, como que resistindo a todos os esforços e progressos concretizados e ainda esperados, não se poderá contudo deixar de se considerar que a doença psicótica consegue permanecer na compreensão humana na qualidade de um grande desafio.

## Bibliografia

- Amaral Dias, C. (1983), *Espaço e Relação Terapêutica*, Coimbra, Coimbra Editora.
- Amaral Dias, C. (1987), Reflectindo a partir de Bion, *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 5: 23 – 29.
- Amaral Dias, C. (1988), *Para uma Psicanálise da Relação*, Porto, Afrontamento
- Amaral Dias, C. (1995) *A Re-Pensar – Colectânea psicanalítica*, Porto, Afrontamento
- Amaral Dias, C. (1995), Efeitos da Psicoterapia Analítica sobre o Stress de Psicóticos, *Revista do Instituto Sup. Serv. Social de Coimbra – Interações*, nº 2 – Jun/Dez, p.53 – 58.
- Amaral Dias, C.; Fleming (1998), *A Psicanálise em tempo de Mudança – Contribuições Teóricas a partir de Bion*, Porto, Afrontamento.
- Anzieu, D. (1968), *La Dynamique de Groupes Restrits*, Paris, PUF.
- Arieti, S. (1974), An overview of schizophrenia from a predominantly psychological approach, *American Journal of Psychiatry*, 131:3, Março 1974.
- Auerbach, John; Blatt, Sidney (1996), Self Representation in Severe Psychopathology: The Role of Reflexive Self-Awareness, *Psychoanalytic Psychology*, 13(3), 297-341.

- Badaracco, J., E., G. (1986), La Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto "objeto enloquecedor", *International Journal Psycho-Anal.*, 67, 133.
- Badaracco, J., E., G. (1990), *Comunidad Terapéutica Psiconalítica de Estructura Multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicaciones SA.
- Barlow, D.; Hersen, M. (19.?), *Single Case Experimental Designs Strategies for Studying Behavior Change*, USA, Pergamon Press.
- Bartels, S. J.; Drake, R. E. et al. (1992), Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 149: 394 – 395.
- Bauleo, Armando (1997), *Psicoanálisis y Grupalidad – Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Bellack, A. S.; Turner, S. M. et al. (1984), An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 35: 1023 – 8.
- Bergeret, J. (1983), *Psicología Patológica*, Brasil, Masson.
- Bergeret, J. (1988), *A Personalidade Normal e Patológica*, Porto Alegre, Artes Médicas.

Bergeret, J., Reid, W. (1991), *Narcisismo e estados limite*, Lisboa, Escher.

Bion, W. R. (1954), Notes on the Theory of Schizophrenia, *International Journal of Psycho-analysis*, 35, 113-18

Bion, W. R. (1957), On Arrongance, in *Second Thoughts*, p. 65 – 85.

Bion, W. R. (1959), Attacks on Linking, in *Second Thoughts*, p. 93 – 109.

Bion, W. R. (1961), *Experiências Com Grupos*, Rio de Janeiro, Imago Editora (1970)

Bion, W. R. (1967), *Estudos Psicanalíticos Revisados*, Rio de Janeiro, Imago Editora (1994).

Bion, W. R. (1991), *A Atenção e Interpretação – O acesso científico à intuição em psicanálise e grupos*, Rio de Janeiro, Imago Ed. (1991).

Birley, J. L.; Brown, G. W. (1970), Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia: clinical aspects, *Br. J. Psychiatry*, 116: 327 – 333.

Blanchard, J. J.; Neale, J. M. (1992), Medication effects: conceptual and methological issues in schizophrenia research, *Clinical Psychology Review*, 12: 345 – 62.

Blatt, Sidney; Ford, Richard (1994), *Therapeutic Change – An Object Relation Perspective*, New York, Plenum Press.

Blatt, Sidney; Stayner, D., A. et al. (1996), Change in Object and Self Representations in Long Term, Intensive, Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Adolescents and Young Adults. *Psychiatry*, 59, Feb. 1996.

Blatt, Sidney; Auerbach, John (1998), *Mental Representation, Severe Psychopathology and The Therapeutic Process*, comunicação apresentada na 8ª IPA Research Conference - USA em Março de 1998.

Bleichmar e Bleichmar (1992), *A Psicanálise depois de Freud – Teoria e Clínica*, Porto Alegre, Artes Médicas.

Boyer, Bryce (1980), *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic, Borderline and Characterological Disorders*, USA, Jason Aronson Inc.

Braiek, E. A. (1984), *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*, Brasil (1986).

Caplan, Gerald (1964), *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, Rio de Janeiro, Zahar Ed. (1980).

Caudhill, W. et al. (1952), Social Structure and Interaction Processes on a Psychiatric Ward, *Am. J. Orthopsychiat.*, 22: 314-334.

Comunicações apresentadas no IV Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica – *Estados Limite*, (1989), Maio.

- Cord, J. (1996), Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources, and appropriate legislation, *British Medical Journal*, 312: 965 – 966.
- Cordeiro, J., C., D. (1982), *A Saúde Mental e a Vida*, Lisboa, Moraes Editores.
- Cordeiro, J., C., D. (1986), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa, Ed. Calouste Gulbenkian.
- Cortesão, E. L. (1989), *Grupanálise – Teoria e Clínica*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Corrigan, P. W. (1997), The social perceptual deficits of schizophrenia, *Psychiatry*, vol. 60, 4: 309 – 326.
- Crowcroft, A. (1967), *O Psicótico – Compreensão da loucura*, Rio de Janeiro, Zahar Ed. (1979 – 2ª ed).
- Davidson, Gerald; Neale, John et al. (1986), *Abnormal Psychology – an experimental clinical approach*, USA.
- DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (1996), Lisboa, Climepsi Editores.
- Etchegoyen, H. (1987), *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*, Porto Alegre, Artes Médicas (1989).

Fairbairn, Ronald, (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock Publications Limited.

Fenton, W. S. et al. (1997), Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 154, 2: 199 – 204.

Figueiredo, Eurico (1977), *O chapéu reclame de cigarros – Contributo para uma psicoterapia institucional*, Porto, Afrontamento.

Freud, S. (1895), Estudos sobre a Histeria, S.E. Brasil., vol. II.

Freud, S. (1911), *Psychoanalytic notes on an autobiographical account of paranoia*, Standard Edition, 12: 1- 82.

Freud, S. (1926), *Inhibición, Síntoma y Angústia*, AE, 20: 71 – 164 (S.E. 20).

Freud, S., *Obras Completas*, Ed. Standard das Obras Completas em XXIV volumes, Rio de Janeiro, Imago Ed.

Gameiro, José, (1992), *Voando sobre a psiquiatria – Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*, Porto, Afrontamento.

- Garbarino, James (1893), *Social support networks: Rx for the helping professionals*, New York, Aldine Publishing Company.
- Goldman , H. H. et al. (1981), Defining and counting the chronically mentally ill, *Hospital Community Psychiatry*, 32 (1): 21 – 27.
- Gottlieb, Richard, M. (1997), Does the mind fall apart in multiple personality disorder? Some proposals on a psychoanalytic case, *Journal of the American Psychanalytic Association*, vol. 45, nº-3, p. 907 – 932.
- Green, Michael Foster, (1996), What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?, *Am. J. Psychiatric*, 153: 3, March.
- Grinberg, L., Lauger, M. et al. (1957), *Psicoterapia de Grupo*, Rio de Janeiro, Forense Universitária (1976).
- Grinberg, L. (1973), *Introdução às ideias de Bion*, Rio de Janeiro, Imago Ed.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1976), *Identidade e Mudança*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Grinberg, L. (1985), *Teoría de la Identificación*, Madrid, Tecnipublicaciones SA.
- Grotstein, James, S. (1977), The psychoanalytic concept of schizophrenia: I. The dilemma. *International Journal of Psychoanalysis*, 58: 408 – 425.
- Grotstein, James, S. (1981), *Divisão e a Identificação Projectiva*, Rio de Janeiro, Imago Ed (1985).

- Halperin, David (1989), *Group PsychoDynamics, New Paradigms and New Perspectives*, USA, Medical Publishers Inc.
- Harty, M. (1976), A program to evaluate intensive psychiatric hospital treatment, *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 8, 3.
- Harty, M., Cerney, M. et al. (1981), Correlates of change and long term outcome – na exploratory study of intensively treated hospital patients, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(3), p. 209 – 228.
- Hartwell, C. E. (1996), The schizophrenogenic mother concept in american psychiatry, *Psychiatry*, vol. 59, 3: 274 – 297.
- Hersen, M., Turner, S. M. (1985), *Diagnostic Interviewing*, New York, Plenum Press.
- Hinshelwood, R. D. (1992), *Dicionário do Pensamento Kleiniano*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Hochman, J. (1971), *Pour une Psychiatric Communautaire*, Editions du Seuil, Paris.
- James, K., Rockland, L. (1994), Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient, *American Journal of Psychotherapy*, vol.48, 4.
- Jaques, Elliot (1955), Os sistemas sociais como defesa contra a ansiedade persecutória e depressiva – uma contribuição para o estudo psicanalítico dos processos sociais: em *Temas de Psicanálise Aplicada*, Rio de Janeiro, Zahar Editores (1969).
- Jones, Maxwell (1953), *The therapeutic community*, New York, Basic Books.

- Kaliski, S.Z. (1997), Risk management during transition from hospital to community care, *International Review of Psychiatry*, Abingdon, vol 9, 2/3: 249 . 256.
- Kaplan & Sadock (1981), *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*, Porto Alegre, Artes Médicas (1986).
- Kates, James, (1994), Supportive Psychotherapy of the schizophrenic patient, *American Journal of Psychotherapy*, New York, vol. 48.
- Kernberg, Otto (1976), Some methodological and strategic issues in psychotherapy research: research implications of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. In R. Spitzer e D. Klein (Eds), *Evaluations of Psychological Therapies*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kernberg, Otto (1984), From the Menninger project to a research strategy for long term psychotherapy of borderline personality disorders. In J.B.W., Williams, R.L. Spitzer (Eds), *Psychotherapy research*, New York: Guilford Press.
- Kernberg, Otto (1984), *Transtornos graves da personalidade – estratégias psicoterapêuticas*, Porto Alegre, Artes Médicas (1995).
- Klein, M. (1946), Notes on some schizoid mechanisms, in *Envy and Gratitude, and other works 1946 – 1963*, London, Hogarth Press.
- Klein, M. (1955), *On Identification*, London: Hogarth Press.
- Kuperberg, G. R., (1996), Advances in the treatment of schizophrenia, *B.J.C.P.*, vol. 50, nº - 6
- Lauras, A., Raclos, M. (1968), Schizophrénies et psychothérapie intensive, *Confrontations Psychiatriques*, 2: 139 – 156.

- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1967), *Vocabulário de Psicanálise*, Lisboa, Ed. Presença, (1990).
- Liberman, R. P. (1988), *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Washington: American Psychiatric Press.
- Lieberman, J. A., Koreen, A.R. et al (1996), Factors influencing treatment response and outcome of first episode of schizophrenia: Implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia, *International Clin. Psychiatry*, 57 (suppl. 9).
- Loew, C., Grayson, H. et al. (1957), *Três Abordagens em Psicoterapia – Uma comparação clínica*, São Paulo, Summus (1984).
- Mahler, M. (1968), *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, New York, Int. Univ. Press.
- Mackinnon, R. A., Michels, R., (1973), *Psiquiatria Clínica Aplicada*, Interamericana.
- Maguire, L., (1991), *Social Support Systems in Practice – A generalist approach*, USA, Nasw Press.
- Meltzer, Donald (1988), *O conflito estético: o seu lugar no processo de desenvolvimento*.
- Meltzer, Donald (1989), *O desenvolvimento Kleiniano –1 – Desenv. Clínico de Freud*, São Paulo, Ed. Escuta.
- Nacht, S. (1963), *La présence du psychanalyste*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Neale, J., Oltmans, T. et al. (1982), *Case Studies in Abnormal Psychology*, New York.

- Ogara, C. R., Saloio, D. B., (1982), *Psiquiatria – Tomo I*, Barcelona, Ediciones Toray.
- Olié, Jean-Pierre; Spadone, C. (1993), *As novas faces da loucura*, Lisboa, Inst. Piaget (1996).
- Pallanti, S.; Quercioli, L. et al. (1997), Relapse in young paranoid schizophrenic patients. A prospective study os stessfull life events, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 154, 6: 792 – 798.
- Paixão, R. (1991), *O conceito de homogeneidade e heterogeneidade nos grupos de iguais e adolescentes* – Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra.
- Petot, J. M. (1982), *Melanie Klein II – O ego e o bom objecto – 1932 – 1960*, São Paulo, Ed. Perspectiva (1988).
- Psiquiatria de ligação e psicossomática*, (1988/89), Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hosp. Santa Maria.
- Racamier, P. C. (1957), Sur les conditions techniques d’application de la psychanalyse aux schizophrènes, *Acta Psychotherapeutica*; 5: 129-146.
- Racamier, P. C. (1970), *Le psychanalyste sans divan*, Bibliotheque Scientifique, Payot.
- Rodríguez, Abelardo (1997), *Rehabilitacion Psicosocial de Personas com Transtornos Mentales Cronicos*, Madrid, Psicología Pirámide.
- Romeu, T., Mauch, D. (1990), A calalyst for change – the art of strategic mental health planning in Rhode Island, *American Psychologist*, Vol. 45, nº11, 1253 – 1256.

- Rosenfarb, I., Golstein, M. et al. (1995), Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, nº 2, 259 – 267.
- Rosenfeld, H. (1950), Remarques sur la psychopathologie des états confusionnels dans les schizophrènes chroniques, *Etats Psychotiques*, PUF, (1976), 71-84.
- Rosenfeld, H. (1965), *Psychotic States*, Londres, Hogarth Press.
- Rosenfeld, H. (1987), *Impasse e Interpretação*, Rio de Janeiro, Imago Editora (1988).
- Roy, A. (1986), Depression, attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia, *Psychiat. Clin. North Am.*, 9: 193 – 206.
- Sá, E. (1991), *A Psicose na criança* – Dissertação de Doutorado, Universidade de Coimbra.
- Segal, H. (1950), Some aspects of the analysis of a schizophrenic, *International Journal of Psychoanalysis*, nº 31, p. 268 – 78.
- Shadish, W. R. (1989), Private-sector care for chronically mentally ill individuals – The more things change, the more they stay the same, *American Psychologist*, Vol 44, nº8, 1142 – 1147.
- Sher, K. J., Trull, T. J. (1996), Methodological Issues in Psychopathology Research, *Annual Ver. Psychol.*, 47: 371 – 400.
- Spillius, E. B. (1988), *Melanie Klein – Hoje – Desenvolvimento da Teoria e da Técnica* – Vol I, Brasil, Imago Editora (1990).

- Steadman, H. J.; Monahan, J. et al. (1994), Designing a new generation of risk assessment research, In: Monahan, J. & Steadman (Eds), *Violence and mental disorder, Development in risk assessment* (p. 297 – 318). Chicago, University of Chicago Press.
- Stein, S. L., Solvason, H. et al (1996), A 25-year-old woman with hallucinations, hypersexuality, nightmares, and a rash, *The American Journal of Psychiatry*, Apr., vol 153, 4.
- Vidigal, M. J. (1987), Que Psicose?, *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 5: 77 – 90.
- Vaccaro, J. V. (1993), Community – Based Care of Individuals with schizophrenia – Combining Psychosocial and pharmacologic therapies, *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 16, nº 2, June.
- Villalba, C. (1993), Redes Sociales: Un concepto com importantes implicaciones en la intervención comunitaria, *Intervención Psicosocial*, 2(4), 69 – 85.
- Winnicott, D. W. (1960), La teoría de la relación paterno – filial, em *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia (1975).
- Zborowski, M., Garske, J. (1993), Interpersonal Deviance and Consequent Social Impact in Hypothetically Schizophrenia – Prone Men, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102, nº3, 482 – 489.
- Zimerman, D., Osorio, L. C. (1997), *Como trabalhamos com Grupos*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Zubin, J.; Spring, B. (1977), Vulnerability: a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103 - 126.

## **Anexos**

## **Anexo I**

## Protocolo de Entrevista

### 1- Identificação Preliminar:

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_; idade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupação anterior: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Pessoas com quem vivia: \_\_\_\_\_  
Admissões hospitalares anteriores (se pela mesma razão ou outra):  
\_\_\_\_\_

### 2- História da doença actual:

\* formação e desenvolvimento cronológico dos sintomas ou mudanças comportamentais que culminaram na sua situação actual:

\* circunstâncias da vida do doente ao começar a doença e personalidade quando sadio:

\* de que modo a enfermidade afectou as suas actividades e relações pessoais - mudança de interesses, humor, atitudes frente aos outros, modo de se vestir, hábitos, nível de tensão, irritabilidade, atenção, concentração, memória, fala.

### **3- História pessoal (anamnese):**

Desde a infância até o presente, na extensão em que possa ser recordada, incluindo a idade em que sofreu doenças orgânicas importantes, sua duração e seu impacto no paciente; lacunas na história espontaneamente relatada pelo paciente; emoções associadas a esses períodos de vida.

a) história pré-natal

b) primeira infância (até os 3 anos de idade)

c) infância intermediária (3 aos 11 anos): história escolar - sentimento sobre a ida à escola, adaptação, punições:

d) infância tardia (puberdade até à adolescência):

\* relações sociais: atitudes frente aos irmãos e companheiros, nº e grau de intimidade dos amigos, líder ou seguidor, popularidade social, participação no grupo ou na turma, figuras idealizadas, padrões de agressão, passividade, ansiedade, comportamento anti-social.

\* história escolar: série escolar até onde o doente progrediu, ajustamento à escola, relacionamento com os professores, estudos ou interesses preferidos, actividades extra-curriculares, passatempos, etc.

\* desenvolvimento cognitivo e motor: aprendizagem da leitura e outras habilidades intelectuais e motoras, incapacidades - efeito sobre a criança

\* problemas emocionais ou físicos próprios do adolescente: pesadelos, fobias, enurese nocturna, fuga de casa, delinquência, fumar, uso de drogas ou álcool, problemas de peso, sentimentos de inferioridade

\* história psicosexual: primeiras curiosidades, jogos sexuais; aquisição dos primeiros conhecimentos sexuais, atitude dos pais frente ao sexo, início da puberdade, desenvolvimento das características sexuais secundárias; actividade sexual do adolescente - namoros, festas, encontros; atitudes frente ao sexo oposto - timidez, agressividade, necessidade de impressionar, sedução, conquistas sexuais, ansiedade; práticas sexuais - dificuldades, homossexualidade, prosmicuidade

e) idade adulta:

\* **história profissional** - escolha de ocupação, ambições, conflitos, relações com autoridades, companheiros e subordinados, nº e duração dos empregos, mudança de status no emprego, sentimentos face à sua situação profissional

\* **actividade social** - se o paciente tem amigos; se é retraído ou sociável; tipos de interesse social, intelectual e físico; relacionamento com pessoas do mesmo sexo e sexo oposto; profundidade, duração e qualidade das relações humanas

\* **sexualidade adulta** - relações sexuais pré-matrimoniais; história matrimonial (casamentos de facto, casamentos de direito, idade por ocasião do casamento, descrição do namoro e do papel desempenhado por cada parceiro, se tem filhos ou não e atitudes frente à educação dos filhos, administração do dinheiro, papel

dos sogros); sintomas sexuais (anorgasmia, impotência, frigidez); atitude face à gravidez e ao nascimento dos filhos, práticas contraceptivas e sentimento sobre as mesmas.

\* **história militar** - ajustamento geral, combate, ferimentos, encaminhamento a psiquiatras

**4- História familiar:**

Tradições étnicas, nacionais e religiosas; outras pessoas que moravam na casa - sua descrição - e o que aconteceu com elas desde a infância do paciente; relacionamento actual entre o paciente e aqueles que faziam parte da sua família; papel da doença na família; história de doenças mentais na família

**5- Situação social actual:**

Caso esteja empregado se há eminência de perder o emprego por estar agora internado; quem está a cuidar dos filhos caso os tenha; se os amigos e familiares têm conhecimento do seu internamento; expectativas para o futuro; fantasias; sistema de valores ( se os filhos são vistos como um fardo ou como uma alegria, se o trabalho é visto como um mal necessário, algo evitável ou uma oportunidade)

**6 - Estado mental propriamente dito:**

*A: Descrição Geral:*

a.1) Aparência: postura, forma de se vestir; aspecto sadio ou doente, assustado, desconfiado, apático, colérico, perplexo, indiferente, pouco à vontade, equilibrado, efeminado, masculinizado; sinais de ansiedade; variações do nível de ansiedade durante a entrevista.

a.2) Comportamento e actividade psicomotora: modo de andar, maneirismos, tiques, gestos, contracções, estereótipos, hiperactivo, agitado, lento, rígido, maleável

a.3) Fala: rápida, lenta, aflitiva, hesitante, emotiva, alta, murmurada, por entre dentes, gaguez, ecolália, facilidade, espontaneidade, produtividade, tempo de reacção, riqueza de vocabulário

a.4) Atitude frente ao entrevistador: cooperadora, atenta, interessada, franca, sedutora, defensiva, hostil, divertida, insinuante, evasiva

*B: Estado afectivo, emocional:*

b.1) manifestação dos afectos: como o entrevistador avalia os afectos do paciente - amplo, limitado, deprimido, embotado, superficial, lábil, orgulhoso, zangado, medroso, ansioso; dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma resposta emocional

b.2) adequação: se a expressão emocional é apropriada ao conteúdo do pensamento, à cultura, à situação de exame (ilustrar com exemplos caso não seja adequada)

*C: Distúrbio da percepção:*

c.1) alucinações e ilusões - se o paciente ouve vozes ou tem visões; conteúdo, sistema sensorial envolvido, circunstâncias da ocorrência, hipnagógicas ou hipnopômicas

c.2) despersonalização e desrealização - sentimentos extremos de separação de si mesmo ou do ambiente

*D: Processo de pensamento:*

d.1) curso do pensamento: citações do paciente

d.1.1.) produtividade - hiperabundância de ideias, escassez de ideias, fuga de ideias, pensamento rápido, pensamento lento, pensamento hesitante; o paciente fala espontaneamente ou apenas responde às perguntas?

d.1.2.) continuidade do pensamento - se responde realmente ao que lhe foi perguntado; se as respostas são objectivas e relevantes ou irrelevantes; se há associações incorrectas; se os relatos são ilógicos, tangenciais, incoerentes, evasivos; se existe bloqueio ou distração

d.1.3.) prejuízo da linguagem - linguagem incoerente ou incompreensível (salada de palavras), neologismos, etc

d.2) conteúdo do pensamento:

d.2.1) preocupações: sobre a doença, problemas ambientais; obsessões, compulsões, fobias; obsessões acerca do suicídio, homicídio, sintomas hipocondríacos, solicitações anti-sociais específicas

d.2.2) distúrbios do pensamento:

2.2.1.) delírios - conteúdo de qualquer sistema delusivo, sua organização, as convicções do paciente quanto à sua validade, de que modo isto afecta a sua vida; delírios somáticos: isolados ou associados com suspeitas disseminadas

2.2.2.) ideias de referência e ideias de influência: como começaram, seu conteúdo e o significado que o paciente a elas atribui

*E: Orientação:*

e.1) temporal - se o paciente identifica as datas correctamente; se o comportamento do paciente está orientado para o presente

e.2) espacial - se o paciente sabe onde está

e.3) peçoas - se o paciente conhece os diferentes papeis e funções das peçoas com quem está usualmente

*F: Estado das pulsões sexuais e agressivas*

(atendendo não só ao referido pelo paciente sobre estas áreas, mas também o projectado na situação de consulta como: tendências heteroagressivas, autodestrutivas, eróticas, condutas de sedução)

*G: Insight:* grau de consciência e compreensão de que o paciente se encontra doente

## **Anexo II**

**“The Menninger Scales for Rating Interpersonal Relations: Motivation for Treatment, Sublimatory Effectiveness, Impulsivity, Superego Integration, Quality of Object Relations”, Harty, M., Cerney, M., Colson, D., Coyne, L., Frieswyc, S., Johnson, S., & Mortimer, R. (1981).**

### Motivação para o Tratamento

Trata-se de um continuum que reflecte diversos componentes.

- 1- Vontade de obter benefícios a partir de contactos interpessoais
- 2- Desejo de ganhar a aprovação dos outros através de comportamentos aceitáveis
- 3- Reconhecimento de comportamentos mal-adaptativos e preocupação acerca do seu impacto sobre os outros
- 4- Insatisfação consciente com a situação actual da sua vida e desejo de fazer mudanças

Os componentes têm pesos diferentes em diferentes níveis da escala, tal como os pontos da escala indicam. Por exemplo, o limite inferior da escala traduz-se pela capacidade ou vontade em aceitar o bem nos outros, enquanto que o limite superior tem mais a ver com esforços auto – correctivos.

**Definição:** o grau relativamente ao qual a pessoa demonstra vontade em relacionar-se com, em beneficiar do tratamento e em poder ser ajudado pelos outros (particularmente pela equipa terapêutica).

Pontos da escala:

100 -  
95 - O paciente reconhece em si um problema intra-psíquico que ele quer mudar. Ele encara o seu problema como estando a afectar a forma como se vê a ele próprio e aos outros, os seus estados de humor e temperamento, e o seu comportamento. Ele está francamente empenhado em tentar superar as suas dificuldades e em aceitar de boa vontade comentários úteis.

75- O paciente reconhece em si alguns aspectos que ultrapassam os limites de um comportamento aceitável socialmente e que ele desejaria mudar. Ele consegue, frequentemente, aceitar comentários e confrontações de outras pessoas que o ajudam a explorar as suas áreas-problema, embora os seus esforços de mudança sejam esporádicos.

60 - O paciente reconhece em si alguns aspectos do seu comportamento que interferem no seu relacionamento com as outras pessoas (por exemplo, mudanças bruscas de atitudes, afastar-se das outras pessoas, dormir demais). Ele tem vontade de tentar modificar estes comportamentos no sentido de melhorar o seu relacionamento com os outros, no entanto, ainda não estabeleceu metas que vão além da tentativa de melhoria de situações imediatas.

45 - O paciente reconhece o seu desejo de carinho, aprovação e preocupação pela parte da equipa terapêutica. Geralmente ele está disposto em aceder aos desejos de outros, ou em aceitar os seus conselhos, como forma de ganhar a sua aprovação, mas nem sempre pensa nele mesmo como estando a necessitar de mudanças que lhe possam ser benéficas.

35 - O paciente vê os elementos da equipa terapêutica como potenciais fontes de conforto e carinho. De alguma forma ele apercebe-se do seu desejo em ser cuidado por eles e faz esforços (talvez amuando, exigindo e zangando-se) para ganhar deles a proximidade que pretende. Contudo, é usualmente não responsivo a avisos, conselhos, instruções, e confrontações, podendo experienciar tudo isto como críticas demasiadamente duras ou como exigências injustificadas.

25 - O interesse positivo do paciente pelo tratamento é expresso somente na sua procura ocasional de conforto através de meios interpessoais, tais como, falar com a enfermeira de serviço, ou permanecendo junto de outros pacientes. Estes esforços encontram-se misturados com algumas formas de retraimento ou isolamento, e o seu significado não é usualmente reconhecido.

15- O paciente parece, de alguma forma, confortado com os esforços das outras pessoas em tentarem aproximar-se dele, mas não faz qualquer esforço em procurar proximidade ou ajuda da equipa terapêutica ou de outros pacientes. Qualquer desejo de conforto está baseado em termos de sintomas somáticos ou exigências de medicação.

0- O paciente não pede nem tolera a relação com o outro. Ele argumenta que se encontra naquele local contra a sua vontade e foge ou isola-se no seu quarto sempre que lhe surge oportunidade. Não exige ajuda nem conforto sob qualquer forma, nem mesmo sob a forma de medicamentos.

### **“Sublimatory Effectiveness”**

Esta escala refere-se ao nível de funcionamento da pessoa na altura específica em que é administrada. Capacidades que a pessoa tinha mas que perdeu, ou capacidades que a pessoa agora não tem mas pode vir a desenvolver, não deverão ser incluídas ou ser tidas em conta nesta escala.

Os interesses e actividades da pessoa deverão ser incluídas nesta escala estendendo-se ao facto de que não sejam apenas dominadas pela necessidade de gratificação imediata ou alívio de tensão. O número e variedade de interesses são secundários a esta consideração; assim, uma pessoa que está muito ocupada com uma série de actividades poderá ter uma baixa pontuação se estas actividades se encontrarem orientadas para a gratificação imediata; do mesmo modo uma pessoa cujos interesses são menores em número poderá receber uma pontuação alta se a qualidade dos seus interesses demonstrar ser mais neutra em termos de impulsividade.

O nível de habilidade ou realização de uma pessoa nas suas actividades não é crucial; o que é realmente importante é a qualidade do seu envolvimento.

**Definição:** a extensão em que a pessoa canaliza as suas necessidades psicológicas para as actividades profissionais, recreativas e sociais, que são produtiva e socialmente apropriadas, e que proporcionam a essa pessoa prazer e satisfação.

Pontos da escala:

- 100 -
- 95 - A pessoa possui um leque de interesses e de actividades estáveis e que não estão orientadas somente para a gratificação imediata. Ela investe em si própria nestas actividades, exercita livremente as suas capacidades nessas actividades e obtém a partir delas uma satisfação duradoura.
- 75 - A pessoa possui um leque de interesses e actividades que são produtiva e socialmente apropriadas, mas com algumas restrições na sua habilidade em persistir e aproveitá-las completamente. Por exemplo, os interesses podem tender a mudar frequentemente ou em ser alcançados sob alguma forma de tensão. Contudo, ainda assim, obtém a partir destas actividades considerável satisfação.
- 55 - O leque de interesses da pessoa é de alguma forma restrita comparativamente às oportunidades disponíveis. Ele empreende em algumas actividades que envolvem mais do que a gratificação imediata ou alívio de tensão, mas com grande esforço e com reduzida produtividade e satisfação.
- 40 - Alguns interesses são mantidos com alguma consistência, mas o leque de tais interesses e a satisfação obtida a partir deles são consideravelmente restritos. A pessoa tem dificuldade em investir ela mesma em metas que não proporcionem gratificação imediata, e poderá experienciá-las como desinteressantes.
- 30 - O leque de interesses e de actividades da pessoa é consideravelmente restrito comparativamente com as oportunidades surgidas, e tem bastante dificuldade em investir naquelas que possui. Por vezes é capaz de manter alguns interesses, também com bastante esforço e pouca satisfação; No entanto, é com frequência que estes interesses são esquecidos.
- 20 - A pessoa tem alguns interesses que não estão orientados para a obtenção de gratificação imediata ou para o alívio de tensão, mas estes são empreendidos de forma errada, sem produtividade e com pouco prazer ou satisfação.
- 5 - Aparentemente não existe capacidade em investir em interesses ou actividades que vão além da satisfação das necessidades imediatas.

### Impulsividade

De notar que esta escala mede apenas um aspecto da psicopatologia. A impulsividade deve ser distinguida de uma acção tomada na base de ideias incorrectas ou delirantes, tal como sob a forma de outros tipos de patologia como isolamento, "exposição" calculada, e confusão sem comportamento impulsivo.

Existem, contudo, formas "passivas" de comportamento impulsivo, tais como permitir-se ser influenciado por outrém para agir impensadamente, ou ceder-se em tentações. Os pontos cruciais são a presença ou ausência de antecipação e julgamento, e o grau em que o comportamento prejudica o ajustamento geral da pessoa.

A impulsividade não é o mesmo que acção-orientação; uma pessoa pouco reflexiva, que se sente mais confortável com as acções do que com as palavras não é impulsiva se não põe em prática acções impensadas que prejudiquem o seu ajustamento.

**Definição:** a extensão em que as acções impensadas - isto é, acções que são tomadas sem a antecipação ou julgamento das consequências - interfere na capacidade da pessoa em manter um ajustamento de vida satisfatório.

Pontos da escala:

100 - Tendências crónicas para acções imediatas sob qualquer impulso, independentemente das circunstâncias; acções tão extremas que se não forem externamente restringidas poderão frequentemente, ameaçar a vida da própria pessoa ou das pessoas que a rodeiam.

85 - Comportamento impulsivo generalizado como estilo de vida, com alguns períodos de tempo intermitentes durante os quais tem um controlo precário. Ocasionalmente a pessoa é capaz de controlar a maioria dos aspectos ameaçadores do seu comportamento. No entanto, é incapaz de manter de modo consistente um funcionamento social normal.

70 - Impulsividade geral que compromete seriamente o ajustamento social e/ou sexual do indivíduo, apesar de poder ser mantida, nalguns aspectos, uma aparência de funcionamento social normal (como por exemplo, assegurando o seu emprego ou mantendo o casamento). Contudo, o indivíduo nem sempre adopta um comportamento impulsivo que ameace a sua vida ou de outros.

55 - O comportamento impulsivo é frequente e extremo o suficiente para implicar consequências importantes na vida do sujeito, mas não chega a atingir proporções de ameaça à vida, estando confinado a áreas conflituais relativamente circunscritas. Em muitos aspectos o funcionamento social normal é mantido ( por exemplo: comportamento sexual impulsivo ou consumo excessivo de álcool ao serviço de necessidades neuróticas).

35 - Comportamento impulsivo ocasional relacionado com conflitos circunscritos que ocorre quase sempre em privado e que não viola convenções sociais. Apesar da impulsividade poder constituir um problema para o indivíduo em termos da ineficácia que pode criar, ou pelo esforço acrescido para mantê-la sob controlo, o comportamento impulsivo não provoca mudanças irreversíveis na vida do sujeito (exemplos: “ataques temperamentais” quando certas necessidades neuróticas são frustradas).

20 - Comportamento impulsivo de qualquer espécie é raro e nunca constitui uma séria ameaça ao ajustamento do indivíduo. Contudo, o controlo é mantido sob custos significativos para o indivíduo em termos de acréscimo de conformação, inibição, ou timidez.

0 - A pessoa mantém consistentemente um controlo fácil sobre os seus impulsos para a acção, e fá-lo sem conformação exagerada, acréscimo de inibição ou contenção de emoções. Sob todas as circunstâncias normais, as necessidades e tensões são agidas sob formas socialmente apropriadas e em harmonia com a personalidade total do indivíduo.

### Integração do Superego

**Definição:** a extensão em que o comportamento do indivíduo é regulado de acordo com valores éticos que se encontram confortavelmente internalizados, estáveis, e consistentes, permitindo, no entanto, respostas flexíveis às circunstâncias da vida real.

#### Pontos da escala:

100 - O indivíduo esforça-se consistentemente em comportar-se de acordo com os valores éticos que são fortemente experienciados como seus e que se encontram estáveis, porém flexíveis. Necessidades instintivas são gratificadas quando apropriadas, e existe tolerância para os inevitáveis desvios do ideal. Um sentimento de culpa normal acerca destes desvios serve como um sinal para comportamentos auto-correctores.

80 - Existe um conjunto de valores estáveis, consistentes, de acordo com os quais o indivíduo regula o seu comportamento, mas estes não são experienciados no seu todo como partes do seu self. Uma obediência a este conjunto de valores pode, de alguma forma, exigir um grande esforço, ser ambivalente, ou rígida, mas geralmente são permitidas gratificações normais. Quando o sujeito, de algum modo, viola os seus próprios standards, os seus sentimentos de culpa podem resultar exagerados, ou serem defensivamente recalcados.

60 - Existe uma excessiva e severa auto-regulação ao ponto da satisfação das necessidades humanas normais sofrerem interferências. A "moralidade" pode ser altamente prezada, mas é concebida meramente em termos de proibições impostas relativamente às quais se tem que se submeter ou rebelar-se. Sintomas ou traços de carácter tais como frigidez ou impotência, inibição social, ou depressão perante situações de sucesso poderão reflectir tais conflitos, no entanto, a integridade e honestidade são mantidas.

50 - Uma severidade excessiva em certas áreas coexiste com uma falta de normais sentimentos de culpa noutras áreas; os valores morais demonstram algumas inconsistências ou "lacunas", porém não em grau suficiente para permitir comportamentos claramente anti-sociais. Podem ser características as situações de rebelião contra padrões morais demasiadamente severos, sem o reconhecimento destes como seus. Ambos os sentimentos de vergonha e culpa são importantes na auto-regulação. Formações reactivas inconsistentes contra desejos opostos podem conduzir a traços de carácter puritanos.

*Para exploração - patologia anti-social do super-ego:* os factores reguladores do comportamento centram-se mais no oportunismo e no querer tirar vantagem pessoal das situações do que em padrões de comportamento internalizados. Existe capacidade em ser leal a outros indivíduos mas não relativamente a princípios gerais éticos; existe uma tendência proeminente em "ir além" consoante lhe for conveniente. O indivíduo gravita muito perto dos comportamentos francamente anti-sociais, mas não os chega a agir sobretudo para evitar a vergonha ou por não fazer uma apreciação realista das consequências.

35 - *para uma patologia excessivamente pesada do super-ego*: a pessoa experiencia uma culpa personificada muito intensa. Estes sentimentos são acompanhados por episódios depressivos severos. Existe também uma renúncia masoquista de aptidões e oportunidades capazes de proporcionar crescimento e desenvolvimento pessoais, e ainda um prazeroso sentido de dever casto perante a vida. Estão presentes tendências compulsivas severas, rituais, sentimentos de ruína, tormentos auto-ridicularizantes e auto-culpabilizantes alternados com provocações dirigidas a outras pessoas que humilham e exercem excessivo controle e proibições sobre a vida do indivíduo.

*Para exploração - patologia anti-social do super-ego*: existem poucas evidências relativas à internalização de standards éticos: situações como a manipulação crónica, mentiras, roubos, etc, ocorrem sem sentimentos de culpa, e apenas com uma momentânea vergonha de ter sido apanhado. A lealdade da pessoa é formada e mantida na base da obtenção de vantagens pessoais, apesar de que ao lidar com as outras pessoas possa demonstrar algumas concessões em termos de bondade humana normal.

20 - *para uma patologia excessivamente pesada do super-ego*: existem preocupações delirantes com o facto de poder ter cometido pecados imperdoáveis. Podem ocorrer auto-mutilações - queimar-se e cortar-se - , acompanhadas de comportamentos ocasionais auto-destrutivos mais radicais que ficam muito perto das reais tentativas de suicídio. Auto-renúncias masoquistas e uma constrição prazerosa da sua vida, podem-se revelar extremas. Poderão ocorrer episódios depressivos profundos.

*Para exploração - patologia anti-social do super-ego*: não existe capacidade de lealdade relativamente a nenhum indivíduo, nem nenhum valor que vá além da gratificação e sobrevivência pessoais. O indivíduo também demonstra um comportamento anti-social crónico, agressividade, e cruel exploração dos outros sem qualquer sentimento de culpa, vergonha ou preocupação.

*Para uma patologia excessivamente pesada do super-ego*: podem ocorrer depressão maciça e suicídio.

5 - Crenças ilusórias de perfeição podem ser predominantes. Isto resulta da projecção de um super-ego extraordinariamente severo, punitivo e não integrado, vivenciado através de persecutores tormentosos delusionalmente concebidos como destruidores. Dá-se uma renúncia em massa das "forças" libidinais e agressivas no sentido de aplacar as exigências do super-ego.

## **Qualidade das Relações Objectais**

**Definição:** Extensão através da qual a pessoa pode experienciar estabilidade, relacionamentos duradouros, e extensão na qual a expressão e gratificação das necessidades individuais não compromete a empatia e respeito que o indivíduo sente pelas outras pessoas.

### Pontos da escala:

100 - As relações do indivíduo são estáveis, maduras, e bem diferenciadas. Ele compreende e empatiza com os outros, mas não confunde as suas necessidades com as dos outros; preocupa-se genuinamente pelo bem estar dos outros; e sente-se gratificado com os seus relacionamentos sem se sentir culpado.

80 - Os relacionamentos são estáveis com profunda empatia e preocupação. Os elementos maduros predominam, mas a capacidade em participar totalmente nos relacionamentos é dificultada por inibições neuróticas ou traços de carácter (e.g., timidez, aborrecimento, ou flirts para atrair ou chamar a atenção) que interferem na capacidade de encontrar intimidade.

60 - Os relacionamentos são estáveis, com alguma capacidade para a empatia e preocupação, mas os relacionamentos mais significativos são caracterizados por uma ambivalência intensa e por conflitos neuróticos.

40 - Existem limitações significativas na capacidade de estabelecer relacionamentos estáveis, apesar de estarem presentes sentimentos de respeito e consideração pelas outras pessoas. A estabilidade é mantida através do evitamento de envolvimentos emocionais reais, caso contrário a intensidade de sentimentos darão espaço para relacionamentos turbulentos e instáveis. A pessoa não tem capacidade de empatia e poderá tender a explorar ou manipular as outras pessoas.

25 - A capacidade para estabelecer relações encontra-se seriamente limitada. Os contactos com os outros poderão ser bastante restritos e marcados pelo esforço, rigidez e empobrecimento emocional ou outra característica intensa e caótica, marcados também por sérias e repetidas falsas interpretações dos outros. Os relacionamentos nunca são consistentemente experienciados como satisfatórios. Poderão ser proeminentes situações de manipulação e exploração, apesar de não ocorrerem violações flagrantes das normais convenções sociais.

15 - Os relacionamentos demonstram muito pouca estabilidade. As pessoas tem pouca ou nenhuma capacidade para ser empática ou conseguir compreender as outras pessoas; o indivíduo poderá manifestar um contacto desorganizado ou bizarro com os outros, poderá isolar-se de tal forma que não reconheça a presença de outras pessoas, ou poderá tornar-se cronicamente manipulativo e explorador com uma adaptação social bastante superficial. As convenções sociais normais não são usualmente reconhecidas, mas existem mínimas evidências da existência de respostas diferenciais face aos outros.

5- Virtualmente não existe capacidade em estabelecer relações com os outros de forma a que reconheça a sua existência independente ou a sua diferenciação de objectos inanimados; os outros são tratados com rudeza, indiscriminação, exploração agressiva, ou responde-lhes sob formas indiferenciadas e completamente autísticas. Existe pouco reconhecimento de, ou concessões feitas às mais básicas convenções sociais.