



**ISPA** | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**Psoríase: A emoção à Flor da Pele  
Adaptação Psicossocial e Características da  
Personalidade (Alexitimia)**

**Eva Sofia Nogueira Zambujo**

Orientador de Dissertação:  
Prof.: Dr. António Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
Prof. Dr. António Pires

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
**MESTRE EM PSICOLOGIA**  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Dr. António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica séria de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de agradecer à “família” académica por me ter acolhido nos seus pensares, nos seus saberes, nos seus sentires... Colegas e professores a quem eu tenho o maior apreço, admiração e consideração, o meu sincero obrigado pelos múltiplos olhares que me foram dados, e que me fizeram evoluir no sentido de ver melhor e mais além, este caminho que senti como fazendo parte de mim.

Mais do que qualquer outra coisa, o meu obrigado a todos por me terem dado a oportunidade de sentir o fulgor daquilo em que acreditam. O meu obrigado por todas as experiências e amizades que me enriqueceram e fizeram crescer, mudar e acima de tudo, sentir o outro mais perto, mais nítido, alguém sempre a descobrir, ...um mundo fascinante. Dedico esta tese de dissertação de mestrado a todos os que me ajudaram a mudar e a chegar até aqui, a este último momento, confiante para um novo recomeço.

Ao Dr. Camilo Inácio e Dr. António Pires, cuja disponibilidade e apoio permitiu tornar este projecto finito. Agradeço, o esforço. Os ensinamentos. Simplesmente, o *Acreditar....*, pelo interesse e força que me incutiu para a realização deste trabalho, pelo apoio constante, mas acima de tudo pela amizade que demonstrou ao longo desta tarefa.

À Psoportugal, associação de apoio a pessoas com Psoríase e ao presidente da associação João Cunha que se mostrou uma disponibilidade incessante que

permitiu a concretização deste estudo, bem como à participante, pela disponibilidade demonstrada, parte basilar deste projecto, que me ensinou que a psicologia é mais bela, *aplicada*.

A toda a minha família, em particular, aos meus pais, pelo amparo ao longo de todos estes anos. Pelo orgulho que sentiam, por me ver mergulhada em livros. Por vezes, é nas gerações vindouras que acabamos por realizar, sonhos muito nossos.

Em especial, aos meus pais, Graça e Humberto cujo amor e contenção me permitiu crescer e numa base segura, vivendo confiante e Feliz. Por contribuírem na concretização deste sonho...

Agradeço, com carinho e admiração, aos meus colegas e amigos Diana Trindade, Renata Venâncio, e António Cagarrinho pela motivação, incentivo, enfim amizades que com certeza perdurarão muitos mais anos.

Muito Obrigada colegas e amigos por existirem e por fazerem parte da minha vida.

Ao Pedro, pelo amor, pela paixão, pela paciência e dedicação, e por mais coisas impossíveis de agradecer apenas pela palavra.

À musica, que me acompanhou em todos os momentos da minha vida. Parte integrante de mim.

À Paula pelas competências linguísticas que ajudaram um texto científico a ganhar expressividade, à Sandra pelo colo permanente. Por sem o dizer, saber. Por Ser...

Aqueles cujo nome não está aqui, mas com quem tive o prazer de me cruzar, nestes anos de esforço e dedicação, dividida entre o Alentejo e o centro, de *livros* e *risos*. Amigos, vivências que me tocaram, gestos, palavras...olhares e tudo o resto.

Um beijo para o Alentejo, litoral e interior, e eterna Lisboa. Vocês, que habitam o meu *mundo interno*, possibilitando que, chegada aqui, diga a sorrir, *muito obrigada!*

## INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
Psoríase Etiopatogenia.....	15
Psoríase e Psicossomática.....	25
Alexitimia- Etiopatogenia e Expressões.....	30
Formulação do Problema.....	34
MÉTODO.....	38
Participantes.....	38
Delineamento do Estudo.....	38
Instrumentos.....	42
<i>Entrevista Clínica Semidirectiva</i> .....	42
<i>Teste projectivo Rorschach</i> .....	46
Procedimento.....	53
RESULTADOS.....	56
Análise de conteúdo na Entrevista Clínica.....	56
Análise do protocolo Rorschach.....	68

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	124
Anexo A - Carta de Consentimento Informado (Instituição).....	124
Anexo B - Carta de Consentimento Informado (Paciente) .....	126
Anexo C - Entrevista Clínica semi-estruturada.....	128
Anexo D - Protocolo Rorschach.....	139
Anexo E – Psicograma Rorschach.....	147
Anexo F- Análise Qualitativa do Rorschach.....	152

## RESUMO

A Psoríase tem suscitado interesse na investigação por causa dos aspectos sociais psicológicos de seus portadores. Foi verificado por pesquisadores na área que a etiologia da Psoríase era multifactorial, onde os aspectos psico-emocionais ganharam relevância na manifestação e eclosão da doença. Este estudo teve como objectivo, através de um estudo de caso, em que se utilizou como instrumentos a Entrevista de Investigação Semi- Directiva e o Teste projectivo Rorschach, analisar se a alexitimia se encontra em pacientes com psoríase, e perceber se esta personalidade alexitimica predispõe ao adoecer somático à psoríase. Objectivou-se também relacionar a psoríase e adaptação psicossocial. Os resultados validam que a os traços alexitimicos estão presentes na personalidade do sujeito

**PALAVRAS CHAVE:** Psoríase, Psicossomática, Personalidade, Alexitimia

## ABSTRACT

Psoriasis has sparked interest in the investigation because of the social psychology of its carriers. It has been found by researchers in the area that the aetiology of psoriasis was multifactorial, where the psycho-emotional gained importance in the outbreak of the disease. This study aims, through a case study, which used as tools to Interview Research Semi-Directive and the Rorschach projective test to examine whether alexithymia is in patients with psoriasis, and identify whether alexithymia predisposes to personality somatic illness will psoriasis. Objective also relate to psoriasis and psychosocial adaptation. The results validate that the alexithymic traits are present in the subject's personality

**KEY-WORDS:** Psoriasis, Psychossomatic, Personality, Alexitymia



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho resulta de um interesse que nasceu já há algum tempo acerca da Psoríase e de tudo o que a comporta.

Este trabalho mostra-se uma tentativa de compreender a Psoríase sobre uma vertente psicodinâmica. Partimos do entendimento desta doença, tentando abordar o mundo interno do psoriático, pelo que postulamos estar na base deste funcionamento o despoletar da doença e seus surtos continuados.

A psoríase é uma dermatose inflamatória crónica de etiologia multifactorial onde, ao longo dos tempos, várias hipóteses têm sido colocadas na tentativa de explicar esta complexa condição dermatológica, sendo que a hipótese de que os factores psicológicos estão na patogénese da psoríase tem sido mencionada desde sempre. Dentro desta complexidade etiopatogénica factorial da psoríase, têm sido muitas as provas dadas sobre a participação dos factores psico-emocionais, no sentido em que entender as emoções, e a regulação desta, se revela importante no equilíbrio dos mecanismos fisiopatogénicos implicados nesta doença (e.g. Schawartz, 1987; Taylor, 1987; Schore, 1994) que aparece como desfigurativa e por vezes psicologicamente incapacitante para os sujeitos (e.g. Finlay & Cles, 1995).

Este processo não dependerá só do limite adaptativo dos mecanismos neurofisiológicos (Consoli, 1997; McEwan, 1999; Serra, 2001, como também, dos processos mentais associados à gestão emocional (e.g. Schawartz, 1987; Taylor, 1987,1993,1998; Schore,1994)

O surgimento de uma doença orgânica vem sempre acompanhado de impacto emocional, à uma interrupção na rotina de vida, destabilizando as rotinas psicossociais. As emoções que acompanham as doenças orgânicas podem estar ligadas a alterações da imagem corporal, diminuição da auto estima e perda de iniciativa, com sentimentos de incapacidade, prejudicando a qualidade de vida destes sujeitos. No entanto, as características de personalidade e a representação da doença fazem com que cada pessoa reaja à situação de crise de modo diferente.

Na sequência de vários estudos realizados acerca da relação existente entre certos traços de personalidade e a tendência para o aparecimento e evolução da psoríase, um grupo de autores propôs a hipótese de que os sujeitos portadores de psoríase apresentavam uma personalidade subjacente, caracterizada por uma dificuldade inerente à discriminação de emoções, onde associado com outros factores predisponha um indivíduo para o aparecimento e continuidade da condição dermatológica.

Apesar de a psoríase ter suscitado interesse na investigação por causa dos aspectos psicológicos e sociais dos seus portadores, a personalidade “psoriática” constitui uma área vantajosa de pesquisa na compreensão desta enigmática doença.

Porém, embora se tenham conduzido alguns trabalhos de investigação no âmbito da personalidade dos pacientes com psoríase, esta continua a ser uma área relativamente pouco explorada comparativamente com a componente biológica da dermatose.

Assim, estudos levados a cabo, ao mesmo tempo que não encerram o assunto, também estimulam a pesquisa e o interesse por esta área, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento e aprofundar a importância que a personalidade poderá assumir na etiologia da psoríase.

Neste sentido, o presente trabalho prende-se com o estudo das características psicológicas da personalidade na psoríase, nomeadamente a Alexitimia.

Este é um estudo exploratório, que visa investigar se a Alexitimia se verifica em pacientes psoriáticos, sendo indissociável desta dermatose, como descrevem os autores, ou se, pelo contrário, existem sujeitos que não a apresentam.

Assim sendo, procedeu-se à elaboração de um estudo de caso de uma paciente psoriasica de vinte e três anos de idade, seleccionada entre várias mulheres, membros de uma associação de doentes com psoríase, com o intuito de, através de um caso único e particular, explorar as premissas desta hipótese etiológica avançada para a psoríase.

Dada a inexistência de um instrumento construído especificamente para avaliar as características alexitimicas da personalidade do paciente psoriasico que nos propomos estudar, os instrumentos utilizados no presente trabalho

foram a entrevista clínica de investigação semidirectiva e um teste psicológico destinado à avaliação da personalidade, nomeadamente o Rorschach, com o intuito de, através da utilização destes, se tentarem captar e analisar as características que apontam para a Alexitimia.

As informações obtidas através da entrevista e os resultados obtidos no Rorschach sugerem que as características alexitimicas que nos propusemos estudar estão presentes na referida paciente psoriática, tal como vários autores têm vindo a sugerir. Pelo que o presente estudo vai ao encontro dos resultados de todos os trabalhos de investigação que suportam que a Alexitimia está presente nos sujeitos com psoríase.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Psoríase- Etiopatogenia

A psoríase é considerada uma dermatose inflamatória crónica sendo a sua etiologia multifactorial (genética, imunológica e ambiental). Esta pode constituir-se por uma simples placa ou apresentar numerosas placas de diverso tamanho, chegando, em alguns casos, a uma quase generalização (Fonseca, 1997) e pode ser associada a uma artrite incapacitante, que ocorre em cerca de 5% a 7 % dos pacientes (Camisa, 2003) que podem ser afectados no seu dia a dia em termos físicos, psicológicos e sociais (Rapp et al., 1996, citado por Leary et al., 1998).

A psoríase afecta cerca de 1,5 a 2 % da população nos países ocidentais (Farber, bright & Nall, 1968; Farber & Nall, 1991) sendo muito mais baixa nos índios americanos, afro-americanos e asiáticos (Camisa, 2003). A dermatose aparece de maneira equivalente em ambos os sexos e pode eclodir em qualquer idade (Raychaudhry & Farber, 1992) sendo mais raro na infância (Herselen & Christopher, 1985, citado por Fortune, Richards, Main & Griffiths, 2000) no entanto as mulheres podem ser afectadas pela dermatose mais precocemente do que os homens (Camisa, 2003).

Como doença dermatológica esta apresenta varias tipologias (psoríase vulgar, gutata, postular, inversa ou eritrodermica), sendo a mais comum a psoríase

vulgar, que se apresenta sob forma de placas e pápulas descamativas, ocorrendo em 80% dos casos (Patrick, Johnson, Wolff, Polano & Sunmound, 1998).

A psoríase em placas é a variante morfológica mais comumente encontrada e é denominada psoríase vulgar. Uma lesão clínica plenamente desenvolvida de psoríase vulgar caracteriza-se por uma placa arredondada a oval, bem demarcada, eritematosa, de 1 cm ou mais de diâmetro, que são cobertas por escamas prateadas sobre proeminências ósseas. As escamas podem parecer brancas, descamando em camadas finas e transparentes, “sujas” ou ostiecícea como uma concha de ostra. Placas espessas podem desenvolver-se gradualmente no sacro e nas extremidades em alguns pacientes que negligenciam a sua pele (Camisa 2003).

A psoríase é o resultado de uma hiperproliferação da epiderme, concomitantemente com processos inflamatórios e vasculares que ocorrem em resposta a influências genéticas e ambientais. A pele psoriática tem 26,6% de células proliferativas na síntese do Dna (s) comparada com 7,8% de células proliferativas na pele normal. A fracção de crescimento aumenta de 60% a 100% e o tamanho da população de células proliferativas é duplicado, mas o principal defeito na cinética da epiderme é o crescimento global de 8 vezes no ciclo germinativo da célula comparado ao ciclo germinativo normal (Camisa, 2003). Assim, a principal característica ao nível da patogenia da psoríase é a alteração cinética celular dos queratinócitos, revelando um encurtamento do ciclo celular de 311 para 36 horas, resultando daí o aumento de 28 vezes na produção normal de células epidérmicas, passando de um índice médio de proliferação por dia de 1218 células /mm<sup>2</sup> para 35.000 células/mm<sup>2</sup> (Christophers & mrowietz, 1999). Estes períodos demonstrados experimentalmente ajudam a explicar como as escamas podem desenvolver-se após 24h da sua remoção, no entanto é curioso

que a hiperproliferação de queratinócitos psoriáticos não pode ser duplicada nas técnicas de cultura de células (Camisa, 2003)

As áreas mais comuns para o aparecimento da psoríase são os cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região sacral, região umbilical, prega interglútea e genitália. Estas últimas três áreas são frequentemente negligenciadas durante um exames mais superficiais à pele, no entanto podem ser muito úteis em termos de diagnóstico. O envolvimento é mais ou menos simétrico embora não tenham que ter necessariamente o mesmo tamanho, configuração e localização (Camisa, 2003).

Afectando áreas simétricas do corpo (Farber et al., 1986; Raychaudhry & Farber, 2000), esta dermatose está associada a uma periodicidade, periodicidade que se encontra associada ao aparecimento de surtos com choques emocionais de certa intensidade (Fonseca, 1997), com excepção dos inícios súbitos da psoríase gutata e pustulosa (síndrome de von Zumbursch), que apresenta, na maioria dos casos, uma evolução lenta e gradual (Patrick et al., 1998). Seville num estudo efectuado em 1977, mostrou que certos acontecimentos que originaram stress ocorreram anteriormente à primeira crise em 46% dos pacientes, e estudos posteriores realizados por Dubertret (1995) revelaram uma incidência mais elevada, podendo alcançar 70 a 80% (Sami-Ali et al., 2004).

Alguns sintomas cutâneos, como o prurido e as sensações de ardor são comuns nas psoríases anogenital e do couro cabeludo (Patrick et al., 1998).

As inflamações da epiderme apresentam uma morfologia específica que se deve ao acumular destas células epidérmicas. As manchas psoríasicas têm normalmente contornos bem delimitados e a sua localização pode estar associada a zonas submetidas a microescoriações-fenomeno de Kobner (Farber & nall, 1974; Farber, Lanigan & Bóer, 1990), como o couro cabeludo, cotovelos,

joelhos, mãos e pés, todavia, podem aparecer em qualquer parte do corpo (Camisa, 1994). O fenómeno de kobner ou resposta isomórfica é um trauma físico que resulta em padrões lineares ou figurados da psoríase conforme a localização da lesão de uma escoriação, queimadura, incisão cirúrgica ou sítio doador de enxerto cutâneo. Pode ser parcialmente responsável pelo envolvimento proeminente do couro cabeludo, cotovelos, joelhos, mãos, unhas, região sacral e genitália (Camisa, 2003).

Certas drogas foram associadas com um tipo de “fenómeno de koebner endógeno”, como o lítio, os antimaláricos e bloqueadores beta – adrenérgicos e os interferons, os quais podem induzir psoríase ou agravar a doença preexistente em alguns pacientes. Exacerbações da psoríase podem ser deflagradas por faringites ou amigdalites estreptocócicas e por infecções virais do trato respiratório superior (Camisa, 2003).

Alguns autores destacam que o estigma mais proeminente relacionado com as lesões associadas à psoríase, que são por vezes desfigurativas, são as consequências psicológicas e relacionais que advém da manifestação da doença (Jowet & Ryan, 1985; M. Gupta, A. Gupta & haberman, 1978; M. gupta, schork, A. Gupta, Kirkby & Ellis, 1993; Polenghi, Molinari, Gala, Guzzi, Garutti & Finzi, 1994; Finlay \_& Coles, 1995; M. gupta, A. Gupta & Walteel, 1996; Rapp, Exum, Reboussin, Feldman, Fleischer & Clark, 1997; Leary, Rapp, Herbst, Exum & Feldman, 1998). Como é uma doença que afecta a pele, órgão externo e visível, esta doença tem efeitos psicológicos. Com efeito, a forma como cada individuo se vê a si mesmo está relacionada com a valorização pessoal numa sociedade que é, muitas vezes, mais sensível à aparência exterior que a outras características da personalidade. Alguns autores (Ginsburg, 1989 & Link, 1993, citado por Leary et al, 1998) verificaram que alguns psoriáticos apesar de se

sentirem desconfortáveis fisicamente também ficavam angustiados com a reacção de outras pessoas relativamente ao aspecto da sua pele.

Estudos realizados na área revelaram que o sintoma mais traumático relacionado com a doença seria a frustração sentida pelos doentes quando confrontados com a sua aparência exterior, com a aparência da sua pele, o que os fazia sentir vergonha pelo seu aspecto. Como resultado desta frustração, muitos doentes evitariam actividades que pudessem expor as suas lesões, mesmo quando se tratava de tratamentos, em que é necessário uma exposição ao sol. (Ramsey & O'Reagan, 1988, Baughman & Sobel, 1970 citado por Leary et al, 1998 )

Entre os factores dermatológicos e psíquicos existe uma relação intrínseca que provém de muito longe, no sentido em que estas estruturas se apoiam numa mesma raiz biológica, o embrião. Assim, não podemos declinar a existência da relação entre funções da actividade psíquica e o funcionamento da pele. Em todo este contexto, e considerando uma origem embrionária comum, não se surpreende a interdependência entre o sistema nervoso e a pele no que diz respeito ao seu funcionamento (Plozza & Pöldinger (s.d.)). Deste modo devemos admitir que a pele é um reagente aos estímulos psíquicos, como nenhuma parte do corpo o é, pelo menos tão rapidamente. Contudo na maior parte dos casos a existência de uma predisposição genética para estas manifestações cutâneas é fulcral, no entanto, as causas profundas das relações psicossomáticas podem ser diversas e complexas (Alexander, 1989).

Alguns autores postulam que a hereditariedade tem um papel importante no desenvolvimento da doença. O surgimento mais precoce da dermatose tende a estar associado com história familiar e doença mais grave (Camisa, 2003). Têm sido evidenciadas determinações a nível genético, relacionadas com a expressão do fenótipo associado á doença, sendo que os estudos de ligação genética confirmam esta predisposição, através da análise de heritabilidade entre

familiares, gémeos monozigóticos e dizigóticos (Brandrup, 1982; Elder, 1994; Tomfohrde, 1994; Christophers & Mrowietz, 1999). Todavia, está patente a descoberta de frequências elevadas de alguns antígenos, determinados pela codificação poli-genética e que se encontram implicados na verificação das mensagens entre as células da imunidade e as células da inflamação, aquelas que determinam a resposta inflamatória da psoríase (Menssen, 1995; Capon, Dallapiccola & Novelli, 2000; Ostojic, 2001; Guo, Jenisch, Stuart, Lang, Kukuruga, Nair, Henscrer, Voorhees, Christophers & Elder, 2002; Capon, Munro, Barked & Trembath, 2002) o que relaciona directamente factores genéticos e sistema imunitário, tal como a sua relação (Ostojic, 2001).

Alem dos factores genéticos e imunitários, vários autores postulam que a psoríase, ou a proliferação desta pode estar associada a outros desencadeadores como (Camisa, 2003) as infecções virais por estreptococos (Zelmelman et al., 1996 in Christophers & Mrowietz, 1999; Camisa, 2003), as interacções ligadas à cortisona, o lítio oral, os anti-maláricos e interferons sistémicos e o álcool (Henseler & Christophers, 1995; Christophers & Mrowietz, 1999; Patrick e tal., 1999; Camisa, 2003). Todos estes desencadeadores induzem à produção de antígenos que intervêm na regulação ao nível imunológico no que diz respeito a este tipo de doentes (Christophers & Mrowietz, 1999; Jappe, 2000), contudo não conseguem explicar a complexidade etiopatogénica e ontogénica da psoríase, nem dão conta do que pode estar relacionado com a duração e eclosão da doença que pode acontecer por surtos (Ostojic, 2001).

Raychaudhuri & Farber (2000) consideram que os factores em foco no processo de proliferação e manifestação da doença são o fenómeno de Kobner e os factores psicológicos.

A psoríase tem sido comumente retratada uma doença com psicossomática, à qual estaria associado um sofrimento emocional da mente, um “stress-psíquico” ou por outro lado pela ocorrência de acontecimentos de vida por vezes disruptivos e lesantes a nível psicológico para os indivíduos que da doença padecem. Postula-se que a percentagem de pacientes psoriáticos que relata a associação entre acontecimentos de vida ou o aumento dos níveis de stress vividos e a psoríase encontra-se entre os 40% e os 90% (Susskind & McGuire, 1959 in Fava, Perini, Santonastoso & Formasa, 1980; Baughman & Sobel, 1971; Farber & Nall, 1974; Seville, 1977; Fava e tal., 1980; Invernizzi, Gala & Bovio, 1988; M. Gupta, A. Gupta, Ellis & Voorhees, 1990; Al’Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Raychaudhuri & Gross, 2000; Sami-Ali, 2004). Estes resultados percentuais são encontrados essencialmente na rememoração de factos do passado, e prevalecem sobre qualquer outro factor desencadeador da dermatose.

Alguns estudos longitudinais realizados (Seville, 1977, 1983; Gaston, Crombez, Lassonde, Bernier- Buzzanga & hodgins, 1991; R. Harvina, Viinamä, I. Harvima, Naukkarinem, Savolainen, Aalto & Horsmanheimo, 1996; Zacharie, Oster, Bjerring & Kragballe, 1996) e outros baseados em indicadores psicofisiológicos de stress psíquico (Arnetz, Fjellner, Eneroth & Kallner, 1985; Gaston, Lassonde, Bernier- Buzzanga, Hodgins & Crombez, 1987; Khansari, Murgó & Faith, 1990; Zacharie, Oster, Bjerring & Kragballe, 1996), sugerem a relação entre os eventos psicoemocionais e as consequências desregulativas no soma.

Apesar desta sugestão os estudos nesta área ainda são pouco explorativos não dando a conhecer de que forma é que as alterações a nível psicológico, emocional, podem estar relacionadas com a maior proliferação ao nível de celular associado à doença.

Alguns progressos ao nível da psicobiologia têm-se feito notar em prol da compreensão desta doença crónica, ao relacionarem a mente e os sistemas nervoso, endócrino e imunitário onde está patente uma interrelação sistémica. Sabe-se que estes sistemas não funcionam de forma independente, regulando-se entre vias bidireccionais, bio-eléctricas e bioquímicas (Consoli, 1997; McEwan, 1999; Martin, 2001).

Associada a estas ligações permanece a ideia de uma interrelação entre a psique e a regulação da resposta imune (Martin, 2001) que se encontra espelhada no modelo de desregulação da doença, elaborado por Taylor (1987,1983,1998).

Em consonância com o descrito anteriormente o ser humano é comparado a um sistema auto regulativo em que a mente, o sistema nervoso central tem um papel preponderante em relação aos restantes subsistemas organizados numa rede de informação em feedback múltiplo, e numa dinâmica de regulação multifacetada (Leal, 1999). Patenteado e este modelo de auto regulações encontra-se a psique como elemento fulcral estando associada a uma regulação de estados emocionais intensos, descontrolados, disruptivos, que podem ser precários para os outros sistemas que fazem parte desta cadeia regulativa (Schwartz, 1987; Taylor, 1987, 1993, 1998), logo o adoecer somático.

Estudos feitos relacionados com o stress que o associam à génese e ontogénese das doenças psicossomáticas, evocam a importância dos factores de elaboração mental (insight) ou mecanismos coping, e que se afiguram importantes na crença da mente como autoreguladora (controladora) e gestora dos níveis de stress (McEwan, 1999).

A par destes estudos relacionados com o stress sobre a patogenia destas doenças também a neuropsicanálise do desenvolvimento se mostrou importante na compreensão desta “regulação” (Schoore, 1994), até porque as desregulações da função imunológica associados a factores psicológicos e emocionais são geralmente pequenas o que pode não comprometer fisicamente os indivíduos. (Martin, 2001), no entanto sabe-se que todos os estados emocionais incidem mesmo que superficialmente nos sistemas neuroendócrino e imunológico (Schoore, 1994).

A este nível percebemos que se a reacção de adaptação ao stress (crónico e persistente) é desadequada e debilitante, surge uma doença de adaptação que é provocada essencialmente pelo esgotamento do próprio organismo (Selye, 1978; Tavares, Soares –Fortunato & Leite –moreira , 2000). Este esgotamento está associado com o mau funcionamento no que diz respeito à resposta aquando uma situação de stress. A resposta que é dada perante uma situação de stress está associada a funções de alerta ditas adaptativas para o organismo. Se por ventura não está regulada poderá eventualmente ultrapassar os limiares da acção integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune no processo normal de alteração e recuperação da homeostasia (Shore, 1994). Assim, este processo e consonância com outros factores poderá ser preditor de doença (Volich, 2000).

Torna-se portanto, relevante a entender qual a função que a psique, os afectos, as emoções enquanto preditores da doença, englobando as suas consequências a nível somático.

Como vimos a psoríase é considerada uma doença psicossomática, compactuando com teoria onde os eventos psico-emocionais se mostram como bastante relevantes no que diz respeito à emergência, evolução e agravamento

progressivo dos sintomas (Raychaudhuri & Farber, 2000). Postula-se assim, que estes eventos-psicoemocionais estão intimamente ligados à emergência dos processos hiperproliferativos das células da epiderme, o que poderia despoletar mais interesse por parte dos investigadores em perceber se os estados emocionais, afectos, emoções reguladas/não reguladas em doentes com psoríase se manifestavam a nível somático, ao nível da psoríase.

Ao longo de todas as abordagens teóricas consideradas como factor comum na participação psicogénica da psoríase, são apresentados fenómenos de elaboração mental e a potencialidade reguladora do psiquismo, das emoções, que como mencionado anteriormente, são apreendidos através de conceitos como o stress psíquico, acontecimentos de vida, e a capacidade de insight. Todavia, e não querendo duvidar da relevância destes fenómenos, entendemos que deveriam ser mais aprofundados no sentido de seguirem a complexidade dos processos psíquicos envolvidos relacionando-os com a complexidade orgânica referida anteriormente.

No entanto, percebemos que não é a simplificar o facto psíquico que chegaremos à faceta continua que relaciona mente e corpo ( Milheiro, 1999<sup>a</sup>, 1999b, 2000), ou se quisermos relação entre o simbólico e o orgânico(Leal, 1999, 2000). Caberá ao esclarecimento dos processos mentais potencialmente envolvidos no papel de dissolver a distinção psique-soma, situando a psique num patamar elevado quanto ao facto psicossomático, onde corpo e mente se entrelaçam e comunicam entre si.

Atentos a esta continuidade entre mente e corpo, recorreremos aos modelos da psicossomática de orientação psicanalítica, da neuro psicanálise e da neurofisiologia das emoções, no sentido de colmatar lacunas anteriormente descritas e criticadas. Tentaremos assim chegar à compreensão dos processos mentais, protomentais e psicofisiológicos enquanto impregnados de experiência

emocional, intimamente ligada ao soma (Coimbra de Matos, 1996; Milheiro, 1999<sup>a</sup>, 1999b, 2000; Leal, 1999). A neuropsicanálise, relaciona os processos neurofisiológicos e os construtos da psicanálise, estando associada a crítica onde o orgânico é simplificado em relação ao psíquico no entanto parece-nos pertinente esta abordagem para apreender sentido o fenómeno psicossomático.

### Psoríase e Psicossomática

Estudos neurofisiológicos ao nível da psicossomática referentes ao modo de funcionamento dos sujeitos, têm revelado semelhanças com aquilo que tem sido referido na clínica da teoria psicanalítica contemporânea que aborda este fenómeno (Schoore, 1994). Todavia mostra-se importante fazer uma abordagem de algumas prestações dadas pela psicanálise que nos permitam perceber algumas menções associadas a esta dermatose crónica.

Marty e M'Uzan (1963) foram os pioneiros no que diz respeito aos modos de expressão relacional e afectiva de indivíduos que apresentam este tipo de patologia orgânica. Estas dimensões preconizadas pelos referidos autores, pressupunham determinados padrões semiológicos, onde estava patente o predomínio do factual e do concreto, uma pobreza ao nível do imaginário, a falta de ressonância afectiva (quer em termos de comportamento enquanto ser relacional, quer a nível psíquico) (Marty, 1991, 1993) e pensamento operatório (Marty & M'Uzan, 1963; Marty, 1968, 1991, 1993).

Certos conceitos como a anhedonia (Kristal, 1978), a *alexitimia* (Sifneos, 1975; Taylor, 1987, 1990) a desafeção das emoções (McDougall, 1984, 1989, 1991), a “*a- simbolia* emocional” (Frank, 1950 in Schore, 1997) a experiência protopática e afectividade plana (Matos, 1999<sup>a</sup>), a desvitalização e “um estar sem repercussão interna” (Dias, 1992a), a relação branca e pensamento operatório (Marty, 1993), sugerem a incapacidade que os paciente apresentam na expressão e nomeação das emoções. Desta forma, a resposta determinada pela experiência psíquica da relação, situa-se a uma nível de ressonância primário inconsciente, sem repercussões ao nível consciente, logo sem expressão ao nível afectivo enquanto ser em relação (Matos, 1996).

Associadas as todas estas definições de conceitos parece encontrar-se uma capacidade grosseira associada à discriminação das emoções, sendo estas “sentidas” como vagas e frequentemente descritas como sensações a nível corporal (Matos, 1996, 1999<sup>a</sup>, 1999b). Assim todas estas experiências protomentais (Bion, 1962; Meltzer, 1989, 1994; Dias, 1992<sup>a</sup>; Dias & Fleming, 1998) põem o enfoque numa afectividade existente, porém fora da consciência, encontrando-se escondida, incognoscível e impossível de qualificar e significar.

Postula-se a existência de uma falha na transdução destes níveis afectivos primários, constituídos como substrato neurofisiológico, para um nível mental/subjectivo, estando inerente a dificuldade de transformação dos elementos pré-verbais em afectos psíquicos activos, e significantes dos eventos mentais (Matos, 1999b, 2001) Associada a esta dificuldade estaria a falência do aparelho de sentir os sentimentos (Matos, 1999<sup>a</sup>, 1999b, 2001), o défice ao nível da metabolização das excitações corporais (Lussier, 1989 in Lecours & Bouchard, 1997), a falência do prè- consciente (Marty, 1968, 1993; Debray, 1983, 1996), a incapacidade em passar da representação de coisa a representação de palavra (McDougall, 1989, 1991; Debray, 1996), as

personalidades pré-simbólicas (Ogden, 1985,1986), as funções de reverie não introjectadas (Bion, 1962; Dias, 1997, 1998), e a insuficiência do trabalho de ligação (Lecours & Bouchard, 1997).

Este funcionamento que não admite a passagem do somático ao mental (Ogden, 1985) faz com que os elementos da experiência emocional se limitem a ficar encarcerados enquanto vivência sem recurso ao pensar, sem serem pensados. Posto isto, podemos entender a expressão de experiências negativas como tensões e desconforto tornando-se lesivas para o indivíduo,

Associado a este funcionamento onde a percepção a nível afectivo, o acesso ao sofrimento e a elaboração psíquica são quase nulas, o controlo é praticamente inexistente conduzindo o organismo/corpo a uma excitabilidade maxima (Marty, 1991, 1993; Lecours & Bouchard, 1997), ou se quisermos, à tensão permanente (Matos, 1999b). A impossibilidade de gestão deste descontrolo vai desorganizar a homeostasia, por ultrapassar os limites onde o caos acontece associado aos processos de regulação biológica (Taylor, 1987, 1993; Grotstein, 1999; Matos, 1999b). Segundo vários autores (Taylor, 1987, 1993), esta desregulação sistémica Taylor (1987,1993) premeia esta desregulação como um factor preponderante para o surgimento da patologia psicossomática.

No psicossomático, o espaço psíquico é dominado pela percepção, pelo concreto e factual, não existindo uma penetralidade emocional. Está patente não só uma falha na transdução da experiência emocional mas também uma barreira impermeável entre o mundo consciente (objectivo) e o mundo inconsciente (subjectivo), onde o interno e o externo não se encontram (Cabral, 1998<sup>a</sup>, b).

No paciente psicossomático o pré-consciente estaria falido conforme postulado por Marty (1993) onde se encontraria um apego ao banal (Sami-Ali, 1992, 1993, 2002) e onde o que existe é uma mente pragmática e instrumental (Bécache, 1998). Para Sami-Ali (1990,1992) o real prevalece sobre o imaginário, existindo uma sujeição à razão lógica e experimental, sem espaço para a subjectividade e fantasia. No mesmo sentido não prevalece a lógica dos afectos (Matos, 1999b).

Assim os objectos-conteúdos do pensamento, constituem-se como pré-signos, coisas, ordenadas no espaço mental somente com base nos seus atributos. A projecção e o imaginário são assim delegados em função do percepto, onde a subjectividade desaparece em prol da objectividade.

Alguns autores (McDougall, 1991; Marty., 1993; Cabral,1998<sup>a</sup>, b; Grotstein,1999; Matos, 1999b) postulam a existência nestes sujeitos de uma incapacidade transformativa de actuar sobre o real, de integrar a experiência como perturbadora para o sujeito, e que esta estaria na origem da sua hipersensibilidade e da pouca de tolerância associada à dor mental que surge. O objectivo, o concreto mais realçado no funcionamento do sujeito, a inibição da acção (Matos, 1999<sup>a</sup>), e o evitamento desesperado de situações que possibilitem o confronto com as emoções (Cabral, 1998<sup>a</sup>, b), tornar-se-iam estratégias para lidar com esses, dominadas por uma fuga ao sem sentido (Grotstein, 1999), ou medidas anti-psicose (McDougall, 1984, 1989, 1991), onde o concreto se enaltece e o eu se encapsula, resultando numa redução no seu limiar de tolerância e consequentemente possibilidade de elaboração do sofrimento psíquico. Contudo, esta ligação do sujeito ao concreto não existe enquanto factor que permanece (Matos, 1999<sup>a</sup>), visto o sujeito não se encontrar desprovido da sua subjectividade, e sem comunicação com o seu mundo interior. Se isto acontecesse estaríamos perante um ser sem vida, desanimado (Dias & Fleming, 1998).

A barreira entre o real e o imaginário pode no entanto desmoronar-se perante acontecimentos de vida, que se impõem de forma terrível e altamente disruptiva à consciência (Matos, 1999b; McDougall, 1991) onde o sujeito tenta a fuga ao sentir, o recalçamento imediato (Matos, 1999b). Esta intolerância ao sofrimento liga-se ao facto de o sujeito não conseguir ajustar a estrutura interna existente, de forma a conseguir dar significado e integrar experiência que aparece como perturbadora, ao que Bion (1962) chamou mudança catastrófica.

Assim não existe a transformação de significação associada aos elementos que se mostram disruptivos para o sujeito, que por uma não integração, se mantêm saturados, e impossibilitados de serem utilizados pelo processo do pensamento. A única solução é a negação e expulsão do espaço psíquico, onde reina o inconsciente primário, onde as memórias somáticas e protomentais sem ligação alguma a representações utilizáveis pelo aparelho psíquico predominam (Matos, 2003).

Se por ventura não existir possibilidade de fuga à experiência disruptiva, perturbadora para o sujeito acontece o que Sami-Ali (1992) designa de impasse, ou seja, a exaustão de um estado de tensão permanente.

No sujeito habita a tensão permanente, impossível de regular, onde a homeostasia orgânica “cessa”, e o corpo sofre indo ao encontro da emergência da patologia psicossomática. Neste sentido exploraremos mais em pormenor o conceito de Alexitimia, já referido anteriormente, no sentido de perceber de que forma é que a “o não ter palavras para as emoções” pode estar relacionado com o adoecer somático.

### Alexitimia- Etiopatogenia e Expressões

A alexitimia foi um termo introduzido por Sifneos em 1972 para descrever um padrão encontrado em certos pacientes psicossomáticos. Sifneos postulava que os doentes psicossomáticos ditos “clássicos”, por exemplo doentes com asma, eram possuidores características próprias que os distinguem dos doentes neuróticos, designando-os como alexitímicos (Marins, 2000). Contudo, a alexitimia encontra-se também associada a doentes com perturbações relacionadas com stress, depressão e somatoformes (Marins, 2000; Sifneos, Apfel-Savitz, & Frankel, 1977, cit. por Keefe et al., 2001).

Com pernamência em pelo menos 2% da população (Linden, Wen, & Paulhus, 1994, cit. por Louth, 1998) a alexitimia é um traço de personalidade que se caracteriza pela dificuldade que os sujeitos experimentam em identificar os seus próprios sentimentos e em comunicá-los aos outros. Aos pacientes alexitímicos está associada a dificuldade na diferenciação dos afectos, não conseguindo diferenciar uma emoção de outra. O medo, a ansiedade, a tristeza não são diferenciados entre si, o que leva ao que o sujeito viva as emoções de uma forma indiferenciada. Em adição permanece nestes sujeitos a dificuldade associada à localização das sensações do próprio corpo, tendendo a interpretar erroneamente as sensações fisiológicas das emoções como sintomas físicos. Incapazes de identificar os afectos como sinais de acontecimentos psíquicos internos, os sujeitos alexitímicos focam-se essencialmente nas sensações somáticas da emoção, vivenciando-as como sinais de doença física (Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000; Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996, cit. por Sayar, Gulec & Topbas, 2004).

Os pacientes onde se encontra presente a alexitimia expressam pouca capacidade de introspecção, assentando mais no domínio do concreto, ou seja, tendem a pensar mais sobre situações externas e concretas, o dito “pensamento operatório” como referido anteriormente, faltando-lhes a subjectividade, a imaginação e fantasia (Keefe et al., 2001; Taylor, 1984, cit. por Sayar, Gulec & Topbas, 2004).

O estilo de comunicação nestes pacientes é maioritariamente rígido prendendo-se com um discurso assente na monotonia, desprovido de conteúdo afectivo assim como uma mímica caracterizada como escassa. Estes sujeitos demonstram uma preocupação excessiva com os detalhes, e costumam utilizar a acção como estratégia de confronto em situações conflituais e apresentam um estilo interpessoal insensível e falta de empatia (Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000; Krystal, 1979, cit. por Louth, 1998). Destacados como indivíduos activos e bem adaptados, são considerados “sujeitos –robots” (Taylor, 1984, cit. por Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000) que têm uma existência mecanizada caracterizada por uma “pseudo”normalidade indagada através do contacto, ainda que bastante escasso, com a sua realidade psíquica enquanto sujeitos.

A alexitimia é abordada frequentemente como um défice na capacidade para usar os mecanismos cognitivos para perceber e, conseqüentemente, regular as emoções, o que faz com que os indivíduos experienciem uma disforia crónica e se produzam alterações no sistema hormonal, simpático e imunitário, o que pode mais facilmente conduzir à doença (Anderson, 1981; Buck, 1976; Pennebaker, 1990; Selye, 1978; Taylor & Bagby, 1988, cit. por Louth, 1998; Keefe et al., 2001). Vários estudos têm sugerido uma relação entre a alexitimia e uma tendência para relatar queixas somáticas (Flannery, 1977; Taylor et al., 1992, cit. por Louth, 1998) e comportamentos

exagerados de doença (Kauhanen et al., 1994, cit. por Louth, 1998). Estudos na área sugerem (Rodrigues, 1997, cit por Silva, 2007), que os pacientes com psoríase apresentam uma certa dificuldade em expressar as emoções, principalmente as mais agressivas e hostis, onde a psoríase seria uma forma não verbal para expressar os sentimentos (Mingorance, 1999, cit por Silva, 2007)

Estudos efectuados com pacientes psicossomáticos, incluindo aqueles que sofrem de condições dermatológicas, sugerem um predomínio de personalidades que tem um restrito um estilo cognitivo-afectivo, dificuldades de expressar verbalmente as suas emoções e deficiências nas habilidades introspectivas, sendo abordadas como personalidades alexitimicas (Silva, 2007).

Investigações que têm suportado estas observações clínicas têm demonstrado que a alexitimia não só está relacionada com uma série de perturbações psiquiátricas (Taylor et al., 1997, cit. por Keefe et al., 2001) com também aparece ligada à Psoríase. Vários autores (Allegranti e tal., 1994, cit. por Silva, 2007) confirmam uma prevalência mais elevada de características de alexitimia em pacientes com psoríase quando comparados outros sujeitos. Em adição verificou-se que os pacientes reagem afectivamente negativos às emoções com o proposito de se defenderem e protegerem dos outros, entando também patente uma fantasia, afectividade e estilo de comunicação simbólico diminuídos (Silva, 2007).

Para vários autores (Berenbaum & James, 1994, cit. por Louth, 1998; Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000), a alexitimia estaria relacionada com a relação mãe-bebé, considerando o meio onde a criança está inserida como

elemento fulcral para este déficit. Algumas crianças desenvolvem-se onde a expressão das emoções é escassa e desencorajada, este ambiente leva a que estas não aprendam a lidar com as suas emoções e, conseqüentemente, a que não se sintam confortáveis a expressar os seus sentimentos.

Este traço de personalidade tem sido fortemente associado ao *coping*, na medida em que a incapacidade para interpretar e comunicar emoções não permite com que os sujeitos desenvolvam *insight* e respondam adequadamente a acontecimentos desencadeadores de stress (Moos & Schaefer, 1984, cit. por Colangelo et al., 2004).

## PROBLEMA

O objectivo do presente trabalho prende-se com o estudo das características psicológicas da personalidade da psoríase, uma das várias hipóteses etiológicas da doença.

A revisão teórica feita anteriormente sugere a hipótese de que os factores psicológicos estão na patofisiologia da psoríase (Raychaudhuri & Farber, 2000). Associada à doença, comumente retratada uma doença psicossomática, estaria um sofrimento emocional da mente, um “stress-psiquico” pela ocorrência de acontecimentos de vida por vezes disruptivos e lesantes a nível psicológico para os indivíduos que da doença padecem (Susskind & Mcguire, 1959 in Fava, Perini, Santonastoso & Formasa, 1980; Baughman & Sobel, 1971; Farber & Nall, 1974; Seville, 1977; Fava e tal., 1980; Invernizzi, Gala & Bovio, 1988; M. Gupta, A. Gupta, Ellis & Voorhees, 1990; Al’Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Raychaudhuri & Gross, 2000; Sami-Ali, 2004).

Compactuando com teoria onde os eventos psico-emocionais se mostram como bastante relevantes no que diz respeito à emergência, evolução e agravamento progressivo dos sintomas (Raychaudhuri & Farber, 2000), postula-se que estes eventos-psicoemocionais estejam intimamente ligados à emergência dos processos hiperproliferativos das células da epiderme, o que poderia sugerir que os afectos, as emoções reguladas/não reguladas em doentes com psoríase se manifestavam a nível somático e conseqüentemente ao nível da proliferação celular constante na psoríase.

Associada à patologia psicossomática parece encontrar-se uma capacidade grosseira associada à discriminação das emoções, sendo estas “sentidas” como vagas e frequentemente descritas como sensações a nível corporal (Matos, 1996, 1999<sup>a</sup>, 1999b). Desta forma, todo este “processo” estaria confinado a uma afectividade existente, porém fora da consciência, encontrando-se escondida, incognoscível e impossível de qualificar e significar, daí a relação com o construto alexitimia (Sifneos, 1975; Taylor, 1987, 1990) que se define por um traço de personalidade que se caracteriza pela dificuldade que os sujeitos experimentam em identificar os seus próprios sentimentos e em comunicá-los aos outros (Marins, 2000).

Partindo da ideia da relação entre a alexitimia e uma tendência para relatar queixas somáticas (Flannery, 1977; Taylor et al., 1992, cit. por Louth, 1998) e dos estudos levados a cabo que sugerem (Rodrigues, 1997, cit por Silva, 2007), que os pacientes com psoríase apresentam uma certa dificuldade em expressar as emoções, assentando na máxima que a psoríase seria uma forma não verbal para expressar os sentimentos (Mingorance, 1999, cit por Silva, 2007), interrogamo-nos se as características psicológicas associadas à alexitimia estarão presentes em todos os sujeitos com psoríase ou por ventura existem pacientes que não as apresentam. De que forma é que esta população “psicossomática” gere os seus afectos e emoções como fazendo parte de si? Será mesmo a Alexitimia indissociável desta população dita “Psicossomática” e “Alexitimica” por excelência?

Através da literatura percebemos que não é a simplificar o facto psíquico que chegaremos à faceta contínua que relaciona mente e corpo (Milheiro, 1999<sup>a</sup>, 1999b, 2000), ou à relação simbólico e orgânico (Leal, 1999, 2000), desta forma, e numa lógica de complementaridade entre corpo e mente interrogar-nos-emos sobre a ligação entre o adoecer somático e a realidade afectiva do

sujeito psoriático no sentido de desmembrar a distinção psique-soma, situando a psique num patamar elevado quanto ao facto psicossomático, onde corpo e a mente se cruzam e se comunicam.

Neste seguimento, interrogamo-nos se a exploração certos aspectos da personalidade nomeadamente a Alexitimia (no sentido de uma maior exploração do construto e associação á doença) contribuirá para uma melhor compreensão acerca da importância da personalidade no que se refere ao aparecimento e desenvolvimento da Psoríase. Por este motivo, neste trabalho, propomo-nos não só a estudar a alexitimia, mas de que forma é que esta interage com outras características da personalidade inerentes ao sujeito psoriático

Sendo que os critérios de diagnóstico assentam essencialmente em manifestações físicas da doença (Fonseca, 1997) associada por vezes a uma artrite incapacitante (Camisa, 2003) e que a maioria dos estudos sugere a existência de uma “personalidade psoriasica” poderíamos lançar a questão: poderemos falar de uma correspondência psíquica ao nível emocional das lesões cutâneas nestes pacientes pressupondo a alexitimia como complementar ao diagnóstico da psoríase. Poderemos falar em “ alexitimia psoriatica?

Embora se tenham conduzido alguns trabalhos de investigação no âmbito da personalidade dos pacientes psoriáticos, esta continua a ser uma área pouco explorada comparativamente com a componente biológica da dermatose. Percebemos pela literatura apresentada que (Ginsburg, 1989 & Link, 1993, citado por Leary et al, 1998) existe uma angústia subjacente neste sujeitos, ainda que relacionada com que e o Outro possa pensar das suas lesões, mas

pouco se sabe sobre impacto que estas angústias têm a nível psicológico, nem de que forma as tensões e afectos suscitados por os acontecimentos disruptivos para a mente são importantes para o depletar da psoríase. E os afectos tenderão a ser reprimidos em prol de uma expressão no soma?

Neste sentido, e numa tentativa de perceber a importância que a personalidade poderá assumir na etiologia da psoríase, propõe-se uma investigação através do estudo de caso e da utilização da metodologia projectiva, no sentido de compreender e responder de forma possível à questão: será a personalidade dita alexitimica indissociável do paciente psoriasico?

## MÉTODO

### Participantes

Este estudo contou com a participação de uma mulher, seleccionada entre várias mulheres, membros de uma associação de doentes com psoríase.

A paciente tem 23 anos de idade e a psoríase foi-lhe diagnosticada há cerca de dezoito anos. O contacto foi estabelecido num consultório de psicologia em Lisboa, visto a associação para as pessoas com psoríase ainda não possuir uma sede que reunisse as condições necessárias que possibilitassem o encontro pretendido.

### Delineamento

O presente trabalho é um estudo exploratório que segue o método clínico de investigação de estudo de caso, pelo facto deste se tratar de um método de investigação do tipo qualitativo que permite responder a questões explicativas do tipo “como” e “porquê”, bem como aceder à particularidade e

complexidade de um ou mais casos, possibilitando uma compreensão mais profunda do objecto de estudo. Dado que cada pessoa é ao mesmo tempo semelhante e diferente de todas as outras, este método interessa-se tanto pelo que a pessoa tem de comum como pelo que tem de singular relativamente aos outros sujeitos. O objectivo é ouvir a sua história e tentar compreender a pessoa e o seu tipo de funcionamento (Stake, 1995).

Este método “permite uma investigação no sentido de preservar as características holistas e significativas dos eventos da vida real, investigando o fenómeno dentro do seu contexto, especialmente quando os limites entre fenómeno e contexto não são definidos.” (Yin, 2001, p.21).

Historicamente, o estudo de caso tem as suas origens na medicina, pelo que o seu uso no campo da psicologia se fundou pela via da especialidade psiquiátrica. De uma forma simplista, poder-se-á dizer que este consiste no estudo intensivo e descritivo de um certo indivíduo, organização ou evento, sendo por vezes definido como um sistema integrado, cujas várias partes constituintes até podem não funcionar bem, os objectivos podem ser irracionais, mas ainda assim constitui um sistema (Stake, 1995).

De modo a fazer compreender da melhor forma possível determinada situação, o estudo de caso tem em conta todas as interacções de todas as variáveis, assim como uma aprofundada descrição da entidade que está a ser avaliada, as circunstâncias que estão na sua base, as características das pessoas envolvidas e a natureza da comunidade onde está inserida, envolvendo igualmente o estudo dos valores, das normas culturais, dos motivos e das atitudes (Stake, 1995).

O objecto de um estudo de caso é algo específico e complexo, sendo que nem tudo constitui um estudo de caso (Stake, 1995). Para além disso, este método analisa um sujeito individualmente. Pode-se até estudar um grupo reduzido de sujeitos considerado globalmente, mas em todo o caso observam-se as características de uma unidade individual. Os autores referem ainda que se deve dar preferência a este método em situações em que os comportamentos relevantes não possam ser manipulados, mas onde seja possível fazerem-se observações directas e entrevistas sistemáticas (Yin, 2001).

O estudo de caso não é uma investigação com base numa amostra populacional. O objetivo primordial deste método qualitativo não é perceber outros casos diferentes através do que estudámos, não se trata de um método de investigação inferencial. O seu primeiro dever e objectivo é tentar compreender o melhor possível o caso que se está a estudar (Stake, 1995). Deste modo, é natural que as conclusões e generalizações obtidas por meio de uma amostra populacional não sejam da mesma natureza que as de um estudo de caso. Alguns autores (Stake, 1995) atribuem o nome de “pequenas generalizações” às que são obtidas por meio deste último. Todavia, o intuito deste método não é a generalização mas sim a particularização, sendo que o enfoque é posto naquilo que é único, singular, no caso específico que estamos a estudar (Stake, 1995). Para outros autores (Erickson, cit. por Stake, 1995), a característica mais distinta da investigação qualitativa é a sua ênfase na interpretação. De facto, a interpretação constitui a maior parte do trabalho de investigação qualitativo, comparativamente à investigação quantitativa.

A atitude do investigador no estudo de caso deve ser empática e não-interventiva. Este não deve perturbar a actividade normal do sujeito, não

deve testá-lo. Deve sim tentar captar o máximo de informação possível através da observação discreta, tendo como objectivo último tentar perceber o sujeito e a forma como este funciona (Stake, 1995).

A falta de condições controladas, de medidas objectivas do funcionamento rigorosamente obtidas e de rigor científico têm sido algumas das limitações apontadas ao estudo de caso. Porém, o seu cariz naturalístico e livre têm feito do estudo de caso uma fonte única de informação que complementa e contribui para a investigação experimental (Kazdin, 1992). Segundo Leal (2004), o estudo de caso é inclusivamente considerado como a metodologia nobre da clínica psicológica. Contudo, para isso, é necessário que, para além da entrevista, a escolha de outros instrumentos avaliativos, projectivos, psicométricos, ou outros, seja absolutamente criteriosa.

O estudo de caso apresenta-se então como um trabalho de relação e compreensão, que não procura uma explicação linear para o fenómeno em causa, possuindo a vantagem de conceder uma maior importância ao subjectivo e ao intersubjectivo da relação. Assim, o estudo de caso afigura-se o método privilegiado para a elaboração deste trabalho na medida em que, ao exigir um espaço de relação, e portanto um espaço de intersubjectividade, permite por um lado a recolha de dados e, por outro, aceder à complexidade e singularidade que caracteriza o sujeito - condição fundamental para a abordagem do presente trabalho. Para além disso, ao permitir uma análise qualitativa dos dados, abre portas a novas questões que podem contribuir para o desenvolvimento de teorias e para a testagem de hipóteses empíricas.

## Instrumento

Devido à inexistência de um instrumento construído especificamente para avaliar as características psicológicas da personalidade inerente à psoríase que nos propomos estudar, os instrumentos utilizados no presente trabalho foram a entrevista clínica de investigação semidirectiva e o Rorschach, com o objectivo de, através da realização de uma entrevista e da aplicação do teste psicológico destinado à avaliação da personalidade, e numa lógica de complementaridade, se tentarem captar e analisar as características psicológicas referidas à priori.

### *Entrevista Clínica de Investigação Semidirectiva*

Este trabalho utiliza como primeiro instrumento a entrevista clínica de investigação semidirectiva. A escolha deste instrumento prende-se com o facto da entrevista clínica permitir o acesso às representações mais pessoais dos indivíduos: história, conflitos, crenças, sonhos e acontecimentos vividos, etc. Esta é uma ferramenta insubstituível no domínio da clínica, em que se procura compreender a origem de diferentes patologias e apreender o funcionamento psicológico dos sujeitos, centrando-se sobre o seu vivido e acentuando a relação. Surge, portanto, como um instrumento único se quer compreender o sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades (Bénony & Chahraoui, 2002).

Esta é uma técnica privilegiada no método clínico de estudo de caso, sendo uma das suas fontes de informação mais importantes, na medida em que

permite apreender aspectos importantes do funcionamento do sujeito, num contexto de relação (Yin, 2001). Na entrevista clínica, “o suporte de sustentação de toda a comunicação é a relação de confiança que se estabelece” (Leal, 2004, p.13). Esta constitui um espaço privilegiado de encontro de subjectividades, de compreensão do outro. Assim, pretende-se o estabelecimento de um tempo e de um espaço adaptado ao ritmo individual do entrevistado, de modo a promover o estabelecimento da relação.

A entrevista clínica de investigação é um instrumento, simultaneamente de investigação e de produção de informação (Blanchet, 1985, cit. por Bénony & Chahraoui, 2002), sendo preconizada se o interesse for pelas dimensões qualitativas, singulares e originais de um problema determinado, isto é, a forma singular como um indivíduo vive este ou aquele problema.

O objectivo da entrevista clínica de investigação não é terapêutico nem diagnóstico. Esta visa o aumento dos conhecimentos num domínio particular, escolhido pelo investigador ou por um grupo de investigadores. A entrevista clínica de investigação corresponde a um plano de trabalho previamente fixado pelo investigador, visando responder a hipóteses de pesquisa precisas. Assim, esta é realizada por iniciativa do investigador; é ele que se encontra na situação de pedido, ao contrário da entrevista terapêutica, em que existe à partida um pedido, explícito ou não, por parte do sujeito. O pedido emana portanto do investigador e não do paciente. Todavia, o clínico deve estar atento aos aspectos relacionais, àquilo que pode provocar ou induzir no sujeito, pois apesar da definição teórica da entrevista clínica de investigação anteriormente apresentada, na prática, as coisas podem passar-se de outra forma, podendo levar, por exemplo, a uma libertação emocional em indivíduos que anteriormente nunca tinham falado das suas dificuldades, podendo perturbar o sujeito, o qual se pode sentir desamparado e angustiado

pela narrativa dos acontecimentos dolorosos que acaba de revelar e aos quais não sabe o que há-de fazer agora (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista clínica de investigação está sempre associada a um guião de entrevista mais ou menos estruturado. Segundo Blanchet (1992, cit. por Bénony & Chahraoui, 2002, p. 86), trata-se de “um conjunto organizado de funções, de operadores e indicadores que estrutura a actividade de escuta e de intervenção do entrevistador”.

Uma certa directividade na entrevista é necessária quando o investigador procura estabelecer ligações entre uma situação, um acontecimento particular e a origem de uma patologia, por exemplo, na medida em que são acontecimentos, factos que são pesquisados. As perguntas vão sendo colocadas ao sujeito com o objectivo de se encontrar uma relação de causalidade entre esses acontecimentos e a origem da patologia. Assim, o tipo de entrevista utilizado neste trabalho foi a entrevista semidirectiva, na qual o investigador dispõe de um esquema ou guião de entrevista, com questões correspondentes a temas sobre os quais se propõe conduzir a investigação e que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, funcionando o guião mais como uma listagem de tópicos. As questões são portanto preparadas previamente mas não formuladas antecipadamente, sendo que o guião constitui uma trama a partir da qual o sujeito desenvolve a narrativa. Tal permite manter um elevado grau de liberdade na exploração das questões, visto que não existe uma ordem rígida das perguntas a serem colocadas, mas antes uma ordem relativamente flexível: estas não são colocadas de forma hierarquizada nem ordenada; a ordem e a forma como o investigador irá introduzir os temas é livre, colocando-as no momento oportuno da entrevista, por exemplo, no fim de uma associação do sujeito, sendo apenas fixada uma orientação para o início

da entrevista. Neste sentido, o desenvolvimento da entrevista vai-se adaptando ao entrevistado. No caso deste não abordar espontaneamente um ou vários temas do esquema, o entrevistador deverá então propor-lhe esse tema. O método é bastante próximo do da entrevista livre, porém o esquema da entrevista ajuda a estruturar o indivíduo, impondo-lhe um quadro de referência e diminuindo a ambigüidade (Bénony & Chahraoui, 2002; Ghiglione & Matalon, 1992).

A importância da estruturação da entrevista, atendendo que se trata de uma entrevista de investigação, prende-se ainda com a necessidade de não deixar resvalar os conteúdos para problemáticas do sujeito que se afastem dos objectivos da investigação, não provocando assim qualquer intensidade de frustração e não alimentando expectativas de uma continuidade que não é possível de oferecer (Leal, 2004).

A atitude do clínico-investigador deverá ser de observação e de escuta interessadas, deverá ser respeitadora, neutra, empática, benévola, justa, equitativa e também rigorosa no plano científico (Bourguignon, 1995, cit. por Bénony & Chahraoui, 2002).

Tal como na entrevista clínica terapêutica ou de avaliação, a entrevista clínica de investigação dá lugar a uma interacção entre duas pessoas e a este título podem surgir um certo número de mecanismos psicológicos tanto do lado do sujeito da investigação como do lado do investigador, sendo que alguns desses mecanismos não são específicos e podem manifestar-se em graus e com intensidades diferentes. Estas defesas surgem para se precaver

de uma demasiada implicação, o que necessariamente leva a um certo número de enviesamentos (Bénony & Chahraoui, 2002).

Método de investigação privilegiado na psicologia clínica, a entrevista clínica de investigação pode ser usada sozinha ou ser associada a um certo número de testes psicológicos e escalas clínicas (Bénony & Chahraoui, 2002).

É uma ferramenta insubstituível no domínio da clínica em que se procura compreender a origem de diferentes psicopatologias e apreender o funcionamento psicológico dos sujeitos, centrando-se sobre o seu vivido e acentuando a relação.

Esta técnica, privilegiada, no método clínico de estudo de caso, permite apreender aspectos importantes do funcionamento do sujeito, num contexto de relação. Na entrevista clínica. “o suporte de sustentação de toda a comunicação é a relação de confiança que se estabelece”( Leal, P.11, 2000

### *Rorschach*

O Rorschach é um teste projectivo criado em 1921 por Hermann Rorschach, constituído por dez cartões com manchas de tinta impressas simetricamente a partir do eixo central, os quais são apresentados ao sujeito sob a instrução: “Vou mostrar-lhe dez cartões e vai dizer-me tudo aquilo que eles poderiam ser.” Destes dez cartões, cinco são em tons de cinzento (cartões I, IV, V, VI e VII), dois são bicolores em tons de cinzento e vermelho (II e III) e os outros três restantes são em tons pastel (VIII, IX e X).

Para além desta dimensão sensorial, este teste tem também uma dimensão estrutural, que diz respeito à construção formal dos cartões. Estes diferenciam-se pelo seu carácter unitário ou maciço ou pela sua obediência a uma configuração bilateral. Os cartões unitários remetem para a representação de si, para a imagem do corpo humano organizado simetricamente em torno de um eixo e os cartões com configuração bilateral habitualmente remetem para a representação da relação. Os aspectos estruturais articulados com os aspectos cromáticos vão servir de base ao método de análise dos protocolos, visto que a apreensão da construção formal é, de uma maneira clássica, considerada numa perspectiva perceptiva e cognitiva, dita intelectual e a sensibilidade às cores está associada à expressão dos afectos (Chabert, 2003).

Os cartões também são agrupados segundo um outro critério formal: o seu carácter aberto (cartões I, II, III, VII, VIII, IX e X) ou fechado (cartões I, IV, V e VI). O aspecto aberto, oco e continente remete para a referência feminina e materna, por oposição ao aspecto mais fechado e compacto que, associado à presença de apêndices salientes, remete para a referência fálica (Chabert, 2003).

Estes cartões tratam-se de um estímulo claramente ambíguo - são manchas. Não são claros, permitem diferentes interpretações. Tal obriga o sujeito a usar estratégias, a ter de se mobilizar activamente para imaginar pois a mancha não tem significado, pelo que a projecção tem aqui um lugar central. Através desta, o sujeito vai atribuir um estatuto de imagens bem definidas a imagens ambíguas, conciliando numa só resposta os imperativos consciente e inconsciente; o que é e o que devia ser. As respostas que o sujeito dá deverão conter por um lado os elementos propostos pela realidade (a realidade

material dos cartões: cor, forma, cartões abertos, fechados, etc.) mas por outro estes devem ser coloridos pelos afectos (o sujeito associa várias emoções).

Desta forma, o teste projectivo define-se pelo apelo a um duplo modo de funcionamento: pela referência ao real e pelo recurso ao imaginário no despertar dos mecanismos projectivos, onde o sujeito acaba por encontrar-se/representar-se. As técnicas projectivas são um balanceamento entre a percepção e a projecção, o fora e o dentro, o objectivo e o subjectivo, a realidade interna e a realidade externa, a percepção e o fantasmático, pelo que o processo-resposta Rorschach é um processo de ligação, criação e transformação (Chabert, 2003).

A escolha do Rorschach baseou-se no facto de, até à data, nenhum trabalho de investigação no domínio da personalidade dos pacientes psoriáticos ter utilizado a metodologia projectiva, limitando-se a medir de forma estanque e objectiva cada um dos aspectos da personalidade dos indivíduos.

A nosso ver, tal perspectiva é demasiado reduccionista, no sentido em que os métodos objectivos/ quantitativos, ainda que modelos fundamentais e imprescindíveis na medida psicológica, são provas com características analíticas e parciais, dirigindo-se a elementos estáticos e a manifestações isoladas da personalidade.

No presente trabalho e no sentido de tentar ultrapassar o carácter restritivo das mensurações a nível quantitativo da personalidade apresentadas em

estudos anteriores, o Rorschach surge não só como complemento da avaliação feita através da entrevista das características psicológicas da personalidade “Psorásica”, mas também numa tentativa de apreender a dinâmica do conjunto da personalidade do paciente. Pois este é um teste que reenvia para dimensões internas, subjectivas e interpretativas, sendo que o seu objectivo é aceder à realidade psicológica, ao funcionamento mental do sujeito.

Na verdade, este teste projectivo de Personalidade é a prova mais utilizada pelos especialistas que procuram perceber a personalidade no seu conjunto, pois esta técnica procura apreender as relações entre as várias partes do Eu, concebendo a personalidade sob uma perspectiva com carácter holísta, concebendo-a como uma totalidade em constante evolução e onde as suas partes constituintes se encontram em interacção constante.

Assim, a metodologia projectiva permite tentar compreender e conhecer a pessoa como ela é, sendo o Rorschach um teste que não servindo para medir, tenta perceber o que o seu uso provoca no sujeito a quem é administrado, permitindo desta forma revelar os processos mentais que fundam a relação de objecto - tanto dos objectos internos como externos.

O teste Rorschach, como espaço de relação, de interpretação, comunicação e simbolização, possibilita-nos o acesso às inquietações essenciais do sujeito e aos fantasmas e afectos subentendidos nas palavras, o que nos dirige, perante a subtilidade do seu material a uma revelação de processos escondidos que podem ter-se mantido ocultos aquando a observação do sujeito e a entrevista.

Seguidamente, propomo-nos descrever a forma como abordaremos a proposta de investigação inicial do presente trabalho, isto é, o estudo das

características psicológicas da personalidade subjacente à psoríase, nomeadamente as relacionadas com a Alexitimia, ao nível do Rorschach. Ou, se quisermos, perceber como através do processo-resposta Rorschach pensamos ser possível aceder à expressão das referidas características. Sendo que em primeiro lugar serão considerados determinados aspectos na análise individual dos cartões e, em segundo, destacados outros elementos que se mostram relevantes para o estudo da problemática em questão.

Assim,

No cartão I, pretendemos perceber a forma como o sujeito em estudo lida com uma situação que é nova a nível contextual e relacional; a forma de reagir à situação implementada no aqui e no agora, para verificarmos se o sujeito reage à situação projectiva adoptando um comportamento mais activo, passivo ou por outro lado dependente. Procuramos perceber que tipo de questões surgem perante uma prancha que, devido à estrutura, reencaminha para a relação objectais primária. Assim tentamos perceber se existem relações positivas, negativas, securizantes e narcisicamente restauradoras ou ameaçadoras, inquietantes, persecutórias e destrutivas. Tentamos perceber o padrão de vinculação vivenciado pelo sujeito numa fase precoce da sua vida e se o mesmo está relacionado com as estratégias de *coping*. Tentaremos também perceber se a situação projectiva, no aqui e no agora, se encontra ligada ao um stress psicológico e se este se mantém constante ao longo da situação projectiva.

No cartão II e perante a inclusão da cor vermelha em evidência tentamos perceber como a cor enfatiza ou não as sensibilidades afectivas e emotivas do sujeito. Poderemos pensar na carga emocional vivida no sentido de um estímulo positivo ou de uma reacção por outro lado negativa? A cor faz parte integrante na resposta do sujeito ou por outro lado o mesmo a renuncia?

Podemos falar em afectos evocados, acolhidos ou exteriorizados? Serão os afectos evocados, acolhidos e exteriorizados? Todavia, parece-nos pertinente através da análise das respostas dadas no presente cartão ter acesso e poder inferir sobre a existência ou não de características alexitímicas, da tendência para evitar emoções ditas negativas e reprimir a agressividade.

Relativamente ao cartão III, propomo-nos investigar e perceber se poderemos propor a existência de sensibilidade à configuração bilateral que o cartão revela., qual o tipo de relação evocada – agressiva ou libidinal, convergente ou divergente – a inclusão/ exclusão dos vermelhos nas respostas dadas e a presença ou ausência de solicitações emocionais, afectivas ou pulsionais decorrentes do contacto com a cor (afectos). Perante a semelhança com o cartão anterior, pretendemos também neste cartão aceder à alexitimia.

No cartão IV, ligado ao poder, autoridade, propomo-nos a investigar o tipo de tomada de posição que é suscitada pela imagem do próprio cartão, ou seja, se é positiva, negativa, se demonstra força ou fragilidade, dominação ou submissão, activismo ou se por outro lado tem um carácter passivo. Assim como a representação a nível corporal, perante a qual iremos reflectir acerca da natureza das estratégias de *coping* adoptadas pelo sujeito, tentando perceber se as estratégias utilizadas no sentido de perceber se estas possuem um carácter mais passivo ou se por outro lado a actividade se encontra presente e qual relação com a alexitimia.

No entanto no cartão V tentaremos investigar as questões ligadas à a integridade corporal. Pretendemos averiguar se a existência de falhas a nível representacional do eu, da representação de si, no sentido de perceber se existem falhas a este nível, visto este cartão reflectir a imagem que o sujeito tem de si próprio.

Ao nível do cartão VI, propomo-nos investigar como são mobilizadas as valências de força e agressividade, como se expressa a dinâmica actividade/passividade, assim como a capacidade do sujeito aceder a uma imagem do corpo sexuado. – Assim, as características psicológicas da personalidade que abordaremos dizem respeito à inibição a nível emocional, a nível da expressão dos afectos.

No cartão VII, cartão materno por excelência, procurar-se-à perceber se este transporta angústias a um corpo vivido como inteiro ou fragmentado, se as expressões emergentes testemunham ligações fusionais e simbióticas ou movimentos regressivos nas suas vertentes oral ou anal, se o clima a ele associado é disfórico e inquietante ou, inversamente, de calma e bem-estar. O objectivo é explorar a evocação dos modos relacionais do sujeito com a imagem materna, no sentido de tentar perceber se esta foi introjectada como securizante. – O padrão de vinculação (seguro ou inseguro) do sujeito constitui portanto a característica psicológica avaliada neste cartão.

O cartão VIII, permitir-nos-à observar a forma como o sujeito reage à presença das cores, habitualmente considerada como uma solicitação à comunicação e à troca, remetendo para a socialização e o modo de adaptação do sujeito ao meio ambiente. - Tendo em conta que este elemento sensorial faz parte do mundo exterior e da afectividade, pondo em relação cores e emoções, afigura-se-nos possível abordar neste cartão a questão da alexitimia.

Ao nível do cartão IX, portador de vivências relacionais precoces com o meio envolvente materno primário, propomo-nos investigar se as respostas dadas pelo sujeito espelham a capacidade de separação/ individuação,

emergindo assim uma representação de si autónoma e diferenciada, ou se, pelo contrário, dão conta de relações fusionais. Pretende-se verificar ainda se os temas são apreendidos num clima emocional positivo, observando-se um movimento de tranquilização e bem-estar ou um clima emocional negativo, predominando a sensação de ameaça, de fragilidade narcísica com confusão entre dentro e fora.

No cartão X, procurar-se-à aprofundar a capacidade de integração, unificação e síntese, por parte do sujeito, testemunhando um sentimento de unidade e integridade corporal ou, inversamente, a emergência de angústia de fragmentação.

Para finalizar, consideraremos elementos a nível ainda do Rorschach que se nos mostram pertinentes para o estudo das Alexitimia enquanto característica psicológicas da personalidade nos doentes com Psoríase. Consideramos a adjectivação, o tipo de discurso empregue e a atitude do sujeito ao longo da passagem da prova, os tempos, o tipo de apreensão, o controlo formal, o Tipo de Ressonância Íntima, a Forma Complementar, o tipo de conteúdos dados nas respostas, entre outros.

### Procedimento

Com o objectivo de se estudar o problema levantado, o primeiro passo foi pedir a cooperação da referida associação de doentes com psoríase. Foi feita a devida identificação e explicado o motivo pelo qual era pedida a

colaboração, oralmente e por escrito, bem como a importância e quais as consequências da participação no estudo. Perante o interesse e disponibilidade manifestos por parte de vários membros da associação e devido ao facto de o presente trabalho requerer apenas a participação de uma paciente psoríase, foi-lhes sugerido que seleccionassem aleatoriamente entre si um elemento que estivesse disposto a participar no estudo. Posto isto, e dada a disponibilidade imediata da paciente seleccionada, procedeu-se de seguida à recolha dos dados propriamente dita com a mesma.

A participante foi informada de que lhe iria ser feita uma entrevista individual, com o objectivo de recolher o máximo de dados possíveis no sentido de possibilitar uma maior compreensão sobre o estudo em causa, e que, posteriormente, lhe seria administrado um teste psicológico. As questões éticas foram tidas em conta, uma vez que lhe foi explicado o que se pretendia e qual o objectivo da entrevista e da aplicação do teste, especificando que se destinavam à realização do trabalho de fim de curso, garantindo o seu anonimato e a confidencialidade das informações obtidas e certificando-a que a sua participação no estudo era voluntária, pelo que poderia desistir quando pretendesse, sendo que a sua identidade se mantinha preservada. Em virtude da sua disponibilidade, acordou-se que a recolha de dados decorreria em dois dias, com dois dias de intervalo entre cada um. Obtido o consentimento informado, procedeu-se de imediato à realização da entrevista (Anexo A).

A entrevista decorreu num gabinete de psicologia, numa sala disponibilizada para o efeito e teve uma duração de cerca de duas horas, ainda que não houvesse tempo limite estabelecido para o seu término. Optou-se por não se gravar a entrevista, tendo-se tirado somente pequenas notas à medida que a paciente ia falando, tendo sido transcrita posteriormente, com a sua devida

autorização. Após a realização da entrevista, e devido ao facto de, a dada altura, a participante se mostrar fatigada e tensa, sugeriu-se e procedeu-se à marcação do próximo encontro, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas colocadas por parte da paciente.

Passados dois dias após a realização da entrevista e do esclarecimento de todas as dúvidas inerentes ao estudo, a reunião decorreu no mesmo gabinete onde se procedeu à aplicação do teste projectivo Rorschach

## RESULTADOS

### Entrevista Clínica de Investigação Semidirectiva

Maria é uma jovem adulta e apresenta os olhos azuis e cabelo ondulado castanho claro. Com 23 anos, tem uma estrutura média e uma cara amenizada aparentando ser mais nova. Movimenta-se com algum cuidado e medo aparente, estando em contacto constante com algumas partes do corpo como a face e as pernas. Ao mesmo tempo que acaricia as suas partes do corpo, manifesta em simultâneo expressões ao nível da face de desconforto e conforto, como que angustiada por mostrar algo que a incomoda e que ao mesmo tempo tenta esconder com a expressão facial que remete para o conforto.

Ao longo da entrevista com a Maria a presença de sentimentos e emoções é escassa, as respostas são racionalizadas e a linguagem que apresenta é extremamente cuidada, como se este encontro fosse apenas para debitar a sua vida enquanto portadora da doença. Maria parece pensar nos acontecimentos que conta, como se quisesse esconder de alguma forma o seu sofrimento. Com um discurso anti-espontaneidade e automático. Maria vai descrevendo os acontecimentos da sua vida como se trata-se de um discurso elaborado à priori, ou seja, o seu discurso assenta numa lógica de pré-elaboração, um discurso repetido e um tanto ao quanto fabricado para o efeito, como se não pudesse falhar nem a contar a sua própria história

Prontamente disponível para a realização da entrevista, começa a partir de certa altura a mostrar sinais de impaciência, alterando a sua expressão facial ao mesmo tempo que muda constantemente a sua posição na cadeira onde se encontra e que respira com um certa impaciência. Sensivelmente ao meio da entrevista pede para retirar da mala que mantinha junto a si, uma sandes para comer, alegando não ter tido tempo para o fazer e pergunta se não existe problema em fazê-lo. Os seus movimentos denotam alguma instabilidade e medo. Maria movimenta-se com algum receio, como se a cada toque pudesse destruir alguma coisa não conseguindo por vezes manter o contacto visual.

Enquanto relata a sua história, Maria vai destacando algumas placas de psoríase que se encontram localizadas no cotovelo esquerdo continuando a fazê-lo enquanto lhe é administrado o teste psicológico Rorschach.

A Maria terminou a licenciatura em gestão e engenharia industrial pelo ISCTE aos 22 anos. Conta que no 2º ano de faculdade, por volta dos 19 anos começou a ter problemas, referindo um ataque de pânico, enquanto fazia um trabalho para a faculdade *“eu sou muito perfeccionista e estava em casa à noite, a fazer um trabalho para a faculdade e comecei a ficar ansiosa, tive um pico de stress. Queria acelerar o ritmo, para chegar a um patamar evoluído, então comecei a tentar dormir e não conseguia. Comecei com falta de ar, foi horrível não conseguia respirar...descontrolei-me...depois fiz uma atmosfera húmida que me relaxou os músculos e senti-me melhor”*. No dia seguinte foi ao hospital onde lhe receitaram calmantes.

Maria relaciona este facto com um “falso sopro” quando bebé, que a impedia de respirar por diversas vezes. *“Quando estava com falta de ar lembrei-me*

*da falta de ar que tinha quando era bebé e fiquei pior, parecia que estava a reviver tudo outra vez”*

Depois deste episódio Maria foi de férias para ver se “recarregava baterias”. Relata as férias como “stressantes...*a família toda junta, os horários de família, a obrigação de ir à praia*”. Maria não gosta de praia, mas diz não estar relacionado com as suas lesões da pele. O facto de cumprir horários, e de obedecer a uma rotina de vida familiar faz com que Maria venha de férias ainda mais cansada, “... *para me mexer era preciso uma grua, chorava de manhã à noite, tinha um aspecto horrível e não conseguia dormir, ou então dava-me para dormir muito. Parecia que tinha um cansaço brutal, estava sempre muito triste, sempre esquecida, enfim*”. Foi nesta altura que teve um surto de psoríase debaixo do peito, que ficou em ferida e lhe doía imenso. Aparecendo-lhe também nos cotovelos, “ *desde aí a psoríase nos cotovelos não me larga*”.

Maria decidiu dividir o 3º ano da faculdade em dois, pondo mesmo a hipótese de deixar de estudar “*perdi-me de mim, fiquei com problemas de auto estima, senti-a um vazio enorme. Até andei num psicólogo durante 4 meses num programa intensivo. A psicóloga tentou que eu lida-se com as coisas de outra forma, mas eu não conseguia. Nem ia às frequências se achava que ia ter menos que a nota que queria, sempre fui muito exigente comigo própria, muito perfeccionista.*”. Durante esse período diz não conseguir decorar nada. “*Eu tentei gerir o stress, grande stress, e não conseguia. Comecei com taquicardia, enxaquecas, e com tudo isto apareceu-me um quisto no ovário, começou a cair-me o cabelo aos molhos, horrível, acho que foi um problema hormonal*”, a partir daí começa a fazer medicação preventiva para as enxaquecas.

Maria elegeu o segundo ano da universidade como o pior, no sentido em que foi o mais exigente e cansativo e onde teve de lidar com a pressão do choque dos pais relativamente a não querer estudar mais, que descreve como muito difícil. Para os colegas da faculdade também foi um choque, não compreendendo o porquê de tal decisão se ela sempre se tinha revelado uma boa aluna, recebendo apenas dos amigos algum apoio, no sentido em que Maria pudesse descansar.

Maria referiu a faculdade como exaustiva, devido a trabalhos que eram necessários, os quais muitas vezes requeriam “noites em claro” para que conseguisse terminá-los a tempo, esgotando-se em termos físicos e psicológicos. Segundo ela, era nas alturas de maior stress que lhe apareciam episódios de psoríase recorrentes.

Quando terminou a licenciatura começou a procurar emprego na sua área, tendo recebido logo uma proposta de um professor da faculdade para trabalhar com ele num lançamento de um novo partido político, na área operacional. Apesar de ter recebido mais propostas de trabalho, que lhe dariam maiores rendimentos mensais, Maria recusou todas as propostas enveredando por a primeira. Fala do trabalho com gosto e diz que gosta do que faz “ver nascer uma situação de origem fascina-me”. Tendo-lhe agradado a proposta que lhe fizeram, começou a trabalhar de imediato, “acabei a licenciatura e passado pouco tempo já estava lá, foi tudo muito rápido e muito trabalhoso, mas eu aguentei-me”. Descreve o professor que a convidou como um “porreiro”, mas muito egocêntrico, parecendo por vezes um puto, e isso irrita-a bastante.

Refere querer fazer várias coisas ao mesmo tempo, mas depois não tem tempo para nada.” *Chego a levantar-me da cama à noite, só para escrever na agenda*

*para levar algo só para não me esquecer*". Maria escreve tudo na sua agenda, dizendo que é muito esquecida e que anda muito esquecida. Os dias de Maria são programados no dia anterior, é quase como um comportamento automático. Se lhe falta espaço na agenda, falta-lhe uma parte dela, parecendo que necessita estar sempre ocupada, "...eu não consigo estar parada...".

Maria nunca tinha ouvido falar de psoríase até que um dermatologista lhe esclareceu que tipo de doença se tratava. Passou por um período inicial de choque, resultante do confronto com o facto de ter uma "doença" crónica e sem cura, e que poderia ter uma vertente hereditária, pensando de imediato *"tinha que calhar logo a mim"*. À posteriori, sentiu a necessidade de conhecer mais sobre a doença que lhe tinha sido diagnosticada. Foi a partir deste interesse que Maria entrou em fóruns de sensibilização aos doentes e que decidiu em conformidade com outros doentes, a emergência de uma associação de doentes com psoríase. A partir da sua emergência, Maria passou a frequentá-la, fazendo ela própria parte integrante do projecto. Considera uma experiência positiva e enriquecedora.

O prurido e o aparecimento de lesões permanentes na pele de Maria obrigaram-na a fazer um tratamento diário *"...assim que vejo uma manchinha vou logo a correr por pomada"*. Maria menciona que por vezes tem dificuldade em dormir, devido às lesões negligenciadas ou por outro lado pela "oleosidade" que o tratamento impõe.

A dificuldade de olhar-se ao espelho faz parte da vida diária de Maria, encarando um corpo que diz não ser o seu..."é mole, tem estrias, tem manchas".

Maria esconde-se das pessoas *"... existem pessoas que estão comigo todos os dias que nem sabem..."* não tanto pela doença em si mas pelo pouco conhecimento que as pessoas têm sobre a doença *"... as pessoas podem logo*

*pensar que é contagioso e assim evito dizer.”. Ao ser questionada Maria menciona ser uma alergia porque é mais fácil e assim já não a incomodam.*

Quando Maria tem psoríase nas pálpebras tenta disfarçar com uma sombra de olhos, e para disfarçar a psoríase nas unhas anda normalmente de unhas pintadas o que lhe confere maior tranquilidade.

Em casa, sente-se apoiada. *“Os meus pais apoiaram-me imenso”*. Em relação à mãe, Maria menciona que sempre teve um bom relacionamento com ela e que é uma “mãe-galinha”. Preocupa-se com a doença da filha, segundo Maria até demais. A Maria tem uma grande cumplicidade com a mãe, passando o tempo que não está em trabalho com ela. Em relação ao pai, considera-o uma pessoa que sempre impôs o respeito e é mais rígido que a mãe, o que segundo ele acaba por equilibrar. No entanto Maria sente o pai distante e pouco presente *“... ele quase não se preocupa com os nossos problemas, sai de casa, entra, janta, diz boa noite e deita-se...”* *E a minha mãe quando ele está liga-me menos”*.

A Maria é a mais nova de uma fratria de duas. A sua irmã é quatro anos mais velha. Refere-se a ela dizendo que existe diferenciação entre as duas. *“ A minha mãe diz que eu sou a super mulher, enquanto a minha irmã é mais frágil ”* .

A relação com a irmã foi sempre boa desde o início, apesar desta ter uma saúde precária, e ter tendência a depressões. *“às vezes parecemos crianças, outras sirvo de porto de abrigo, para ela e para a minha mãe que se culpa por a saúde precária da minha irmã”*. Segundo Maria, a sua irmã tem

depressões e esgota-se a trabalhar. *“Uma vez, de manhã, antes de a minha irmã ir para o trabalho, teve uma crise! Não tinha forças só chorava, não queria comer, queria ver se ela ia a um psicólogo”*.

Maria refere que a mãe sofre de artrite e que têm que ter especial atenção com ela. Pensa não se tratar de artrite psoriática, mas não tem a certeza.

Quanto a Maria, diz ter começado logo à nascença por ter uma paragem respiratória. A par disto referiu ter sempre uma pele muito sensível. Aos 3 anos teve umas manchas brancas, lembra-se que tinha viroses recorrentes com duração variável, denotando que sempre teve propensão para alergias. Tirou também um sinal por causa do sol *“Lembro-me que também tinha o que se diz chamar cravos nos pés, que me faziam muitas dores, pois nos pés crescem para dentro, também tive urticária por causa das coisas que comia”*.

Recorda-se que ficava com a cara vermelha, sentia ardor parecendo que estava a arder *“uma vez num centro comercial a minha cara ficou vermelha, começou a inchar, e tinha uma sensação de ardor horrível. Até levava de casa um creme verde que disfarçava o vermelho, porque podia acontecer-me a qualquer altura”*

Maria referiu já ter tido psoríase nas pálpebras, nas unhas, nos pés, nas costas, no umbigo, e debaixo do peito. As pernas eram o local onde a psoríase ainda não tinha chegado. No entanto Maria encara o seu corpo como não sendo o seu, *“...por vezes parece que parte do corpo não é meu, as minhas pernas não correspondem á minha cabeça, são gordas. Eu tenho*

*cabeça de desportista, quero andar para a frente mas as minhas pernas parecem dois troncos não me deixam, e a psoríase claro!”*

Em criança foi uma criança feliz, era uma boa aluna “*eléctrica fora da sala de aula, contida dentro dela, é dupla personalidade*”. Situa os episódios de psoríase e a sua vida pelos anos de escolaridade. Dizendo que só começa a haver vida a partir dos 13 anos “*quase a mudar para o 10º ano*”, mais ou menos a altura em que mudou de escola. Ficava um bocado triste com a psoríase “*... mas disfarçava, dizia que era uma ferida.*”

A psoríase foi-lhe diagnosticada aos 5 anos de idade. O primeiro episódio de manifestação da doença foi apareceu-lhe nos pés, mas foi um episódio pequeno. Maria tem acesso a estas informações a partir da mãe, “*não me lembro, é ridículo, sei daquilo que me contam, sei que sentia uma dor muito intensa na parte dos pés, olhava e chorava muito*”.

Depois deste episódio, a psoríase volta a aparecer anos mais tarde “*por volta da 4ª classe*” por trás da orelha esquerda. “*desde aí a psoríase perseguiu-me até a adolescência, o que era horrível, porque tinha muito cabelo, uma grande juba, e prendia-o, e por vezes perguntavam-me o que era, ao que eu respondia ser uma ferida*”. Na altura refere não saber bem do que se tratava. A partir daí a psoríase foi-se tornando generalizada, passando a abranger mais partes do corpo. Começou nos pés aos 5 anos, e volta a aparecer na cabeça chegando posteriormente a uma quase generalização no sentido descendente.

A partir da adolescência, o número de lesões na pele aumentaram, o que levou a uma maior incidência medicamentosa a nível local “*...também tive inícios de*

depressão mas não creio que tenha a ver com a psoríase...”. Maria sempre se sentiu mal com a sua doença mas negligencia-a focando outros aspectos inerentes à doença.

Relata andar extremamente cansada e a dormir mal, chegando a ter insónias, um sono sem reparação, onde os despertares diurnos e nocturnos estão patentes. Desde criança que Maria se lembra de dormir mal, e de não sonhar “não me lembro de sonhar, de um único sonho que seja”.

Segundo Maria ela apresenta dificuldades a nível cognitivo, onde as dificuldades na concentração e o esquecimento, têm uma parte integrante na sua vida, sentindo necessidade de colocar na sua agenda todos os passos que dá ou que pretende dar. Referiu que uma das coisas que gosta mais de fazer é ler, apesar de hoje em dia não ter tempo para nada “já estou a ler um livro à mais de dois anos e ainda não terminei” (ri-se).

Maria relata que os sintomas sofrem alterações consoante as mudanças climáticas. *“No Verão tenho menos prurido e mais escamas e no Inverno tenho menos escamas e mais prurido. Normalmente dizem que melhora no verão mas a mim acontece o contrário, porque eu não gosto muito de ir à praia e os horários familiares, dão cabo de mim”*.

Maria toma medicação diariamente, onde inibidores de captação de serotonina, medicação preventiva para as enxaquecas fazem parte do seu dia a dia. Para efeitos de controlo da psoríase usa um corticóide para as lesões no corpo e um champô indicado para a psoríase no couro cabeludo *“já experimentei tantos medicamentos, tantos médicos, e é tudo a mesma coisa, agora uso uma pomada e até me dou bem com ela, há dias em que ponho outros que não, dependendo da pior das manchinhas”*. No entanto menciona estar sempre a par de alguma novidade que surja no mercado para uma possível cura.

Foi a partir de um fórum de apoio a pessoas com psoríase na Internet que se começou a interessar pela doença. Juntamente com outros doentes psoriáticos decidiu fundar uma associação de apoio aos doentes, tendo sido um elemento activo que ainda hoje faz parte da associação, cargo que ao início lhe ocupou algum tempo. “Agora já não estou muito envolvida na associação, aquilo anda um bocado parado”

Diz que a psoríase não lhe afecta muito no dia a dia, mas que existem pessoas na associação que tem imensos problemas a nível psicológico por causa da doença, *“quer dizer eu ...(ri-se) ando sempre de unhas pintadas para a psoríase não se notar, detesto ter psoríase nas unhas, mete-me nojo, não posso olhar para as minhas unhas dos pés, evito ao máximo, lembro-me quando praticava artes marciais de defesa, antes de ir para o treino pintava as unhas dos pés, mesmo que ficassem mal pintadas, para não se notar nada. É que é um desporto em que se tem que estar descalço e eu tinha sempre aquele fantasma que as pessoas olhariam para mim, com nojo, por causa das minhas unhas, se eu não pintasse ficava tudo a olhar.*

Maria desistiu de praticar desporto quando entrou para a faculdade. Diz ter desistido porque já não aguentava mais, estava a “esgotar-se”. Para Maria o desporto deixaria de ter essa finalidade e passou a ser um lugar de exigências por parte do seu treinador, onde passava os seus limites, *“por vezes magoava-me nos treinos e não desistia, não conseguia parar, passou a ser uma competição entre o meu corpo e os meus limites, até porque o meu treinador tinha grandes expectativas e eu não conseguia, mas eu queria ser forte e não desistir”*

. O futuro preocupa-a bastante, no sentido de uma possível cura para a psoríase. *“Tenho receio de ficar pior das minhas manchinhas, e não ter tratamento que me salve, passar aos meus futuros filhos também me faz confusão”*. Maria sente-se um pouco culpada de uma possível transmissão aos filhos.

No que diz respeito à sua vida amorosa, disse ter tido vários namorados, no entanto é sempre abandonada por eles *“ não me consigo entregar de início, e depois retraio-me, deixo de me conseguir mostrar às pessoas. Refere sentir-se “gozada” e nunca investia havendo um desinteresse por parte dos rapazes. “Aliás, a seguir ao meu ataque de pânico, acabei um namoro de três anos, eu estava desligada da pessoa, ele dizia que já não me conhecia, deixei de me dar às pessoas, foi uma situação muito má, porque ele disse que já não gostava de mim, mas que se eu quisesse podíamos continuar a andar, e aí eu fiquei muito chateada, quase que lhe dava, era essa a minha vontade, mas não dei. Se sempre fui forte, agora sou abandonada e ainda por cima com esmola!? Dessa vez fui eu que acabei... ou melhor foi ele... (silêncio) ...fomos os dois”*

Maria considera-se uma pessoa sociável e extrovertida, dando-se bem com toda a gente e arranizando tempo para todos. Descreveu-se como uma pessoa ansiosa, insegura, muito perfeccionista, que não gosta de falhar. *“Tão depressa estou muito bem como estou muito mal, quero fazer tudo ao mesmo tempo e não consigo e isso incomoda-me”*. Refere que tanto tem picos de ansiedade como de depressão. Não gosta da pessoa que é, gostava de ser mais dinâmica, onde pudesse ter tempo para tudo. Maria refere que na adolescência passou por uma maior introversão, mas não sabe bem porquê.

Nesta fase acha diz ter passado por fases mais depressivas, em que se sentia perdida, *“ainda hoje me sinto meio perdida, ando à minha procura”*.

Relativamente aos tempos livres, gosta de sair e de se divertir, *“do que as pessoas normais gostam”*. No entanto, refere que não tem saído muito, não tem tempo para sair, por vezes sai do trabalho bastante tarde e tem de programar as tarefas para o dia seguinte. *“nem me lembro da ultima vez que saí, e ao fim de semana aproveito para dormir. Existem coisas que eu gostava de fazer, como voltar ao desporto mas já sei que vou abusar de mim, e depois pintar as unhas (risos), e depois a minha irmã está muito em baixo e precisa de mim e depois como ando sempre com dor de cabeça”*

Maria diz que aprendeu a lidar com a sua doença, e arranja estratégias para que as pessoas não notem, aprendendo a conhecer o seu corpo, tal como os seus limites. Tem medo que a psoríase piore, *“quando me aparece uma manchinha fico logo preocupada e vou logo por pomada, com receio de um possível alastramento, ... vi fotografias na Internet que me fizeram bastante confusão de pessoas que tinham mais que eu e sei que se a mim me faz impressão que sou portadora da doença, aos outros fará ainda mais”*. Admite que tem alguma dificuldade em não se exceder o que por vezes leva ao aparecimento de mais lesões na pele.

Refere que existem fases em que está melhor, e outras que está pior. *“quando estou pior limito-me a por cremes e a isolar-me mais um pouco. “vou vivendo(...) não existe mais nada a fazer, a não ser lidar com a doença”*.

Maria encara a doença numa atitude activa na forma como lida com a psoríase, na medida em que não se deixa entregar a esta, aquando o tratamento tópico. No entanto a forma como lida com a doença é de evitamento. Segundo Maria existe falta de informação por parte das pessoas, o que faz com que as pessoas se escondam. A par disto refere que se uma pessoa aprender a lidar e viver com a doença tudo é mais fácil, considerando que como a psoríase está relacionada com o stress e ansiedade, e se estes forem controlados, poderão haver melhoras ao nível da manifestação da doença.

### Rorschach

#### *Cartão I*

Perante uma situação nova em termos contextuais e relacionais, a Maria aborda o cartão I com um tempo de latência bastante curto, o que poderá suscitar uma determinada facilidade na mobilização dos recursos internos e uma certa organização ao nível do pensamento no sentido de dar uma resposta adaptada.

Maria inicia e organiza a resposta numa combinação tripartida (“*dois sujeitos juntos a um tronco*”), ressaltando uma representação um tanto elaborada, no entanto, a resposta dá conta de uma tentativa de não implicação na prova, aquando a conotação verbal “*parecem*”.

A resposta dada denota alguma capacidade de evidenciar a relação, demonstrada pela duplicidade da imagem (*“dois sujeitos”*). No entanto, apesar de existirem dois sujeitos, a relação não está patente assim como os afectos em evidência. Maria descreve apenas a imagem e não põe as personagens em relação, ou se quisermos, existe apenas uma relação enquanto situação funcional (*“encostadas a um tronco”*). Em termos de identificação sexual dos *“sujeitos”* também não existe discriminação.

Perante o cartão, deixa o ser humano e associa a segunda resposta ao contexto animal apreendendo a mancha na sua totalidade mas com uma conotação misteriosa e esquisita, mas com um certo sentimento de admiração (*“um insecto misterioso”*), a que se segue a anulação da mesma (*“não existem insectos destes”*). A resposta indeterminada dada por Maria poderá remeter a protecção, ou seja, a resposta indeterminada pode protegê-la contra representações mais claras do que ela tenta evitar.

No primeiro cartão, está patente uma conotação simbólica materna. Este remete para a relação com o objecto primário. Neste sentido, a resposta dada por Maria (*“dois sujeitos encostados a um tronco”*) remeter-nos-á para uma relação anaclítica com a mãe. Posto isto, poderemos pensar que se encontra espelhado um movimento regressivo que demonstra uma relação de carácter dependente face à imago materna pré-genital, a qual pode ser sentida como pouco securizante. Ao mencionar (*“um insecto misterioso...esquisito”*) Maria, suscita-nos alguma angústia persecutória, fazendo-nos pensar numa imago materna pré-genital concebida enquanto dimensão inquietante. Implicando a apreensão da mancha, neste sentido e sendo esta a nível global poderemos considerar que Maria faz um esforço para dominar o estímulo e angustias que a mancha suscita.

O terminus da resposta a este cartão (“*Não vejo mais nada...*”), e o silêncio poderá estar relacionado com a angústia suscitada à priori pela imagem. Calar-se é anular a angústia, anula o que a incomoda.

### *Cartão II*

Ao nível do segundo cartão notou-se uma acentuada diminuição relativamente ao tempo de latência. O que poderá remeter-nos para algo que lhe é familiar, a um reconhecimento da configuração da mancha com algo familiar para Maria (“*Este é giro*”)

O cartão II, possuidor de uma configuração bilateral suscita a relação, neste a relação pode ser retratada assim como a identificação sexual de duas figuras humanas está patente na resposta de Maria (“*são duas combatentes*”). Esta resposta remete para uma ressonância face às pulsões agressivas que foram expressas num contexto de luta e combate. Aqui está patente uma sobrevalorização de conteúdos associados à agressividade e força. Neste cartão os vermelhos não foram integrados nem interpretados, revelando por parte de Maria uma incapacidade e dificuldade inerentes à manifestação da agressividade, desvalorizando-a enquanto parte integrante da mancha.

A resposta dada por Maria à posteriori postula um movimento defensivo que pretende dominar a agressividade, contra a agressividade da resposta dada à priori (“*Ou então...*”), a combatividade transforma-se em paz, os combatentes com uma conotação agressiva são agora bailarinas, de mãos dadas, em harmonia. Para Maria a resposta evocada é uma formação reactiva, uma repressão associada à agressividade. A atitude ora agressiva de Maria torna-se passiva. Existe um movimento de evitamento associado a uma situação conflitual, de confronto/conflito agressivo com o outro e com a

sua própria agressividade. A vivência da relação e da pulsão surge-nos como desconfortante e inquietante.

Este cartão, onde aparece primariamente a cor, apela e reactiva os modos relacionais, nestes os investimentos pulsionais são fortemente invocados, principalmente na sua valência mais agressiva. A resposta de Maria demonstra a agressão ao nível da relação (“*São duas combatentes*”).

O cartão II, cartão materno por excelência, solicita um modo de reacção a um estímulo primitivo, e apela aos afectos mais remotos.

Se o cartão é apreendido na globalidade, o estímulo poderá suscitar fantasmas que reenviam a uma problemática ao nível pré-genital de nascimento, de relações precoces com a mãe, simbióticas e/ou destrutivas. A resposta de Maria (“*duas bailarinas a dançarem de mãos dadas*”) reenvia para uma relação fusional, de fusão, de ligação entre o Eu e Outro. A emergência da relação e da necessidade desta é reactivada pela simetria do cartão, espelhando um conflito ao nível da sua autonomia/dependência. Estando este cartão intimamente ligado à representação de si e identificação, Maria remete-nos para “*duas combatentes*” assim como para “*duas bailarinas*”, determinando a identificação do objecto sexual, feminino. Deste modo, Maria parece reflectir uma boa capacidade no que diz respeito à identificação uma imagem sexuada definida.

### *Cartão III*

Aquando a entrega do cartão Maria parece parar no tempo. Existe uma estagnação, que pode ser considerada com que uma reactividade ao próprio estímulo. O tempo de latência continua baixo.

Maria inicia a resposta ao cartão com uma banalidade, aquando a percepção de duas figuras humanas inteiras, onde a cinestesia é de boa qualidade. Denota-se um aqui um obstáculo em manter uma escolha de identificação estável, relacionada com a ambiguidade associada à identificação das personagens. Existe portanto uma oscilação na identidade sexual, mencionando em primeiro lugar “*dois pretitos*”, e posteriormente “*duas africanas*”.

Maria, tal como no primeiro cartão, apresenta figuras humanas viradas uma para a outra, no entanto, o espaço da relação encontra-se preenchido pelo instrumento, o que remete para relações fictícias, onde as relações, são vistas como obtenção de algo. Maria parece ter dificuldades no estabelecimento de relações verdadeiras.

O cartão III solicita o emergir do emocional, do afectivo, ou pulsional, onde esta solicitação forte, favorece a expressão de relações agressivas e/ou libidinais, não existem afectos, sendo que os vermelhos laterais são isolados e evitados, não sendo integrados na resposta, defendendo-se assim contra algo mais agressivo que o cartão pudesse suscitar. No mesmo sentido parece ir o final da resposta.

Maria na segunda resposta dada espelha uma resposta de má qualidade formal (“*cão*”), sendo que a conotação interrogativa em “*Ou não*” aquando a

interpretação interior aparece como uma defesa ao estímulo, a um conotação de carácter incomodativo da mancha. A única referência ao afecto, surge associada ao vermelho mediano, onde Maria faz referência a um objecto, quase despercebido, um objecto pequeno, que aparece associado à contenção da agressividade, denotando a sua dificuldade em libertar o seu lado mais agressivo, aos seus impulsos.

A inversão associada a este cartão pode referir-se a um evitamento por parte de Maria à configuração bilateral do cartão e à relação, ou seja, a fuga ao relacional faz com que exista também um evitamento referente ao manuseamento do pulsional.

As respostas dadas em D, suscitam a fuga, o isolamento, no sentido de controlar o que para o sujeito não está controlado.

No cartão III podem ser reavivadas diferentes pulsões agressivas e onde estas podem ser expressas a vários níveis, desde o registo mais primitivo, primário e não ligado de dispersão, de explosão, à expressão mais secundarizada, sobre uma forma quase socializada de luta e competição.

Assim podemos verificar, que neste cartão, representação humana é quase que imposta, implicando uma grande necessidade de representação enquanto sujeito, de si e para si.

A resposta que Maria dá primariamente é uma resposta banal, suscitando a sensibilidade à configuração do cartão e à representação do corpo humano inteiro, associado a uma identidade boa a nível pessoal, revelando assim uma boa identidade pessoal.

Podemos falar numa dificuldade em expressar directamente os afectos e pulsões, principalmente se estes são intensos. Este facto pode associar-se à percepção que o estímulo sugere (humanos).

Ao nível do conteúdo latente remete-nos para a identidade pessoal identificação sexual e relação, espelhando uma ambivalência ao nível sexual, associada a uma bipolaridade sexual suscitada pelo estímulo e que se verifica ao nível da primeira resposta de Maria aquando a através da incerteza entre o sexo das personagens evocadas, o que pode abarcar uma problemática da identidade sexual.

Comumente, Maria dá respostas que demonstram o evitamento da emergência da relação ligada à integração de pulsões afectivas, libidinais e agressivas.

#### *Cartão IV*

Associadas a este cartão podem emergir reacções angustiantes, em consequência às suas qualidades perceptivas. Aqui está patente um aumento ao nível do tempo de latência o que poderá ter a ver com uma manifestação angustiante, revelando-se por parte de Maria uma atitude fóbica, que a inquieta, que a descontrola face ao estímulo. Esta atitude está presente também na prova das escolhas, onde Maria diz gostar menos do cartão.

A simbologia associada ao cartão remete para o poder, dominação, força e autoridade. Maria captura o estímulo como unitário, “*um bebé a dormir de barriga para o ar*”. Este movimento por parte de Maria impregna-se de passividade submissa. Se por um lado encontramos vida associada, por ser um bebé, por outro, permanece a desvitalização da própria figura, suscitando uma certa fragilidade. O adormecer o bebé, é o controlo da angústia, é o não

querer sentir, é anular a dor interna. Maria transforma o carácter fálico em passividade, quase como uma castração.

Este cartão aparece-nos para Maria como a sua própria representação se si, onde a depressão se instala e a desvitaliza, ou então adormece para não sentir.

A inversão do cartão poderá ter sido uma necessidade por parte de Maria perante conteúdo angustiante do cartão e a percepção de uma figura humana associada prova de escolhas a um ser sem vida “ *pode estar morto*”. Maria passa do conteúdo humano (desvitalizado) para o Animal (com vida) porém a posição do animal, um urso que caminha poderá suscitar a evocação de afectos angustiantes e agressivos.

Ao nível simbólico evoca imagens associadas ao poder, à autoridade. Neste sentido, remete para a imagem paterna por pôr em evidência da forma fálica associada à primeira imagem viril. A tonalidade emocional é quase sempre disfórica. Maria demonstra alguma sensibilidade ao nível do estímulo apresentado. Perante o estímulo revela um desconforto de carácter ansiogénico, sendo este percebido e percepcionado por Maria na prova de escolhas, no conteúdo e tempo latente associado ao cartão. A submissão encontra-se patente neste cartão.

Maria mostra, perante a resposta dada, a integração de uma construção ao nível do corpo bem definida. O corpo é assim percebido na sua totalidade, no entanto é um corpo um tanto ao quanto desvitalizado, sem energia, sem força o que pode indicar alguma sensibilidade de conotação negativa ao nível representação corporal.

*Cartão V*

No cartão V as respostas de Maria são patenteadas por um ambiente emocional aparente, neutro, com pouca envolvência. Este pode estar relacionado com a anulação da reacção um tanto ao quanto ansiosa ao estímulo do cartão precedente. A par disto, verifica-se também uma diminuição ao nível do tempo de latência.

O estímulo é mais uma vês abordado como uno, pelo que Maria aborda a mancha referindo-se uma banalidade, o (“*um morcego*”). Neste tipo de resposta está patente uma boa adaptação à realidade e um sentimento de integridade estável associados a um ajustamento à realidade normal, a uma inserção ao nível do pensamento colectivo, enfatizando a presença da diferenciação entre os mundos externo/interno. Com uma resposta inscrita na banalidade do cartão, estamos perante uma proporção adaptativa e conformista entre o perceptivo e o fantasmático, entre a percepção e a projecção.

Mais uma banalidade formalmente adequada é expressa na segunda resposta dada por Maria. A mancha que para Maria é em forma de borboleta cabisbaixa suscita uma relação submissão/passividade, se ao mesmo tempo a borboleta é um ser livre, aqui aparece-nos como que preso, sem acção. A imagem de projectada por Maria é “quebradiça”, frágil, sem actividade. Assumindo uma posição de submissão, Maria assume uma imagem de si e para si fragilizada, onde a imagem de si é projectada como frágil, sem valor com as asas para baixo poderá remeter para uma posição de inactividade,

passividade e/ou submissão. Mais uma vez, parece dar conta de uma imagem de si própria fragilizada, rebaixada, desvalorizada (“...cabisbaixa”).

Como cartão de adaptação à realidade, pela sua configuração que remete para a unificação, unidade relacionada com um sentimento de integridade e conceito de si, à projecção da unidade, pode dar conta de uma integridade ao nível somático ou psíquico. No caso de Maria, não se constatou dificuldades inerentes à representação de si e abordagem da própria realidade, à semelhança do primeiro. Desta forma, Maria denota uma boa integração no que diz respeito à imagem corporal, no entanto não podemos suprir a relação entre corpo e passividade, e passividade e desvalorização, em suma entre o seu corpo e a sua identidade.

#### *Cartão VI*

Face à eminência do presente cartão, Maria parece ter reagido ao estímulo, que lhe apareceu como angustiante e desconfortante, o que pode explicar o aumento referente ao tempo de latência.

Começando logo à partida com uma crítica à prancha (“*O que é isto...não se percebe*”) como reagente ao estímulo, Maria parece defender-se da conotação simbólica que a prancha evoca, ou então nem deixa que se perceba, tal como ela sugere. Esta “conduta” aparece-nos também espelhada aquando a utilização do discurso “*será que é*” (precaução verbal) tentando desta forma não implicar-se na prova.

No presente cartão a apreensão em DG é dominante, sendo associada a uma imagem de má qualidade formal (“*uma raquete*”). Esta resposta pode ter

uma conotação defensiva demonstrando uma reactividade ao estímulo, provavelmente como defesa à aparição da fantasmática sexual.

Associada à resposta anterior estão dois mecanismos de defesa, a anulação expressa pela premissa (“*De outra forma não sei*”) e a denegação que se expressa por (“*Não se percebe bem a forma...*”). Na resposta posterior Maria faz uma crítica ao material da prova e exprime uma certa hostilidade, como forma de defesa a uma implicação na prova mais profunda.

Com uma conotação simbólica sexual, que reenvia para a fantasmática sexual é frequentemente rejeitado. Conforme suscitado no cartão IV, também aqui a dimensão fálica aparece, logo, a reacção emocionalmente negativa e a angustia fazem parte integrante das projecções de Maria. A simbologia sexual é fortemente expressa neste cartão, com um cariz sexual brutal associado a (“*uma raquete (...) parte comprida*”). À posteriori responde ao estímulo como forma de denegar a dimensão fálica que foi claramente apreendida por Maria. Todavia, e porque isto a angustia faz um movimento de negação a poder fálico evocado, sentindo-o como ameaçador. Por tudo isto Maria escolhe este cartão na prova de escolhas como o menos gostou.

### *Cartão VII*

Neste cartão está patente um decréscimo associado ao tempo de latência.

Maria, é sensível à bilateralidade demonstrada no cartão VII. Desta forma, a relação surge associada a duas ciganas que brincam, identificando-as enquanto género sexual (“*duas ciganas a brincar*”). Posteriormente, e

aquando a inversão do cartão, numa atitude de exploradora aparente, depreende uma resposta idêntica (“*ao alterar este cartão, é igual, são duas ciganitas*”).

Como cartão materno, podemos aceder e compreender a imagem materna tal como as relações com a mãe. A envolvimento simbólico sendo evidentemente feminino e materno, suscita o sujeito a situar-se na relação com o sexo feminino, com a imago materna, associando a ela a relação primitiva como mãe.

Na primeira resposta de Maria as duas figuras humanas encontram-se de mãos dadas o que poderá resultar numa dificuldade de separação do Outro (da mãe) associada a uma individualidade e sobrevivência incapacitantes. Depreende-se uma relação siamesa, uma dualidade unida, como um prolongamento um do outro, sem individualidade, a incompletude individual completa a nível do soma e da psique. Espelhada nesta quase resposta está uma representação de si um tanto ao quanto precária. As respostas de Maria supõem um sentimento de identidade deficitário, não conseguindo a sua individualidade, o seu espaço enquanto ser físico e psicológico. Maria não se consegue encontrar A dificuldade está para a separação como a facilidade para a fusão, revelando uma provável inexistência de espaço psíquico materno, porque a separação não é possível.

Na resposta seguinte dada por Maria percebemos a alusão à intelectualização (“*...com trapos de época medieval, ou ciganos mesmo!...*”). Poderemos estar perante um angústia associada à relação evocada anteriormente. Como referido à priori, está presente a falsa dualidade que perturbando-a, tem de ser anulada, o que se manifesta num movimento de racionalização onde o afecto não está presente.

### *Cartão VIII*

Quando o cartão é sugerido a Maria existe uma reactividade imediata ao estímulo associado à prancha.

Pondo em ênfase a forma como se adapta o sujeito ao mundo este cartão é bastante importante.

A cor associada a este cartão remete para a solicitação cores é considerada com uma solicitação à permuta, comunicação, à socialização.

Maria, neste cartão, cartão introdutório da cor, dá resposta sem cor, sem emergência de afectos. A exposição da resposta de Maria é de má qualidade, remetendo apenas para parte da mancha não tendo nada de relacional (“*este é um símbolo, dos carros, com dois animais apoiados em algo valioso.*”) onde a relação escasseia ou é quase nula. Os animais são discriminados enquanto animais, perante a transformação em objectos. As coisas não são coisas, seres, mas símbolos, não existe uma identidade real associada ao animal, existe sim uma dificuldade de adaptação ao mundo exterior.

Maria, ao manipular o cartão dá voz a uma perseveração da resposta anterior, ao mesmo tempo que as cores/afectos são “apagados” (“*Não vejo mais nada. Só aquilo mesmo. As cores não dizem nada aqui!*”). O símbolo, a coisa aparece sem relação, sem afectos. Ou então a relação/apoio é usado para proveito individual

*Cartão IX*

O presente cartão é importante quanto no que diz respeito à solicitação inerente. A regressão pode ser vivida aqui de uma forma positiva ou pelo contrário a posição agressiva aparecer sob um conotação negativa. Estas remetem e estão associadas a um simbolismo materno pré-genital.

Verifica-se que o tempo de latência é bastante longo o que se relaciona a reacção ao estímulo como ansiosa.

Maria, interpretando a mancha invertidamente parece suscitar a fuga à solicitação simbólica do presente cartão Rorschach., ao mesmo tempo que existe um descomprometimento no explorar da mancha ao expressar a palavra “*parece*”.

Perante a apreensão global da mancha efectuada por Maria, esta apreende também o carácter materno pré-genital incluído numa figura, uma coisa, uma cena que se destaca, movimenta, sem definição resultando numa resposta de má qualidade formal, através da qual poderíamos associar a Maria, como no cartão VII, um espaço psíquico materno deficiente e pobremente e /internalizado. Isto, no sentido de uma segurança interna e internalização do bom objecto, uma vez que o que está patente na resposta é uma certa precariedade e ausência de representações internas que securizam.

A imagem do corpo, da figura humana que aparece repetidamente, ás voltas, poderá remeter também para uma dificuldade de autonomia face à figura materna. Estamos perante a dicotomia da separação-individação, onde a fusão com o imago materna pré-genital é perseguida pelo corpo que anda ás

voltas, descontrolado o que é revelador de uma indiferenciação entre o Eu e o Outro. Maria denota uma certa dificuldade em estar sozinha, o corpo anda às voltas, assim como a sua mente.

A ausência afectiva é predominante neste cartão, os afectos não brilham no mundo interno do sujeito, o que remeterá para uma imago materna não securizante, que possibilitasse o acesso à vivência e integração de emoções e afectos na relação

### *Cartão X*

A solicitação simbólica do último cartão é diferente consoante a centração é feita nas cores, na dispersão ou na importância do espaço branco. Embora na primeira resposta se verifique uma apreensão global da mancha, dando conta de uma temática festiva (*“fogo de artifício”*), a partir da segunda resposta assiste-se a uma angústia de fragmentação induzida pela dispersão dos elementos e multiplicidade das cores do cartão, revelando fracas capacidades de unificação corporal. Na 4ª resposta dada a este cartão surgem inclusivamente preocupações hipocondríacas, sob uma forma intelectualizada (*“Aqui é semelhante a um cóxis, pelo menos parece”*).

Como cartão associado à separação/individuação, pode suscitar em sujeitos que se perdem facilmente, uma angústia associada ao próprio estímulo por ser bastante disperso ao nível da configuração da mancha. Maria parece estar associada a esse movimento, dispersa-se no estímulo. Esse parece ser o caso da Maria, que, face a um estímulo disperso, apresenta muitas dificuldades na apreensão (*“Está tudo desligado”*)

O riso no final do cartão, como da prova, podem remeter para a utilização de um mecanismo defensivo à angústia suscitada pelo cartão, assim como pela prova.

### Leitura e Interpretação dos Traços Salientes

Maria mostrou-se cooperante no decorrer da prova, no entanto investiu e implicou-se pouco na mesma. Ao nível da exploração dos cartões Maria estava um tanto ao quanto reticente.

Apresenta uma verbalização relativamente pobre ao nível quantidade, visto as suas respostas serem maioritariamente curtas. Ao nível da qualidade das respostas verificamos que a adjectivação é escassa, sendo a sua expressão reservada praticamente aos substantivos o que segundo Traubenberg (1975), pode denotar uma atitude repressiva, de distanciamento ou de oposição à prova.

Ao nível dos conteúdos, não se verifica grande diversidade, constatando-se a predominância de conteúdos de cariz humano, o que pode demonstrar um campo de interesses estreito. Maria repete-se bastante e a sua verbalização assenta maioritariamente objectivo e no racional em detrimento do afectivo e subjectivo. O discurso de Maria assenta assim no limiar do racional.

Os tempos são baixos, o que denota a reacção quase imediata ao estímulo, o que poderá preditor de uma possível faceta de impulsividade, ou de um sujeito que se defende, no sentido em que quanto mais rápida for a resposta, mais rápida é anulação da situação angustiante, que o incomoda. Desta forma, ou reactividade fácil poderá suscitar a utilização de um mecanismo defensivo que bloqueie a exploração da mancha.

O número bastante elevado em G, tanto pranchas fechadas como nas abertas, mostra uma certa passividade do ponto de vista cognitivo e perceptivo.

Reportando-nos ao estilo de apreensão que é incompleto, verificamos que pode estar patente alguma “preguiça” em apreender e pensar a realidade. Esta situação também se verifica aquando os G simples, isto porque, as respostas são globais, imediatistas, não mostrando rigor intelectual, ou seja, o rigor e o esforço intelectual não estão presentes. Maria evidencia uma boa adaptação correcta à realidade, no entanto, não existe o esforço nem uma tomada de conhecimento activa e dinâmica do objecto.

No cartão III a abordagem em D permitiu a Maria banir o confronto com as partes vermelhas da mancha, que remetem para agressividade e sexualidade. Maria evita assim os movimentos pulsionais que são reactivados e sentidos como perturbadores. Inerente a este movimento está um movimento defensivo com tendência a evitar a projecção do que é pulsional.

A abordagem em D associada aos cartões pastel, nomeadamente no VIII e no X, poderá suscitar a existência de um domínio ao nível das emoções e afectos que se mostram perigosos para Maria, e que por ventura poderiam invadir a abordagem global.

A valorização formal é predominante neste protocolo. As respostas formais predominam relativamente à cor, o que remete que Maria não é sensível à questão dos afectos.

Entre as respostas de carácter formal, predominam as respostas de má qualidade formal, o que faz remete para uma desadaptação e/ou inadequação inerente ao mundo real.

Neste protocolo, o tipo de ressonância íntima é introversivo misto, o que denota que existe um investimento no mundo interno em detrimento do mundo externo e do mundo dos afectos. As representações são dadas como o mínimo de afectos.

O TRI vai no mesmo sentido que a forma complementar o que confirma, introversividade do sujeito e a sua aparente dificuldade em mobilizar e gerir os afectos.

Neste protocolo o pólo sensorial é quase que denegado, o que pode dar conta da dimensão introversiva do modo de funcionamento. Este facto, poderá suscitar uma certa restrição, inibição, luta contra a expressão dos afectos ou pobreza ao nível da vida emocional.

Os conteúdos dizem respeito maioritariamente às rubricas H e A.

O conteúdo H, encontra-se acima dos valores normativos, o que pode denotar uma certa apetência pelo humano, uma tendência para a socialização.

Da mesma forma, poderá dar conta de uma preocupação ao nível da identidade, numa busca de delimitação do próprio corpo. No entanto esta busca nem sempre é esboçada, perante relações simbióticas e fusionais associadas às resposta de Maria.

Relativamente às banalidades, situadas abaixo da norma podem dar conta de uma adaptação social deficitária, associadas ao desinteresse ou se quisermos uma certa oposição à prova (Anexos D, E e F).

## DISCUSSÃO

O trabalho elaborado à priori pretende, deste modo, compreender e aprofundar as premissas de uma das várias hipóteses etiológicas avançadas para a psoríase, que defende que os indivíduos que desenvolvem a dermatose em causa apresentam uma personalidade subjacente onde a alexitimia está presente, o que pode predispor mais facilmente ao aparecimento de lesões psoriáticas. O presente estudo de caso assume-se como um exemplo ilustrativo do enquadramento teórico realizado e uma fonte de informação relevante para o entendimento deste tema, evocando assim uma série de questões e ilações que se prefiguram como possibilidade de maior e mais detalhada investigação.

Após o terminus da revisão de literatura e apresentados os resultados referentes aos instrumentos aplicados, procede-se à devida análise dos mesmos. Desta forma pretende-se percorrer a teoria apresentada, estabelecendo-se as pontes de ligação entre esta e as questões abordadas na entrevista e no Rorschach, evidenciando os pontos que vão a um notório encontro ou desencontro da mesma e as questões que, devidas a limitações metodológicas, não foram possíveis de abordar.

Seguidamente são postas questões que, não são sustentadas pelo enquadramento teórico, sendo sugeridas pelos resultados do presente estudo, o que pode ser importante na compreensão do tema em estudo.

Proceder-se-à ainda, à evocação de possíveis limitações que decorreram do método utilizado no presente trabalho de investigação. A par disto, destacamos novas formas de abordar o tema assim como novas direcções de pesquisa.

A Maria apresenta todos os critérios de diagnóstico físico para a psoríase, tal como são descritos pelo autor (Fonseca, 1997), nomeadamente a presença na pele de lesões a que Maria chama “manchas” de diverso tamanho chegando por vezes a uma quase generalização. Na verdade Maria têm psoríase em várias partes do corpo, nomeadamente nos braços, nas unhas, na cabeça, entre outros locais (Camisa, 2003) facto que a incomoda no seu dia a dia quando menciona que as lesões a obrigam a fazer um tratamento diário, quando desiste do desporto que tanto gostava, quando não consegue dormir devido às lesões que a incomodam, quando não se consegue olhar ao espelho encarando o corpo como não sendo o seu, quando se esconde das pessoas, enfim Maria além de pertencer aquela percentagem de pessoas que sofrem de psoríase (Farber, Bright & Nall, 1968; Farber & Nall, 1991) também se sente incomodada com as lesões no seu dia a dia em termos físicos, psicológicos e sociais, o que vai de encontro ao assinalado na literatura (Rapp et al., 1996, citado por Leary et al., 1998).

Como descrito por vários autores (Patrick et al., 1998), Maria apresenta como sintoma cutâneo o prurido factor que a incomoda, como descreve aquando entrevista e enquanto relata a história, no sentido em que destaca algumas placas de psoríase que se encontram localizadas no cotovelo esquerdo.

Dado o facto de a psoríase lhe ter sido diagnosticada por volta dos cinco anos, a Maria pertence à pequena percentagem de casos de mulheres cujas primeiras manifestações da doença surgem na infância (Herselen & Christopher, 1985, citado por Fortune, Richards, Main & Griffiths, 2000).

Apesar de não se poder falar de uma predisposição hereditária para o desenvolvimento da psoríase, o que vai no sentido oposto ao exposto na literatura (Camisa, 2003) devido ao facto de, aparentemente, nenhum dos familiares de Maria apresentar a dermatose em causa, apesar de a mãe poder sofrer de artrite psoriática ainda que não confirmado por Maria, verifica-se uma certa tendência para o aparecimento de doenças graves e incapacitantes na sua família nuclear. A própria Maria apresenta desde muito cedo uma marcada tendência para doenças de pele, respiratórias, expressas primeiramente por uma paragem respiratória logo à nascença, posteriormente alergias, urticária até ao diagnóstico de psoríase propriamente dito aos cinco anos de idade o que dá conta de um sistema imunitário débil e enfraquecido, o que conforme descrito na literatura (Menssen, 1995; Capon, Dallapiccola & Novelli, 2000; Ostojic, 2001; Guo, Jenisch, Stuart, Lang, Kukuruga, Nair, Henscrer, Voorhees, Christophers & Elder, 2002; Capon, Munro, Barked & Trembath, 2002) poderá estar na origem da proliferação excessiva de células a que se assiste na psoríase, incluindo assim o sistema imunitário no despoletar da doença.

Maria cresce assim num ambiente de doença e vulnerabilidade à doença; o que nos leva a reflectir acerca do seu próprio adoecer. De certo modo, dir-se-ia tratar-se quase de uma espécie de “mandato entre gerações ”: a sua irmã é descrita por Maria como tendo uma saúde precária associada a depressões e ansiedade permanentes, a sua mãe que deveria ser “cuidadora” deixa-se ser cuidada por Maria, aquando a doença de que padece. Maria “nasce” e cresce no seio de uma família cuja dinâmica se desenrola em torno da saúde precária da irmã, adocece sistematicamente ao longo da sua infância onde lhe é diagnosticada a psoríase, mantendo-se na adolescência e acompanhando-a até à vida adulta, mantendo-se permanentemente doente, assim como acontece com a sua irmã. Desta forma, podemos lançar aqui o mote, à

semelhança do que se espelha na literatura (Raychaudhuri & Farber, 2000) que os factores psicológicos têm um papel preponderante na manifestação da doença, nomeadamente na proliferação de células associada à psoríase. É obvio que poderíamos declinar o facto de duas irmãs permanecerem enfermas, mas podemos desde já lançar a questão do porquê da doença de Maria ser manifestamente somática.

Tal facto e questão, pode ter resposta na literatura (Susskind & Mcguire, 1959 in Fava, Perini, Santonastoso & Formasa, 1980; Baughman & Sobel, 1971; Farber & Nall, 1974; Seville, 1977; Fava e tal., 1980; Invernizzi, Gala & Bovio, 1988; M. Gupta, A. Gupta, Ellis & Voorhees, 1990; Al'Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Raychaudhuri & Gross, 2000; Sami-Ali, 2004), onde a psoríase é retratada como uma doença psicossomática, associada a um sofrimento emocional da mente, o chamado “stress psíquico”, ou por outro lado a acontecimentos de vida que podem ser lesantes e disruptivos a nível psicológico. A par disto poderíamos, tal como na literatura (Arnetz, Fjellner, Eneroth & Kallner, 1985; Gaston, Lassonde, Bernier- Buzzanga, Hodgins & Crombez, 1987; Khansari, Murgó & Faith, 1990; Zacharie, Oster, Bjerring & Kragballe, 1996) afirmar a existência de uma relação entre os eventos psicoemocionais e as consequências desregulativas no soma, que aparecem logo à nascença em Maria e que continuam até à idade adulta, e onde a psoríase aparece como consequência.

Desta forma, confirmamos a relação entre psique e resposta auto-imune (Martin, 2001) à semelhança do que acontece no modelo de desregulação da doença elaborado por Taylor (1987,1983,1998).

Maria neste sentido, seria como que um sistema autoreglativo onde a psique estaria associada a uma regulação de estados emocionais intensos, descontrolados e disruptivos que sendo precários para os outros sistemas que fazem parte da cadeia regulativa e que levaram ao adoecer somático, e

consecutivamente à psoríase, o que vai de encontro ao que se menciona na literatura (Schwartz, 1987; Taylor, 1987, 1993, 1998).

Além da infância de Maria associada ao adoecer somático, assistimos a episódios que Maria refere como “picos de stress”, e que se repercutem a nível físico, primariamente associados a um trabalho para a faculdade e depois associadas a umas férias com a família que refere como “stressantes” e que segundo Maria deram origem a um surto de psoríase debaixo do peito. Além de se encontrar aqui espelhado à semelhança da literatura (Fonseca, 1997), que a dermatose está associada a uma periodicidade que se encontra associada ao aparecimento de surtos com choques emocionais de certa intensidade, também, encontramos Maria inserida na percentagem de doentes que relatam a associação entre acontecimentos de vida ou o aumento dos níveis de stress vividos e a psoríase conforme postulado por certos autores (Susskind & Mcguire, 1959 in Fava, Perini, Santonastoso & Formasa, 1980; Baughman & Sobel, 1971; Farber & Nall, 1974; Seville, 1977; Fava e tal., 1980; Invernizzi, Gala & Bovio, 1988; M. Gupta, A. Gupta, Ellis & Voorhees, 1990; Al’Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Raychaudhuri & Gross, 2000; Sami-Ali, 2004).

Desta forma, podemos perceber que como se afirma na literatura se a reacção de adaptação ao stress por parte de Maria é desadequada surge uma doença de adaptação (psoríase) que é provocada pelo esgotamento do organismo.

Feita a relação entre os aspectos etiológicos associados à psoríase, iremos reflectir sobre a Alexitimia, atentos à continuidade mente-corpo e integrando a psoríase como uma doença psicossomática.

A ausência de emoções predominante ao longo da entrevista, expressa através de um discurso factual, colado à realidade, muito descritivo e racionalizado, dir-se-ia mesmo quase pré-elaborado, dada a forma como a sequência dos acontecimentos é narrada, seguindo uma linha contínua, ininterrupta de raciocínio, que não deixa espaço para o subjectivo e o emocional, parece revelar não só uma grande dificuldade por parte de Maria em expressar sentimentos como também pouca capacidade de *insight*.

Maria expressa o seu percurso e história de vida com alguma frieza e desprendimento; desde as suas doenças infantis, à doença do sua irmã, ao perceber que padecia de psoríase, e todas as implicações e consequências que daí advieram, desde ter-se visto forçada a “abandonar” a faculdade, até à ruptura ao nível da maior parte das suas relações íntimas e afectivas, a dependência da mãe, etc., parece dar conta de uma enorme dificuldade em identificar emoções e sentimentos em si própria e em comunicá-las ao outro.

A sensação com que se fica no final da entrevista é como se nada do que lhe tivesse acontecido a tivesse atingido pessoalmente, a não ser na sua própria pele. Há um distanciamento afectivo muito grande relativamente ao seu próprio corpo e à forma como o pensa e sente. É como se não reconhecesse, não fizesse uma leitura do emocional. Sabe identificar a dor física, verbalizá-la, é capaz de descrever os sintomas que a sua doença expressa, no entanto ao nível emocional existe um certo analfabetismo.

Em Maria o medo, a tristeza, a alegria, a cólera são aparentemente vividos de forma indiferenciada, não são reconhecidos e acolhidos psiquicamente. O seu estilo de comunicação rígido, caracterizado por uma mímica escassa e o seu discurso desprovido de conteúdo afectivo, revelam pouca capacidade de

introspecção, de pensar o sentir e, em última análise, de sentir o próprio sentir, tanto ao nível do que lhe acontece de bom, como de mau na vida. O que vai de encontro ao que foi referido anteriormente na revisão de literatura, relativamente ao facto dos pacientes com psoríase apresentarem uma dificuldade acentuada em compreender, identificar e comunicar emoções e sentimentos, levando a que os vivenciem de uma forma indiferenciada, tendendo antes a pensar sobre situações externas e concretas (Brosschot & Aarsse, 2001; Leichner-Hennig & Vetter, 1986, cit. por Sayar, Gulec, & Topbas, 2004)

Em Maria parece existir uma capacidade “grosseira” associada à discriminação das emoções, sentindo-as como vagas e descritas como sensações corporais conforme descrito na literatura (Matos, 1996, 1999<sup>a</sup>, 1999<sup>b</sup>). Existiria assim uma afectividade, fora da consciência de Maria, não conseguindo qualificar as emoções. Em Maria estaria patente um funcionamento onde a percepção ao nível afectivo, o acesso ao sofrimento e elaboração psíquica não acontecem e que segundo a literatura, o corpo chegaria a um estado excitabilidade máxima (Marty, 1991, 1993; Lecours & Bouchard, 1997), onde havia lugar para a desregulação do organismo e consequentemente as manifestações no soma, na pele – a psoríase.

Também na análise do Rorschach esta dificuldade em identificar e comunicar emoções e sentimentos se torna bastante evidente.

O protocolo da Maria escasseia no que concerne à adjectivação. A expressão é limitada aos substantivos e a verbalização é pouco afectiva e subjectiva, predominando um discurso mais objectivo e racional, à semelhança do que verificou na entrevista, o que, mais uma vez, vai de encontro à revisão de literatura feita anteriormente (Keefe et al., 2001; Taylor, 1984, cit. por Sayar, Gulec, & Topbas, 2004). As respostas formais predominam relativamente à

cor, o que revela um sujeito que não é muito sensível à questão dos afectos. O tipo de ressonância íntima traduz um desinvestimento afectivo muito marcado, visto que as representações são dadas com um mínimo de afectos e o seu esforço de adaptação se processa mais por via do pensamento do que pelo afecto.

A forma complementar introversiva vem confirmar o domínio do pensamento sobre os afectos e a dificuldade da Maria em mobilizar e gerir a dimensão afectiva. Verifica-se portanto que o polo sensorial está muito pouco representado, o que poderá denotar uma luta contra a expressão dos afectos ou pobreza da vida emocional. Também a falta de imaginação, ausência de investimento da elaboração e da mentalização e a ausência de curiosidade face à realidade interna, expressas através de uma maioria de G simples, são outros dos aspectos característicos da alexitimia referidos pelos autores (Keefe et al., 2001; Taylor, 1984, cit. por Sayar, Gulec, & Topbas, 2004).

A própria incapacidade da Maria em expressar conflitos e a desvalorização do pulsional agressivo, que surgem como evidentes nas respostas dadas ao cartão II (“*duas combatentes (...)Ou... bailarinas de mãos dadas*”), como se referiu anteriormente, poderá estar relacionada com esta dificuldade em identificar sentimentos e emoções.

Apesar das respostas dadas pela Maria no Rorschach aparentemente denotarem capacidade de pôr em relação, através do recurso aos conteúdos humanos e das grandes cinestésias, quando analisadas com mais atenção, verifica-se que na verdade a relação e os afectos não existem; não expressam relações afectivas. As personagens não se relacionam, sendo antes colocadas

em situações funcionais (“*dois sujeitos encostados a um tronco*”, “*dois pretitos a tocar um instrumento*”, etc.). Nos cartões em que a solicitação emocional e afectiva é forte, favorecendo a expressão de relações agressivas e/ou libidinais, não existem afectos.

A cor é evitada, dando conta de um enorme vazio emocional interior. Só no cartão X é que se pode dizer que existe reactividade emocional, dando conta, inclusivamente, de alguns traços quase histriónicos. O que talvez seja compreensível tendo em conta toda a contenção anterior. Se pensarmos na própria patologia obsessiva – sendo que, de resto, o protocolo da Maria se insere num registo rígido – é devido à enorme contenção que a caracteriza que surgem as compulsões.

À semelhança do seu protocolo de Rorschach, em que o H% é elevado, também a vida da Maria está aparentemente povoada de pessoas, de Outros; outros familiares, outros apoiantes. Contudo, tal como nas suas respostas ao teste, o afecto não está lá. O outro está sempre lá, mas é impossível estabelecer uma corrente afectiva. No protocolo de Rorschach verifica-se que, apesar de colocar as figuras humanas viradas sempre uma para a outra, as relações surgem invariavelmente mediadas por um objecto (“*Dois sujeitos encostados a um tronco*”, “*Dois pretitos a tocar um instrumento*”, etc.). Tratam-se de relações de carácter de objecto de permeio, o que parece demonstrar que a relação afectiva pura é algo difícil para ela.

É como se a Maria se apresentasse como uma pessoa extremamente sociável, disponível para o outro, mas no fundo não se envolvesse verdadeiramente, relacionando-se antes de uma forma superficial, quase “robótica”, como descrevem os autores na literatura a respeito do tipo de relações

estabelecidas pelos sujeitos alexitímicos (Taylor, 1984, cit. por Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000). O que de resto vai de encontro ao tipo de socialização obtido através da análise do Rorschach e à própria dinâmica estabelecida na entrevista, em que inicialmente a Maria

se mostra muito disponível, interessada e colaborante, mas a dada altura o seu comportamento revela impaciência e aborrecimento, acabando por se manifestar incomodada, e se assiste a um recolhimento, um virar-se para si própria através de um movimento, dir-se-ia, quase auto-erótico, em que se massaja a si própria e retira as suas placas enquanto acaba de narrar a sua história e lhe é administrado o primeiro teste psicológico.

Em suma, pode-se dizer que a Maria apresenta muitos dos aspectos que caracterizam os sujeitos alexitímicos, tal como os autores os descrevem na literatura, nomeadamente dificuldade em identificar e expressar sentimentos e emoções (Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000; Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996, cit. por Sayar, Gulec, & Topbas, 2004), pouca capacidade de introspecção, no sentido em que tende a pensar mais sobre situações externas e concretas, não existindo espaço para a fantasia, o subjectivo e o emocional (Keefe et al., 2001; Taylor, 1984, cit. por Sayar, Gulec, & Topbas, 2004), falta de empatia (Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000; Krystal, 1979, cit. por Louth, 1998) e um contacto escasso com a sua realidade psíquica, tornando-a numa pessoa superficialmente activa bem adaptada e sociável, mas que esconde grandes dificuldades ao nível do contacto com o outro (Taylor, 1984, cit. por Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000).

A par do que certos autores postulam (Berenbaum & James, 1994, cit. por Louth, 1998; Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000), que alexitimia estaria relacionada com a relação mãe-bebé, poderíamos pensar que a Maria não foi reconhecido o seu direito de existir. Maria não parece ter sido confirmada e

valorizada enquanto criança em prol das doenças da irmã, a que a mãe socorria. Podemos até supor que Maria enquanto ensaiava os movimentos de separação - individuação se deparou com uma mãe incapaz de prescindir dela como objecto de suprimento narcísico que não tolera qualquer afirmação de individualidade e diferença. Maria percepcionou uma proibição de ser diferente, em ser se ela própria, e submete-se ao objecto como forma de não perder este objecto. A alexitima parece surgir em Maria como uma defesa construída contra o reconhecimento da perda (objectal e narcísica) na medida em que o atacar o afecto seria atacar a relação. Maria ao não comunicar afectivamente estaria a destruir a possibilidade de uma relação humana, ou seja, falamos aqui em destruir a separação do objecto, que para também se encontra espelhada no Rocharch aquando a relação fusional espelhada nos cartões. Para Maria estar em contacto com sua realidade psíquica seria estar em contacto com a realidade do objecto que não ama e não valoriza a valoriza, por aquilo que ela é, pela sua diferença. Maria desistiria assim de um amor e de um objecto que nunca teve verdadeiramente possibilidade de aceitar a perda e deprimir-se verdadeiramente ao nível mental. Como não o faz Maria passou para o corpo, passou à doença psíquica em que a depressão se espelha no corpo, na sua pele, onde a psoríase se torna a depressão não conseguida, o caos desregulativo do corpo e consequentemente doença somática.

Posto isto, e numa lógica de complementaridade, repensaremos o padrão de vinculação que se nos mostra útil à compreensão da Alexitimia, que conforme os autores (Berenbaum & James, 1994,

cit. por Louth, 1998; Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000) pode estar relacionada com a relação mãe bebé.

Nenhum dos instrumentos utilizados no presente trabalho serve para avaliar especificamente o padrão de vinculação, de um sujeito, alguns cartões do Rorschach - nomeadamente, os cartões I, II, VII e IX - por terem uma conotação simbólica feminina e materna, apelam à relação precoce com a mãe. Assim, as relações neles evocadas inscrevem-se na dialéctica das relações com o primeiro objecto, permitindo elucidar acerca da natureza das mesmas.

As respostas dadas pela Maria nos referidos cartões colocam em evidência uma delimitação pouco clara entre o Eu e o Outro, a qual se traduz por uma tendência para confundir os personagens, expressa através de uma relação simbiótica ou de duplo (*“dois sujeitos encostados a um tronco”*, *“duas bailarinas com as mãos dadas”*). As figuras humanas projectadas pela Maria encontram-se sempre ligadas, fundidas, por vezes quase indiferenciadas, espelhando relações do tipo fusional. Não há separação do outro; a representação de si não é diferenciada, focalizando-se antes nas ligações, vínculos, na fusão entre duas personagens humanas - personagens coladas, com membros em comum, fixadas a um mesmo objecto.

Não existe separação sujeito/ objecto, distinção entre Eu/Outro, não há reconhecimento das semelhanças e diferenças relativamente ao Outro. Assim, e tendo em conta que estes são os cartões privilegiados para a compreensão da imagem materna e para a evocação dos modos relacionais com a mãe, as respostas da Maria poderão reenviar para uma relação anaclítica com esta.

A necessidade de se relacionar emerge sempre através do recurso à simetria, servindo de suporte a respostas especulares e reacendendo um possível

conflito de dependência e autonomia. O facto das imagens surgirem sempre ligadas, fundidas, denota uma grande dificuldade de separação do outro e a incapacidade individual daí resultante, sugerindo quase uma relação siamesa com o outro. É como se os sujeitos estivessem incompletos na sua unidade física e, conseqüentemente, psíquica, tendo uma precária representação de si. Nesse sentido, as respostas da Maria não reenviam para um sentimento de identidade fortemente consolidado, uma vez que não demonstram a capacidade de encontrar, em si própria, um espaço psíquico capaz de exercer as funções de separação, procedendo à fusão das personagens. O que sugere a existência de um espaço psíquico materno precariamente interiorizado, em termos de segurança interna e internalização do bom objecto, uma vez que não se assiste a um movimento de desfusão mas sim a uma relação simbiótica com a mãe, uma separação impossível de operar, dando conta de uma ausência de representações internas securizantes.

Parece existir uma grande dificuldade em estabelecer uma relação em que Eu e Outro estejam diferenciados, assistindo-se antes a uma fusão, simbiose, o que remete para a incapacidade de separação, individuação, autonomização.

Estes vínculos constantes, a incapacidade de separação e o tipo de relação simbiótica estabelecida entre as personagens parece remeter para uma insegurança básica marcada, e na própria descrição que a Maria faz de si própria. Provavelmente, foi porque o objecto primário foi percebido como instável numa fase precoce - nas experiências precoces de vinculação - que surgiu a insegurança e a incapacidade de individuação anteriormente observadas.

Esta dificuldade de separação e individuação evidentes ao nível das relações projectadas pela Maria nos cartões do Rorschach estão igualmente presentes na sua vida, como já foi referido anteriormente. Também a sua relação com os pais é de uma grande simbiose. Há quase uma impossibilidade de afastamento, de separação, de autonomização. A psoríase surge precisamente na altura em que a Maria se tenta separar, havendo a continuidade e piora ao nível dos sintomas da psoríase quando se começa a tornar independente e a assumir-se enquanto adulta, tornando o processo de individuação impossível de operar.

O cartão X do Rorschach é cartão da individuação e da separação. Normalmente, a dispersão projectiva do cartão tem um eco doloroso na angústia de fragmentação de sujeitos sem referências, sem pontos de junção, sendo que as fracas possibilidades de ligação se perdem no seio de um universo invasor, dominado pela confusão. Esse parece ser o caso da Maria, em que, face a um estímulo disperso, apresenta muitas dificuldades na apreensão (*“Está tudo separado”*). As vivências que se lhe afiguram como suportáveis são tudo coisas muito simbióticas, superficiais. Tudo o que seja disperso, desintegrado, fragmentado, ela foge, cede, não aguenta. O que nos faz pensar na sua relação com o namorado, por exemplo. Enquanto ele não partilhou consigo os seus projectos ao que ela estaria declinada tudo correu bem, mas quando lhe propôs a separação e posterior relação se ela quisesse, ela não suportou. Fugiu da relação, de um futuro incerto que a assusta e a separa do que já conhece.

Esta angústia de separação ao nível familiar que se verifica na Violeta, este processo de autonomização sentido como ameaçador, inquietante, impossibilitando-a de se desligar, de se afastar e a fragilidade ao nível da identidade observada no Rorschach, poderá dar conta de um padrão de

vinculação inseguro e pode estar na origem de, como preconizam certos autores (Berenbaum & James, 1994, cit. por Louth, 1998; Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000) da alexitimia.

De um modo geral, pode-se dizer que alexitimia, parecem estar presentes na Maria, tal como os autores têm vindo a sugerir (Rodrigues, 1997, cit por Silva, 2007), que os pacientes com psoríase apresentam uma certa dificuldade em expressar as emoções, principalmente as mais agressivas e hostis, onde a psoríase seria uma forma não verbal para expressar os sentimentos (Mingorance, 1999, cit por Silva, 2007).

A par disto confirmamos sugerido na literatura (Silva, 2007). que os pacientes psicossomáticos, incluindo aqueles que sofrem de condições dermatológicas, apresentam um predomínio de personalidades que tem um restrito um estilo cognitivo-afectivo, dificuldades de expressar verbalmente as suas emoções e deficiências nas habilidades introspectivas, sendo abordadas como personalidades alexitimicas.

Posto isto, o presente trabalho vai assim ao encontro dos resultados de trabalhos de investigação que suportam a existência de características alexitimicas na personalidade dos sujeitos com psoríase. Para além disso, o estudo da Alexitimia relacionada com outros aspectos da personalidade, possibilitou-nos compreender não só a forma como estes interagem uns com os outros, mas também como acabam por estar intrinsecamente relacionados, dando lugar a uma estrutura de personalidade singular.

Contudo, é necessário ter em conta que o presente trabalho segue o método clínico de investigação de estudo de caso, pelo que, naturalmente, os resultados obtidos são válidos somente para a paciente psoriatica em causa,

impossibilitando-nos de saber, em primeiro lugar, se a Alexitimia estará de facto presente em todos os sujeitos com o diagnóstico de psoríase, tal como se verifica na Maria, e em segundo, se, no caso de estar presente, se manifesta do mesmo modo em todos os indivíduos. O que nos reenvia para outra questão colocada no final da revisão de literatura, onde nos interrogamos se os traços alexitimicos enquanto característica psicológica da personalidade dos pacientes com psoríase, enquanto afecção psicossomática serão exclusivos dos pacientes psoriáticos, diferenciando-os assim de outras populações com outras dermatoses crónicas, ou se são partilhados entre indivíduos com outras afecções somáticas.

Á semelhança do que se sugere na literatura (Flannery, 1977; Taylor et al., 1992, cit. por Louth, 1998), Maria teria uma “deficiência” na capacidade para modular e processar cognitivamente as emoções, onde se encontraria a vulnerabilidade de Maria à doença. A Alexitimia conduziria assim a uma focalização e amplificação do somático, contribuindo para queixas somáticas, como forma de reduzir a tensão emocional desagradável, contribuindo para uma exacerbação da resposta fisiológica, nomeadamente, a psoríase. Apesar do que se referiu anteriormente e se volta a ressaltar, isto é, do presente trabalho ter tido como objecto de estudo um único caso de um paciente com psoríase, os resultados obtidos levam-nos a hipotetizar que a alexitimia, enquanto característica psicológica presente nos pacientes com psoríase, não pode ser exclusiva desta população

Mais do que isso, levam-nos a reflectir acerca da teoria da enquanto afecção psicossomática.

Segundo Coimbra de Matos (2003), na patologia psicossomática não existe a transformação de significação associada aos elementos que se mostram disruptivos para o sujeito, que por uma não integração, se mantêm saturados, e

impossibilitados de serem utilizados pelo processo do pensamento. A única solução será a negação e expulsão do espaço psíquico, onde reina o inconsciente primário, onde as memórias somáticas e protomentais sem ligação alguma a representações utilizáveis pelo aparelho psíquico predominam. A par disto se não existir a possibilidade de fuga à figura que se mostra como disruptiva para o sujeito, ele passará por um impasse o que segundo Sami Ali (1992) seria um estado de tensão permanente, que, impossível de regular, se repercutiria a nível somático, ou se quisermos, ao nível da proliferação de células associadas à psoríase.

No psicossomático, o espaço psíquico é dominado pela percepção, pelo concreto e factual, não existindo uma penetralidade emocional; permanece uma falha na transdução da experiência emocional mas também uma barreira impermeável entre o mundo consciente (objectivo) e o mundo inconsciente (subjectivo), onde o interno e o externo não se encontram conforme descrito na literatura (Cabral, 1998<sup>a</sup>, b).

O pré-consciente estaria falido segundo Marty (1993) onde o banal se evidencia (Sami-Ali, 1992, 1993, 2002) onde não prevalece a lógica dos afectos (Matos, 1999b), onde os afectos são declinados.

Esta falência ao nível da elaboração dos afectos – alexitimia - é essencial no paciente psicossomático e está igualmente presente nos pacientes com psoríase no geral e na Maria em particular, sendo que é esta insuficiente percepção afectiva que prejudicaria a regulação emocional.

A alexitimia, conforme descrito na literatura (Matos, 1996), sugeria assim a incapacidade que os paciente apresenta na expressão e nomeação das emoções, onde resposta determinada pela experiência psíquica da relação, está situada a um nível de ressonância primário inconsciente, sem repercussões ao nível consciente, logo sem expressão ao nível afectivo enquanto ser em relação mas com expressão a nível somático.

Outras características psicológicas comuns a ambos os pacientes são a submissão, a acomodação, a passividade. A adaptação ao real servida por uma lógica da razão, conveniência e utilidade. São sujeitos hiper adaptados: em relação ao ambiente, aos outros, etc. Desempenham as suas funções com zelo, competência e assiduidade, mas de uma forma quase robótica. À semelhança do que se verifica na Maria, também no paciente psicossomático se verifica uma sujeição à razão lógica e experimental, existindo pouco espaço para o desejo próprio, para a tomada activa de posição, para a fantasia, para a autonomia, onde o espaço é dominado pela percepção, pelo concreto e factual, não existindo uma penetralidade emocional. Está patente não só uma falha na transdução da experiência emocional mas também uma barreira impermeável entre o mundo consciente (objectivo) e o mundo inconsciente (subjectivo), conforme postulado na literatura (Cabral, 1998<sup>a</sup>, b).

Assim, o presente trabalho parece ir de encontro aos resultados de estudos anteriores que demonstram que a alexitimia está presente em pacientes com psoríase (Rodrigues, 1997, cit. por Silva, 2007), apostando no pressuposto avançado por certos autores (Mingorance, 1999, cit. por Silva, 2007) onde a psoríase seria uma forma não verbal para expressar os sentimentos.

A alexitimia, conforme descrito na literatura tem sido associada ao *coping*, na medida em que a incapacidade para interpretar e comunicar emoções não permite que os sujeitos desenvolvam *insight* e respondam adequadamente a acontecimentos desencadeadores de stress, conforme descrito na literatura (Moos & Schaefer, 1984, cit. por Colangelo et al., 2004), desta forma iremos repensar através do Rorschach e da Entrevista a relação existente entre Coping e Alexitimia.

Ao nível da análise da entrevista, volta-se a ressaltar a atitude geral de inércia, quase indiferença, com que a Maria acata as mudanças que se operaram na sua vida posteriores ao diagnóstico de psoríase, submetendo-se-lhes sem reacção ou resistência aparentes. Desde o facto de ter desistido do seu desporto favorito que por acaso até tinha a ver com defesa pessoal, onde ela excedia quase os seus limites, mas onde gostava de estar se não fossem a conduta quase automática de pintar as unhas cada vez que praticava o desporto – e a própria forma como o descreve, “*. Existem coisas que eu gostava de fazer, como voltar ao desporto mas já sei que vou abusar de mim, e depois pintar as unhas (...)) ando sempre de unhas pintadas para a psoríase não se notar, detesto ter psoríase nas unhas, mete-me nojo, não posso olhar para as minhas unhas dos pés, evito ao máximo, lembro-me quando praticava artes marciais de defesa, antes de ir para o treino pintava as unhas dos pés, mesmo que ficassem mal pintadas, para não se notar nada. É que é um desporto em que se tem que estar descalço e eu tinha sempre aquele fantasma que as pessoas olhariam para mim, com nojo, por causa das minhas unhas, se eu não pintasse ficava tudo a olhar”-*, passando pelo afastamento dos amigos e colegas de curso e consequente divisão do curso – “*“perdi-me de mim, fiquei com problemas de auto estima, senti-a um vazio enorme. (...)*”-, até á aparente facilidade com que se separa do seu namorado – e a própria justificação que apresenta para o rompimento afectivo, “*“Aliás, a seguir ao meu ataque de pânico, acabei um namoro de três anos, eu estava desligada da pessoa, ele dizia que já não me conhecia, deixei de me dar ás pessoas, foi uma situação muito má, porque ele disse que já não gostava de mim , mas que se eu quisesse podíamos continuar a andar , e aí eu fiquei muito chateada , quase que lhe dava, era essa a minha vontade , mas não dei. Se sempre fui forte, agora sou abandonada e ainda por cima com esmola!? Dessa vez fui eu que acabei... ou melhor foi ele....”-*, etc.

Verifica-se, uma subordinação, resignação à doença e à condição física por esta imposta, aceitando-a passivamente, sem contestar. Não há uma tomada de

posição activa, um sentimento de controlo pessoal face ao que de negativo lhe acontece na vida, que lhe permita lutar contra a adversidade. A doença “obriga-a” – usando as suas próprias palavras - a desistir.

Não há espaço para o confronto, o conflito, a oposição. O que provavelmente está muito relacionado com a sua incapacidade de exteriorizar afectos e logo a Alexitimia.

Esta atitude acaba por se espelhar no seu protocolo de Rorschach, nomeadamente através da sua atitude durante a prova, do seu fraco investimento e da rapidez com que “despacha” os cartões; da sobrecarga de respostas dadas em G – e da maioria de G simples - o que denota conformidade, ausência de curiosidade e tomada de conhecimento activa e dinâmica do objecto, passividade ao nível cognitivo e perceptivo; e de algumas respostas dadas aos cartões, em particular. Como, por exemplo, a primeira resposta ao cartão IV (“*um bebe a dormir de barriga para o ar*”), através da qual nos mostra uma imagem de si própria desvitalizada, passiva, inactiva, submissa. O que nos poderá levar a pensar que tudo o que é sentido como muito forte para a Maria – o emprego, o namoro... – lhe dão uma sensação de estar a ser dominada, submetida, pelo que ela se afasta, “dorme”.

Ou a segunda resposta que dá no cartão V (“*borboleta, cabisbaixa* ”), a qual parece espelhar precisamente a atitude de “baixar os braços” que parece caracterizar a Maria e a faz renunciar, desistir.

O facto de a medicação tópica fazer parte do seu dia a dia para reduzir as lesões associadas à psoríase ou para evitar senti-las, mesmo quando relata a dificuldade que sente ao dormir, devido à oleosidade inerente a certos tratamentos tópicos para a psoríase. A tendência para evitar certas actividades e interacções sociais

também parece estar espelhada em Maria, ela desiste de um desporto que é colectivo, o episódio no centro comercial também a incomodou. Até ao ponto de não se lembrar desde quando é que saía à noite resultando em isolamento (“*nem me lembro da ultima vez que saí, e ao fim de semana aproveito para dormir.*”, até a esconder a sua psoríase “... *existem pessoas que estão comigo todos os dias que nem sabem...*”). Alguns autores (Ginsburg, 1989 & Link, 1993, citado por Leary et al, 1998) Maria apesar de se sentir desconfortável fisicamente também ficavam angustiada com a reacção de outras pessoas relativamente ao aspecto da sua pele.

De facto, o retraimento e a marcada introversão que caracterizam o seu protocolo de Rorschach – expressos, por exemplo, através do tipo de ressonância íntima, da forma complementar e da elevadíssima percentagem de respostas G simples denotam uma tendência para o isolamento social.

Ao contrario do que Maria quer deixar transparecer, a actividade no combate à psoríase só se encontra espelhada quando Maria dá a cara por a associação de apoio aos doentes, ao tentar demonstrar que tem uma atitude pró-activa na forma de lidar com a doença. No entanto Maria não parece combater, na verdadeira acepção da palavra, a sua doença. Pelo contrário, entrega-se-lhe, submete-se-lhe. Subordina-se, não luta contra.

Algumas das suas escolhas de vida são determinadas pela cronicidade dos seus sintomas e pela impotência que sente face a estes, o que a leva a perder as oportunidades que surgem na sua vida e a optar invariavelmente pelo caminho secundário – física, mas também emocionalmente menos doloroso, no sentido em que não a obriga a confrontar-se com o que a assusta.

A sensação com que se fica depois de ouvir a história de vida da Maria é que, inclusivamente, ela “se agarra” à Psoríase. O que nos suscita a ideia de que poderá não remeter tanto para uma luta activa contra a doença, para a defesa de uma causa, mas sim para o adquirir de um estatuto permanente de doente. Esta é a forma que provavelmente Maria arranja para se manter junto da mãe, sem se autonomizar.

Por último, resta acrescentar que a alexitimia poderá estar na origem da adopção de estratégias de *coping* passivas, na medida em que a incapacidade para identificar e comunicar emoções e sentimentos que se verificou na Maria, poderá impedir o desenvolvimento de *insight* e levar a que esta não consiga responder adequadamente a acontecimentos desencadeadores de stress, tal como defendem os autores (Moos & Schaefer, 1984, cit. por Colangelo et al., 2004).

Assim, e respondendo à questão formulada no final da revisão de literatura, se a alexitimia não seria exclusiva dos pacientes psoriáticos, poderíamos pensar que apesar de a alexitimia não estar exclusivamente associada aos doentes com psoríase, pelo facto destes pacientes apresentarem os mesmos traços psicológicos que permitem identificar qualquer outro paciente psicossomático, poderíamos pensar em agregar ao diagnóstico efectuado a partir dos sintomas físicos as características psicológicas que caracterizam qualquer doente psicossomático e, como tal, qualquer paciente portador de psoríase, nomeadamente a Alexitimia

Relativamente à etiologia multifactorial dada à psoríase, sendo que uma das hipóteses etiológicas, e baseando-nos na hipótese colocada anteriormente de que esta se trataria de uma afecção psicossomática, onde a alexitimia estaria

presente, quanto a nós, parece-nos que a atribuição de tal etiologia faz todo o sentido, não só na medida em que actualmente se sabe que em qualquer doença orgânica contribuem factores psicológicos – mente e corpo não estão separados, o ser humano reage na totalidade – mas também porque a patologia psicossomática diz respeito a doenças somáticas, orgânicas, poligenéticas, em cuja etiologia contribuem variadas causas psicológicas como factor desencadeante ou de agravamento da doença.

A conceptualização da psoríase como afecção psicossomática afigura-se assim um aspecto importante na patogenia da doença, mas não seria o único, no sentido em que nos parece impossível compreender a doença através de uma única perspectiva causal. Tal como tentar explicar a psoríase através apenas através dos sintomas físicos nos parece redutor, o mesmo acontece ao tentar explicá-la através de um único factor psicológico. Desta forma como defendido da literatura (Fonseca, 1997) a psoríase é considerada uma dermatose inflamatória crónica sendo a sua etiologia multifactorial (genética, imunológica e ambiental) pensamos que a etiologia e o curso da psoríase só possam ser totalmente explicados através de uma combinação de diferentes factores etiológicos.

Não querendo de forma alguma declinar a ideia anterior que a origem da psoríase depende de outros factores que não os psicológicos, pensamos que pensar o somático na relação com o psíquico e, como tal, admitir a influência de traços de personalidade no despoletar de qualquer doença preconizada como exclusivamente orgânica é extremamente importante.

Todavia, repensa-se esta doença crónica, que acomete cada vez mais pessoas, e que lhes prova sofrimento a nível físico e mental. Assim,

pensamos ser importante desenvolver trabalhos de investigação acerca da psoríase para uma área de estudo mais abrangente, mais integrativa, entre a Medicina e a Psicologia, onde os tratamentos atópicos e a psicoterapia possam trabalhar em conjunto, pensando abordando a máxima não só a máxima corpo são mente são, mas também mente são, corpo são, onde a dicotomia corpo mente desaparece, onde pensar (mente) o somático (soma) envereda literalmente pelo verdadeiro sentido das palavras.

Todavia, é necessário ter em consideração que para além das limitações referentes ao método clínico de investigação utilizado, existem ainda outras condicionantes que poderão ter moldado os resultados obtidos no presente estudo e que se prendem, nomeadamente, com os instrumentos de avaliação escolhidos.

Por último, é necessário referir que, apesar da escolha da entrevista e do teste projectivo prendeu-se com o facto de não existir um instrumento construído especificamente para avaliar a características psicológicas da personalidade no que diz respeito á psoríase a que nos propusemos chegar no presente trabalho de investigação, estes podem não constituir os instrumentos mais adequados para tal efeito, na medida em que, apesar de medirem vários elementos da personalidade, podem não estar vocacionados para a avaliação de tais características.

Assim, sugere-se que em futuros estudos acerca da personalidade alexitimica em pacientes psoriáticos sejam utilizados outros instrumentos para avaliar estas mesmas características psicológicas, de forma a verificar se os resultados obtidos apontam no mesmo sentido que os do presente estudo e que os dos estudos referidos na revisão de literatura. Para além disso,

pensamos que seria importante que se desenvolvesse um instrumento destinado especificamente à avaliação das características psicológicas inerentes à alexitimia relativamente à psoríase, não só para dotar os futuros trabalhos de investigação de maior rigor e objectividade, e assim homogeneizar os resultados de diferentes estudos acerca do tema, mas também no sentido de se tentar perceber se, tal como hipotetizámos no final da revisão de literatura, será possível realizar um diagnóstico psicológico da psoríase através de tais características psicológicas, podendo, eventualmente, esse instrumento ser utilizado inclusivamente por médicos dermatologistas.

Sugere-se ainda o estudo com uma amostra de pacientes com psoríase, de forma a verificar se a estrutura da personalidade “alexitimica” surge como evidente em todos eles ou se existem pacientes que não a apresentam, e comparar a forma como esta característica psicológica se manifesta em todos eles.

## CONCLUSÃO

Em termos de diagnóstico psicopatológico, contactamos que Maria compactua com um funcionamento neurótico na variante comum. Podemos justifica-lo pela boa relação com o real que se verifica ao longo do protocolo, assim como pela possibilidade existente de o funcional e imaginário funcionarem em simultaneidade, sem excesso de evasão nos dois sentidos.

Os mecanismos de defesa neste protocolo estão inscritos particularmente no registo rígido e em grande parte obsessivo, no estando este ultimo não atinge significativamente funcionamento mental do sujeito.

Não podemos deixar de considerar a permanência existencial de representações conflituais que fazem mobilizar movimentos a nível da agressão (agressivos) da pulsão (pulsionais) e da libido (libidinais). Este aquando uma conotação negativa e ameaçadora, levam movimentos defensivos como forma de combate ao que o perturba, sendo que o registo destes conflitos remete para a angústia de castração e levam controle da agressividade.

## REFERÊNCIAS

- Al'Abadie, M.S., Kent, G. G. & Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship between stress and the onset and exarcebation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of dermatology*, 130, 199-203.
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*, Porto Alegre: Artes Médicas ( tradução do original em inglês Psychosomatic medicine: its principles and applications, New York: W. W. Norton & Company, 1987)
- Arnetz, B. B., Fjellner, B., Eneroth, P. & Kallner, A. (1985). Stress and psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standartized stressor exposure. *Psychossomatic Medicine*, 47, 528-541.
- Baughman, R. & Sobel, R. (1971). Psoriasis, stress and strain. *Archives of Dermatology* . 103, 599-605.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Karnac Books
- Brandrup, F.(1982). Psoriasis in monozygotic twins: Variations in expression as individuals with identical genetic constitution. *Acta Dermato-Venereologica (Stockolm)*, 62, 229-235.
- Cabral, M. F.S.(1998<sup>a</sup>). *O processo psicanalítico como reconstrução da “Barreira de Contacto”*(Bion). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 17, 63-88.
- Cabral, M. F.S.(1998b). *Pensar a Emoção – O processo psicanalítico como reconstrução da “Barreira de Contacto”*(Bion). Lisboa: Fim de Século.
- Camisa, C. (Ed.). (1994). *Psoriasis*. Boston, MA: *Blackwell*
- Camisa, C. (2003). *Psoríase: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro. Revinter.

Capon, F., Dallapiccola, B. & Novelli, C. (2000). Advances in the search for psoriasis susceptibility genes. *Molecular Genetics Metabolism*, 71 (1-2), 250-255.

Capon, F., Munro, M., Barker, J. & Trembath, R. (2002). Searching for major histocompatibility complex psoriasis susceptibility gene. *Journal of Investigative Dermatology*, 118(5), 745-751.

Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto: Interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1997)

Christophers, E. & Mrowietz, U. (1999) Psoriasis. In T. B. Fitzpatrick et al. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (pp. 495-521). New York: McGraw- Hill.

Colangelo, N., Bertinotti, L., Nacci, F., Conforti, M.L., Beneforti, E., Pignone, A., Matucci-Cerinic, M., & Zoppi, M. (2004). Dimensions of psychological dysfunction in patients with fibromyalgia: Development of an italian questionnaire. *Clinical Rheumatology*, 23, 102-108. Retrieved March 4, 2006 from EBSCOHost Academic Search Elite database.

Consoli, A. G.(1997). Psychiatrie et dermatologie. *Encyclopédie Médico- Chirurgical*, 37-670-B-10, 12-965-A-10.

Debray, R. (1983). *L'Équilibre Psychosomatique : Organisation Mentale des Diabétiques*. Dunod : Paris Psychismes.

Debray, R. (1996). *Clinique de L'Éxpression Somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.

Dias, C. A. (1997). Tabela para uma Nebulosa: Desenvolvimentos a partir de Wilfred R. Bion. Lisboa: Fim de Século.

Dias, C. A. (1998).á –Dream work. In A. Muniz de Resende, C.A. Dias & D. E. Zimmermam (Eds.), *Bion Hoje*(pp.11-36).Lisboa: Fim de século.

Dias, C. A. (1992<sup>a</sup>). *Aventuras de Ali-Babá nos Tumulos de Ur - Ensaio Psicanalítico Sobre a Somatopsicose*. Lisboa: Fenda Edição.

Dias, C. A. & Fleming, M. (1998). *A psicanálise em tempo de Mudança*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Elder, J. T. (1994). The genetics of psoriasis. *Arch Dermatology*, 130,216-221.

Farber, E.M., Bright, R. D. & Nall, M.L. (1968). Psoriasis: A questionnaire survey of 2,114 patients. *Archives of Dermatology*, 98, 248-259

Farber, E. M., Lanigan, S. W.& Boer, J. (1990). The role of cutaneous sensory nerves in maintenance of psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 29, 418-420.

Farber, E. M. & Nall, M. L. (1974). The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica*, 148, 1-18.

Farber, E.M., Nickoloff, B. J. & Recht, B. (1986). Stress, symmetry and psoriasis: possible role of neuropeptides. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 14, 305-311.

Farber, E. M.& Nall, M. L. (1991). Epidemiology: Natural history and genetics, In H. H. Roenigk & H. I. Mailbach (Eds.), *Psoriasis*, (pp.209-258). New York: Marcel Dekker.

Fava, G. A., Perini, G.I., Santonasto, P. & Formasa, C. V. (1989). Life events and psychological distress in dermatological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. In : T. Miller(Ed), *Stressful Life Events*, IUP Stress and Health Series. Madison: International Universities Press.

Finlay, A. Y. & Coles, E. C. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132, 236-244.

Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia* (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gaston, L., Lassonde, M., Bernier-Buzzanga, J., Hodgins , S. & Crombez, J,C.(1987). Psoriasis and stress: A prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17(1), 82-86.

Gaston, L., Crombez, J. C., Lassonde, M., Bernier- Buzzanga, J., & Hodgins, S.(1991). Psychological stress and psoriasis: Experimental and prospective correlational studies . *Acta Dermato-Venereologica*, 156, 37-43.

Grotstein, J. S. (1999). *O Buraco Negro*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guo, S., Jenisch, S., Dtuart, P., Lang, E., Kukuruga, D., Nair, R., Henscrer, T., Voorhees, J., Christophers, E. & Elder, J. (2002). Combined Segregation and Kinkage analysis of HLA markers in familial psoriasis. *European Journal Of Human Genetics*, 10(5), 327-333.

Gupta, M. A., Gupta, A. K. & Haberman, H. F. (1987). Psoriasis and psychiatry: An update. *General Hospital Psychiatry*, 9(3), 157-166.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Ellis, C. N. & Voorhees, J. J. (1990). Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv Dermatology*, 5, 21-32.

Gupta, M.A., Schork, N. J., Gupta A. K., Kirkby, S., & Ellis, C. N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 32, 188-190.

Gupta, M. A., Gupta A. K. & Walteel, G. N. (1996). Early onset (<40 years age) psoriasis comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis. A study of 137 patients. *Acta Dermato- Venerologica*, 76(6), 464-466.

Harvima, R. J., Viinamã, H., Harvina, I. T., Naukkarnen, A., Savolained, L., Aalto, M. L. & Horsmanheimo, M. (1996). Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Dermato- Venereologica (Stockolm)*, 76, 467-471

Henseler, T. & Christophers, E. (1995). Disease concomitance in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32, 982-987.

Invernizzi, G., Gala C. & Bovio, L. (1988). Onset of psoriasis: The role of life events, *Medical Science Research*, 16, 143-144.

Jappe, U. (2000). Superantigens and their association with dermatological inflammatory diseases: Facts and hypotheses. *Acta Dermato- Venerologica*, 80, 321-328.

Jowet, S. Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: An analysis of the impact of skin conditions. *Social Science Medicine*, 20, 425-429

Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2<sup>a</sup> ed.). New York: McMillan Publishing Company.

Khansari, D. N., Murgo, A. J. & Faith, R. E. (1990). Effects of stress on the immune system. *Immunology Today*, 11, 170-175.

Keefe, F.J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K.L. (2001). Pain and emotion: New research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607. Retrieved November 19, 2004 from EBSCOHost Academic Search Elite database

Kristal, H.(1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 81-116.

Leal, I. P.(1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Leal, I. P. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: ISPA.

Leal, M. R. M.(1999). Misterioso salto ou mente incorporada. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 43-52.

Leal, M. R. M.(2000). Complexo psicossomático e psicoterapia relacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 9-20

Leary, M. R., Rapp, S.R., Herbst, K.C., Exum, M. L. & Feldman, S.R.(1998). Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: Effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychology*, 17 (6), 530-536

Lecours, S. & Bouchard, M.-A.(1997) : *Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78(4), 855-875.

Louth, S.M. (1998). *Alexithymia and the capacity to evaluate states of affect and pain*. Master's dissertation presented to the University of British Columbia, Vancouver. Retrieved January 25,

2006fromhttp://www.collectionscanada.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape15/PQDD\_0031/NQ27190.pdf

Marins, N.D. (2000). *A vertente psiquiátrica na fibromialgia: Estudo comparativo luso-brasileiro*. Tese de mestrado apresentada à Universidade de Medicina do Porto, Porto.

Martin, P. (2001). *A Mente Doente- Cerebro, Comportamento, Imunidade e Doença*. Lisboa: Editorial Bizâncio.

Marty, P.& M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française Psychanalyse*, 27, 345-356.

Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive desorganization. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49 (2/3), 246-249.

Marty, P. (1991). Genèse des maladies graves et critères de gravité em psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 5-22.

Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Medicas. (Obra original publicada em 1990)

Matos, A.C. (1996). Da emoção ao pensamento (o afecto no conhecer do outro). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 83-92.

Matos, A.C. (1999a) *Ser único e ter rosto. O binómio resiliente*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 11-21.

Matos, A. C. (1999b). *Psicanálise, psicossomática e imunidade*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(2), 9-16.

Matos, A. C. (2001). Transferência e nova relação: duas vertentes da relação analítica. Dificuldades específicas na patologia protomental /psicossomática. *Ciclo de Conferências: A identidade e o somático* (3 Nov. 2001). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Matos, A. C. (2003). *Mais Amor Menos Doença: A psicossomática revisitada*: Lisboa: Climepsi.

McDougall, J.(1984). The « dis-affected » patient : reflections on affect pathology, *Psychoanalytic Quarterly*, LIII, 384-409.

McDougall, J. (1989). *Em defesa de Uma Certa Anormalidade- Teoria e Clínica Psicanalítica* (3ª Edição) Porto Alegre: Ates Médicas. (Obra original publicada em 1983).

McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo. O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1989)

McEwan, B. (1999). Stress and the Brain. In R. Conlan (Ed.), *States of Mind*. (pp.234-253). London: Dana Press, John Willey & Sons.

Meltzer, D. (1989). *L`appareil protomentale et les phénomènes somato-psychotiques*, *Revue Française de Psychanalyse*, 49(5).

Meltzer, D. (1994). *Three lectures on W R. Bion's A Memoir of Future (1985)*. In *Sincerity and Other Works: Col. Papers of D. Meltzer*, (p. 539-50). London: Karnark.

Mensen, A. (1995). Evidence for an antigen-specific cellular immune response in skin lesions of patients with psoriasis vulgaris. *Journal of Immunology*, 155, 4078-4081.

Milheiro, J. (1999a). Lacunas somáticas vs lacunas de mentalização. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 33-41.

Milheiro, J. (1999b). Psicossomática estrutural: O facto psicossomático. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(2) 17-29.

Milheiro, J. (2000). *Loucos são os outros....* Lisboa: Fim de século.

Odgen, T. H.(1985). On Potencial space. *International Journal Psycho-Analytics*, 66, 129-141.

Odgen, T. H.(1986). *The Matrix of the Mind : Aspects of Object Relations Theory*. New York: Jason Aronson

Ostojic, A. (2001). *Physiologie Cutané et Évolution de la Conception des Maladies in Recherch en Psychosomatique : La Dermatologie*, Paris : EDK.

Patrick, T. B. F., Johnson, R., A., Wolff, K., Polano, M.K., & Sunmound, D. (Eds.) (1998). *Dermatologia: Atlas e Texto*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.

Plozza, B. L. & Pöldinger, W. (s.d.). *Terapêutica dos doentes psicossomáticos: descobertas e experiências*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, lda. (tradução do original em francês *la malade psychosomatique et le médecin praticien*, Bâle: Roche)

Polenghi, M. M., Molinari, E., Gala, C., Guzzi, R., Garutti, C. & Finzi, A. F. (1994). Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Dermato-Venereologica (Stockholm)*, 186, 65-66.

Rapp, S. R., Exum, M.L., Reboussin, D. M., Feldman, S. R., Fleischer, A. (1997). The physical, psychological and social impact of psoriasis. *Journal of Health Psychology*, 2(4), 525-537.

Raychaudhuri, S. P. & Farber, E. M. (2000). Neuroimmunologic aspects of psoriasis. *Cutis*, 66(Nov), 357-362.

Raychaudhuri, S. P. & Gross, J. (2000). A comparative Study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatric Dermatology*, 17(3), 174-178.

Sami-Ali (1990). Imaginair et pathologie-une théorie de la psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, LIV(2), 761-767.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage

Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático- Imaginário e Patologia*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (Obra original publicada em 1987).

Sami-Ali (1993). *Corpo Real, Corpo Imaginário - para uma Epistemologia Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas

Sami-Ali (2002). *O Banal*. Lisboa: Dinalivro. (Obra original publicada em 1980).

Sami-Ali & Cols. (2004). *Manual de terapias psicossomáticas*. São Paulo: Artmed editora. (Tradução do original em francês *Manuel de thérapies psychosomatiques*. Paris: Dunod, 2001)

Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients

with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448. Retrieved November 19, 2004 from PsycARTICLES database.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.

Schore, A. N. (1997). *A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?* *Journal American Psychoanalytic Association*, 45(3): 807-840.

Schwartz, G. E. (1987). Disregulation theory and disease: Toward a general model for psychosomatic medicine. In G. J. Taylor (Ed.), *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis* (pp.91-117). Madison, CT: International Universities Press.

Selye, H. (1978). The evolution of the stress concept. *American Scientis*, 61, 692-699.

Seville, R. H. (1977). Psoriasis and stress. *British Journal of Dermatology*, 97, 297-302.

Seville, R. H. (1983). Psoriasis, stress, insight, and prognosis. *Seminars in Dermatology*, 2(3), 213-216.

Sifneos, P. (1975). Problems of Psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.

Silva, E. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia* 24(2), 257-266.

Tavares, M. L., Soares - Fortunato, J. M. & Leite- Moreira, A. F. (2000). Stress- Respostas fisiológicas e fisiopatológicas. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 51-65.

Taylor, G. P. (1987). *Psychomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.

Taylor, G.P. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Revue Française de Psychanalyse*, LIV(3), 769-784.

Taylor, G. P. (1993). Clinical application of a dysregulation moral of illness and disease: a case of spasmodic torticollis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 74(4), 581-595.

Taylor, G. P. (1998). Psychoanalysis and affective disorders: A psychosomatic perspective. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 17, 9-19.

Tomforhrde J. (1994). Gene for familial psoriasis susceptibility mapped to the distal end of human chromosome 17q. *Science*, 264, 1141-1143.

Volich, R. M.(2000). *Psicossomática- de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman. ( Obra original publicada em 1994)

Zachariae, R., Øster H., Bjerring, P, & Kragballe, K. (1996). Effects of psychological intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1008-1015.

## Anexos

## Anexo A

## Carta à Instituição

Ao Presidente da  
Associação

Eu, Eva Sofia Nogueira Zambujo, finalista do curso de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, venho por este meio pedir a vossa disponibilidade e colaboração no desenvolvimento de um estudo na área da psicologia, sendo o objectivo deste trabalho o estudo da personalidade dos doentes psoriáticos e a forma como alguns traços de personalidade estão relacionados com o aparecimento da doença.

Com a escassez de estudos nesta área e com a certeza da vossa compreensão e interesse que este tema pode dispor, pedirei o vosso consentimento para a disponibilização de informações sobre os doentes que se pretendem estudar, de forma a poder ter uma abordagem mais geral de cada caso.

Sendo a psoríase uma dermatose que afecta pelo menos 2% da população será vantajoso estudá-la, não só no campo da medicina mas também no campo da psicologia, o que acarreta benefícios para os doentes, podendo desta forma colaborar para um melhor conhecimento da doença não só a nível físico, como também psicológico, o que ajudará também os interessados nesta área a desenvolverem técnicas e temáticas de apoio a estes doentes que são muitas vezes desprezados em função de doenças mais em foco na actualidade.

A participação neste estudo é voluntária e consistirá na realização de uma entrevista e o teste de personalidade Rorschach. Todos os dados recolhidos serão de carácter anónimo para não comprometer as pessoas em estudo e a própria instituição .

Posto isto, cabe-me agradecer a decisão tomada, seja ela qual for. Para efeitos de certeza do vosso consentimento, peço que assine no espaço indicado.

Obrigada pela vossa colaboração

---

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Presidente da Associação

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Investigador

## Anexo B

### Carta de Consentimento Informado

O meu nome é Eva Sofia Nogueira Zambujo, sou finalista ao grau de Mestre em Psicologia, área de Clínica, e estou a desenvolver um trabalho de investigação sobre a Psoríase.

O objectivo deste trabalho é estudar a personalidade dos doentes Psorásicos e a forma como alguns traços de personalidade estão relacionados com o aparecimento da doença.

A sua participação neste estudo é voluntária e consistirá na realização de uma entrevista e de um teste de personalidade, o Rorschach.

Os dados são confidenciais. Toda a informação obtida será utilizada apenas para fins de investigação. Se os resultados deste trabalho forem publicados em artigos científicos ou divulgados em congressos e encontros científicos ser-lhe-á mantido o anonimato, sendo apresentados somente os resultados do estudo, não havendo qualquer referência a informação individual ou identificatória.

O participante é livre de se recusar a participar no estudo em qualquer momento, não sofrendo qualquer penalidade ou prejuízo caso mude de ideias e não queira prosseguir com a sua participação.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não existirá compensação financeira relacionada com a participação.

Ser-lhe-ão esclarecidas eventuais dúvidas em qualquer etapa do estudo.

Esta investigação é de grande importância académica e social, visto que contribuiu para um melhor e recente conhecimento sobre a Psoríase e a sua relação com a personalidade. Se concordar em participar neste estudo por favor assine na página seguinte.

Obrigado pela sua importante contribuição para este estudo.

Tomei conhecimento do objectivo do estudo e dos procedimentos a realizar para participar no mesmo. Foi-me garantida a confidencialidade dos dados e o esclarecimento permanentes. Fui informado(a) que tenho direito a recusar a participar em qualquer etapa do estudo e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas.

A minha assinatura abaixo indica que li, compreendi e concordei com a informação contida nesta carta de consentimento. Qualquer questão que coloquei foi esclarecida de forma satisfatória. Uma cópia desta carta está disponível se eu solicitar.

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante

Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do investigador

---

## Anexo C

### Entrevista Clínica de Investigação Semi Directiva

Maria é uma jovem adulta e apresenta os olhos azuis e cabelo ondulado castanho claro. Com 23 anos, tem uma estrutura média e uma cara amenizada aparentando ser mais nova. Movimenta-se com algum cuidado e medo aparente, estando em contacto constante com algumas partes do corpo como a face e as pernas. Ao mesmo tempo que acaricia as suas partes do corpo, manifesta em simultâneo expressões ao nível da face de desconforto e conforto, como que angustiada por mostrar algo que a incomoda e que ao mesmo tempo tenta esconder com a expressão facial que remete para o conforto.

Ao longo da entrevista com a Maria a presença de sentimentos e emoções é escassa, as respostas são racionalizadas e a linguagem que apresenta é extremamente cuidada, como se este encontro fosse apenas para debitar a sua vida enquanto portadora da doença. Maria parece pensar nos acontecimentos que conta, como se quisesse esconder de alguma forma o seu sofrimento. Com um discurso anti-espontaneidade e automático. Maria vai descrevendo os acontecimentos da sua vida como se trata-se de um discurso elaborado à priori, ou seja, o seu discurso assenta numa lógica de pré-elaboração, um discurso repetido e um tanto ao quanto fabricado para o efeito, como se não pudesse falhar nem a contar a sua própria história

Prontamente disponível para a realização da entrevista, começa a partir de certa altura a mostrar sinais de impaciência, alterando a sua expressão facial ao mesmo tempo que muda constantemente a sua posição na cadeira onde se encontra e que respira com um certa impaciência. Sensivelmente ao meio da entrevista pede para retirar da mala que mantinha junto a si, uma sandes para comer, alegando não ter tido tempo para o fazer e pergunta se não existe

problema em fazê-lo. Os seus movimentos denotam alguma instabilidade e medo. Maria movimenta-se com algum receio, como se a cada toque pudesse destruir alguma coisa não conseguindo por vezes manter o contacto visual.

Enquanto relata a sua história, Maria vai destacando algumas placas de psoríase que se encontram localizadas no cotovelo esquerdo continuando a fazê-lo enquanto lhe é administrado o teste psicológico Rorschach.

A Maria terminou a licenciatura em gestão e engenharia industrial pelo ISCTE aos 22 anos. Conta que no 2º ano de faculdade, por volta dos 19 anos começou a ter problemas, referindo um ataque de pânico, enquanto fazia um trabalho para a faculdade *“eu sou muito perfeccionista e estava em casa à noite, a fazer um trabalho para a faculdade e comecei a ficar ansiosa, tive um pico de stress. Queria acelerar o ritmo, para chegar a um patamar evoluído, então comecei a tentar dormir e não conseguia. Comecei com falta de ar, foi horrível não conseguia respirar...descontrolei-me...depois fiz uma atmosfera húmida que me relaxou os músculos e senti-me melhor”*. No dia seguinte foi ao hospital onde lhe receitaram calmantes.

Maria relaciona este facto com um “falso sopro” quando bebé, que a impedia de respirar por diversas vezes. *“Quando estava com falta de ar lembrei-me da falta de ar que tinha quando era bebé e fiquei pior, parecia que estava a reviver tudo outra vez”*

Depois deste episódio Maria foi de férias para ver se “recarregava baterias”. Relata as férias como *“stressantes...a família toda junta, os horários de família, a obrigação de ir à praia”*. Maria não gosta de praia, mas diz não estar relacionado com as suas lesões da pele. O facto de cumprir horários, e de obedecer a uma rotina de vida familiar faz com que Maria venha de férias ainda mais cansada, *“... para me mexer era preciso uma grua, chorava de manhã à noite, tinha um aspecto horrível e não conseguia dormir, ou então dava-me para dormir muito. Parecia que tinha um cansaço brutal, estava sempre muito triste, sempre esquecida, enfim”*. Foi nesta altura que teve um surto de psoríase debaixo do peito, que ficou em ferida e lhe doía imenso.

Aparecendo-lhe também nos cotovelos, “ *desde aí a psoríase nos cotovelos não me larga*”.

Maria decidiu dividir o 3º ano da faculdade em dois, pondo mesmo a hipótese de deixar de estudar “*perdi-me de mim, fiquei com problemas de auto estima, senti-a um vazio enorme. Até andei num psicólogo durante 4 meses num programa intensivo. A psicóloga tentou que eu lida-se com as coisas de outra forma, mas eu não conseguia. Nem ia ás frequências se achava que ia ter menos que a nota que queria, sempre fui muito exigente comigo própria, muito perfeccionista.*”. Durante esse período diz não conseguir decorar nada. “*Eu tentei gerir o stress, grande stress, e não conseguia. Comecei com taquicardia, enxaquecas, e com tudo isto apareceu-me um quisto no ovário, começou a cair-me o cabelo aos molhos, horrível, acho que foi um problema hormonal*”, a partir daí começa a fazer medicação preventiva para as enxaquecas.

Maria elegeu o segundo ano da universidade como o pior, no sentido em que foi o mais exigente e cansativo e onde teve de lidar com a pressão do choque dos pais relativamente a não querer estudar mais, que descreve como muito difícil. Para os colegas da faculdade também foi um choque, não compreendendo o porquê de tal decisão se ela sempre se tinha revelado uma boa aluna, recebendo apenas dos amigos algum apoio, no sentido em que Maria pudesse descansar.

Maria referiu a faculdade como exaustiva, devido a trabalhos que eram necessários, os quais muitas vezes requeriam “noites em claro” para que conseguisse terminá-los a tempo, esgotando-se em termos físicos e psicológicos. Segundo ela, era nas alturas de maior stress que lhe apareciam episódios de psoríase recorrentes.

Quando terminou a licenciatura começou a procurar emprego na sua área, tendo recebido logo uma proposta de um professor da faculdade para trabalhar com ele num lançamento de um novo partido político, na área operacional. Apesar de ter recebido mais propostas de trabalho, que lhe dariam maiores rendimentos mensais, Maria recusou todas as propostas enveredando por a

primeira. Fala do trabalho com gosto e diz que gosta do que faz “ver nascer uma situação de origem fascina-me”. Tendo-lhe agradado a proposta que lhe fizeram, começou a trabalhar de imediato, “acabei a licenciatura e passado pouco tempo já estava lá, foi tudo muito rápido e muito trabalhoso, mas eu aguentei-me”. Descreve o professor que a convidou como um “porreiro”, mas muito egocêntrico, parecendo por vezes um puto, e isso irrita-a bastante.

Refere querer fazer várias coisas ao mesmo tempo, mas depois não tem tempo para nada.” *Chego a levantar-me da cama à noite, só para escrever na agenda para levar algo só para não me esquecer*”. Maria escreve tudo na sua agenda, dizendo que é muito esquecida e que anda muito esquecida. Os dias de Maria são programados no dia anterior, é quase como um comportamento automático. Se lhe falta espaço na agenda, falta-lhe uma parte dela, parecendo que necessita estar sempre ocupada, “...eu não consigo estar parada...”.

Maria nunca tinha ouvido falar de psoríase até que um dermatologista lhe esclareceu que tipo de doença se tratava. Passou por um período inicial de choque, resultante do confronto com o facto de ter uma “doença” crónica e sem cura, e que poderia ter uma vertente hereditária, pensando de imediato “*tinha que calhar logo a mim*”. À posteriori, sentiu a necessidade de conhecer mais sobre a doença que lhe tinha sido diagnosticada. Foi a partir deste interesse que Maria entrou em fóruns de sensibilização aos doentes e que decidiu em conformidade com outros doentes, a emergência de uma associação de doentes com psoríase. A partir da sua emergência, Maria passou a frequentá-la, fazendo ela própria parte integrante do projecto. Considera uma experiência positiva e enriquecedora.

O prurido e o aparecimento de lesões permanentes na pele de Maria obrigaram-na a fazer um tratamento diário “...*assim que vejo uma manchinha vou logo a correr por pomada*”. Maria menciona que por vezes tem dificuldade em dormir, devido às lesões negligenciadas ou por outro lado pela “oleosidade” que o tratamento impõe.

A dificuldade de olhar-se ao espelho faz parte da vida diária de Maria, encarando um corpo que diz não ser o seu...”é mole, tem estrias, tem manchas”.

Maria esconde-se das pessoas “... *existem pessoas que estão comigo todos os dias que nem sabem...*” não tanto pela doença em si mas pelo pouco conhecimento que as pessoas têm sobre a doença... *as pessoas podem logo pensar que é contagioso e assim evito dizer.*”. Ao ser questionada Maria menciona ser uma alergia porque é mais fácil e assim já não a incomodam.

Quando Maria tem psoríase nas pálpebras tenta disfarçar com uma sombra de olhos, e para disfarçar a psoríase nas unhas anda normalmente de unhas pintadas o que lhe confere maior tranquilidade.

Em casa, sente-se apoiada. “*Os meus pais apoiaram-me imenso*”. Em relação à mãe, Maria menciona que sempre teve um bom relacionamento com ela e que é uma “mãe-galinha”. Preocupa-se com a doença da filha, segundo Maria até demais. A Maria tem uma grande cumplicidade com a mãe, passando o tempo que não está em trabalho com ela. Em relação ao pai, considera-o uma pessoa que sempre impôs o respeito e é mais rígido que a mãe, o que segundo ele acaba por equilibrar. No entanto Maria sente o pai distante e pouco presente “... *ele quase não se preocupa com os nossos problemas, sai de casa, entra, janta, diz boa noite e deita-se...*” *E a minha mãe quando ele está liga-me menos*”.

A Maria é a mais nova de uma fratria de duas. A sua irmã é quatro anos mais velha. Refere-se a ela dizendo que existe diferenciação entre as duas. “ *A minha mãe diz que eu sou a super mulher, enquanto a minha irmã é mais frágil* ” .

A relação com a irmã foi sempre boa desde o início, apesar desta ter uma saúde precária, e ter tendência a depressões. “*às vezes parecemos crianças, outras sirvo de porto de abrigo, para ela e para a minha mãe que se culpa por a saúde precária da minha irmã*”. Segundo Maria, a sua irmã tem

depressões e esgota-se a trabalhar. *“Uma vez, de manhã, antes de a minha irmã ir para o trabalho, teve uma crise! Não tinha forças só chorava, não queria comer, queria ver se ela ia a um psicólogo”*.

Maria refere que a mãe sofre de artrite e que têm que ter especial atenção com ela. Pensa não se tratar de artrite psoriática, mas não tem a certeza.

Quanto a Maria, diz ter começado logo à nascença por ter uma paragem respiratória. A par disto referiu ter sempre uma pele muito sensível. Aos 3 anos teve umas manchas brancas, lembra-se que tinha viroses recorrentes com duração variável, denotando que sempre teve propensão para alergias. Tirou também um sinal por causa do sol *“Lembro-me que também tinha o que se diz chamar cravos nos pés, que me faziam muitas dores, pois nos pés crescem para dentro, também tive urticária por causa das coisas que comia”*.

Recorda-se que ficava com a cara vermelha, sentia ardor parecendo que estava a arder *“uma vez num centro comercial a minha cara ficou vermelha, começou a inchar, e tinha uma sensação de ardor horrível. Até levava de casa um creme verde que disfarçava o vermelho, porque podia acontecer-me a qualquer altura”*

Maria referiu já ter tido psoríase nas pálpebras, nas unhas, nos pés, nas costas, no umbigo, e debaixo do peito. As pernas eram o local onde a psoríase ainda não tinha chegado. No entanto Maria encara o seu corpo como não sendo o seu, *“...por vezes parece que parte do corpo não é meu, as minhas pernas não correspondem á minha cabeça, são gordas. Eu tenho cabeça de desportista, quero andar para a frente mas as minhas pernas parecem dois troncos não me deixam, e a psoríase claro!”*

Em criança foi uma criança feliz, era uma boa aluna *“eléctrica fora da sala de aula, contida dentro dela, é dupla personalidade”*. Situa os episódios de psoríase e a sua vida pelos anos de escolaridade. Dizendo que só começa a haver vida a partir dos 13 anos *“quase a mudar para o 10º ano”*, mais ou

menos a altura em que mudou de escola. Ficava um bocado triste com a psoríase “... mas disfarçava, dizia que era uma ferida.”

A psoríase foi-lhe diagnosticada aos 5 anos de idade. O primeiro episódio de manifestação da doença foi apareceu-lhe nos pés, mas foi um episódio pequeno. Maria tem acesso a estas informações a partir da mãe, “*não me lembro, é ridículo, sei daquilo que me contam, sei que sentia uma dor muito intensa na parte dos pés, olhava e chorava muito*”.

Depois deste episódio, a psoríase volta a aparecer anos mais tarde “*por volta da 4ª classe*” por trás da orelha esquerda. “*desde aí a psoríase perseguiu-me até a adolescência, o que era horrível, porque tinha muito cabelo, uma grande juba, e prendia-o, e por vezes perguntavam-me o que era, ao que eu respondia ser uma ferida*”. Na altura refere não saber bem do que se tratava. A partir daí a psoríase foi-se tornando generalizada, passando a abranger mais partes do corpo. Começou nos pés aos 5 anos, e volta a aparecer na cabeça chegando posteriormente a uma quase generalização no sentido descendente.

A partir da adolescência, o número de lesões na pele aumentaram, o que levou a uma maior incidência medicamentosa a nível local “...também tive inícios de depressão mas não creio que tenha a ver com a psoríase...”. Maria sempre se sentiu mal com a sua doença mas negligencia-a focando outros aspectos inerentes à doença.

Relata andar extremamente cansada e a dormir mal, chegando a ter insónias, um sono sem reparação, onde os despertares diurnos e nocturnos estão patentes. Desde criança que Maria se lembra de dormir mal, e de não sonhar “*não me lembro de sonhar, de um único sonho que seja*”.

Segundo Maria ela apresenta dificuldades a nível cognitivo, onde as dificuldades na concentração e o esquecimento, têm uma parte integrante na sua vida, sentindo necessidade de colocar na sua agenda todos os passos que dá

ou que pretende dar. Referiu que uma das coisas que gosta mais de fazer é ler, apesar de hoje em dia não ter tempo para nada “já estou a ler um livro à mais de dois anos e ainda não terminei” (ri-se). Maria relata que os sintomas sofrem alterações consoante as mudanças climáticas. *“No Verão tenho menos prurido e mais escamas e no Inverno tenho menos escamas e mais prurido. Normalmente dizem que melhora no verão mas a mim acontece o contrário, porque eu não gosto muito de ir à praia e os horários familiares, dão cabo de mim”*.

Maria toma medicação diariamente, onde inibidores de captação de serotonina, medicação preventiva para as enxaquecas fazem parte do seu dia a dia. Para efeitos de controlo da psoríase usa um corticóide para as lesões no corpo e um champô indicado para a psoríase no couro cabeludo *já experimentei tantos medicamentos, tantos médicos, e é tudo a mesma coisa, agora uso uma pomada e até me dou bem com ela, há dias em que ponho outros que não, dependendo da pior das manchinhas*”. No entanto menciona estar sempre a par de alguma novidade que surja no mercado para uma possível cura.

Foi a partir de um fórum de apoio a pessoas com psoríase na Internet que se começou a interessar pela doença. Juntamente com outros doentes psoriáticos decidiu fundar uma associação de apoio aos doentes, tendo sido um elemento activo que ainda hoje faz parte da associação, cargo que ao início lhe ocupou algum tempo. “Agora já não estou muito envolvida na associação, aquilo anda um bocado parado”

Diz que a psoríase não lhe afecta muito no dia a dia, mas que existem pessoas na associação que tem imensos problemas a nível psicológico por causa da doença, *“quer dizer eu ...(ri-se) ando sempre de unhas pintadas para a psoríase não se notar, detesto ter psoríase nas unhas, mete-me nojo, não posso olhar para as minhas unhas dos pés, evito ao máximo, lembro-me quando praticava artes marciais de defesa, antes de ir para o treino pintava as unhas dos pés, mesmo que ficassem mal pintadas, para não se notar nada. É que é um desporto em que se tem que estar descalço e eu tinha sempre aquele fantasma*

*que as pessoas olhariam para mim, com nojo, por causa das minhas unhas, se eu não pintasse ficava tudo a olhar”.*

Maria desistiu de praticar desporto quando entrou para a faculdade. Diz ter desistido porque já não aguentava mais, estava a “esgotar-se”. Para Maria o desporto deixaria de ter essa finalidade e passou a ser um lugar de exigências por parte do seu treinador, onde passava os seus limites, *“por vezes magoava-me nos treinos e não desistia, não conseguia parar, passou a ser uma competição entre o meu corpo e os meus limites, até porque o meu treinador tinha grandes expectativas e eu não conseguia, mas eu queria ser forte e não desistir”*

O futuro preocupa-a bastante, no sentido de uma possível cura para a psoríase. *“Tenho receio de ficar pior das minhas manchinhas, e não ter tratamento que me salve, passar aos meus futuros filhos também me faz confusão”.* Maria sente-se um pouco culpada de uma possível transmissão aos filhos.

No que diz respeito à sua vida amorosa, disse ter tido vários namorados, no entanto é sempre abandonada por eles *“ não me consigo entregar de início, e depois retraio-me, deixo de me conseguir mostrar às pessoas. Refere sentir-se “gozada” e nunca investia havendo um desinteresse por parte dos rapazes. “Aliás, a seguir ao meu ataque de pânico, acabei um namoro de três anos, eu estava desligada da pessoa, ele dizia que já não me conhecia, deixei de me dar às pessoas, foi uma situação muito má, porque ele disse que já não gostava de mim, mas que se eu quisesse podíamos continuar a andar, e aí eu fiquei muito chateada, quase que lhe dava, era essa a minha vontade, mas não dei. Se sempre fui forte, agora sou abandonada e ainda por cima com esmola!? Dessa vez fui eu que acabei... ou melhor foi ele... (silêncio) ...fomos os dois”*

Maria considera-se uma pessoa sociável e extrovertida, dando-se bem com toda a gente e arranjando tempo para todos. Descreveu-se como uma pessoa ansiosa, insegura, muito perfeccionista, que não gosta de falhar. *“tão depressa estou*

muito bem como estou muito mal, quero fazer tudo ao mesmo tempo e não consigo e isso incomoda-me”. Refere que tanto tem picos de ansiedade como de depressão. Não gosta da pessoa que é, gostava de ser mais dinâmica, onde pudesse ter tempo para tudo. Maria refere que na adolescência passou por uma maior introversão, mas não sabe bem porquê. Nesta fase acha diz ter passado por fases mais depressivas, em que se sentia perdida, *“ainda hoje me sinto meio perdida, ando à minha procura”*.

Relativamente aos tempos livres, gosta de sair e de se divertir, *“do que as pessoas normais gostam”*. No entanto, refere que não tem saído muito, não tem tempo para sair, por vezes sai do trabalho bastante tarde e tem de programar as tarefas para o dia seguinte. *“nem me lembro da ultima vez que saí, e ao fim de semana aproveito para dormir. Existem coisas que eu gostava de fazer, como voltar ao desporto mas já sei que vou abusar de mim, e depois pintar as unhas (risos), e depois a minha irmã está muito em baixo e precisa de mim e depois como ando sempre com dor de cabeça”*

Maria diz que aprendeu a lidar com a sua doença, e arranja estratégias para que as pessoas não notem, aprendendo a conhecer o seu corpo, tal como os seus limites. Tem medo que a psoríase piore, *“quando me aparece uma manchinha fico logo preocupada e vou logo por pomada, com receio de um possível alastramento, ... vi fotografias na Internet que me fizeram bastante confusão de pessoas que tinham mais que eu e sei que se a mim me faz impressão que sou portadora da doença, aos outros fará ainda mais”*. Admite que tem alguma dificuldade em não se exceder o que por vezes leva ao aparecimento de mais lesões na pele.

Refere que existem fases em que está melhor, e outras que está pior. *“quando estou pior limito-me a por cremes e a isolar-me mais um pouco. “vou vivendo(...) não existe mais nada a fazer, a não ser lidar com a doença”*.

Maria encara a doença numa atitude activa na forma como lida com a psoríase, na medida em que não se deixa entregar a esta, aquando o tratamento tópico. No entanto a forma como lida com a doença é de evitamento. Segundo Maria existe falta de informação por parte das pessoas, o que faz com que as pessoas se escondam. A par disto refere que se uma pessoa aprender a lidar e viver com a doença tudo é mais fácil, considerando que como a psoríase está relacionada com o stress e ansiedade, e se estes forem controlados, poderão haver melhoras ao nível da manifestação da doença.

## Anexo D

## Protocolo Rorschach – Maria, 23 anos

Respostas	Inquérito	Cotação
<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p>Λ 5''</p> <p>1- Dois sujeitos encostados a um tronco...</p> <p>2- Também podia ser um insecto misterioso... (silêncio) ... Não vejo mais nada...</p> <p>V Λ</p> <p>Não vejo mais nada... Só dois sujeitos encostados a um tronco ou então um insecto, algo misterioso...esquisito...não existem insectos destes...</p> <p style="text-align: right;">1'10''</p>	<p>Vê-se aqui a cabeça, a pernas.</p>	<p>G K H</p> <p>G F± A</p>

<p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <p>Λ 3''</p> <p>3- Este é giro... são duas combatentes.</p> <p>4- Ou então duas bailarinas a dançarem de mãos dadas. Duas pessoas....</p> <p>1'14''</p>	<p>Por causa da posição.</p>	<p>G K H Ban</p> <p>G K H</p>
<p style="text-align: center;"><b>III</b></p> <p>Λ 3'' “Olha atentamente”</p> <p>5- Dois pretitos a tocar um instrumento. Ou então duas africanas. De resto não vejo mais nada duas africanas. Não pode ser mais nada...</p> <p>V</p>	<p>(o negro ) A forma do instrumento, no centro, a forma do próprio corpo</p>	<p>D K H Ban → C'</p>

<p>6- Assim é um cão... Ou não??</p> <p>7- Isto pode ser um lacinho.</p> <p style="text-align: right;">1'</p>	<p>(Parte mais escura) Os olhos, o corpo.</p> <p>(vermelho médio)</p>	<p>D F- A</p> <p>D F+ Obj</p>
<b>IV</b>		
<p>Λ 9''</p> <p>8- É um bebé a dormir barriga para o ar.</p> <p>V 9- Assim é um urso de frente. Não sei, parece que caminha...</p> <p style="text-align: right;">57''</p>	<p>Por causa da forma.</p>	<p>G K H</p> <p>G kan (A)</p>
<b>V</b>		
<p>Λ 3''</p> <p>10- Um morcego.</p> <p>11- Pode ser também ser uma borboleta, cabisbaixa, que voa...</p>	<p>Por causa da cor e forma</p> <p>Por causa das antenas e das asas.</p>	<p>G FC A Ban</p> <p>G kan A</p>

<p>V</p> <p>12- Assim é um morcego.</p> <p>1'05''</p>		<p>G F+ A</p>
<p><b>VI</b></p> <p>Λ</p> <p>12''</p> <p>13- Isto é assim um bocado estranho. Parece uma raquete. É aquela parte mais comprida. De outra forma não sei. Não se percebe bem a forma. È difícil ... (silencio) Não sei, é o que me parece.</p> <p>1'10''</p>	<p>Por causa da parte comprida escura central. Por causa de partes.</p>	<p>DG F- Obj</p>
<p><b>VII</b></p> <p>Λ</p> <p>7''</p> <p>14- São duas ciganas a brincar.</p> <p>V</p> <p>15- Ao alterar este cartão, é igual, são duas ciganitas, mas parecem brincar com trapos de época medieval, ou ciganos mesmo!</p>	<p>Por causa da parte de cima.</p>	<p>G K H</p> <p>G K H/Vest</p>

<p>Λ Aqui estão de mãos dadas (silêncio).</p> <p>V Sim de mãos dadas.</p> <p>1'17''</p>		
<p style="text-align: center;"><b>VIII</b></p> <p>Λ 3''</p> <p>16- Ah, este é um símbolo, dos carros, com dois animais apoiados em algo valioso.</p> <p>V Λ Não vejo mais nada. Só Aquilo mesmo. As cores não dizem nada aqui!</p> <p style="text-align: right;">1'15''</p>	<p>Pela forma. Mas sem os laranjas e ou outros</p>	<p style="text-align: center;">D F- Obj/Simb</p>
<p style="text-align: center;"><b>IX</b></p> <p>V 21''</p> <p>17- Invertido, bem...parece uma cena de um filme que não cessa. Como que o corpo que anda à volta, que tenta parar.</p> <p>37''</p>	<p>No geral</p>	<p style="text-align: center;">G F- Obj</p>

<b>X</b>		
<p>Λ 5''</p> <p>18- Hii... é uma festa!.. Estas manchas ...É fogo de artifício.</p> <p>19- Está tudo desligado. Ali é um Bonsai, ou não. Não sei.</p>	<p>Por causa da forma e cor</p> <p>(D amarelo + verde laterais)</p>	<p>G kobC Frag</p> <p>D FC Bot</p>
<p>V</p> <p>20- Bem, um pardal a saltar!!</p>	<p>(verde médio interior)</p> <p>Por causa da forma</p> <p>(cinza médio superior) Pela forma, no meio, é escuro.</p>	<p>D kan A</p> <p>D F- Anat</p>
<p>21- Aqui è semelhante a um coxis, pelo menos parece...!</p>		

<p>Λ</p> <p>Assim, parece fogo e também folhas, e manchas</p> <p>V</p> <p>22- É fogo mesmo... (silêncio) (ri-se)</p> <p>1'30''</p>	<p>(amarelo medio)</p> <p>Pela forma</p>	<p>D kobC</p> <p>Elem</p>
--	--	---------------------------

### Prova de Escolhas

*Escolha +*

II - “Agrada-me um ser o espelho do outro. É giro .A posição... e o vermelho”

X - “ Gosto da cor, no entanto não percebo, não consigo identificar grande coisa aqui!”

*Escolha –*

VI - “ Porque não vejo nada praticamente. Só o preto, apesar de haver mais cores!”

IV - “ Não gostei muito deste. Depois o bebe deitado, ai, não sei, pode estar morto, não tem movimento”

## Anexo E

## Psicograma

R - 22~ 36% ↓	G - 14 (64%) ↑	F+ = 2	A - 6	F% -
31% ↓	D - 8 (36%) ↓	ΣF = 8	F- = 5	(A) - 1
95%	DG - 1	F± = 1	H - 7	Fa% -
Temp. Tot. - 11'25'' ↓				F+%a -
73%				
Temp./ Res. - 31'' ↓		K - 7	Elem - 1	
Temp. lat. med. - 7'' ~		Kan - 3	Frag - 1	A% -
27% ↓				
32% ↑		Kob - 2	Bot - 1	H% -
			Anat - 1	
		FC - 3	Obj - 4	
		CF - 1	Simb - 1	Ban -
3 ↓			Vest - 1	
		→C' 1		

T. Aprecensão -  $\frac{G}{D}$

TRI -  $7K > 2,5\Sigma C$  introversivo misto

F. Comp. -  $5k > 0\Sigma E$

RC% - 32% ~

I.A. - 5%

Elementos Qualitativos:

Equiv. Choque - VI

Crit. Mat. - IV; VI; X

Prova Escolhas:

+ - II; X

- - IV; VI

## **Interpretação e Leitura dos traços salientes**

### Produtividade e Tempos

No protocolo existe uma produtividade moderada, contemplando vinte e duas respostas. Relativamente ao tempo que é relativamente baixo mostra que estamos perante um sujeito que reage ao estímulo quase de forma imediata o que nos faz pensar numa impulsividade inerente ao sujeito em estudo. De outra forma podemos estar perante um sujeito que se defende, no sentido em que poderá querer adiantar as respostas de forma a ultrapassar de uma forma mais rápida uma dificuldade imposta, algo que o incomoda e que pretende libertar-se. Todavia, estamos perante duas situações, uma de arranque, reactiva, em que o sujeito responde quase de imediato ao estímulo que lhe é imposto que poderá suscitar um mecanismo defensivo que de certa forma faz com que haja um bloqueio em que a exploração da mancha é quase nula.

### Modos de apreensão

Neste protocolo o modo de apreensão é incompleto.

Os Dd não estão presentes no protocolo, o sujeito não investe na exploração da mancha, os pormenores na mancha são quase que “apagados” para o sujeito, onde está patente atitude defensiva ou curiosidade limitadas.

Relativamente à presença de G é extremamente elevada, o que denota claramente uma dissonância ao nível da utilização dos tipos de apreensão.

Perante este cenário poderemos pensar num carácter conformista o que poderá remeter para um carácter mais conformista, que se limita a estar e não ser, a dizer e não investir. Estamos perante um sujeito que mostra tanto a nível cognitivo como perceptivo alguma inércia, passividade, indiferença.

Os D quase que não se encontram presentes neste protocolo. Os determinantes não são totalmente explorados. E e Clob não aparecem em momento algum no protocolo em estudo.

Enaltece-se a forma e detrimento ás respostas cor. O que denota uma insensibilidade “afastamento” relativamente aos afectos. Para além desta prevalência de respostas de carácter formal, as más formas, má qualidade formal, é que predominam o que denota alguma desadaptação, um desvio em relação ao real.

-Tipo de Ressonância Íntima (TRI) introversivo misto.

Neste protocolo está presente investimento no mundo interno e no imaginário em detrimento do mundo externo e do mundo dos afectos;

As representações são dadas com um mínimo de afectos, onde está patente um controlo a nível de emoções.

O TRI está em consonância com a forma complementar, confirmando a introversividade do sujeito e denotando a sua dificuldade em gerir os afectos. Verifica-se pouca representação a nível sensorial o que revela a dimensão introversiva, ou seja, a inibição uma luta constante contra a expressão dos afectos ou pobreza da vida emocional como modo de funcionamento.

(F% ↓) e (F+% ↓).

O sujeito demonstra uma certa tendência para abordar a realidade de uma forma insuficiente, A par desta forma de abordar a realidade de forma pouco socializada, existe uma preocupação quase nula com o facto do seu pensamento ser rigoroso, o que demonstra não estarmos perante alguém que investe em termos intelectuais.

O F% alargado é elevado, o que denota que o sujeito tem a capacidade de abordar a realidade de uma forma que não é totalmente racionalizada, e onde existem alguns afectos.

#### Respostas K, e H e A

Neste protocolo predomina um número elevado de respostas K e H. Relativamente à primeira verifica-se que o sujeito abarca em si uma parte que cria, uma capacidade imaginativa e criativa, que a possibilita efectuar movimentos entre a projecção e percepção. Relativamente às segundas poderemos perceber neste sujeito uma certa predilecção pelo humano, que pode expressar uma tendência para a socialização ou por outro lado, poderá denotar uma preocupação ao nível da identidade ao nível de si próprio e do seu próprio corpo, numa busca de delimitação do próprio corpo, nem sempre conseguida, dadas respostas do sujeito que evidenciam relações simbióticas e fusionais. Relativamente a respostas A estão abaixo da média.

#### -Banalidades

Encontrando-se abaixo da norma denota uma certa desadaptação ao nível social, ou seja, existe um desinteresse, uma imparcialidade e até mesmo uma oposição à prova. O pouco número de banalidades ao longo do protocolo demonstra originalidade num pensamento que busca o afastamento do conforme, do habitual, existindo um querer que quer construir e elaborar, a não ser que adquira o sentido mais patológico de um retraimento num mundo solipsista, hipótese que de resto poderá colocar-se, visto o valor do F+% estar abaixo dos valores normativos(Chabert,2003).

## Anexo F

### Análise Qualitativa do Rorschach

#### Funcionamento intelectual

A verbalização utilizada pela Maria torna-se imprescindível para a compreensão do funcionamento. Estamos perante uma reactividade quase que imediata, quase como uma fuga, uma reacção imediata que se transforma em expressão.

Maria caça o estímulo e têm logo que cozinhá-lo, ou seja, necessita de dar um corpo ao que percebe, verificando-se maioritariamente nas respostas em G.

A verbalização de Maria assenta na pobreza ao nível de quantidade porque as suas respostas são maioritariamente curtas. Ao nível da qualidade esta pobreza é ensaiada quando presente a pouca adjectivação, sendo a expressão limitada aos substantivos, o que para Traubenberg (1975), pode denotar uma atitude repressiva, de distanciamento ou de oposição à prova.

A diversificação o nível dos conteúdos é quase nula, prevaricando predominância de conteúdos humanos, o que pode suscitar que Maria tenha um campo de interesses extremamente estreito. Maria está constantemente a repetir-se e a sua verbalização expressa-se como pouco afectiva e subjectiva, sendo o discurso predominante, mais objectivo e racional.

Há um número de G muito elevado, com tendência para aparecer tanto nas pranchas fechadas como nas abertas, o que denota uma certa passividade do ponto de vista cognitivo e perceptivo. O estilo de apreensão é incompleto, parecendo existir alguma preguiça em pensar e apreender a realidade -

também verificável na maioria dos G simples, no sentido em que se tratam de respostas globais, imediatistas, que não denotam qualquer rigor intelectual; não existe esforço pessoal de elaboração ou de construção. Apesar de evidenciar uma ancoragem correcta na realidade, não há uma tomada de conhecimento activa e dinâmica do objecto. Uma maioria de G simples pode denotar falta de imaginação e vigor mental, ausência de investimento da elaboração e da mentalização, todavia poderá também evidenciar uma atitude defensiva que consiste em não se aplicar numa procura mais aprofundada ou mais pessoal. Neste sentido, a ausência de curiosidade face ao mundo externo que constitui o material, pode ser acompanhada por uma ausência de curiosidade pela realidade interna do sujeito, ou pelo menos, espelhar o desejo de não se entregar, nem se revelar ao outro por uma implicação mais manifesta.

A mobilização defensiva através dos G também pode dar conta de mecanismos de recalçamento, na medida em que ao aperceber-se dos significados latentes dos cartões, o sujeito prefere apreender de modo global o percepto, numa tentativa de neutralização do conteúdo. As respostas globais podem servir como fuga ao real, num contexto de desinvestimento objectal e de retraimento narcísico. Bem como pode revelar uma fragilidade ao nível do reconhecimento efectivo da sua integridade, pois ao fazer um esforço tremendo na globalização implica a exclusão dos recortes por estes poderem simbolizar ruptura ou fragmentação.

Há um G vago no primeiro cartão, o qual poderá dar conta de um mecanismo de defesa contra uma implicação e um compromisso sentido como inquietante ou mesmo perigoso. Ao dar uma resposta vaga, o sujeito protege-se contra representações mais claras ou significativas que ele tenta evitar ou esconder.

No cartão V existe um G impressionista. Este, tal como o anterior reenvia para um movimento defensivo que consiste em impedir a emergência de representações desagradáveis ou inquietantes, na medida em que confrontam o sujeito com conflitos difíceis de abordar.

No cartão VI há um G patológico.

A existência de G elaborados associados a determinantes cinestésicos com conteúdo humano denota uma procura de articulações ou de combinações criativas, testemunhando uma operação mental dinâmica. São significativos de criatividade. Verifica-se portanto um dinamismo mental e uma capacidade por parte da Maria de dar respostas mais complexas.

Os D aparecem em número muito insuficiente ( $D\% \downarrow$ ), o que poderá revelar um interesse menor pelo concreto, factual, o banal e o social. Hipótese que aliás se apoia na fraca presença de banalidades e na forte presença de cinestésias.

No protocolo de Maria protocolo surgiram D associados a F+ e K F e D associados a F-. No primeiro caso diz respeito a uma capacidade de inserção no real e de controlo das percepções, no entanto ao associar-se a uma má forma a projecção ganhou terreno sobre a percepção, sendo o controlo perceptivo de má qualidade.

A abordagem em D no cartão III permitiu à Maria evitar o confronto com as manchas vermelhas, que remetem para a sexualidade e a agressividade, evitando assim movimentos pulsionais reactivados e sentidos como perturbadores e perigosos. Trata-se de um movimento defensivo que tende a evitar a projecção das moções pulsionais. A abordagem em D nos cartões pastel, nomeadamente no VIII e no X, poderá remeter para o domínio das emoções e dos afectos susceptíveis de serem invasores numa abordagem global.

Predominam os D simples, traduzindo uma abordagem descritiva e imediata do material, tendo uma conotação adaptativa e socializada.

O controlo formal é insatisfatório. O valor muito baixo do F% e o elevado valor de F- remetem para uma utilização inoperante da prova da realidade, na medida em que quando a formalização é fraca, ela faz-se acompanhar de uma

relação ao real cujos assentos são frágeis, precários e ineficazes para permitirem o apoio das funções adaptativas. Segundo Chabert (2003), “a fragilidade da formalização evidencia uma exploração praticamente nula das capacidades de adaptação à realidade, a ausência de interesse pelo mundo exterior e os seus objectos.” Um número elevado de respostas F- traduzem uma certa inadaptação ao mundo real, pelo facto de mostrarem uma abordagem não socializada do material. Um número elevado destas respostas assinala o desvio, as falhas na relação ao real. Sublinham o desinvestimento da realidade objectiva e do meio e, conseqüentemente, das relações objectais. O valor baixo do F+%, de acordo com Chabert (2003), surge frequentemente em sujeitos sem preocupações em ser rigorosos e em adaptar-se à realidade. O que nos permite apoiar a hipótese que de que uma elevada percentagem de G remete mais para uma defesa pelo sobreinvestimento do concreto do que propriamente socialização e claro diferenciação Eu-outro, Real-imaginário.

Maria, não está preocupada com o julgamento da realidade, com a sua qualidade. A abordagem que faz da realidade não é objectiva. Os factores intelectuais são pouco valorizados. Há uma ineficácia dos esforços de intelectualização.

O F+% alargado demonstra a inflexão positiva trazida pela participação das cinestésias ao trabalho perceptivo e adaptativo. O contributo do imaginário (K) permite à Maria utilizar melhor as suas capacidades de integração, valorizadas por uma orientação criativa.

O número elevado de grandes cinestésias (K) afirma as potencialidades criativas do sujeito, na medida em que revela uma aptidão para usar a inteligência em termos hipotéticos. Dá conta de uma organização psíquica em que as possibilidades de mentalização são efectivas, é sinónimo de imaginação e maturidade.

As grandes cinestésias tendem a aparecer nos cartões construídos em configurações bilaterais e todas elas são sustentadas por perceptos de boa qualidade formal, fazendo-se acompanhar de uma resposta humana global, revelando um compromisso harmonioso entre percepção e projecção; entre os mecanismos perceptivos e a expressão do imaginário.

### Socialização

O A%, as Banalidades, o D% e o F+% encontram-se abaixo dos valores normativos. O K e o H% são elevados, porém as respostas cinestésicas dadas pela Maria são, na sua maioria, impessoais e arrelacionais. Verifica-se uma delimitação pouco clara entre o sujeito e o outro, espelhando relações simbióticas do tipo fusional. E um H% superior ao valor normativo denota uma demasiada participação de conteúdos humanos e conseqüentemente uma socialização desarmoniosa. Pelo que parece existir uma insuficiência significativa dos recursos do sujeito a esquemas sociais e culturais, com uma conseqüente integração relacional insatisfatória. Embora tente investir na realidade externa e nos objectos, esse investimento acaba por não ser conseguido. Não há uma inserção numa realidade objectal claramente definida e diferenciada. Verifica-se uma grande fragilidade e dificuldade ao nível da adaptação e socialização.

A atracção pelo retraimento num universo solitário constitui provavelmente uma medida de protecção contra as solicitações que vêm de fora.

### Dinâmica afectiva

O sujeito mostrou-se cooperante, contudo implicou-se e investiu pouco na prova, explorando pouco os cartões, numa atitude de grande reserva. Assim, ainda que se verifique uma colaboração por parte da Maria, não se verifica uma grande valorização em relação à prova, uma vez que fala pouco, as respostas são curtas, entrega-se pouco à prova e mantém uma postura mais objectiva. Este fraco envolvimento contrasta com o facto de ser rápida, com que se para se despachar do cartão. Não se trata portanto de um sujeito activo, mas sim passivo.

O tipo de ressonância íntima é introversivo misto, o que significa que existe um investimento no mundo interno e no imaginário em detrimento do mundo externo e do mundo dos afectos; as representações são dadas com um mínimo de afectos. O que não nos surpreende, já que ele corresponde a alguns dos elementos estudados anteriormente.

Segundo Traubenberg (1975), de um modo geral, os sujeitos com um T.R.I. introversivo são indivíduos preocupados com a sua própria personalidade. Observam o objecto, reflectem, são capazes de adiar a acção e a gratificação. Têm um carácter reservado. Nesse sentido, podem ter um bom conhecimento de si mesmo, têm consciência das suas dificuldades. Por vezes deixam-se absorver pela sua imaginação e o mundo interior prevalece sobre o mundo exterior. Porém, os tipos introversivos mistos tendem a ser mais impulsivos, centrados em si próprio, sendo capazes, por vezes, de incidentes explosivos. São habitualmente sujeitos que se interessam mais por si mesmos do que pelos outros e cujo esforço de adaptação se faz mais pelo pensamento do que pelo afecto.

Ao nível da identidade, a Maria dá bastantes respostas K e H, o que aparentemente remete para uma boa identidade. Habitualmente, a presença

das grandes cinestésias demonstram que o sujeito se representa de uma forma adulta, madura. Porém as respostas cinestésicas dadas pela Maria põem em evidência uma delimitação pouco clara entre o sujeito e o outro, a qual se traduz por uma tendência para confundir os protagonistas, expressa, através de uma relação simbiótica.

A identidade ter a ver com o facto de como nos definimos como pessoa, separada dos outros e com continuidade no tempo, e as figuras humanas da Violeta estão sempre ligadas, fundidas, quase indiferenciadas, espelhando relações do tipo fusional – não há separação do outro. A representação de si não é diferenciada, focalizando-se antes nas ligações, vínculos, na fusão entre duas personagens. Não há separação sujeito/ objecto, distinção entre eu/outro, não há reconhecimento das semelhanças e diferenças relativamente ao outro, pelo que ao nível dos processos de individuação/ da identidade geral parecem existir algumas falhas a assinalar.

Citando Traubenberg (1975), “onde dominarem os K, a inteligência será mais diferenciada, a vida será mais orientada para o íntimo, a afectividade e a motilidade serão mais estabilizadas, o contacto mais intenso que extenso, o comportamento exterior é, por vezes, canhestro, inepto e a capacidade de adaptação, sofrível” (p.68).

Relativamente à análise dos K, Chabert (2003) refere que nos dão informações acerca da identidade e da identificação sexual– o reconhecimento em se ser humano e de sermos homens ou mulheres. É necessária a referência a uma imagem humana inteira: factor mais significativo e pertinente na abordagem da representação de si.

Neste protocolo, as grandes cinestésias tendem a aparecer nos cartões construídos em configurações bilaterais, apreendendo a globalidade da mancha

e sendo todas elas sustentadas por perceptos de boa qualidade formal, revelando um compromisso harmonioso entre percepção e projecção. A cinestesia do cartão I é uma cinestesia impessoal, assexuada e arrelacional (“Dois sujeitos encostados a um tronco...”). A primeira cinestesia do cartão II é uma cinestesia sexuada, masculina, em que há uma relação de agressividade que, de certo modo é desvalorizada e anulada (as combatentes transformam-se em duas dançarinas). A segunda cinestesia do cartão II é uma cinestesia sexuada, masculina e relacional (“duas bailarinas a dançarem de mãos dadas”). A cinestesia do cartão III revela uma certa dificuldade em manter uma escolha de identificação estável (“Dois pretitos a tocar um instrumento. Ou então duas africanas”). Não é uma cinestesia verdadeiramente relacional, na medida em que a relação é mediada por um objecto. A cinestesia do cartão IV é uma cinestesia sexuada arrelacional. Contudo, trata-se de uma imagem pouco cinestésica, na medida em que assenta particularmente na postura de um personagem (“É um bebé a dormir barriga para o ar.”). As duas respostas cinestésicas do cartão VII são cinestésias sexuadas, femininas e relacionais.

No que concerne aos processos de identificação sexual, verifica-se que a maioria das representações humanas dadas pela Maia são qualificadas claramente em termos masculinos e femininos, à excepção do cartão I, em que não há identificação sexual das personagens, e do cartão III, em que há uma certa dificuldade de atribuição do género sexual às personagens. De uma maneira geral, verifica-se a existência de uma coerência entre a identidade sexual atribuída e as condutas projectadas e a concordância entre as respostas cinestésicas e a sensibilidade à simbólica sexual dos cartões, pelo que se pode concluir que não existem problemas relativamente à identificação sexual do sujeito.

A cor está relacionada com os afectos, emoções e sentimentos, sendo que as reacções aos cartões cor são significativas dos modos de relação de um sujeito com o seu meio. A presença de respostas que utilizam a cor testemunha uma sensibilidade mínima à realidade exterior. Neste protocolo

existem quatro respostas cor (V- 10- G FC A Ban; X- 18- G kobC Frag; X- 19- D FC Bot; X- 22- D kobC Elem). Não há qualquer resposta cor nos cartões vermelhos, o que pode ser interpretado como a manifestação de uma luta intensa contra as emergências pulsionais, sexuais e agressivas. Porém, mesmo sem a integração da cor, a sua resposta no cartão II testemunha uma ressonância face às pulsões agressivas, que forma expressas num contexto de luta e/ou competição, da qual se defende num segundo momento. A resposta sensível ao negro no cartão V parece testemunhar uma impressão disfórica, inquietude, seguida pela expressão de uma vivência de aspecto paranóide.

O R.C.% está dentro da média, porém esta percentagem é invalidada no sentido em que só são dadas resposta cor no cartão X. A sensibilidade às cores pastel está relacionada com os afectos ternos ou regressivos, podendo reenviar para a vida intra-uterina.

Quanto à F.C, não se verificaram respostas esbatimento, o que indica uma dificuldade por parte da Maria em se deixar conduzir para uma posição mais regressiva. A ausência de E está ligada ao carácter penoso das reactivações que suscitam. Relativamente às cinestésias menores, existem três respostas kan (IV- 9- G kan A; V- 11- G kan A Ban; X- 20- D kan A) e duas respostas kob (X- 18- G kobC Frag; X- 22- D kobC Elem). As primeiras demonstram imaturidade, recalçamento, pois os kan são tendências que não se conseguem assumir e, por infantilidade, são deslocadas para os animais. A representação humana é afastada da cena mental e substituída por um conteúdo animal, o qual assume um carácter defensivo e protector que limita a perda de distância em relação ao material.

Na primeira resposta do cartão IV mostra-nos uma imagem de si própria desvitalizada, inactiva, enquanto que o voltar do cartão provoca uma espécie de anulação desta primeira imagem, pela evocação de um animal que está em movimento, cujo dinamismo vem colmatar a presença depressiva.

Maria vai buscar uma imagem de força, por vezes com uma conotação negativa. Aqui podemos sugerir que Maria tem uma parte mais forte dentro dela, mais activa, com mais poder, mas é como se não pudesse assumir este seu lado, pelo que a desloca para os animais. Quando se desloca algo para os animais é sinal que algo não está assumido. Por outro lado, na prancha IV estamos no cartão das simbologias sexuais.

Relativamente às respostas kob, estas são relativamente banais (“fogo de artifício”).

No protocolo de Maria as respostas k estão em maior número que as respostas E, estamos perante uma F.C. introversiva, o que vai no mesmo sentido que o T.R.I., confirmando o domínio do pensamento sobre os afectos.

O A% está abaixo da média.

Segundo Traubenberg (1975), uma percentagem baixa de A% “faz pensar em interesses variados, mesmo dispersos, numa imaginação excessivamente pessoal, talvez criadora, mas talvez autística e implicando uma recusa da rotina quotidiana” (p.138). Pode ainda denotar dificuldades ao nível da adaptação ao mundo social.

Relativamente aos conteúdos, estes pertencem, no essencial, às grandes rubricas A e H. O conteúdo mais utilizado é o H, encontrando-se acima dos valores normativos. A presença das respostas H num protocolo é importante na medida em que dá conta da capacidade de um indivíduo se identificar com uma imagem humana e significa capacidade de contacto humano, tendência para a socialização.

Todas as representações humanas dadas pela Maria são claramente definidas, o que revela aptidão para reconhecer a sua identidade subjectiva. As respostas revelam a aceitação e o reconhecimento da diferença dos sexos, testemunhando assim a sensibilidade às características masculinas e femininas do material. No entanto, as respostas de conteúdo humano da Maria parecem dar conta mais de uma preocupação identitária numa busca de delimitação do próprio corpo.

No cartão II verifica-se ainda uma certa dificuldade no manejo da agressividade, expressa através da transformação dos personagens de “combatentes ” em “bailarinas de mãos dadas ”, a qual constitui uma defesa contra os impulsos agressivos.

#### Mecanismos de Defesa/Angustia

Os mecanismos de defesa presentes nestes protocolo são a anulação (cartão I), a denegação (cartão VI), a formação reactiva (cartão II), a intelectualização (cartão II, VII e X) e a interpretação projectiva (cartão VIII). Chabert (2003) distingue quatro grandes registos defensivos, sendo que neste caso são os mecanismos de defesa de tipo obsessivo que aparecem com mais frequência.

As precauções verbais presentes no protocolo, as rumações e a denegação presente na verbalização e a expressão de afectos *precaria*, que se denota através do T.R.I. introversivo e pelas respostas sensoriais pouco numerosas, a preocupação de domínio do material, através do esforço de controlo dos desejos, que se traduz no esforço de apreender o material globalmente (G% elevado), as dificuldades de manejo da agressividade e a intelectualização, através da presença de determinantes cinestésicos e conteúdos específicos (cartão IX- resposta 17, cartão X- resposta 22...), confirmam a rigidez da organização defensiva.

Além deste carácter mais rígido que surge, denota-se algumas defesas de tipo narcísico, nomeadamente a centração na simetria e as referências ao eixo mediano, as quais servem de suporte a respostas *especulares*, especialmente em cartões com configuração bilateral, em cenários relacionais que implicam duas personagens numa relação narcísica, de reflexo ou de duplo, facto que tem em vista o evitamento de uma relação entre dois seres diferentes, o que poderia provocar uma conflitualidade impossível de admitir.

Ao nível das respostas existem movimentos que demarcam a inibição, ou seja, a restrição ao nível das respostas, a verbalização (ausência de comentários), o que parece destacar uma luta contra a implicação projectiva sentida como perigosa, acentuado através do bloqueio associativo

O evitamento perceptivo, no seio de cartões específicos, de localizações particulares, seja pelas suas características cromáticas, seja pela sua evidência simbólica e os modos de apreensão que remetem para uma abordagem global superficial, tocando ao de leve o estímulo, permanecem no protocolo que revelam procedimentos inibitórios por a parte de Maria

Denotam-se também no protocolo de Maria defesas lábeis/narcísicas, uma vez que a negação dos movimentos pulsionais aparece no modo de reacção ao vermelho, sendo que se verifica uma ausência de utilização ou de integração do vermelho, pelo que a maioria das respostas são tratadas em F ou K, e uma exploração do vermelho como referência descritiva, para delimitar o contorno da imagem, não havendo associação à cor vermelha com conteúdos pulsionais.

No que diz respeito à angústia, presente no protocolo de Maria é a angústia de castração. Assim, estando perante um protocolo rígido, as manifestações de afecto são dadas *a minima*, a angústia é perceptível pelo reforço das

defesas e pelos modos de apreensão, em que se encontra um aumento dos G (preocupação de domínio). Segundo Chabert (2003, p.211), “a defesa consiste, aqui, em valorizar uma realidade que se desejaria objectiva, contra a emergência de representações angustiantes e contra a emergência de afectos associados.”

### **Conclusão**

Em termos de diagnóstico psicopatológico, contactamos que Maria compactua com um funcionamento neurótico na variante comum. Podemos justifica-lo pela boa relação com o real que se verifica ao longo do protocolo, assim como pela possibilidade existente de o funcional e imaginário funcionarem em simultaneidade, sem excesso de evasão nos dois sentidos.

Os mecanismos de defesa neste protocolo estão inscritos particularmente no registo rígido e em grande parte obsessivo, no estando este ultimo não atinge significativamente funcionamento mental do sujeito.

Não podemos deixar de considerar a permanência existencial de representações conflituais que fazem mobilizar movimentos a nível da agressão (agressivos) da pulsão (pulsionais) e da libido (libidiniais). Este aquando uma conotação negativa e ameaçadora, levam movimentos defensivos como forma de combate ao que o perturba, sendo que o registo destes conflitos remete para a angústia de castração e levam controle da agressividade.

