

DN
RODRIGUES/T1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS
E DEPRESSÃO
ESTUDO DE CASO

Mestrado em Psicossomática, 1999/2001


Área Científica: Investigação

Orientador: Dr. António Coimbra de Matos

Dissertação de Mestrado elaborada por:
Teresa Maria Marçal Alves Bastos Rodrigues, nº 1566

Lisboa, 19 de Abril de 2003

C.

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo: 15590
Data: 01/03/05

Tel: 21 691 17 50 • info@psi.apl.pt

Índice

<i>Agradecimentos</i>	5
1. Introdução	6
2. Fundamentação teórica	8
2.1. Depressão	8
2.1.1. Definição de Depressão	9
2.1.2. A bioquímica da depressão	11
2.1.2.1. Os intervenientes	11
2.1.2.2. Os fármacos.....	17
2.1.3. A compreensão da depressão	20
2.1.3.1. A perda.....	20
2.1.3.2. A culpa	23
2.1.3.3. O tempo	27
2.1.3.4. Aquém da depressão	29
2.1.3.5. Conclusão	32
2.2. Agressividade e violência	34
2.2.1. Definição de agressividade e de violência	35
2.2.2. O cérebro	39
2.2.2.1. Neurotransmissores.....	41
2.2.3. Hormonas	43
2.2.4. Conclusão	47
3. Estudo do caso – A Mariana	49
3.1. Metodologia	50
3.2. Descrição do caso	51
3.2.1. A primeira entrevista	53
3.3. O exame psicológico	63
3.3.1. Descrição dos instrumentos	65
3.3.1.1. Children Depression Inventory.....	65
3.3.1.2. Rorschach	72
3.3.1.2.1. Modo de aplicação	73
3.3.1.3. Escala de Alexitimia TAS-20.....	74

3.3.1.3.1. O conceito de <i>alexitimia</i>	74
3.3.1.3.2. Descrição do instrumento.....	75
3.3.1.4. Inventário de Mecanismos de Defesa.....	79
3.3.1.5. WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos.....	81
3.3.1.6. EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot.....	84
3.3.1.7. PMK - Psicodiagnóstico Miocinético.....	86
3.3.1.7.1. Descrição do instrumento.....	88
3.3.1.7.2. Modo de aplicação.....	90
3.3.1.7.3. Definição e interpretação dos dados gráficos.....	101
3.3.2. Resultados da aplicação dos instrumentos.....	105
3.3.2.1. Children Depression Inventory.....	105
3.3.2.1.1. Sessão de aplicação do instrumento.....	105
3.3.2.1.2. Análise da sessão.....	109
3.3.2.1.3. Resultados da aplicação da prova.....	110
3.3.2.1.4. Conclusão.....	111
3.3.2.2. Rorschach.....	112
3.3.2.2.1. Psicograma.....	114
3.3.2.2.2. Análise de cada cartão.....	115
3.3.2.2.3. Análise do psicograma.....	118
3.3.2.2.4. Conclusão.....	121
3.3.2.3. Escala de Alexitimia TAS-20.....	123
3.3.2.3.1. Resultados da aplicação do instrumento.....	123
3.3.2.3.2. Conclusão.....	124
3.3.2.4. Inventário de Mecanismos de Defesa.....	125
3.3.2.4.1. Resultados da aplicação do instrumento.....	125
3.3.2.4.2. Conclusão.....	126
3.3.2.5. WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos.....	127
3.3.2.5.1. Análise dos resultados.....	127
3.3.2.5.2. Conclusão.....	128
3.3.2.6. EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot.....	130
3.3.2.6.1. Análise dos resultados.....	130
3.3.2.6.2. Conclusão.....	133
3.3.2.7. PMK - Psicodiagnóstico Miocinético.....	134
3.3.2.7.1. Atitudes genotípicas.....	134

3.3.2.7.2. Atitudes fenotípicas.....	135
3.3.2.7.3. Coerência intrapsíquica	138
3.3.2.7.4. Grau de emotividade constitucional.....	142
3.3.2.7.5. Apreciação da inteligência	143
3.3.2.7.6. Excitação / inibição	144
3.3.2.7.7. Grau de constância das reacções.....	144
3.3.2.7.8. Sinais de alerta.....	145
3.3.2.7.9. Conclusão	145
3.3.3. Conclusão do exame psicológico	147
3.4. Seguimento em psicoterapia.....	150
3.4.1. Primeira sessão de psicoterapia	151
3.4.1.1. Imunologia e herpes labial	157
3.4.2. Segunda sessão de psicoterapia	166
3.4.3. Terceira sessão de psicoterapia	170
3.4.4. Quarta sessão de psicoterapia	174
3.4.5. Quinta sessão de psicoterapia.....	178
3.4.6. Sexta sessão de psicoterapia	182
3.4.7. Sétima sessão de psicoterapia.....	185
3.4.8. Oitava sessão de psicoterapia	189
3.4.9. Sessão de psicoterapia após seis meses.....	192
3.4.10. Conclusão.....	198
3.5. Conclusão sobre o caso.....	201
4. Conclusão geral	203
5. Resumo.....	205
6. Bibliografia citada.....	207
6. Anexos.....	215
6.1. Anexo I – Children Depression Inventory	216
6.2. Anexo II – Escala de Alexitimia TAS-20	222
6.3. Anexo III – Inventário de Mecanismos de Defesa	224
6.4. Anexo IV – WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos.....	237

6.5. Anexo V – EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot..... 245

6.6. Anexo VI – PMK – Psicodiagnóstico Miocinético 254



Agradecimentos

A orientação desta investigação, desde a sua fase pré-embriónica, foi realizada pelo Dr. Coimbra de Matos, a quem agradeço toda a disponibilidade e partilha de saber ao longo de todo o Mestrado.

Felicito o Professor Doutor Mendes Pedro pela implementação do Mestrado em Psicossomática no nosso país, o que contribui, sem dúvida, para o desenvolvimento e expansão do conhecimento neste domínio, em convergência com o desenvolvimento profissional daqueles que nele se envolvem.

À Dra. Maria Fernanda Alexandre reconheço, com carinho, a supervisão das sessões de psicoterapia.

Agradeço ao Professor Doutor João Justo toda a disponibilidade na recolha de instrumentos indispensáveis à realização deste trabalho.

A todos aqueles, que de alguma forma me apoiaram e/ou fizeram com que este trabalho se tornasse realidade, mostro aqui a minha gratidão.

Por fim, e de major importância, mostro aqui a minha gratidão à *Mariana*, que ao entregar-se num pedido de ajuda, permitiu uma abordagem científica do seu funcionamento bio-psico-relacional.



1. Introdução

A presente investigação debruça-se sobre o estudo do caso *A Mariana*. Teve como ideia inicial perceber e compreender o funcionamento *bio-psico-relacional* de alguém que apresenta sinais somáticos comuns, como sejam dores de cabeça e insónia inicial. O isolamento intenso tal como a ausência de amigos constituem o pedido de acompanhamento psicológico.

O seguimento do caso realizou-se na Clínica da Juventude, no contexto do Estágio do Mestrado de Psicossomática. A metodologia que configura o estudo de caso no método clínico compreende:

- a primeira *entrevista* onde participam mãe e filha;
- a realização do *exame psicológico* constituído pelas provas: CDI – Children Depression Inventory; Rorschach; Escala de Alexitimia TAS-20; Inventário de Mecanismos de Defesa; WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos; EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot; e PMK – Psicodiagnóstico Miocinético;
- e nove sessões de psicoterapia individual de orientação psicanalítica.

Do contacto com a Mariana sobressai uma depressão acentuada que se inscreve num estilo relacional onde domina a agressividade. A família a que pertence está doente, e a violência constitui, no essencial a forma de comunicação.

A depressão e a forte agressividade, senão violência, associadas a este caso levaram à elaboração de dois capítulos, onde se tenta aprofundar as bases psico-fisiológicas destes desequilíbrios.

O aparecimento recorrente de herpes labial conduziu à realização de um subcapítulo sobre *imunologia e herpes labial*, o que ilustra como as transformações físicas coexistem com *ataques* psicológicos, principalmente quando a Mariana se sente excluída e abandonada.

A adolescência desta rapariga é vivida com muito sofrimento, é um estado de crise que se estende aos pais. Estes apresentam um funcionamento pré-genital, e não conseguem ajudar a filha no seu crescimento, pois eles próprios estão, também, em *crise de adolescência* e necessitam de ajuda psicológica.

Trata-se de um caso em que a psicoterapia decorre numa relação predominantemente positiva, e nos apercebemos perfeitamente dos movimentos de separação / individuação / diferenciação.

Hoje a Mariana continua em seguimento, em consultório, em regime de grupanálise, três vezes por semana. Vive sozinha numa casa que a avó comprou para a mãe. A mãe vive com o namorado em casa de ambos. O pai vive com a namorada, também em casa pertencente aos dois. Todos se separaram. A Mariana continua com o namorado, trabalha e estuda. Mantém-se deprimida, mas já é mais autónoma. Está a crescer, a reconstruir-se estruturalmente. Ao nível dos sintomas físicos persistem: o herpes labial em situação de ruptura; e surgiram infecções útero / urinárias, também recorrentes, que se agravam em situação de separação.

2. Fundamentação teórica

2.1. Depressão

Perceber a depressão, encontrar a sua tradução e interligação psicológica e bioquímica é o objectivo desta abordagem. Distinguir a reacção ou resposta depressiva, depressão patológica e depressividade, constitui uma tarefa difícil para o clínico, todavia de importância crucial na ajuda que poderá oferecer ao paciente deprimido. A coexistência do estado depressivo com qualquer outro estado de desorganização psicológica e/ou debilidade/doença física aparece, a maior parte das vezes, numa interligação indissociável. Clivar estes dois estados conduzirá a uma possibilidade de erro por parte do clínico (Matos, C., 1976) no sentido de assegurar uma rede de suporte adequada à promoção da saúde, em termos globais, do doente. Reacção à doença orgânica, reacção psíquica à doença, reacção ao mundo externo, reacção ao mundo interno, são, no seu todo, sinais que o(s) técnico(s) de saúde deverão estar alerta.

O nosso corpo é uma unidade funcional. Desde a ponta dos cabelos às unhas dos pés, eu penso o meu corpo. E tudo o que intervém no reconhecimento e conhecimento deste meu corpo passa pela mais pequena partícula de matéria que, em interacção e circulação na unidade celular até à unidade orgânica será, finalmente, unidade total, que nascerá, crescerá, amadurecerá, reproduzir-se-á e morrerá sempre num todo relacional. Este todo relacional não é redutível ao meio ambiente, mas estende-se, obrigatoriamente e por uma questão de princípio de vida, à relação com o outro, com o igual e diferente. Aqui, encontramos algo que surge nesta relação consigo, com o outro e com o mundo: a *emoção*, o *afecto*, a riqueza e o verdadeiro tesouro de cada um, que lhe permite viver e não sobreviver.

2.1.1. Definição de *Depressão*

A palavra *depressão* deriva do latim de *depressione*, significando, no geral, um abaixamento por efeito de pressão (Lello, J. & Lello, E., 1977). Mas que força é esta, e sobre que superfície é exercida, no sentido físico de *pressão*? E abaixamento de quê? De imediato, as respostas que surgem a estas questões são: a força corresponderá a uma *energia*, a algo capaz de produzir modificações no estado mental, ou estado psicológico, sendo este último a superfície sobre a qual a força é exercida. O abaixamento corresponderá a uma diminuição ou enfraquecimento de *defesas* quer psicológicas, quer fisiológicas, ou mesmo relacionais, pois a mente, a psique ou o intra e intersíquico se constrói na relação com o outro, quer biológicas, englobando assim as alterações bioquímicas do organismo como um todo.

Depressão poderá também significar diminuição de pressão (Costa, J. A. & Sampaio e Melo, A., s.d.), reportando à imagem da caldeira no funcionamento do combóio a vapor, ou à imagem da panela de pressão, em que a saída em ambas do vapor permite no primeiro o movimento, e na segunda a abertura da mesma. A metáfora que surge relaciona-se com uma diminuição da pressão existente no Id, pressão do inconsciente sobre o Super-Eu e o Eu, actuando estes últimos como a tampa da panela que ao ser retirada permite libertação de forças inconscientes, e expõe o conteúdo, medos e desejos, aí contidos, os quais ao serem revelados enfraquecem as funções de contenção, regulação e adequação, entre o princípio do prazer e a realidade.

A vivência da depressão engloba um leque de sintomas característicos sendo o principal o humor deprimido, entendido como uma emoção que se prolonga no tempo, com coloração depressiva traduzida quer no comportamento, quer na cognição (DSM-III-R, 1989; DSM-IV, 1996). A tristeza, a falta de esperança, o desinteresse e o isolamento são alguns dos estados facilmente identificáveis. Associados a este sentimento poderão aparecer alguns sintomas ao nível do apetite, do sono, da psicomotricidade e do pensamento. A culpa, a diminuição de auto-estima e as ideias de morte dão-nos conta do principal risco da depressão: o suicídio.

Nas crianças ou adolescentes o humor deprimido toma a forma de humor irritável. Nas crianças aparecem, frequentemente, queixas somáticas, agitação psicomotora, fobias e até alucinações. Nos adolescentes a depressão traduz-se por um comportamento negativista ou anti-social, sentimentos de incompreensão e desaprovação por parte dos que os rodeiam, isolamento e, muitas vezes, abuso de álcool ou de outras substâncias ilícitas.

Parece haver uma prevalência de sintomatologia depressiva no sexo feminino (DSM-III-R, 1989; Martins, A. et al, 2000), o que se poderá relacionar com as diferenças fisiológicas no género e o seu impacto ao nível do funcionamento mental, ou, como referem Jolly et al (citado por Martins, A. et al, 2000) que, relativamente aos adolescentes, sugerem haver uma maior consciência dos sintomas depressivos nas raparigas.

O ritmo biológico é alterado, o corpo e a mente passam a funcionar num outro registo que não é o usual, mas que acarreta consigo sofrimento, tendo uma tradução ao nível dos pensamentos. Se os pensamentos são causa ou efeito, ou apenas coexistem com as reacções bioquímicas, é uma questão. Não procurando estabelecer relações causais, tentaremos abordar as diversas modificações.

2.1.2. A bioquímica da depressão

2.1.2.1. Os intervenientes

Nas perturbações típicas é de grande importância o funcionamento dos sistemas hipófise-tiróide e hipófise-suprarenais (Gaillard, J.-M et al, 1976). As hormonas da tiróide e cortico-suprarenais agem sobre o sistema nervoso central, modulando a actividade do tecido nervoso, regulando o funcionamento da hipófise e influenciando o crescimento do cérebro (Campbell & Eayrs 1965, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976).

O cérebro é constituído por células designadas neurónios, cerca de 10 biliões, isto é 10^{13} neurónios (Damásio, A., 1994/2000), que se ligam em 10^{15} sinapses (Nichoff, 1999) que determinam o funcionamento cerebral. Algumas destas conexões estabelecem-se durante o desenvolvimento embrionário, outras até aos onze anos (Wolpert, L., 1999/2000) e como o meio ambiente interage no crescimento do cérebro, mesmo antes do nascimento, o estado da grávida está directamente relacionado com o estado do futuro bebé. Um outro tipo de células que fazem parte do cérebro designam-se de células gliais, cuja função é alimentarem os neurónios, interagirem com eles e protegerem-nos.

No cérebro há várias regiões especializadas, com funções específicas, interagindo entre elas. A *pituitária*, também designada por *hipófise* (Lello, J. & Lello, E., 1977), e o *hipotálamo* são estruturas que se situam na base do cérebro, acima do céu da boca, libertam hormonas. O *tálamo* localiza-se por cima do hipotálamo e, ambos, ocupam uma região designada por diencéfalo, tem forma ovular e desempenha um importante papel na sensibilidade somática actuando como modulador das informações sensitivas (Habib, 1989/2000). A *amígdala* é semelhante a uma noz situada em ambos os lados da pituitária e do hipotálamo, desempenha um importante papel na emoção. O *hipocampo* situa-se ao lado da amígdala, e relaciona-se com a produção de memórias. O *córtex* é a camada exterior do cérebro. O *córtex pré-frontal* está associado às funções mentais superiores, por exemplo, o pensamento lógico. As regiões do *córtex lateral*, na região supra orbital (por cima dos olhos), relacionam-se com os processos cognitivos e as

interacções sociais. O *cíngulo anterior* situa-se por baixo do córtex e por cima do hipotálamo, relaciona-se com o condicionamento, e recebe informações da amígdala. O *locus coeruleus* situa-se no tronco cerebral, perto da junção do cérebro com a medula espinal, envia sinais a outras regiões do cérebro, está envolvido nas reacções de luta e fuga, regula os níveis de excitação, regula as reacções do sistema nervoso simpático como a pulsação, a tensão arterial e o alerta de perigo. Esta região segrega noradrenalina e recebe muita informação de neurónios que segregam serotonina e a dopamina. Os *núcleos de rafe* estão junto ao locus coeruleus, de onde enviam sinais a outras regiões do cérebro e segregam serotonina. Na depressão a interacção entre estas regiões do cérebro ganha um papel crucial (Wolpert, L., 1999/2000).

O tipo de neurónios em funcionamento, a actividade eléctrica dos neurónios, e os sinais químicos libertados, são, em conjunto, os factores determinantes do estado do cérebro. Ora, na depressão há alterações na química do cérebro, principalmente ao nível dos neurotransmissores e hormonas. Os *neurotransmissores* são sinais químicos que correspondem a uma molécula a qual permite o contacto entre os neurónios quando atinge a sinapse. Na altura em que a molécula, o *transmissor*, chega ao neurónio adjacente, liga-se ao respectivo *receptor* que se encontra na superfície do outro neurónio. Habib, M., 1989/2000, estabelece quatro critérios para a definição de uma substância química como neurotransmissor: 1) presença no interior da célula nervosa; 2) presença de enzimas que inactivam esta substância na sinapse; 3) possibilidade de produção de efeitos iguais quando a substância é substituída por uma outra com características semelhantes; 4) presença da substância na sinapse quando há actividade espontânea da célula ou quando esta é estimulada electricamente. Cada tipo de neurotransmissor tem especificidade quanto à rede de neurónios, forma sistemas, tais como o sistema noradrenérgico e o sistema dopaminérgico que, desempenham funções determinadas. A estimulação ou inibição do neurónio adjacente depende do neurotransmissor em causa: a acetilcolina, ou, as catecolaminas, a serotonina, ou, os peptídeos opiáceos (como as encefalinas e a endorfina) ou, ainda, os aminoácidos excitadores (por exemplo o ácido glutâmico). Na depressão os neurotransmissores mais importantes são a noradrenalina e a serotonina (Wolpert, L., 1999/2000).

A *serotonina* (5-hidroxitriptamina (5-HT)) é produzida por células que se encontram na amígdala, no hipotálamo e algumas áreas do córtex. Está em todo o organismo, embora

a sua concentração seja maior nos vasos sanguíneos, vísceras e cérebro. Tissot, 1961 (citado por Gaillard, J.-M et al, 1976) dá conta da diminuição de serotonina, substância que resulta da transformação do triptofano, nos deprimidos. As alterações de serotonina correspondem a alterações no sono, na aprendizagem, no movimento, na alimentação e na actividade sexual. A concentração desta substância depende: da quantidade de triptofano ingerido com a comida; de enzimas, como a monoamina-oxidase que decompõem a serotonina; e da actividade das células nervosas. Nos neurónios existem mecanismos destinados à captação de serotonina - os transportadores presentes nas membranas dos neurónios. Supõe-se que a acção dos fármacos antidepressivos se dá sobre estes transportadores (Wolpert, L., 1999/2000), bloqueando a recaptação da serotonina, o que leva a um aumento do neurotransmissor na sinapse e maior estimulação do neurónio. Nos neurónios, ainda existe um outro tipo de mecanismos designados por autoreceptores de serotonina, que actuam como termostátos, regulando a síntese da serotonina.

A *noradrenalina* pertence à classe de moléculas sinalizadoras designadas por *catecolaminas*, isto é, são simultaneamente hormonas e neurotransmissores, nesta categoria também se inclui a adrenalina, a dopamina e a dopa. As catecolaminas derivam de um aminoácido, a fenilalanina, segundo a seguinte cadeia de transformações (Habib, M., 1989/2000): fenilalanina → tirosina → dopa → dopamina → noradrenalina → adrenalina. A actividade da ATPase (Skov, 1960, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976), depende das concentrações de Na^+ e K^+ , e regula o transporte das catecolaminas. A noradrenalina encontra-se no sistema nervoso vegetativo (também designado por autónomo (Lello, J., & Lello, E., 1977), subdividindo-se em sistema nervoso simpático e sistema nervoso parassimpático (Macey, R., 1974/1977)) e no sistema límbico (parte subcortical e cortical, evolutivamente mais antiga, situada na face interna dos hemisférios (Damásio, A., 1994/2000; Habib, M., 1989/2000)). Ao nível do cérebro desempenha um importante papel na regulação da vigília e do sono. Nos deprimidos há uma diminuição da concentração de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) na urina (Bergsmann, 1959, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976), o que dá conta de uma anomalia no metabolismo destas substâncias.

Há que referir as propriedades eléctricas dos neurónios. No estado de repouso, o neurónio possui uma carga eléctrica negativa no interior da membrana celular, e

positiva no exterior desta, como acontece com as outras células do organismo (Habib, M., 1989/2000). A diferença de concentração de iões positivos (principalmente de sódio e de potássio), nos líquidos extra e intra celulares, deve-se a um mecanismo designado por 'bomba de sódio'. Os sinais nervosos resultam, assim, de modificações do potencial de repouso. As variações electrolíticas afectam o funcionamento cerebral provocando ora uma variação da excitabilidade dos neurónios, ora uma variação na produção de monoaminas (Coppen, 1967, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976). Na depressão endógena aparece um aumento da retenção do sódio (Coppen, 1969; Baaer et al., 1970, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976), e uma diminuição do potássio total e da sua concentração intracelular (Coppen, 1969, citado por Gaillard, J.-M et al, 1976). Registam-se, ainda, variações ao nível do cálcio e do magnésio (Coirault et al 1959, citado por Gaillard, J.-M. et al, 1976).

Associado à depressão encontramos as chamadas *hormonas do 'stress'* (Wolpert, L., 1999/2000). Considerando o 'stress' como uma resposta sistémica relacionada com o corpo e a mente (Coelho, R., 2000). Esta resposta é dada a qualquer exigência excessiva, quer física ou psicológica, que vai desde o medo a acontecimentos de vida (Wolpert, L., 1999/2000). A resposta ao stress engloba o sistema nervoso simpático e o sistema endócrino. A interacção entre o hipotálamo, pituitária e supra-renais constitui o *sistema HPA*, com a seguinte configuração: o 'stress' age sobre o hipotálamo que segrega *corticotrofina* (CRF) no sistema circulatório da pituitária, o CRF que, em segundos, força a pituitária a libertar a hormona *adrenocorticotrópica* (ACTH), que desencadeia a libertação de *adrenalina* e *cortisol* pelas supra-renais. Ora, os glucocorticoides, como a hidrocortisona e o cortisol, são hormonas com grande influência na síntese da serotonina. Em particular, o cortisol, cujos níveis são normalmente elevados de manhã e baixos à noite, a alteração da sua concentração tem como efeitos, ao nível do cérebro, a destruição de neurónios do hipocampo, o que conduzirá a deficiências de memória. Nos deprimidos, o CRF existe numa concentração elevada no fluido espinal (Wolpert, L., 1999/2000) o que leva a um aumento de cortisol e, por vezes, a consequentes falhas de memória. Por outro lado, nos deprimidos, a hormona *droeipiandrosterona* (DHEA) que parece contrariar alguns dos efeitos do cortisol, encontra-se em baixas concentrações.

As *hormonas sexuais* também sofrem alterações na depressão. Na mulher, as alterações relacionadas com o ciclo menstrual, e, após um parto, principalmente, aparece uma *coloração depressiva*, possível resultado da redução de hormonas sexuais, como o *estradiol*. Levanta-se a hipótese do estradiol e da testosterona actuarem sobre a serotonina (Wolpert, L., 1999/2000).

A *hormona do crescimento*, libertada pela pituitária, e existente nas crianças e adultos, apresenta um concentração irregular nos deprimidos. Também a tiróide parece apresentar um funcionamento desajustado nestes casos (Wolpert, L., 1999/2000).

O *sistema imunitário* é afectado pelo stress, correspondendo a uma redução das defesas (Coelho, R., 2000; Habib, M., 1989/2000). O sistema imunitário, encontra-se presente em todo o organismo, é constituído por *estruturas linfóides* (Habib, M., 1989/2000), isto é relacionadas com a linfa, na qual se encontram o plasma e os glóbulos brancos. Desta forma, as estruturas que formam o sistema imunitário são responsáveis pela elaboração de elementos celulares e humorais com capacidade para combater os agentes infecciosos. O sistema nervoso pode afectar o sistema imunitário de duas formas (Habib, M., 1989/2000): indirectamente, através da libertação de hormonas, nomeadamente a hormona do stress; e, directamente, por meio das conexões nervosas que unem o cérebro aos órgãos linfóides.

A possibilidade, hoje em dia, de observar o cérebro em organismos vivos, permite um maior conhecimento quanto à evolução e funcionamento cerebral, através da localização de lesões (Habib, M., 1989/2000). Trata-se de técnicas como o scanner de raios X (ou tomografia computadorizada – CT) e a imagiologia por ressonância magnética (IRM). Uma nova técnica de imagiologia cerebral, a tomografia por emissão de positrões (TEP), dá-nos imagens não só morfológicas mas, também, metabólicas.

Através das técnicas de imagiologia podem associar-se regiões específicas do cérebro à depressão (Wolpert, L., 1999/2000). De acordo com esta técnica verifica-se que: na depressão grave o córtex médio-orbital sofre um aumento de actividade; as regiões dorsolaterais do córtex pré-frontal têm actividade reduzida nos deprimidos e maníaco-deprimidos; a região subgenua (atrás do nariz) também reduz a sua actividade nos deprimidos; a amígdala sofre um aumento do fluxo sanguíneo; na depressão major há

uma diminuição das dimensões do córtex pré-frontal subgenual o que se atribui a uma diminuição das células de suporte, a glia.

2.1.2.2. Os fármacos

O tratamento da depressão através de *fármacos*, incide no aumento da quantidade de neurotransmissores no cérebro, como sejam, a noradrenalina e a serotonina (Baldessarini, Ross J. ,1996 e Wolpert, L., 1999/2000).

Nos anos 40 aparece o primeiro *tricíclico*, resultado de uma experiência levada a cabo por Häfliger e Schindler, com fármacos anti-histamínicos, sedativos, analgésicos, e destinados à doença de Parkinson. Trata-se da *imipramina* que tem uma estrutura química tricíclica, daí o nome generalizado dos fármacos deste tipo. A imipramina inibe a captação por parte do neurónio, da noradrenalina, da serotonina e da dopamina, ligando-se aos receptores destas substâncias, bloqueando desta forma a sua captação, o que resulta num aumento da sua concentração. O bloqueio do transporte da dopamina conduz a uma actividade estimulante, enquanto a inibição de captação de serotonina e noradrenalina levam a uma actividade antidepressiva (Baldessarini, Ross J. ,1996). Por outro lado, os tricíclicos também se podem ligar a outros receptores que utilizam a acetilcolina, o que poderá estar na base de efeitos secundários como sejam a obstipação e a sensação de desmaio.

A imipramina, a anitriptilina e seus derivados, designados por N-desmetila, são tricíclicos que, desde os anos 60, são utilizados como antidepressivos.

Dos inibidores de recaptção de noradrenalina (Baldessarini, Ross J. ,1996), destacam-se dois tipos de tricíclicos: *com amina terciária*, a amitriptilina, a clomipramina, a doxepina, a imipramina, e a trimipramina; e os tricíclicos com *amina secundária*, a amoxapina, a desipramina, a maprotilina, a nortriptilina, e a protriptilina.

Quanto aos tricíclicos com amina terciária, todos têm efeitos sobre a noradrenalina e a serotonina. Como efeitos colaterais aparece a sedação, boca seca e turvação visual, hipotensão, efeitos cardíacos, e convulsões, classificados numa graduação de 'moderada' ou 'moderadamente grave' (Baldessarini, Ross J. ,1996), há ainda um ganho de peso 'moderado' ou 'brando' no caso da clomipramina. Todos os efeitos colaterais

mencionados são classificados como 'brando' ou 'moderado' no caso dos tricíclicos com amina secundária. Estes actuam sobre a noradrenalina, sendo que a amoxapina também actua sobre a dopamina.

Em 1951, ao investigar-se o tratamento da tuberculose, descobre-se que a iproniazida, um *inibidor da enzima monoamina oxidase, IMAO*, tem efeito antidepressivo. Este fármaco foi retirado do mercado em 1961 (Wolpert, L., 1999/2000) uma vez que provoca graves lesões no fígado. Outros inibidores da monoamina oxidase são hoje utilizados (Baldessarini, Ross J., 1996), a fenzina, a tranilcipromina e a selegilina. Actuam sobre a noradrenalina, a serotonina e a dopamina. A fenzina e a tranilcipromina têm efeito 'brando' sobre a sedação e ganho de peso, e efeito 'moderadamente grave' (a fenzina), 'moderado' (a tranilcipromina) e 'brando' (a selegilina) sobre a hipotensão.

Os *ISRS, inibidores selectivos de recaptção de serotonina*, aparecem em 1987, sendo mais selectivos que os outros antidepressivos, quanto às moléculas a que se ligam, daí apresentarem menos efeitos secundários. O hidrocloreto de fluoxetina é um composto semelhante à serotonina, que compete com esta na sua captação por parte do neurónio, permitindo desta forma maior concentração de serotonina no meio.

A fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina são *ISRS* que actuam sobre a serotonina. A venlafaxina, também um *ISRS*, além de ter efeito sobre a serotonina também tem sobre a noradrenalina.

Os *ISRS* têm efeitos colaterais 'desprezíveis' ou 'mínimos' (Baldessarini, Ross J., 1996).

Existe também um outro grupo de antidepressivos denominados '*atípicos*' (Baldessarini, Ross J., 1996), onde se enquadra: a *bupropiona, Inibidor Selectivo de Recaptção de Dopamina (ISRD)* (Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Soares, M. B. M., 1999), que actua sobre a dopamina e a noradrenalina, podendo provocar convulsões com bastante gravidade; a *nefazodona* actua sobre a serotonina e provoca sonolência, tal como a *trazodona*, ambos são classificados como *Inibidores de Recaptação de Serotonina e antagonistas alfa-2 (IRSA)* (Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Soares, M.

B. M., 1999); a *reboxetina* e a *viloxazina* são *Inibidores de Recaptação de Noradrenalina (ISRN)* (Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Soares, M. B. M., 1999), actuam sobre a noradrenalina e têm actividade antagonista alfa-2, os efeitos colaterais são considerados de intensidade moderada; a *mirtazapina* é um *Antidepressivo Noradrenérgico e Específico Serotoninérgico (ANES)* (Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Soares, M. B. M., 1999), actua sobre a noradrenalina e a serotonina e é um antagonista de auto e hetero-receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos e antagonista 5-HT2 e 5-HT3 pós-sináptico, como efeito colateral relevante apresenta sedação excessiva.

Os efeitos biológicos dos antidepressivos dão-se em poucas horas, mas os efeitos sobre a depressão são mais longos: 6 semanas para os IMAO, e 3 semanas para os tricíclicos e ISRS. Tal poderá relacionar-se com a grande sensibilidade dos receptores de serotonina, sobre a qual actuará o antidepressivo, de modo a diminuí-la (Wolpert, L., 1999/2000).

A inactivação e eliminação dos antidepressivos varia entre 7 a 10 dias nos tricíclicos, algumas semanas para os ISRS, uma a duas semanas para os IMAO, e 6 a 18 horas para o atípicos.

Após um tratamento com um antidepressivo, a necessidade desta substância na célula diminui, porque o neurónio tem a capacidade de aprender, o que se deve a uma grande variabilidade na organização e reorganização das sinapses (Habib, M., 1989/2000). As extremidades nervosas podem estabelecer diversas conexões transitórias e, ao longo do tempo, podem seleccionar as que permanecerão e eliminar as que não interessam.

2.1.3. A compreensão da depressão

2.1.3.1. A perda

Perceber a depressão, é tentar encontrar uma lógica, um encadeamento de pensamentos, sentimentos e comportamentos que se manifestam sob diversas formas, umas mais claras que outras, no deprimido.

Freud, em *Luto e Melancolia* (1917), descreve a melancolia, termo que hoje corresponde à depressão grave, como “um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima”, diferenciando-a do luto numa única característica em termos sintomáticos: a ausência da perda de auto-estima no luto. Para Coimbra de Matos (comunicação pessoal a 07.04.2001) em ambos os estados, na depressão há um sentimento de perda, e o que se perde é o amor do outro, enquanto no luto se perde o outro. O enfraquecimento do ego é nítido no deprimido, uma parte dele, a doente, será a que se critica e auto-pune.

A *perda do amor do objecto* dá-se através de um movimento de deslocação das recriminações ao objecto amado para o próprio eu, o que representa uma identificação ao outro, que abandonou, e conduz à coexistência, no eu, do objecto que abandona e do objecto abandonado. Mas porque acontece desta forma? Freud (1917) levanta duas possíveis explicações: a forte fixação ao objecto amado, e a baixa resistência da catexia objectal. Assim, por alguma razão, a pessoa liga-se excessivamente a determinado objecto, mas a energia de ligação é baixa porque o objecto não é desejado como diferente mas sim como compensação de uma falha narcísica, daí a energia “retroceder para o narcisismo”. O investimento no outro não é, verdadeiramente, no outro, é no próprio, daí o movimento de dentro para fora no sentido de despender energia a se ligar ao objecto, ser, na realidade, um movimento de ida e volta. Freud (1917) localiza este tipo de investimento libidinal na fase oral narcísica, canibalista. É como se o sujeito regredisse, quanto ao modo como investe na relação com o outro, a uma fase do

desenvolvimento em que o outro era absolutamente necessário para o crescimento e até para a sobrevivência do bebé dependente da mãe.

A explicação que Freud (1917) estabelece para a interiorização do objecto abandonado e para o objecto abandonante é, para Coimbra de Matos (comunicação pessoal a 07.04.2001) uma razão contraditória, forte e fraca. Nas duas razões de Freud, Coimbra de Matos reformula: por um lado, uma fixação à representação do objecto perdido e ao desejo não satisfeito, porque a relação ficou aquém do desejo e da fantasia, porque não foi suficientemente amado e correspondido; por outro lado, há uma dificuldade de deslocamento para outro objecto como consequência da fixação no objecto perdido. Coimbra de Matos, apresenta uma outra razão: o sujeito é dependente mas não está amorosamente ligado, depende porque necessita e não tem outrem. É dependente como alguém é dependente de uma luz fraca na escuridão, embora desejasse uma luz melhor.

A ambivalência resulta da coexistência de amor e ódio relativamente ao mesmo objecto, gera um conflito importante no deprimido. Como se trata de um objecto interno, tanto o amor como o ódio são dirigidos ao self, ou a partes do self, o que origina comportamentos de auto-punição e poderá conduzir à tendência ou mesmo ao suicídio. Esta luta é um processo inconsciente, com tradução directa no consciente. Em *Nossa Atitude para com a Morte* Freud (1915) diz: “O nosso inconsciente é tão inacessível à ideia de nossa própria morte, tão inclinado ao assassinato em relação a estranhos, tão dividido (isto é, ambivalente) para com aqueles que amamos, como era o homem primevo.”

Uma hipótese que se pode formular, relativamente às *tendências* suicidas, é a de que uma parte do eu esteja sujeita aos impulsos inconscientes de assassinato, só que o objecto a assassinar é o próprio eu. No fundo, eu mato aquele que tenho dentro de mim, que foi introjectado como mau, e que me fez mal, só que ao matar esse tal objecto, porque ele faz parte de mim, estou a matar-me, aliviando desta forma o sofrimento de conviver com algo tão desconfortável, desagregante, e até sádico no sentido em que me faz mal, para mim.

Em *Luto e Melancolia* (1917), Freud levanta ainda uma terceira pré-condição para a melancolia além da perda de objecto e da ambivalência, fala da *regressão da libido ao*

ego, o que se traduz por: de alguma forma, o ego desiste do objecto matando-o, o que conduz à libertação de energia a aplicar noutras ligações, energia essa que leva à luta pela vida. Passa por uma fúria contra o objecto e/ou denegrir o objecto com a vitória do eu sobre este.

Bibring, E. (1959), citado por Grinberg, 1963/2000, distingue *depressão simples* de *depressão grave* ou *melancólica*. A primeira aparece de forma ligeira e manifesta-se num desgaste de energia do Eu. Na melancolia, existe uma lesão narcísica e recompensação ao nível da oralidade através da identificação à agressão do objecto, é como se se *introjectasse* essa agressão, *engolisse* a agressão e o próprio objecto, e daí retorno desta agressão para o próprio. A depressão simples insere-se num quadro de crescimento onde há maior facilidade de mudança de objecto, enquanto a depressão melancólica corresponderá a um estado patológico.

2.1.3.2. A culpa

A *culpa* é um sentimento que anda a par com a depressão. Traduz-se numa necessidade de castigo (Grinberg, L., 1963/2000). Para M. Klein os sentimentos de culpa aparecem devido à voracidade do bebé, devido à sua necessidade, vital, de se alimentar do leite materno, e não só de se alimentar mas também comendo o próprio seio, o que conduziria à destruição da fonte de alimento, e em sentido amplo à destruição da mãe. Trata-se da emergência, aparecimento, ou nascimento, de um Super-Eu sádico e persecutório, devido à introjecção orbital do mau objecto, o que podemos encontrar nas depressões graves, onde é o Super-Eu a instância predominantemente doente, principalmente na sua relação com o Eu e no modo como o trata.

“Não sou suficientemente bom, por isso mereço ser castigado.” (adaptado de Grinberg, L., 1963/2000), constituirá o conteúdo psicológico da culpa. Ora, quem diz *não sou bom* é o objecto introjectado, enquanto o Super-Eu, sádico, funciona como objecto externo, orbital (criado pela introjecção do mau objecto externo) que obriga a um castigo do Eu, daí a necessidade constante de expiação de um pensamento ou acção com carácter agressivo.

Freud (citado por Grinberg, L. 1963/2000) estabelece duas origens para o sentimento de culpa: o medo da autoridade; e o medo do Super-Eu. A primeira conduz à renúncia da satisfação pulsional que é uma forma de expiação, o renunciar os impulsos. A segunda leva ao castigo que se poderá traduzir por auto punição.

As consequências do sentimento de culpa, castigo ou renúncia, resultam de um medo de perda de amor do outro, medo de perda de amor e protecção do Super-Eu, o que se liga à interiorização de figuras de autoridade, no fundo, medo de perda de amor dos pais. É portanto inevitável relacionar o sentimento de culpa com o Complexo Edipiano, onde o desejo pelo sexo oposto, representado pelo pai na rapariga, ou a mãe no rapaz, implica a rejeição e até eliminação ou morte do elemento do mesmo sexo. A emergência deste sentir, toma a forma de retaliação, por medo de perda de amor do outro. Já não sou eu

que não o amo, não sou eu quem abandona, é o outro que não me ama e me abandona. Já não sou eu que matarei, mas serei morto porque desejei matar.

Enquanto a culpa se liga a uma possibilidade de sucesso, a depressão surge da certeza do fracasso. Sucesso e fracasso andam sempre a par. Um só existe se e só se o outro existe. Poder-se-á então falar de uma culpa precoce? Racker, E. (citado por Grinberg, 1963/2000) designa por *situação depressiva primária*, a situação de catástrofe, a vivência de destruição, ou o resultado de algo persecutório. Esta situação depressiva primária associa-se à própria morte, e apenas os resultados subsequentes a esta experiência serão observáveis através das frustrações e traumas. *O momento do nascimento* retracts a *situação depressiva primária* (Grinberg, 1963/2000), há a separação da mãe que culmina com o corte do cordão umbilical, e há a perda de partes do próprio Eu, nem que seja ao nível inconsciente, como sejam as membranas fetais, ou mesmo a perda da própria mãe. Nesta altura o bebé está completamente dependente do outro, o seu Eu é muito rudimentar. À medida que se vai fortalecendo, poderá lidar com objectos totais e poderá integrar num só objecto o *amor* e o *ódio*, síntese esta que permitirá ultrapassar outras situações de ambivalência e frustração sem que haja desagregação, e somente o crescimento pela vitória do amor, isto é de Eros sobre Tanatos.

Winnicott, D. W. (1962), citado por Grinberg, 1963/2000, estabelece um *ciclo* que dá conta da crescente *capacidade para sentir culpa*: 1- *experiência pulsional*, em que o sujeito vive sentimentos de amor e ódio; 2- *aceitação da responsabilidade* da experiência pulsional que origina a culpa; 3- *elaboração, mentalização e transformação* desta culpa; 4- *restituição, reparação ou recuperação* do objecto sobre o qual a experiência pulsional actuou. Qualquer falha neste ciclo poderá introduzir défices, enfraquecer, ou anular a capacidade para sentir culpa.

A *sublimação*, relacionada com a fertilidade ou acto criativo, resulta de uma saída airosa dos estados depressivos, como mecanismo reparador, reconstrutor e estruturante do desenvolvimento emocional, o que permite o acesso ao simbólico através da inibição, repressão e deslocamento, entre outras formas de defesa, dos impulsos. A capacidade de abstracção e o estabelecimento de novos laços ligam-se a esta saída da depressão, como forma de criatividade, por um lado, e de luto do objecto perdido,

inicialmente idealizado, e resultante de confusão entre o interno e o externo, entre o real e o imaginário, entre o princípio do prazer e a realidade (do prazer possível). Em oposição à sublimação encontramos, não a reconstrução e recriação do objecto, mas um controlo onnipotente do objecto, não vá este virar-se contra o Eu e destruí-lo, o que se traduz numa defesa maníaca, através de uma constante reparação no sentido de evitar os sentimentos de culpa e o sentimento de perda de um objecto, que é desvalorizado para que se possa diminuir a ligação afectiva a este. No fundo, a culpa estará sempre presente, de modo inconsciente, portanto não mentalizada, o que levará a um *ciclo de estrago – reparação*. Estes mecanismos maníacos incluem, entre outras defesas, a negação, a dissociação, a idealização e a identificação projectiva.

Para Coimbra de Matos (comunicação pessoal a 07.04.2001) a *culpa resulta de duas origens convergentes: (1) a idealização do objecto*, com a tendência associada de o desculpabilizar; e a (2) *indução da culpa pelo objecto* o qual ao mesmo tempo se idealiza e faz idealizar. O sujeito projecta a sua bondade e introjecta a maldade do objecto, trata-se de um processo de inversão da experiência vivida em que o sujeito é sancionado e influenciado pelo objecto. É, simultaneamente, um processo de despojamento da sua bondade e assimilação da maldade do outro, o que conduz a um erro de avaliação da realidade por parte do depressivo: “eu sou mau (e não o objecto) e por isso mereço ser castigado (e não o objecto)”. Há um erro de lógica (cognitiva) da apreciação da realidade – erro que é induzido pelo objecto, o qual projecta a sua culpa no sujeito e absorve a bondade deste. A relação depressígena (causadora de depressão) consiste precisamente em: o objecto patológico e patogénico da depressão (o objecto depressígeno ou agente depressígeno) culpa o sujeito e idealiza-se a si mesmo – é um objecto *projectivo* (que age por identificação projectiva, libertando-se da sua maldade / agressividade acusando o outro – objecto paranóide) e *narcísico* (idealizando-se e captando a idealidade - qualidade do que é ideal - do outro). Há depressão porque há objecto depressígeno: que não desculpa mas culpa o outro, que não ama mas capta o amor do outro; é um objecto culpabilizante e desamante. Por isso, a culpa depressiva é uma culpa patológica e ilógica (não é normal porque resulta de um erro de lógica). É este erro que o terapeuta tem de corrigir através da recuperação da idealidade perdida na idealização do objecto e inculpação do objecto, procedendo-se, assim, a uma inversão do processo patológico.

Coimbra de Matos define ainda o objecto depressígeno como um objecto *inferiorizante*, que inferioriza o sujeito (engrandecendo-se a si próprio), ou *desnarcisante*: “eu sou o maior, tu és o menor” – é como o objecto depressígeno raciocina. No seu grau máximo trata-se de um objecto humilhante; assim como o objecto culpígeno, no seu grau máximo, é um objecto torturante.

Para o mesmo autor, não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade, porque a retirada de amor pelo objecto – a causa principal da depressão – é só por si desnarcisante, daí que o sintoma próprio da depressão seja a baixa auto-estima. Aqui, distinguimos o luto onde não há perda da auto-estima (a não ser no luto infantil, em que a perda do objecto é sentida, ou tende a ser sentida, como prova de desafecto – “se partiu – mesmo por morte – é porque não gostava o suficiente de mim”; mesmo em adultos pode aparecer um luto patológico com um carácter de depressão – quando o enlutado pensa que o objecto que morreu, se deixou morrer, porque não gostava do sujeito; tal não quer dizer que todas as depressões sejam lutos patológicos, na maior parte das depressões o objecto não abandona o sujeito por causa extrínseca, mas sim por causa intrínseca: *desamor pelo sujeito*). A distinção entre luto – perda do objecto, e depressão – perda do amor do objecto, mantém-se válida e essencial para a compreensão da depressão.

Coimbra de Matos distingue, ainda, a depressão propriamente dita, com introjecção da malignidade, e *depressão limite* (borderline) ou *depressão anaclítica*, por perda do objecto de apoio – que corresponde a um sentimento de desamparo, por abandono / perda do objecto, e se liga essencialmente a uma angústia de separação. Trata-se de uma depressão inscrita numa estrutura borderline e não numa estrutura depressiva. É uma situação de *helplessness* (falta de auxílio) e não de *hopelessness* (falta de esperança), como acontece na verdadeira depressão, por abandono afectivo. Esta depressão (falsa porque não corresponde a uma estrutura depressiva) de desamparo aparece numa estrutura psíquica em que ainda não foi organizada a construção do bom objecto interno, logo não há memória de evocação, aparecendo assim uma grande dependência do objecto de vinculação. Na depressão limite domina o desamparo e o vazio, e não o sentimento depressivo de falta de amor e nostalgia com conservação e até hiperinvestimento da representação do objecto perdido enquanto objecto de amor, como na verdadeira depressão.

2.1.3.3. O tempo

O *problema da temporalidade* é algo com que se depara o deprimido. Minkowsky (1933), citado por Widlöcher, D. (1983/1995) chama mesmo à depressão uma *doença do tempo*. O passado, o presente e o futuro não têm uma sucessão lógica. O inconsciente, onde o tempo passado, presente e futuro são coincidentes, domina de tal ordem o Eu e o Supereu, que mascara a realidade com um passado mau, e quando bom, não é para o sujeito da sua autoria, um presente volátil e uma ausência de futuro ou mesmo se existir será com coloração negra. O tempo passado, registo de relações internalizadas pelo sujeito, invade de tal forma o tempo presente que o anula como realizador e actualizador dos projectos. O sujeito vive uma espécie de tempo *eterno*, onde o passado se funde com o futuro sem que o influencie de modo construtivo. Não há princípio, *nascimento*, nem fim, *morte*. Há apenas um estado de sofrimento e de dor mental que impede qualquer projecção criativa de saída para um impasse que se afigura como dominador e degradante para o sujeito. A consciência deste estado de desvalor, de impotência, muitas vezes de vazio, permitirá uma tomada de contacto com as partes negativas, ou sentidas como más do Eu, confrontar-se-á com o seu próprio ódio. Esta consciência, será um passo para a mentalização e elaboração da culpa que poderá surgir visto se considerar tão mau. A saída da culpa, que já implica uma perspectiva de futuro através da luta pelo próprio self, pela sobrevivência e pela vida – Eros, encerrará em si uma mudança que só será possível pela introdução de um futuro, e recuperação das boas partes do um passado.

No crescimento, na maturação, no estar vivo, todos os dias surgirão perdas, respostas do Eu que implicarão estados depressivos ou mesmo depressão. Mas quando há o registo de que *o caminho de volta é conhecido*, quando já se abriram algumas portas do inconsciente que se deram a conhecer ao Eu, este já sabe, porque hoje consegue olhar para o passado sem o confundir com o presente, consegue preservar-se sem se deixar danificar, porque está forte neste presente, e já lida com um Supereu que internalizou os pais desejados como bons e adequados, capazes de amarem, daí, ele capaz de amar, e de receber amor. Nesta altura, o sujeito será capaz de projectar no futuro os seus desejos

confrontando-os com o princípio do prazer e o princípio da realidade, e encontrar um ponto de intersecção que representará a concretização possível, traduzida pela sua criatividade ao serviço do seu Eu, que já é capaz de gerir o amor e o ódio pertencentes a si próprio e transformá-los de modo criativo em *agressividade construtiva*. Neste momento, o sujeito já se *responsabiliza* verdadeiramente pelo seu passado, pelo seu presente e pelo modo como pode influenciar e construir o futuro, atendendo e respeitando as suas próprias limitações pois já não precisa de se endeusar ou mesmo reduzir-se a uma condição miserável uma vez que já se pensa e age de forma não onipotente, por isso, competente. Não precisa de se deixar dominar pelo objecto nem de ser dominado pelas projecções que colocou neste, porque o integrou como inteiro, carregado de aspectos positivos e negativos numa síntese construtiva.

2.1.3.4. Aquém da depressão

Coimbra de Matos (1980) clarifica o estudo da depressão, estabelecendo três tipos:

- 1- *Depressão reactiva*, como forma de depressão normal ou *fenómeno de luto*, que se traduz pela perda do objecto amado, enquadrada numa estrutura de personalidade genital (ou pós-edipiana). Trata-se de ter a capacidade de elaborar um trabalho de luto, equivalente a um sinal de saúde mental. A esta possibilidade de se poder deprimir o autor designa de *depressibilidade*;
- 2- *Depressão patológica*, que se instala quando as relações objectais têm um cariz essencialmente narcísico, o que torna o sujeito demasiado sensível à perda de amor e protecção do objecto interno, que funciona como prolongamento do próprio, daí, ao perder o objecto o sujeito sente que perdeu parte de si. Trata-se de uma depressão pré-genital;
- 3- *Depressividade*, ou disposição depressiva ao longo do tempo, aborrecimento, desinteresse pela realidade, afecto depressivo latente que resulta de um conflito entre os objectos introjectados, pré-genitais, orais e narcísicos, e o Eu, ao desejar separar-se, individualizar-se da simbiose a estes objectos, no fundo, autonomizar-se. Os objectos introjectados pressionam o Eu de forma a esgotá-lo, num constante esforço para não se deprimir, no sentido de não se deixar abater. Trata-se de uma luta de crescimento, entre o pré-genital e o desejo do genital, que passa por uma falha ao nível da organização da fase anal homossexual, na sua fase de *receptividade activa e libidinal*, isto é, na fase em que o sujeito poderá encarar a mudança de objecto como algo a investir, daí a introjectar sem receio de perda do amor do objecto inicial, sentindo este segundo como complementar do primeiro, o que resulta da introdução do pai na relação mãe-bebé, e estará na base do erotismo anal: o pai já não virá alimentar como a mãe, mas aparecerá como elemento separador, o que implica uma separação, individuação e diferenciação dos objectos internos que de modo saudável não seria sentido como perda de partes do próprio (as fezes como primeiras criações, não sentidas como perdas do próprio.).

Na clínica, encontramos frequentemente os estados de *depressividade* nas manifestações psicossomáticas, onde é evidente um desequilíbrio entre narcisismo/auto-erotismo, imaginário/pragmático operacional, e a libido narcísica/libido objectal. Coimbra de Matos (1999), parte da hipótese de que na base da pré-disposição para a patologia psicossomática está um insuficiente investimento por parte dos pais no bebé, enquanto ser único e especial. O ter sido e/ou ser único e especial é determinante numa auto-estima estável, e no narcisismo essencial que se estrutura entre os 3 e 8 meses. Ora, tanto a auto-estima como o narcisismo essencial implicam a coesão do self, do psíquico e do corpo, como uma unidade. Tal só será possível quando a criança recebe um olhar apaixonado, um banho de afecto, banho de amor por parte da mãe ao identificar nesta o encanto que se desenha no seu rosto. Daí a possibilidade de aprender a ter noção do próprio rosto por identificação com o rosto da mãe e por detectar no rosto da mãe o espelho de amor que lhe suscita, nascendo, assim, a capacidade para ser amado - *a amabilidade*. A importância do rosto na relação humana é crucial, quer ao nível interpessoal, quer ao nível da intersubjectividade.

A personalidade do psicossomático fica *aquém da depressão*, numa *depressividade*, trata-se de um abatimento generalizado. Perante crises, o sujeito não se deprime no sentido de mentalizar e/ou elaborar a depressão, mas deprime no sentido de diminuir, enfraquecer as funções biológicas, principalmente ao nível do aparelho imunitário, e falhas nos sistemas auto-reguladores neuro-endócrinos e instintivo-afectivos. É o que Coimbra de Matos (1999) designa por *depressão falhada* (não elaborada). Aqui, o sujeito não tem hemorragia narcísica, isto é, o sujeito não sente sequer que deu mais do que recebeu, o que implicaria a raiva e proporcionaria a mudança. Estar *aquém da depressão* é estar *aquém do sentimento de abandono*, da perda e da falta de afecto, pois em bebé nunca foi afectivamente investido, daí, nunca teve para deixar de ter, o que conduz a uma colagem ao real, com inibição da fantasia em prol do pensamento e funcionamento operatório. Na análise prolongada, tal como a psicanálise e a grupanalise, quando se toca a depressão primária, depressão essencial, depressão sem rosto, o sujeito em análise tem um sentimento de catástrofe, e qualquer mudança a implementar será igualmente sentida como catastrófica e ameaçadora da integração do próprio.

A importância da vida mental, da capacidade de sonhar, da capacidade para elaborar, funciona como atmosfera do corpo, protecção e fronteira, definição de limites e limitações entre o dentro e o fora, entre mim e o outro, entre o estar *separado* e o estar *indiferenciado* (fundido, em simbiose, ou colado).

Na base da patologia mental estão sempre factores afectivo-relacionais que se instalam no par sujeito-objeto conduzindo a um impasse afectivo. As necessidades do sujeito poderão ser ou não satisfeitas através da resposta do objecto, representado pelo outro na fase inicial da vida. Esta resposta organizar-se-á em satisfação e/ou frustração suficientes, sendo que a frustração será estruturante quando conduz ao nascimento do desejo, que se multiplicará e conduzirá ao desejo do desejo do outro.

2.1.3.5. Conclusão

No nosso planeta só existe vida porque existe atmosfera, tal como o nosso corpo como organismo vivo só ganha sentido pela atmosfera psíquica que o alimenta. Raciocinar, decidir, sentir as emoções, só é possível na interacção dinâmica entre mente e corpo, entre um organismo e outro ou outros organismos.

Ora, nós seres humanos todos temos em comum um elemento: temos vida, isto é, nascemos, crescemos, reproduzimo-nos e morremos. Neste percurso, as perdas e os ganhos são uma constante, mas a maneira como vivenciamos estas transformações é que nos poderá ou não enriquecer, construir e estruturar.

Deprimir faz parte do nosso crescimento, mas o modo como deprimimos é que está intimamente ligada ao nosso funcionamento biológico e relacional.

Neste capítulo busca-se compreender o que é a depressão, atendendo ao modelo de comunicação em rede apresentado por Coimbra de Matos (2000), procuram-se as bases de compreensão das interacções bi e inter-relacionais da dinâmica pentagonal cujos vértices são: sistema emocional, cérebro, sistema endócrino, sistema imune, e sistema nervoso autónomo.

Cérebro, neurónios, sinapses, serotonina, noradrenalina, adrenalina, cortisol, estruturas linfóides, inserem-se na abordagem bioquímica da depressão, directamente associadas à psicologia da depressão.

As vivências que constituem e formam o nosso sistema emocional, no âmbito da depressão, centram-se: na *perda*, no modo como é ou não sentida, no modo como é ou não elaborada, pensada, mentalizada; no sentimento de *culpa*, e sua estreita relação com o Complexo de Édipo; na vivência do *tempo*, em que o passado, é percebido pela memória através da saudade e/ou nostalgia, interage com o presente, onde, da relação do sujeito com o objecto, nasce o espaço de sonho, representado quer pela projecção no futuro, quer pelo enriquecimento do presente e re-significação de um passado; e no que

significa a ausência do sentimento de perda, do sentimento de culpa, e de uma temporalidade, isto é, a *falha depressiva*.

Amar sem ter sido amado, sonhar sem ter sido sonhado, é morrer sem ter vivido. Em comunicação pessoal a 7 de Abril de 2001 Coimbra de Matos reformula esta afirmação do seguinte modo: *Amar sem ter sido amado, sonhar sem ter sido sonhado, é morrer sem ter vivido, ou, melhor delirar; ou Amar sem ter sido amado, sonhar sem ter sido sonhado, é delirar; ou ainda Viver sem amar, nem sonhar, é não viver.*

2.2. Agressividade e violência

Perceber e compreender o comportamento agressivo passa inevitavelmente por encontrar as suas bases biológicas. A distinção entre agressividade e violência assenta na intensidade externa e interna de toda uma dinâmica de processos.

O ser humano constitui o objecto do presente estudo, e nele, como noutros seres, os genes são determinantes do seu desenvolvimento, não só o material genético específico, como a sua interacção com o meio ambiente. A diferenciação genética, celular, e pessoal, condiciona o indivíduo em todos os seus inputs e outputs. O organismo humano está em constante interacção com o meio que o rodeia, todos os inputs e outputs se relacionam com o que ele possui internamente e com o que está fora de si, numa dinâmica inseparável. O material genético, os neurotransmissores, os receptores, e as hormonas, fazem parte de um processo de interacção entre o homem e o meio, o que inclui o contexto, o timing e a história pessoal.

Trata-se essencialmente de encontrar os alicerces da bioquímica da violência, que assentam num ciclo que interliga o funcionamento do cérebro ao meio ambiente. A dinâmica *cérebro – hormonas – resposta ao stress* constitui o núcleo desta abordagem.

Não se procura uma relação de causa e efeito no sentido de encontrar razões que implicam comportamentos violentos, mas inevitavelmente encontramos correlações, isto é simultâneas, entre estes comportamentos e os elementos químicos presentes no organismo.

Porque a agressão vira violência? Porque se agride? Porque a vítima se deixa agredir? São questões que embora tenham motivado a presente investigação ficaram sem resposta clara, tendo-se no entanto encontrado dados que permitiram reformular estas questões noutra mais simples, como seja: O que se passa com as pessoas violentas ao nível da sua bioquímica?

2.2.1. Definição de agressividade e de violência

A agressividade é frequentemente entendida como um comportamento de ataque e ofensivo. Esta noção apresenta-se incoerente na medida em que todos somos agressivos, todos lutamos por uma melhoria da qualidade de vida. Estaremos então todos numa postura de ataque? Sim e não. Sim porque atacamos o meio no sentido de nos adaptarmos, e não quando esse ataque conduz à própria destruição. Estamos a falar de sobrevivência e seu prolongamento, da agressividade enquanto defesa dos recursos, como comportamento social eficaz de integração no meio. A agressividade representa a luta pela vida através da conquista de fontes de sobrevivência como sejam: a distribuição de recursos; a conquista de território; e a conquista de privilégios (Niehoff, 1999). Como ilustração podemos lembrar o que se passa com o leão: tem o seu território bem definido e o macho apresenta o privilégio de não se preocupar em caçar, são as fêmeas que o fazem. Para Lorenz (citado por Niehoff, 1999), a agressão é uma força condutora inata. Neste sentido podemos observar que a agressão requer a existência de estímulos que vêm de dentro do organismo, mas também os estímulos externos, que vêm de fora, do ambiente e obrigam a comportamentos de adaptação. Por outro lado, quando abordamos a agressão, teremos de ter sempre em mente dois elementos: o agressor e o agredido, e aqui podemos levantar a questão: o que leva o agredido a deixar-se agredir? Talvez a sua capacidade de sobrevivência esteja em causa, é apenas uma possibilidade.

Para Kenneth Moyer, 1978 (citado por Niehoff, 1999), a agressão é uma resposta a um estímulo. Este autor apresenta uma classificação causal para a agressão tendo em consideração o tipo e o estímulo: agressão do predador na presença da presa; agressão inter machos na presença de um macho estranho; agressão através de medo induzido como resposta a um ataque, quando a fuga é impossível; agressão por irritação perante uma fonte externa de dor, frustração, ou prejuízo; agressão como defesa territorial na presença de um intruso; agressão maternal quando há uma ameaça aos mais novos, nomeadamente aos filhos; agressão instrumental como sinal de um comportamento que foi em tempos recompensado; e agressão sexual perante um estímulo sexual.

John Archer, 1988 (citado por Niehoff, 1999), define a agressão como a solução para um problema. Trata-se de uma caracterização funcional, aplicável aos humanos, onde o tipo de agressão se relaciona com o problema de ameaça: agressão por protecção perante uma ameaça de ataque físico, de dor; agressão parental por ameaça aos mais novos; e agressão competitiva relacionada com a ameaça ao estatuto ou à partilha adequada de recursos. Na situação de ameaça surgem as reacções de raiva e medo, as quais por sua vez poderão desencadear a resposta agressiva como solução destas emoções, uma vez que perante o medo, três hipóteses surgem: lutar; fugir; ou ficar paralisado.

O temperamento é formado por um conjunto de características fisiológicas e morfológicas que diferenciam os indivíduos entre si e actuam sobre o carácter (Costa, J. A. & Sampaio e Melo, A., s.d.). Trata-se de algo intrínseco ao organismo e marca a sua interacção com o meio. Stella Chess e Alexander Thomas, 1996 (citado por Niehoff, 1999), categorizaram o temperamento das crianças em nove parâmetros relacionados com os estilos comportamentais: 1) *grau de actividade*, tem a ver com o comportamento motor expresso através de uma proporção relativa de períodos de acção e inacção; 2) *ritmicidade / regularidade* que se relaciona com os comportamentos alimentares, de sono e vigília e outros, e a sua predictabilidade; 3) *aproximação / afastamento* perante a resposta inicial a um novo estímulo; 4) *adaptabilidade* como resposta a um estímulo novo ou alterado; 5) *limiar de resposta*, representa o nível de intensidade de estimulação necessário para provocar a resposta; 6) *intensidade da reacção*, como força da resposta; 7) *qualidade do humor ou do temperamento*, designa o balanço entre a quantidade de comportamentos agradáveis e desagradáveis ou pouco amistosos; 8) *distractibilidade*, corresponde à eficácia de estímulos estranhos quanto à interrupção de um comportamento que está a decorrer; e 9) *momentos de atenção / persistência*, que se relaciona com o espaço de tempo que se consegue prosseguir uma actividade e o grau em que esta consegue ser mantida perante uma interferência. Todos estes parâmetros fazem parte de características pessoais, e podem ser influenciados quer por factores internos ao sujeito quer por factores externos. A sua alteração conduzirá a défices na manifestação da agressividade, podendo esta tornar-se inadequada, dando lugar ao aparecimento da agressão mal dirigida, conduzindo à vitimização a à violência.

A violência corresponde a uma agressão dirigida para um alvo errado, no lugar errado, na hora errada, e com a intensidade errada (Niehoff, 1999). Trata-se de um comportamento não adaptativo ao contrário da agressividade que visa a adaptabilidade ao meio. Falar de violência é falar de comportamentos impulsivos que prejudicam o outro de alguma forma. Moralmente podemos estar perante o que se designa por maldade, mas o doente mental não distingue o bem do mal, o certo do errado, é o controlo dos impulsos está em causa, há uma falha relativamente ao respeito das fronteiras entre a agressão aceitável e não aceitável. No entanto não se pode afirmar que alguém nasce violento, nascemos agressivos, mas o modo como canalizamos essa agressividade é que se revela importante na nossa adaptação ao meio. Tal será condicionado por todo o contexto onde nos desenvolvemos, onde teremos de ter em consideração a relação com os pais, a escola, os genes, a moral, os abusos, as rejeições, o stress, a auto-estima, o temperamento, o cérebro, enfim uma série de factores que sendo sempre presentes, condicionam respostas mais ou menos eficazes à adaptabilidade.

Niehoff, 1999, adapta de E. F. Coccaro, R. J. Kavoussi, M. E Berman, et al. (1997), os seguintes critérios que caracterizam a *agressão impulsiva*: episódios recorrentes de agressão verbal ou física para com outras pessoas, animais ou outros; pelo menos dois episódios de explosão por semana durante um mês; nenhuma premeditação; a intensidade do comportamento agressivo é desproporcional face à provocação, por exemplo um sujeito dá um murro noutra e este responde-lhe com um tiro; e provoca no agressor uma instabilidade marcada a qual interfere com o trabalho e relações pessoais.

No DSM-IV (1996) encontramos critérios de diagnóstico para *Perturbação Explosiva Intermitente* semelhantes aos descritos no parágrafo anterior, sendo que acrescenta que as explosões de agressividade nesta perturbação não se devem a perturbações mentais do tipo: Perturbação Anti-Social da Personalidade; Perturbação Estado-Limite da Personalidade; Perturbação Psicótica; Episódio Maníaco; Perturbação do Comportamento; Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Acrescenta que a *Perturbação Explosiva Intermitente* não resulta de efeitos fisiológicos directos de substâncias, como sejam o abuso de tóxicos ou medicamentos, nem de um estado físico alterado como por exemplo no que se passa após um traumatismo craniano. Ora em todos os estados referidos há em comum a disrupção da agressividade muitas vezes sob

a forma de violência, o que nos leva a questionar sobre os mecanismos que estão em funcionamento antes, durante e após estes episódios, independentemente do tipo de perturbação em causa, embora este também condicione a forma como a violência se manifesta, no fundo a qualidade dos estragos daí resultantes.

Ao nível cognitivo pode-se ver a violência como um erro de lógica. Jonh Evenden, 1996 (citado por Niehoff, 1999), subdivide as reacções impulsivas em três tipos de erros: *erros na preparação*, nem toda a informação relevante é tida em conta antes da tomada de decisão; *erros na execução*, há uma desistência antes de atingir o objectivo (que seria o objectivo adequado para a reacção agressiva); e *erros na estimação das consequências*, em que há uma escolha da saída mais rápida. Este último erro é frequentemente influenciado pelo excesso de álcool, trata-se de viver naquele momento o presente sem perspectiva de um futuro, o que interessa é o ganho imediato.

Nos erros de lógica estão em jogo as funções mentais superiores, isto é, aquelas que se relacionam com a razão, a vontade e a emoção. Ora, a percepção de uma ameaça dá-se no cérebro, perante um acontecimento alarmante que perturbe o pensamento há uma reacção emocional a qual activa o sistema nervoso simpático que por sua vez desencadeia respostas defensivas. No cérebro há dois circuitos de tomada de decisão, o primeiro conduz a uma resposta rápida e centraliza-se na amígdala, e o segundo leva a uma resposta mais lenta, o que se dá através do cortex cerebral e do sistema límbico (onde intervém ao cortex frontal, o hipotálamo, e a amígdala), neste tipo de resposta a longo prazo há que considerar as características das principais células cerebrais - *os neurónios*, relacionadas com adaptação, aprendizagem e memória. Assim, a violência resulta de um processo de desenvolvimento entre o sistema nervoso e o meio, com as seguintes componentes: as vias neuronais e suas conexões; os transmissores e receptores de mensagens quer estas sejam eléctricas e/ou químicas; as hormonas; e a resposta ao stress (Niehoff, 1999).

2.2.2. O cérebro

Os erros de captação de sinais pelo cérebro relacionam-se com défices no desenvolvimento cerebral, com a leitura e estabelecimento dos circuitos. A maturação das estruturas do cérebro é de crucial importância no tipo de resposta à ameaça. Robert Pynoos, 1997 (citado por Niehoff, 1999), refere que: até aos 4/5 anos a criança tem uma hiper-reacção às ameaças, procurando a protecção dos pais foge do foco ameaçador; com 8 anos a criança começa a fantasiar estratégias de intervenção perante um perigo; e enquanto um adolescente em presença de um perigo passa ao acto, intervindo, um adulto já pensa e mentaliza a agressão. A fraca maturação das estruturas cerebrais confronta-nos com estratégias defensivas imaturas, onde a mentalização da agressividade não se dá ou é mesmo deficiente, com passagem imediata ao acto, dando lugar à violência.

J. LeDoux, 1996 (citado por Niehoff, 1999), estabelece que para o processamento da informação emocional são essencialmente necessárias três estruturas: o tálamo sensorial; o córtex sensorial; e a amígdala. O tálamo sensorial recebe o estímulo emocional, e considerando uma via inferior de resposta de alerta que constitui o que se designa por *circuito límbico*, a amígdala desenvolve uma resposta emocional, trata-se do que Damásio, 1994, designa por *emoções primárias*. Na via superior de resposta de alerta, o tálamo comunica com o córtex sensorial, estabelecendo o chamado *circuito cortical*, e neste gera-se imagens mentais, *emoções secundárias* (Damásio, 1994) que se relacionam com o pensar antes de agir, só depois da mensagem passar pelo córtex, ela será enviada à amígdala que desenvolverá a resposta emocional. Note-se que em qualquer dos casos a resposta final é elaborada na amígdala, a diferença dá-se no pensar ou não a resposta. A resposta emocional da amígdala é constituída por: respostas internas a nível da amígdala; conduz a respostas musculares; envia sinais autónomos que correspondem a respostas viscerais; leva sinais aos núcleos neurotransmissores e ao hipotálamo; por sua vez o hipotálamo desencadeia respostas endócrinas e outras de origem química as quais se repercutem via sanguínea.

Philip Bard, 1928 (citado por Habib, 1989/2000, e por Niehoff, 1999), removeu o córtex cerebral de gatos domésticos, e estes transformaram-se em verdadeiros tigres enraivecidos. Nesse mesmo ano Walter Rudolph Hess encontrou respostas também de enorme raiva em gatos após estimulação eléctrica do seu hipotálamo (citado por Habib, 1989, e por Niehoff, 1999). Tais experiências vêm ao encontro da grande importância do córtex e do hipotálamo nas respostas agressivas do comportamento.

Um estudo de Volkow e Tancredi, 1987 (citado por Niehoff, 1999), em sujeitos classificados como violentos, revela através do PET (Positron Emission Tomography) uma fraca actividade da região esquerda do córtex frontal, principalmente nos indivíduos que não apresentam culpa e/ou compreensão do significado moral das suas acções.

A amígdala e o córtex frontal interagem continuamente necessitando um do outro de forma vital: a amígdala precisa do córtex frontal para activar a leitura das emoções, e o córtex frontal precisa da amígdala para se expressar. Sem os sinais da amígdala, os inputs, as relações sociais, e as respostas adequadas ao real tornam-se impossíveis. As lesões na amígdala levam à indiferença, à cegueira psíquica, afectiva e emocional. A amígdala parece desempenhar um papel regulador quanto à agressividade (Habib, 1989/2000).

Nos humanos o córtex pré-frontal ocupa um terço da superfície cortical, e está directamente relacionado com a fabricação de ideias, percepção e interpretação, aqui a emoção e a razão interagem. Lesões no córtex pré-frontal levam a reacções impulsivas sem interpretação, nestas condições os sujeitos tornam-se completamente dependentes do meio ambiente sem que tenham a capacidade de o pensar.

2.2.2.1. Neurotransmissores

As *catecolaminas* constituem uma classe de moléculas sinalizadoras, são simultaneamente hormonas e neurotransmissores. Nesta categoria inclui-se a noradrenalina, a adrenalina, a dopamina e a dopa. As catecolaminas derivam de um aminoácido, a fenilalanina, segundo a seguinte cadeia de transformações (Habib, 1989/2000): fenilalanina → tirosina → dopa → dopamina → noradrenalina → adrenalina, sendo os quatro últimos neurotransmissores.

A *dopa* actua como substância estimulante (Lello & Lello, 1977).

A *dopamina* é importante no controlo dos movimentos e da postura. Aumenta perante uma situação hostil. As variações de dopamina conduzem à desregulação da bioquímica do cérebro, e levam a uma sintomatologia de depressão, ansiedade, hostilidade, e agressão intensa.

A *noradrenalina* relaciona-se com a coordenação de respostas de luta e fuga. Nos sujeitos com trauma resultante de violência, nos PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), verifica-se um aumento de noradrenalina na urina, uma diminuição dos receptores de noradrenalina, uma diminuição da actividade da enzima monoamina oxidase e, no geral, o sistema de alarme ao nível do cérebro sofre uma disfunção múltipla (Niehoff, 1999).

A *adrenalina* não age directamente sobre o sistema nervoso central, mas funciona como uma hormona do stress, actuando na periferia sobre as vísceras. Perante uma situação de emergência, a adrenalina segregada pela glândula adrenal, aumenta o ritmo cardíaco, aumenta a respiração e aumenta o metabolismo.

Nos sujeitos impulsivos, que não premeditam o acto de agressão, parece haver correlação entre a diminuição de *serotonina* e a agressão (Niehoff, 1999).

A serotonina, a dopamina, e a noradrenalina, influenciam marcadamente a coordenação da lógica, da emoção, e dos inputs necessários à resposta comportamental na interação social.

Os *peptídeos opiáceos* como sejam as encefalinas e a endorfina têm uma fórmula química semelhante à morfina. Localizam-se no cérebro e desempenham um importante papel sobre a dor, permitindo assim à vítima de agressão atenuar a dor e ganhar tempo para criar estratégias de fuga. Estão também ligados a comportamentos relacionados com: a agressividade; a sexualidade; o controlo dos impulsos; o prazer; e a habituação entre outros.

2.2.3. Hormonas

A palavra *hormona* deriva do grego *hormáō* (por em movimento), e significa excitar ou estimular. As hormonas são secreções internas geradas por diversas glândulas e tecidos endócrinos, trata-se de mensageiros químicos. Encontram-se na circulação sanguínea e exercem a sua acção: em tecidos distantes ou vizinhos (é o caso da insulina); nas próprias células ou tecidos produtores (é o caso das células neoplásicas); sobre as glândulas exócrinas (é o caso da somatostatina); ou ainda sobre outros organismos (como sejam as fero-hormonas) (Albarrán, 2001b). Quando a secreção hormonal se dá no sistema nervoso fala-se de neuroendocrinia.

Quanto à natureza química, as hormonas podem apresentar: uma estrutura proteica, constituída por polipeptídeos, como seja a insulina, o ACTH, o FSH, o LH, e TSH entre outras; uma estrutura esteróide que deriva do colestano, característica das glândulas supra-renais e gónadas; uma estrutura constituída por aminas, sendo o caso das hormonas da tiróide, das catecolaminas, da serotonina, e da melatonina entre outras; ou ainda uma estrutura de ácidos gordos cíclicos como sejam as próstaglândulas (Andia Melero & Paraíso Cuevas, 2001), inicialmente descobertas na próstata encontram-se no entanto em muitos órgãos, ao nível do sistema nervoso podem inibir a libertação de noradrenalina.

As funções do sistema endócrino relacionam-se com a integração, regulação e coordenação do organismo, em conjunto com o sistema nervoso central e o sistema imunitário.

Consideram-se três grandes sistemas de controlo (Albarrán, 2001b):

- 1) *Sistema Nervoso Central e Sistema Endócrino*: as relações estabelecem-se principalmente entre o SNC e o hipotálamo, entre as regulações nervosas da pressão arterial e a condução do sangue às glândulas endócrinas, e ainda mediante a enervação directa às diversas glândulas endócrinas. As terminações nervosas libertam neurotransmissores que influenciam a modulação, estimulando ou inibindo as secreções endócrinas;

- 2) *Hormonas Tróficas e Servomecanismos*: controlam o crescimento e a função das glândulas endócrinas, como acontece com o sistema hipotálamo-hipófise, com o sistema hipófise-tiróide, com o sistema hipófise-gónadas, e com o sistema hipófise - supra-renais entre outros. Os sistemas de retromecanismo, retrocontrolo, retroalimentação, ou de feed-back, correspondem ao controlo da secreção das hormonas tróficas por elas próprias. O controlo pode ser de cinco tipos: directo, entre a tiróide e a hipófise; indirecto ou longo, entre a tiróide e o hipotálamo, é o caso do cortisol; curto, entre as hormonas hipofisárias e hipotalâmicas; ultra-curto, entre as hormonas hipotalâmicas e o próprio hipotálamo; e o controlo específico entre o hipotálamo e o SNC;
- 3) *Metabolitos e Regulação Hormonal*: trata-se de uma regulação de síntese hormonal específica, diferente da anteriormente mencionada. É o caso das hormonas que intervêm no metabolismo do cálcio, como sejam a PTH (hormona paratiroideia), a calcitonina e a hormona D (Díaz Curiel & Rodríguez Santana, 2001). É ainda o caso da insulina e do glucagón no metabolismo do açúcar.

As conexões hormonais mais importantes dão-se entre o eixo SNC-hipotálamo-hipófise e a tiróide, e as glândulas supra-renais, e as gónadas.

O hipotálamo localiza-se por cima da hipófise e funciona como centro coordenador do sistema endócrino. Recebe informação do córtex cerebral e do sistema nervoso autónomo, interpreta estímulos ambientais de temperatura e luz por exemplo, tal como interpreta a contra-regulação endócrina periférica. Intervém nas funções endócrinas de regulação da temperatura, na actividade do sistema nervoso autónomo, e no controlo do apetite.

Como resposta, o eixo hipotálamo-hipófise regula as actividades da tiróide, das supra-renais, das gónadas, e influencia as funções de crescimento, de produção de leite e de equilíbrio hídrico.

Quanto ao eixo hipotálamo-hipófise, o hipotálamo influencia a hipófise principalmente através das seguintes hormonas (Hidalgo, 2001):

- *Hormonas hipotalâmicas estimuladoras da adenohipófise* (a adenohipófise é o lobo anterior da hipófise (Albarrán, 2001a)): hormona libertadora de corticotroifina (CRH), que activa a secreção hipofisária de ACTH (adrenocorticotrofina); hormona libertadora da hormona do crescimento (GHRH); hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH, como sejam a FSH (hormona foliculoestimulante) e a LH (hormona luteinizante)); hormona libertadora de tirotrófina (TSHRH); e os factores libertadores de prolactina como sejam os neurotransmissores (a serotonina e acetilcolina), as substâncias opiáceas, e os estrogéneos;
- *Hormonas hipotalâmicas inibidoras da adenohipófise*: somatostatina (GHRH) que inibe a secreção de GH (hormona do crescimento); e factores inibidores da secreção de prolactina (PRL) onde se inclui o neurotransmissor dopamina.

Os processos hipotalâmicos podem provocar disfunções da adenohipófise e da neurohipófise (lobo posterior da hipófise (Albarrán, 2001a)), ou ainda disfunções não hipofisárias como sejam: alterações do sono; alterações da conduta e das emoções; alterações da regulação do sistema nervoso autónomo; alterações do controlo da sede; alterações do apetite; alterações das transformações calóricas; e alterações do controlo metabólico.

A hipófise é constituída por um lobo anterior - a adenohipófise, um lobo posterior – a neurohipófise, e um lobo intermédio. É sobre o lobo anterior que a actuação do hipotálamo é mais marcante, e vice-versa. A neurohipófise liberta duas hormonas: a vasopressina, hormona antidiurética (ADH); e a oxitocina que se relaciona principalmente com o momento de parto e produção de leite.

Na hipófise encontramos vários tipos de células: células córticotróficas que produzem a hormona corticotrofica (ACTH), a qual estimula o córtex adrenal e é regulada pelo eixo SNC – CRH – ACTH – cortisol; células gonadotróficas que sintetizam e segregam as gonadotrofinas (FSH e LH); células lactotróficas que sintetizam e segregam a prolactina (PRL); células somatotróficas como sejam as da hormona do crescimento (GH) e a

somatotrofina (STH); células tirotróficas como sejam a tirotrófina (TSH); e ainda outras células que não sintetizam hormonas.

A hormona tiroideia desempenha um importante papel no desenvolvimento, nomeadamente na maturação dos diversos tecidos, na maturação do SNC, no crescimento dos ossos, e no desenvolvimento dos intestinos (Bernal, 2001). No adulto esta hormona proporciona a manutenção dos tecidos, principalmente ao nível do fígado, do sistema nervoso, e do coração.

Quanto às glândulas supra-renais e às hormonas aí sintetizadas, podem-se distinguir três importantes áreas (Albarrán & Giron, 2001): *glomerulosa* que corresponde à zona mais externa da glândula, e é onde se produzem os mineralocorticoides que regulam o metabolismo do sódio, do potássio, e da água; *fasciculada*, é a zona média onde se formam os glucocorticoides (cortisol e corticosterona) os quais afectam praticamente todas as funções dos órgãos e sistemas; *reticular* é a parte mais interna cuja função mais importante é a secreção de andrógenos (derivam do colestano) adrenais que têm importante acção anabólica¹ no feto e na mulher principalmente, nesta zona reticular há ainda uma fraca produção de estrogéneos. Note-se que a produção de ACTH por parte da hipófise regula a actividade das supra-renais.

A *testosterona*, produzida no testículo, é essencialmente responsável pela diferenciação genital e masculinização. A relação entre a testosterona e a agressividade masculina parece funcionar mais não no sentido da violência, mas no sentido da *competição*, ligada ao desejo de vencer, é desta maneira uma agressividade construtiva.

¹ Anabolismo significa uma complexidade de fenómenos de síntese orgânica (in Lello & Lello, 1977)

2.2.4. Conclusão

A principal diferença entre uma pessoa que age a sua agressividade de forma violenta e outra não violenta é que a segunda é capaz de pensar essa mesma agressividade, mais é capaz de pensar cenários de violência sem que os actue. Permitir a emergência destes pensamentos e poder pensá-los não é acessível a todos. Tal poderá relacionar-se com múltiplos factores bioquímicos e/ou psicológicos numa complexa interacção dinâmica.

Este ensaio procurou investigar os aspectos biológicos envolvidos na resposta agressiva violenta. A agressividade é essencial para a organização dos instintos do sentido de proteger a vida (Lorenz, 1973). Trata-se de um comportamento adaptativo quando visa a sobrevivência e a melhoria da qualidade de vida. Quando a agressão se dirige para a destruição, quando todas as suas características ligadas à vida se ligam à morte, então falamos de violência. Perante uma ameaça, imaginária ou não, há uma resposta: de luta; de fuga; ou de impasse. A luta poderá tomar a forma de ataque a um alvo que não ameaçou, ou sendo mesmo esse o alvo, a intensidade do ataque sendo desproporcionada será caracterizada de violenta.

O sistema nervoso, a bioquímica, as hormonas, e o tipo de resposta ao stress, são os quatro principais elementos que interagem e condicionam a resposta agressiva.

Os circuitos cerebrais, nomeadamente ao nível do tálamo, do córtex, e da amígdala, são de crucial importância na resposta emocional. A intervenção do córtex parece permitir o processo de pensamento das emoções.

As catecolaminas, a serotonina, e os peptídeos opiáceos são os neurotransmissores com maior relevância no processamento da agressividade. No confronto com uma situação ameaçadora, por exemplo, a dopamina aumenta tal como a adrenalina, o que vai desencadear reacções somáticas ao nível dos batimentos cardíacos, da respiração, e do metabolismo, nomeadamente.

As hormonas são mensageiros químicos que actuam sobre o desenvolvimento, crescimento, diferenciação, e maturação do organismo. O eixo SNC-hipotálamo-hipófise na sua dinâmica com: a tiróide, as glândulas supra-renais, e as gónadas, constitui o mais importante sistema hormonal quanto aos diferentes inputs e outputs do organismo.

A resposta ao stress é condicionada pelo sistema hipotálamo – pituitária – supra-renais. A libertação e inibição das hormonas secretadas por estas glândulas modulam e desencadeiam o tipo de reacção do organismo como um todo.

O sistema endócrino regula e coordena o organismo numa interacção dinâmica com o sistema nervoso central e com o sistema imunitário, podendo mesmo falar-se num sistema imuno-neuro-endócrino.

Os genes condicionam o desenvolvimento e funcionamento de todo o organismo. Certas mutações genéticas poderão conduzir à hiperprodução hormonal, à insuficiência hormonal, a alterações da sensibilidade, a tumores, ou ainda a patologias anatómico-funcionais. A activação dos genes depende dos inputs e outputs do próprio e da sua relação e permanente exposição com o ambiente.

3. Estudo do caso – A Mariana

3.1. Metodologia

A presente investigação representa um estudo de caso com manifestações psicossomáticas. Trata-se da observação e análise dos dados. A recolha dos elementos a trabalhar incide sobre: uma primeira entrevista; o exame psicológico (constituído por sete provas: CDI - Children Depression Inventory de Maria Kovacs, WAIS – Escala de Inteligência Wschler para Adultos, EPL - Escala de Pensamento Lógico, uma Escala de Alexitimia TAS-20, um Inventário de Mecanismos de Defesa, o Rorschach, e o PMK - psicodiagnóstico miocinético); e em nove sessões de psicoterapia.

Procura-se conhecer o sujeito psicológico através de um método de *compreensão, interpretação, significação e simbolização*, tendo em atenção a *relação*, as *transformações* e o *crescimento* (Marques, E., 1999).

3.2. Descrição do caso

O pedido de consulta em instituição hospitalar é feito pela mãe da Mariana alegando os seguintes sintomas da filha: cefaleias, insónia inicial e isolamento. A mãe tem 39 anos e é auxiliar de educação, embora neste momento trabalhe como administrativa nos escritórios do Jardim de Infância. Está muito deprimida, aparentemente desde a morte do pai, há cinco anos, e é seguida em Psiquiatria. O pai tem 41 anos, é técnico de informática. Isola-se muito em casa, no computador, e tem por hábito beber whisky à noite, às vezes um pouco demais. Os três vivem na mesma casa.

A avó materna mora perto, e convive diariamente com a Mariana. Vive sozinha, desde a morte do marido, que parece ter sido alguém dominador e bastante autoritário. Ajuda muito a neta, quer ao nível material, quer ao nível afectivo.

A Mariana é uma rapariga magra e de altura mediana. Cabelo castanho escuro curto, com gel, olhos escuros, e dois brinco na orelha esquerda e um na direita. Usa aparelho fixo. Tem 17 anos, frequenta o 12º ano na área de Humanidades na Escola Secundária Ferreira Dias no Cacém.

Logo na primeira consulta estabelece uma relação empática com a psicoterapeuta. É assídua e interessa-se por se perceber, por encontrar saídas para um impasse representado pela relação conflituosa que mantém com os pais, e pela desilusão quanto à fantasia de que quer o namorado quer a avó estariam disponíveis para a *salvar* do mau ambiente que vive em casa. Revela capacidade de reflexão sobre si mesma, colocando-se frequentemente em causa na relação com os outros, nomeadamente os colegas de escola, os pais e o namorado.

Na primeira sessão conhecemo-nos e estabelecemos um projecto de acompanhamento. Seguiram-se seis sessões de exame psicológico, em que foram aplicadas as seguintes provas: CDI - Children Depression Inventory de Maria Kovacs, WAIS - Escala de Inteligência Wschler para Adultos, EPL - Escala de Pensamento Lógico, uma Escala de Alexitimia TAS-20, um Inventário de Mecanismos de Defesa, o Rorschach, e o PMK -

psicodiagnóstico miocinético. É de realçar: a existência de depressão dominada pela ineficácia e anedonia; o nível de raciocínio é homogéneo e adequado à idade real; o nível intelectual é *Médio*; os mecanismos de defesa encontram-se normativos quanto à faixa etária; a presença de alexitimia é marcante.

Na 8ª sessão iniciámos o processo psicoterapêutico numa linha psicanalítica, uma vez por semana. Serão descritas sessões que decorreram ao longo de seis meses.

Neste espaço de tempo nota-se grandes mudanças, quer no contexto familiar, quer na relação da Mariana com os que a rodeiam. Os pais separam-se. Ela vai viver junto com a mãe para casa da avó. O pai inicia uma relação com uma colega, e a mãe começa a viver experiências novas comportando-se como uma adolescente carente. A idealização que a Mariana tinha do namorado altera-se. A sua relação com o corpo melhora, gosta mais de si, embora, em situação de stress principalmente, tenha surtos de herpes labial e faça infecções urinárias que a levam a tomar frequentemente antibióticos. Aparecem novos laços que vão participar na reconstrução de um mundo interno mais fértil.

3.2.1. A primeira entrevista

Sessão a 6.10.2000

Psicoterapeuta: *Olá, o meu nome é Teresa. Porque pede consulta?*

Mariana: *Eu senti-me mal em casa, os meus pais chamaram um pedopsiquiatra amigo, da Cruz Vermelha, e ele disse-nos que o melhor era vir aqui. Estava muito ansiosa por causa da escola.*

Psicoterapeuta: *Como foi isso?*

Está sentada, com o tronco muito direito, e à medida que fala inclina-se ligeiramente para trás e para a frente, o mesmo fazendo com a cabeça. Está discursando, por vezes parece até que está a ler em vez de falar.

Mariana: *Eu tinha uma professora de inglês que era muito rigorosa. Ela deu-me sempre cinco.*

Psicoterapeuta: *Cinco em que escala?*

Mariana: *De 0 a 20. Isto foi o ano passado, estava no décimo primeiro.*

Psicoterapeuta: *Nunca reprovou?*

Mariana: *Não, mas não sei como. Na Páscoa decidi anular a matrícula. Tinha falado com a minha professora de inglês do décimo e ela disse-me que com esta eu não teria grandes hipóteses porque ela é muito exigente, que o melhor era ir a exame. Ela deu-me explicações. E lá fui a exame. Chumbei novamente. Fiquei muito mal. Esta professora ainda me perguntou se eu queria algumas explicações para ir a Setembro, mas eu decidi que iria tentar por mim. Passei o Verão a estudar, o que é sempre desagradável. Nas férias nós queremos é descansar, dormir, fazer outras coisas. Levei também a filosofia para estudar, tinha também esta em atraso. Fui a exame em Setembro e passei na filosofia com onze, mas tive 8 a inglês. Aquela professora telefonou-me novamente para eu ter uma aula com ela e preparar a oral. Eu fui lá. Éramos duas a prepararmo-nos. No dia da oral, eu fui para uma sala*

e a minha colega foi para outra. Na sala dela estava essa tal professora e mais alunos. Na minha estava eu sozinha e dei de caras com a minha professora do décimo primeiro. Fiquei logo muito nervosa. No início da oral perguntei se podia consultar os meus apontamentos. Eram três professoras no júri. Olharam umas para as outras e uma disse-me que não. Comecei a falar sobre o tema que tinha preparado, era sobre as novas tecnologias. Às tantas comecei a meter os pés pelas mãos. A professora já me perguntava coisas que não tinham nada a ver com o tema, por exemplo “Já que gosta tanto das novas tecnologias, como acha que vai ser o mundo no ano 2030?”. O meu inglês é fraco, e eu estava muito atrapalhada. A determinada altura a professora do décimo primeiro vira-se para uma outra e diz-lhe “Sete.”. Podia ter sido mais discreta. A oral acabou e eu fui ter com a minha colega à outra sala. Lá estava tudo animado. Até parecia que a sala estava mais iluminada. A minha colega perguntou-me como tinha corrido, e a outra professora também e eu disse que não queria falar sobre isso. Soube logo que ali tinha sido permitido consultar os apontamentos. Eu só levava uma folha, a minha colega levava uma data delas. Ela passou. Eu estava tão desorientada que fomos ao café e eu esqueci-me que estava sem dinheiro. Foi a outra professora que me deu explicações que pagou. Depois fiquei muito mal, cheia de dores de cabeça, sem fome, com dores no corpo.

Psicoterapeuta: *Como foi isso?*

Mariana: *Doía-me o corpo todo. O meu namorado, o Miguel, ajudou-me muito.*

Psicoterapeuta: *Como é a sua relação com o seu namorado.*

Mariana: *Damo-nos super bem. Conhecemo-nos numa excursão à Serra da Estrela. Eu até nem costumo ir nessas coisas, é só velhos. Dessa vez fui. Ele também ia. Tem 25 anos. É assim um namoro diferente dos outros namoros de escola.*

Psicoterapeuta: *O que é que quer dizer com “namoro diferente”?*

Mariana: *Com os outros era só beijinhos, andava-se no máximo um mês e pronto já está. Com ele ando há seis meses. Ao princípio pensei que também era para durar pouco, mas não é. Estamos todos os dias. Ele vai lá jantar a casa. O meu pai tem-no ajudado muito.*

Psicoterapeuta: *Ajudado como?*

Mariana: *A orientá-lo. Como ele há-de gerir o dinheiro. Faz assim ou assim... Ele comprou agora uma casa e eles foram ver a casa com ele, ficaram como fiadores. Ele vivia na casa da madrinha. Ele é de Arganil, e são muitos irmãos, alguns já são casados. Ele dava-se mal com a madrinha ela não gostava de nenhuma namorada dele, eu era mais uma. Então ele teve de optar entre mim e a madrinha.*

Psicoterapeuta: *O que é que ele faz?*

Mariana: *É militar. Agora também está a estudar lá na escola. Ele não tinha o nono e está a tirar à noite. Estamos sempre um com o outro. Às vezes penso que ele se satura um pouco.*

Psicoterapeuta: *Porque diz isso?*

Mariana: *Ele está assim mais calado, deve ser do trabalho e depois estar a levar com os meus pais. Ele é super meiguinho comigo e nessas alturas fica menos. Mas nós falamos de tudo. Não é como com os outros que só queriam sexo e os amigos. Nós não temos amigos, por isso estamos sempre um com o outro.*

Psicoterapeuta: *Têm vida sexual?*

Mariana: *Sim, mas não é para a minha mãe saber, senão ela...*

Psicoterapeuta: *Previne-se...?*

Mariana: *Sim, eu tomo a pílula há muito tempo, foi-me receitada por um dermatologista por causa do acne. Mas além disso pomos sempre o preservativo. Sou eu que quero.*

Psicoterapeuta: *A pílula bastava.*

Mariana: *Já me disseram isso. Nós fomos a uma consulta de planeamento familiar, assim para ver aquelas coisas, tipo o HIV, eu e ele fizemos análises, está tudo bem. Mas eu sinto-me melhor a usar o preservativo e a pílula.*

Psicoterapeuta: *Gosta de estar com ele?*

Mariana: *Agora sim, mas ao princípio tinha montes de pancada. Está a ver começámos a ter relações logo passados dois meses. Foi o meu primeiro. Ele ficava com complexos porque eu não atingia orgasmos e pensava que ele é que tinha um mau desempenho. Agora já estamos mais descontraídos. Os meus pais não sabem, nem é para saberem. Eles não souberam logo que eu namorava com ele, embora já o conhecessem. A primeira pessoa que soube foi a minha avó.*

Psicoterapeuta: *Avó por parte de....*

Mariana: *A minha avó materna. Ela vai lá a casa muitas vezes, porque mora perto, vai ajudar a arrumar e fazer o almoço para mim, como eu tenho estes horários. Dou-me muito bem com ela. Como eu vivo lá em casa com o meu pai e a minha mãe, optei por dizer depois à minha mãe, e ela ajudava-me assim nas saídas, eu dizia que ia ao café de uma amiga minha, ou outro lado e a minha mãe encobria. Depois acabei por dizer ao meu pai. Dou-me melhor com ele do que com a minha mãe.*

Psicoterapeuta: *Porque diz isso?*

Mariana: *A minha mãe quando eu lhe conto as coisas, mais tarde ela usa-as para me deitar à cara, conta tudo ao meu pai, nunca sei quando posso confiar nela. Elas às vezes passa-se...*

Psicoterapeuta: *Como é isso?*

Mariana: *Às vezes mesmo em frente ao meu namorado ameaça que me bate, não o faz, mas ameaça, eu fico... Ela está deprimida, mas também não quer tomar os medicamentos, diz que não lhe fazem nada. Está sempre a implicar comigo e com o meu pai. Berra muito.*

Psicoterapeuta: *Sente-a desorganizada.*

Mariana: *Isso também me afecta. Não posso contar com ela.*

Psicoterapeuta: *E aqui Mariana, que expectativas tem em relação às consultas?*

Mariana: *Principalmente que me ajude a lidar com a minha mãe.*

Psicoterapeuta: *Vamos ficar por aqui hoje. Sugiro que durante algum tempo venha cá uma vez por semana. Nas primeiras sessões faremos algumas provas no sentido de a conhecer melhor. Qual o dia que lhe dá mais jeito?*

A Mariana tira o horário da escola e diz:

Mariana: *Às quartas de manhã.*

Psicoterapeuta: *Às onze e meia. A mãe quer falar comigo?*

Mariana: *Acho que sim.*

Dirijo-me à sala de espera e chamo a mãe da Mariana. Trata-se de uma mulher de estatura mediana, loira, muito ansiosa e pouco empática. Entra à frente da filha, e na ausência desta pergunta-me:

Mãe: *Então como é que ela está? O que é que achou dela?*

Psicoterapeuta: *Vamos esperar que chegue a Mariana.*

Entretanto a Mariana chega e senta-se.

Mãe: *O pai não pôde vir. Ele nunca pode. Ela já lhe falou que come mal, perdeu dois quilos?*

Mariana: *Agora já não é assim, já como.*

Mãe: *Andava aí com dores por todo o lado. Um dia levantou-se e foi aos caídos até à cozinha, e disse para a avó que devia ter um cancro na cabeça...*

Mariana: *Isso foi a brincar...*

Mãe: *Eu não sei o que hei-de fazer dela. Nós damos-nos mal. Enquanto me contou o segredo do namorado estava tudo bem entre nós, depois, quando contou ao pai, passou tudo ao mesmo, sempre aos berros. Eu tive um esgotamento, estou-me a tratar, se calhar isto também a influenciou.*

Psicoterapeuta: *Como foi isso?*

Mãe: *Já não aguentava os miúdos lá no trabalho. Depois mandaram-me para os escritórios. Agora tenho um bom ambiente de trabalho mas fica muito longe, tenho de apanhar três transportes. Eu não sei o que se passa com esta miúda. Aqui há tempos o pai bateu-lhe e ela passou-se completamente e foi de pijama para as escadas. Está louca.*

Psicoterapeuta: *Isso foi há quanto tempo?*

Mariana: *Foi o ano passado. Ele deu-me uma sova. Mas já passou, não é por isso que vim aqui.*

Mãe: *Calá-te!*

Ameaça-a com a mão, ao que a Mariana reage afastando a cara para o lado.

Mãe: *Ela também sofreu uma grande injustiça. Ela contou-lhe do exame?*

A Mariana acena que sim com a cabeça.

Mãe: *Da próxima não vai ser assim, vamos para lá todos. Aquilo é público. Isso afectou-a muito. Esta filha para mim é tudo, sempre me dediquei muito a ela. Até aos dez anos tudo corria bem entre nós, eu não conseguia separar-me dela, até dormia com ela. Começou a crescer e começámos a dar-nos mal.*

Psicoterapeuta: *Parece que é difícil separarem-se.*

Mãe: *Dói muito.*

Psicoterapeuta: *Vamos ter de ficar por aqui. Eu já combinei com a Mariana para a próxima quarta-feira.*

Mãe: *Não sei se ela pode.*

A Mariana tira o horário e mostra que tem disponibilidade às quartas.

Mãe: *Nesse dia não posso vir.*

Psicoterapeuta: *Basta que venha a Mariana, ela já tem 17 anos. Quando a mãe quiser falar comigo, pode entrar em contacto.*

Mãe: *Nós precisamos de uma justificação.*

Passo uma justificação da consulta para cada uma, e despedimo-nos com um aperto de mão.

ANÁLISE DA SESSÃO

Na primeira sessão a Mariana apresenta-se como uma rapariga em estado de sofrimento. Do seu aspecto físico realça o aparelho fixo que talvez constitua um mau estar relativamente à sua imagem.

A postura que toma ao falar dá conta de alguma tensão, desliga-se desta forma do sofrimento. Dá a sensação que vai contar mais uma vez a mesma história, a dela.

A sua relação com a professora de Inglês reflecte a sua relação com a mãe, a dificuldade que tem em desligar-se da língua materna e aprender uma nova língua. Encara o novo como *rigoroso* e sente-se impotente para lhe agradar – só *vale 5 em 20*.

Há uma projecção da clivagem da mãe, em má mãe, na professora de inglês do 11º ano, e boa mãe na professora de inglês do 10º ano. Esta última é a mãe cuidadora, que vai ao

encontro das necessidades da filha, enquanto a primeira é exigente e rígida. Por outro lado, a Mariana poderá estar a colocar a seguinte questão perante a psicoterapeuta: *Tive uma professora rígida que me deu uma nota má, será que esta professora [a psicoterapeuta] vai também ser má?*, o que parece corresponder a um receio de ser desvalorizada neste setting, um receio de também aqui ter 5 nesta *língua estrangeira*, na linguagem dos afectos, na linguagem dos aspectos da Mariana que ainda não estão simbolizados.

Os movimentos de autonomia no seio do conflito dependência / independência surgem quando a Mariana passa o Verão a estudar, de alguma forma *sacrifica* o prazer das férias no sentido de obter um grande ganho - o de concluir a disciplina.

A descrição que faz do dia em que realizou a oral de inglês corresponde ao sentir da Mariana. A colega estava numa sala iluminada, com vida, com construtividade, com amor em prol do crescimento, enquanto a Mariana se sentia escura, triste, desvitalizada, à mercê da má mãe. Esta situação de avaliação foi sentida como desvalorizante e humilhante. Ela compara-se com a colega e sente-se menos amada que esta, sente que a colega foi protegida pela boa mãe enquanto que ela ficou sujeita à má mãe. Esta situação foi de tal forma *corporizada*, que as dores se traduziram ao nível do corpo.

Vê o namorado como um apoio, alguém que a ajuda, lhe dá segurança, e a protege.

Os pais da Mariana, nomeadamente o pai, *adoptaram* o Miguel, tratam-no como se fosse um filho, logo um irmão da Mariana. Ele é bem recebido por esta família, mas até que ponto é que tal não será sentido como intrusivo?! Por outro lado, na medida em que o Miguel se compromete com o pai da Mariana ele fica também dependente desta família o que dificulta uma possível separação da Mariana, é um ganho para ela dentro do seu funcionamento psicológico actual.

A Mariana revela-se bastante dependente do namorado. Estão sempre juntos, não têm amigos, isolam-se do mundo, talvez como defesa, quer no sentido de se manterem unidos e evitarem a separação, quer para não enfrentarem o real, e assim viverem uma espécie de simbiose.

Quando a Mariana é questionada sobre a sua vida sexual, há um início manifesto da cumplicidade entre esta e a psicoterapeuta, uma prova de confiança. Nota-se algum medo da sexualidade, medo quase persecutório, de ser contaminada, o que se liga às grande (senão exageradas) precauções tomadas. Tal ainda se relaciona com a dificuldade que esta apresenta na entrega durante a relação sexual, nesta altura o seu corpo e a sua mente parecem estar completamente ocupados com algo que ainda não pode ser pensado, e que impede o envolvimento. Estes objectos impeditivos, de impasse na relação, parecem funcionar parando o pensamento e emitindo gritos através do corpo.

Da relação com a avó ressalta o sentir de uma boa mãe, com quem se pode partilhar as coisas boas, que cuida da casa (externa e interna principalmente), que alimenta. Há uma tentativa de encontrar na mãe real a mãe idealizada (aqui representada pela avó), mas rapidamente se sente traída e sem confiança. A mãe não se apresenta como um bom modelo de identificação.

A atitude da mãe quando entra em contacto com a terapeuta é de controlo da filha, tenta aliar-se à terapeuta no sentido de entrar em *conluio*. Refere-se quer à filha quer ao marido com o sentimento de que estes a abandonam – o marido não a acompanha, representa o vazio, e a filha rejeita o seu alimento. Há uma espécie de consciência da própria desorganização, e um sentimento de que tal poderá influenciar a filha, mas não tem capacidade para a perceber, pede no latente, que cuidem da filha, mas também que cuidem dela – *teve um esgotamento*, está muito fragilizada internamente. O modo como funciona com a filha, na presença da terapeuta, o que a poderia levar a uma maior contenção, é muito agressivo e dá conta de um certo autoritarismo. Elege a filha como louca, o que é entendido como mensagem da loucura desta família. A violência parece dominar, o pai dá sovas mas quem é louca é a Mariana.

Há uma postura ambivalente em relação à filha, por um lado acha-a louca, por outro acha-a vítima. No fundo, há mesmo uma certa vitimização por parte da Mariana, quer na sua relação com a escola, quer na relação com a família.

O facto da mãe ter mantido demasiada proximidade física da filha até aos 10 anos, poderá ter sido sentido como uma relação de simbiose onde o pai era excluído. De alguma forma a Mariana serve para compensar as falhas na relação parental, pelo menos

até aos 10 anos. Parece que ainda funcionam num registo de tudo ou nada – ou estão demasiado próximos, ou se agridem *para se afastar*, ainda não é possível a partilha, a relação total na separação.

3.3. O exame psicológico

Avaliar qualitativamente a personalidade trata-se de uma tarefa árdua e infundável. Identificam-se determinadas características, que em conjunto nos poderão conduzir à compreensão de um funcionamento bio-psico-relacional. Isto é, do modo como um corpo biológico dotado de uma psique interage consigo próprio e com o meio onde estão outros corpos, numa dinâmica intra e inter relacional. Corpo este presente num dado espaço, num dado tempo, e numa situação.

A utilização de instrumentos de avaliação psicológica permite uma aproximação do funcionamento específico de cada indivíduo. Neste ensaio, pretende-se ilustrar a aplicação de técnicas, que em conjunto avaliam a personalidade e o funcionamento de uma adolescente, que à partida apresenta queixas somáticas e sinais de depressão. Assim, após um primeiro contacto, pensou-se na seguinte bateria de testes:

- **CDI** – Children Depression Inventory, escala que qualifica a existência de sinais depressivos, dando conta da presença da síndrome depressiva;
- **Rorschach** – como prova potente, teste projectivo de personalidade;
- **Escala de Alexitimia TAS-20** – que qualifica os sinais de alexitimia, e no seu total indica a presença ou não de funcionamento alexitímico;
- **DMI** – Defense Mechanisms Inventory, o qual avalia a organização defensiva;
- **WAIS** – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, que nos dá a organização intelectual e o seu nível;
- **EPL** – Escala de Pensamento Lógico de Longeot, que avalia os conteúdos de pensamento (lógico), o nível de raciocínio e a sua homogeneidade;
- **PMK** – Psicodiagnóstico Miocinético elaborado por Mira y Lopez que se apresenta como uma prova com fortes potencialidades de avaliação da *persona*. Na ausência do sentido da visão, o sujeito é convidado a deixar marcas, através do desenho bilateral, correspondentes à memória e coordenação dos seus ritmos internos com os ritmos externos, sinalizando alguns traços importantes como sejam a intra e extra tensão muscular, a auto

e hetero agressividade, a depressão e exaltação, e a emotividade. A exploração deste instrumento no âmbito da psicossomática revela-se de especial importância. A sua relação directa com o funcionamento neuro-psico-fisiológico permite uma avaliação do sujeito muito próxima dos dados recolhidos na prática clínica.

3.3.1. Descrição dos instrumentos

3.3.1.1. Children Depression Inventory

A CDI – Children Depression Inventory, é um instrumento realizado pelo grupo de Maria Kovacs em 1977, avalia os sintomas depressivos em crianças e adolescentes, qualificando a síndrome depressiva (Kovacs, M., 1992).

Trata-se de uma escala que se aplica dos 7 aos 17 anos. Tem 27 itens, e cada um consiste em três escolhas cotadas de: 0 – ausência de sintoma; 1 – sintoma suave; 2 – sintoma definitivamente instalado.

A criança usa as opções para indicar o grau, relativamente a cada afirmação, que melhor a descreve nas últimas duas semanas. O score total vai de 0 a 54, notas que são transformadas em notas T de 34 a 100. Notas T superiores a 65 são consideradas clinicamente significativas de depressão.

A prova é composta por cinco factores, ao que correspondem determinados itens:

Tabela 1. Factor A – Estado de espírito negativo (Negative mood)

Item 1 – Tristeza.	<ul style="list-style-type: none"> - Às vezes sinto-me triste;² - Sinto-me quase sempre triste; - Sinto-me sempre triste.
Item 6 – Preocupação pessimista.	<ul style="list-style-type: none"> - De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer; - Preocupo-me muito com as coisas más que me vão acontecer; - Tenho a certeza de que coisas terríveis me vão acontecer.
Item 8 – Culpabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as coisas más são culpa minha; - Muitas coisas más acontecem por minha culpa; - As coisas más que acontecem não são normalmente por minha culpa.
Item 10 – Expressão da tristeza através do choro.	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os dias tenho vontade de chorar; - Muitas vezes tenho vontade de chorar; - Só de vez em quando é que tenho vontade de chorar.
Item 11 – Aborrecimento, irritabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Tudo me aborrece imenso; - Aborreço-me com muitas coisas; - De vez em quando aborreço-me.
Item 13 – Capacidade de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> - Não consigo tomar decisões; - É-me difícil tomar decisões; - Tomo decisões facilmente.

² Tradução adaptada de Helena Marujo, 1994

Tabela 2. Factor B – Problemas interpessoais

Item 5 – Comportamento impróprio, maldoso.	<ul style="list-style-type: none">- Sou sempre mau;- Sou mau muitas vezes;- Sou mau de vez em quando.
Item 12 – Interesse social.	<ul style="list-style-type: none">- Gosto de estar com pessoas;- De vez em quando não gosto de estar com pessoas;- Nunca quero estar com pessoas.
Item 26 – Deixar-se guiar, obediência.	<ul style="list-style-type: none">- Geralmente faço o que me dizem;- Na maioria das vezes não faço o que me dizem;- Nunca faço o que me dizem.
Item 27 – Comportamento de briga.	<ul style="list-style-type: none">- Dou-me bem com os outros;- Ando muitas vezes em brigas;- Ando sempre em brigas.

Tabela 3. Factor C – Ineficácia

Item 3 – Auto-aprovação / desaprovação.	<ul style="list-style-type: none">- Faço quase tudo bem;- Faço muitas coisas mal;- Faço tudo mal.
Item 15 – Dificuldade nos trabalhos escolares.	<ul style="list-style-type: none">- Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os trabalhos da escola;- Muitas vezes tenho de me esforçar para fazer os trabalhos da escola;- Consigo fazer facilmente os trabalhos da escola.
Item 23 – Desempenho escolar.	<ul style="list-style-type: none">- As minhas notas da escola são boas;- As minhas notas da escola já foram melhores;- Tenho notas más em disciplinas onde antes tinha notas boas.
Item 24 - Auto-aprovação / desaprovação, por comparação com os outros.	<ul style="list-style-type: none">- Nunca vou conseguir ser tão bom como os outros;- Se quiser consigo ser tão bom como os outros;- Consigo ser tão bom como os outros em tudo.

Tabela 4. Factor D – Anedonia.³

Item 4 – Anedonia.	<ul style="list-style-type: none"> - Há muitas coisas que me alegram; - Tenho poucas coisas que me alegram; - Nada me dá alegria.
Item 16 – Sono.	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as noites tenho dificuldade em dormir; - Muitas noites tenho dificuldade em dormir; - Durmo sempre muito bem.
Item 17 – Fadiga, cansaço.	<ul style="list-style-type: none"> - De vez em quando sinto-me cansado; - Sinto-me cansado muitas vezes; - Sinto-me sempre cansado.
Item 18 – Appetite.	<ul style="list-style-type: none"> - Muitas vezes tenho dificuldade em comer; - De vez em quando não me apetece comer; - Como muito bem.
Item 19 – Preocupações somáticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Não me preocupo com a minha saúde; - Muitas vezes preocupo-me com a minha saúde; - Estou sempre preocupado com a minha saúde.
Item 20 – Solidão.	<ul style="list-style-type: none"> - Não me sinto só; - Muitas vezes sinto-me só; - Sinto-me sempre muito só.
Item 21 – Satisfação na escola.	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca me divirto na escola; - De vez em quando divirto-me na escola;

³ Perda da sensação de prazer nos actos que costumavam proporcioná-la. (in Lello & Lello, 1977)

	<ul style="list-style-type: none"> - Divirto-me muitas vezes na escola.
Item 22 – Relações de amizade.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenho imensos amigos; - Tenho alguns amigos mas gostava de ter mais; - Não tenho amigos nenhuns.

Tabela 5. Factor E – Auto-estima negativa.

Item 2 – Pessimismo / Optimismo	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca nada me vai correr bem; - Não tenho a certeza se as coisas me vão correr bem; - As coisas vão-me sempre correr bem.
Item 7 – Como gosta de si.	<ul style="list-style-type: none"> - Odeio-me; - Não gosto de mim; - Gosto de mim.
Item 8 – Ideação suicida.	<ul style="list-style-type: none"> - Não penso em matar-me; - Penso às vezes em matar-me mas nunca o faria; - Quero matar-me.
Item 14 – Imagem corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - Gosto do meu aspecto; - Há algumas coisas no meu aspecto de que não gosto muito; - Sou feio e tenho mau aspecto.
Item 25 – Sentir-se não amado.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguém gosta de mim; - Não tenho a certeza se alguém gosta de mim; - Tenho a certeza que algumas pessoas gostam de mim.

A classificação dos sinais de depressão apresenta-se da seguinte forma:

Tabela 6

Notas T	Classificação
>70	Demasiado acima da média
66-70	Muito acima da média
61-65	Acima da média
56-60	Ligeiramente acima da média
45-55	Na média
40-44	Ligeiramente abaixo da média
35-39	Abaixo da média
30-34	Muito abaixo da média
<30	Demasiado abaixo da média

3.3.1.2. Rorschach

O Rorschach é uma prova projectiva de personalidade. O seu princípio básico é a projecção, na medida em que o sujeito ao deparar-se com uma figura simétrica desestruturada, lhe dá um sentido, um nome, um significado, projectando-se corporalmente nas imagens. A percepção das imagens dá-se por um ser biológico com sentimentos, emoções e fantasias, e dotado de temporalidade, espacialidade, e ritmicidade corporal, que na relação com o outro ser está inevitavelmente implícito todas estas características (Mendes Pedro, A.; Soubigou, D.; Balanda, A. B.; 2001), que serão transpostas para o suporte Rorschach, e nos dará conta do mundo interno biológico-relacional do sujeito.

A prova é composta por 10 pranchas. Cada uma delas apresenta um conteúdo manifesto, a mancha que se observa, e um conteúdo latente. Assim, para Didier Anzieu, 1965 (citado por Chabert, 1983):

A **Prancha I** põe em contacto o sujeito com o examinador e a prova. Trata-se de um primeiro contacto onde podem emergir elementos correspondentes ao registo da relação pré-genital com a mãe;

A **Prancha II** desencadeia a sensibilidade afectiva e emotiva do sujeito, devido à presença do vermelho. A imagem no alto e baixo, atribui à prancha um carácter bissexual;

A **Prancha III** reenvia à representação do casal parental. É uma prancha onde sobressai a relação;

A **Prancha IV** é a prancha da autoridade;

A **Prancha V** é considerada como a prancha de adaptação à realidade. Aqui podemos encontrar a representação que o sujeito faz de si mesmo;

A **Prancha VI** faz apelo a referências sexuais viris;

A **Prancha VII** desencadeia evocações femininas e maternas. Ambas as pranchas VI e VII reenviam a uma problemática sexual, a questão que se coloca é: como o sujeito se comporta face ao seu sexo e ao do outro;

A **Prancha VIII** reenvia ao mundo exterior e social;

A **Prancha IX** solicita a posição do sujeito sozinho face a ele e ao mundo;

A **Prancha X** é a que determina a ruptura da relação com o examinador. O seu aspecto fragmentado, testa a capacidade de unificação do sujeito.

3.3.1.2.1. Modo de aplicação

Pede-se ao sujeito que nos diga *O que é que poderia estar ali*, ao mesmo tempo que se lhe entrega a prancha, referindo que esta pode ser manipulada. Conta-se o tempo de latência – até dar a resposta, e o tempo por resposta. Anota-se em que posição o sujeito vê determinado conteúdo. No fim das dez pranchas pede-se duas que mais goste e duas que menos goste, justificando. No final faz-se um *inquérito*, em que se pergunta onde viu determinado conteúdo, o que nos permite localizar a resposta dada. Estes dados são posteriormente trabalhados, e permitem uma avaliação da personalidade do sujeito, quer pelo seu conteúdo fantasmático-relacional, quer pelas defesas utilizadas.

3.3.1.3. Escala de Alexitimia TAS-20

3.3.1.3.1. O conceito de *alexitimia*

Etimologicamente, alexitimia designa: sem palavras para as emoções. No Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), encontramos que alexitimia é “uma incapacidade de exprimir verbalmente os estados emocionais, ainda que os sinais fisiológicos que correspondem a tais estados estejam claramente presentes”. Nina Prazeres (1996) define alexitimia como uma dificuldade na simbolização e modulação de experiências afectivas. Há ausência da experiência psicológica da emoção, da sua vivência subjectiva (Krystal, 1987; McDougall, 1982/83, 1989; Sifneos, 1991; citado por Nina Prazeres, 1996).

Pode-se falar numa baixa capacidade para sentir as emoções. O sujeito descreve os factos mas retira-lhe o emocional. Se o questionamos sobre o que sentiu em determinada situação, ele responde frequentemente: Nada. Se reformularmos a questão, e lhe perguntarmos o que pensa da situação, já teremos mais oportunidade de obter uma resposta, onde serão descritos os factos desligados das emoções. Há que *ensinar* estes sujeitos a sentir, a lidar com os afectos e não ter medo destes, eles recorrem frequentemente ao exterior para se orientar, pois não confiam, ou não são capazes de se guiarem por um referencial interno.

Para Krystal, 1987; Lolas & Von Rad, 1989 (citado por Nina Prazeres, 1996), as perturbações alexitímicas dão-se nas áreas: afectiva, cognitiva e relacional. Assim:

- *Na área afectiva*, nota-se uma dificuldade em reconhecer e descrever os sentimentos, e na distinção de estados emocionais. A regulação das emoções e a sua identificação, constituem o principal défice. São sujeitos que não conseguem descrever o que sentem;
- *Na área cognitiva*, o pensamento é essencialmente operatório, o que corresponde a uma descrição minuciosa dos acontecimentos (externos), com ausência da dimensão afectiva e fantasmática. É pois um discurso factual;

- *Na área relacional*, a relação de objecto é *tipo operativo*, as relações com o outro tendem a ser utilitárias e pragmáticas, sem dimensão afectiva, é o que Marty e M'Uzan, 1963 (citado por Nina Prazeres, 1996) designam de *relação branca*.

MacLean (citado por Lolas & Von Rad, 1989; e Taylor, 1987, por sua vez citados por Nina Prazeres, 1996) avança uma explicação biológica para a alexitimia: há uma interrupção ou inadequação da comunicação entre o sistema límbico, responsável pela activação emocional, e o neocortex, responsável, entre outras funções, pela linguagem. Outros autores referem-se à comunicação entre os hemisférios esquerdo e direito. Enfim, múltiplas explicações poderão estar na base de uma deficiência ao nível cerebral, como componente da alexitimia.

A compreensão psicanalítica da alexitimia incide essencialmente numa perturbação da relação primária, numa ausência de sintonia entre mãe-bebé.

McDougall, 1989 (citado por Nina Prazeres, 1996) refere que na alexitimia há uma incapacidade para conter o excesso de experiência afectiva. Para o autor, estes sujeitos experimentaram de facto emoção, mas a sua intensidade foi sentida como desorganizadora, e ameaçadora da integridade e unidade do eu. Assim, a alexitimia seria uma *defesa* contra a *vitalidade interna afectiva*, a qual pode despertar o medo de morte e de loucura, dominando mecanismos de clivagem e identificação projectiva. A deficiência na capacidade de modular e processar cognitivamente as emoções, relaciona-se com a dificuldade destes sujeitos em desempenharem um papel parental face a si próprios, como cuidador, securizante, e apaziguador de pulsões, daí a sua grande vulnerabilidade à doença.

3.3.1.3.2. Descrição do instrumento

A Escala de Alexitimia de Toronto – TAS - apresentada em 1985, por Graeme Taylor, Ryan e Bagby, era constituída por quatro factores, que dão conta dos aspectos principais do conceito de *alexitimia*:

Factor 1: dificuldade em identificar sentimentos, e em distingui-los das sensações corporais da emoção;

Factor 2: dificuldade em descrever sentimentos aos outros;

Factor 3: fantasia reduzida;

Factor 4: pensamento orientado para o exterior (em prol de pensar as experiências internas).

A TAS-20, apresentada em 1992, resulta do trabalho e evolução sobre a TAS de 1985. Eliminaram-se os itens relativos à actividade de fantasia, Factor 3. Restaram os três factores anteriores, que se inter-relacionam e são coerentes com o conceito de alexitimia (Bagby *et al.*, 1994, citado por Nina Prazeres, 1996). O Factor 2: dificuldade em descrever sentimentos aos outros, e o novo Factor 3: pensamento orientado para o exterior; caracterizam o pensamento operatório, como uma descrição minuciosa de acontecimentos externos, com ausência da dimensão afectiva e da fantasia.

Os factores são compostos pelos seguintes itens:

Tabela 7

FACTOR-1
Dificuldade em identificar sentimentos, e em distingui-los das sensações corporais da emoção.
Item 1 – Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir. ⁴
Item 3 – Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
Item 6 – Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.
Item 7 – Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.
Item 9 – Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.
Item 13 – Não sei o que se passa dentro de mim.
Item 14 – Muitas vezes não sei porque estou zangado.

⁴ A tradução dos itens corresponde ao trabalho elaborado por Nina Prazeres, 1996.

Tabela 8

FACTOR-2
Dificuldade em descrever sentimentos aos outros.
Item 2 – Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.
Item 4 – Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.
Item 11 – Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.
Item 12 – As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.
Item 17 – É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.

Tabela 9

FACTOR-3
Pensamento orientado para o exterior.
Item 5 – Prefiro analisar os problemas e descrevê-los apenas.
Item 8 – Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecerem a compreender porque aconteceram assim.
Item 10 – É essencial estar em contacto com as emoções.
Item 15 – Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.
Item 16 – Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.
Item 18 – Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.
Item 19 – Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.
Item 20 – Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.

Em cada um dos vinte itens, o sujeito assinala o grau de concordância, numa escala de Likert de cinco pontos:

Tabela 10

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

A nota final resulta do somatório das notas de cada item, sendo que os itens 4, 5, 10, 18 e 19, têm cotação inversa.

A classificação do resultado segundo Parker, Taylor & Bagby, 1993 (citado por Nina Prazeres, 1996), é a que se segue:

Tabela 11

Nota na TAS-20: T	Classificação
Igual ou superior a 61	Claramente alexitímico
$51 < T < 61$	Grupo Intermédio
Inferior ou igual a 51	Não alexitímicos

3.3.1.4. Inventário de Mecanismos de Defesa

O Inventário de Mecanismos de Defesa (DMI – Defense Mechanisms Inventory), foi criado por Gleser e Ihilevich em 1969, e adaptado para a versão portuguesa para adolescentes em 1998 por João Justo *et al.*

Aplica-se a adolescentes dos 13 aos 19 anos. Trata-se de avaliar a organização defensiva do eu do sujeito, o modo como este se protege do exterior e do interior.

Freud, (1894, 1908, 1911, 1915, 1917, 1920, 1923, 1926; citado por Justo, 1998) atribui aos mecanismos de defesa as seguintes características: são de natureza psicológica; são adquiridos e/ou construídos durante a vida do sujeito; operam inconscientemente; e protegem o indivíduo do conflito intra-psíquico.

George Vaillant (1971, 1976 e 1983, citado por Justo *et al.*, 1998) categoriza os *mecanismos de defesa* em três níveis:

- *Defesas Imaturas*: projecção, fantasia, hipocondria, comportamento passivo-agressivo, dissociação, e passagem ao acto;
- *Defesas Intermédias*: recalçamento, deslocamento, formação reactiva, e intelectualização;
- *Defesas Maduras*: altruísmo, humor, supressão, antecipação, e sublimação.

O teste é composto por 10 histórias, onde alguém é submetido a uma experiência frustrante. As cinco histórias referem-se a cinco áreas da vida de relação: autoridade, independência, competição, masculinidade/feminilidade, e situacional. Em cada história são colocadas quatro questões acerca de: comportamento, fantasia, pensamento, e afecto, que o adolescente imagina experienciar caso vivesse as histórias. Para cada uma das quatro questões são sugeridas cinco respostas, correspondentes à seguinte *escala de mecanismos de defesa*:

- ✱ TAO (turning against object): são os mecanismos, que perante o conflito, dirigem a agressividade para o objecto relacional frustrante;

- ✧ **PRO** (projection): são os mecanismos que colocam a agressividade no objecto, atribuindo-lhe características negativas, ameaçadoras, ou persecutórias;
- ✧ **PRN** (principalization): são os mecanismos que lidam com o conflito separando o conteúdo do afecto, reprimindo o afecto;
- ✧ **TAS** (turning against self): mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o próprio sujeito;
- ✧ **REV** (reversal): mecanismos que lidam com o conflito, criando respostas positivas ou neutras, perante situações frustrantes.

Face à cinco respostas, o sujeito escolhe qual a que considera mais próxima do seu modo de reagir – M, e qual a que considera mais distante – L.

O modo de cotação da prova baseia-se na contagem de M's e L's, seguindo-se os passos apresentados na tabela de resultados em 3.3.2.4.1.

3.3.1.5. WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos

Trata-se de uma escala de nível intelectual. A partir dela obtém um Quociente de Inteligência Verbal – QI_V , um Quociente de Inteligência de Realização– QI_R , e um Quociente de Inteligência Total – QI_T . Os itens estão agrupados por ordem crescente de dificuldade em cada subescala (Anastasi, A., 1977).

É constituída por onze subtestes. Seis fazem parte da Escala Verbal, e cinco da Escala de Realização⁵:

Escala Verbal:

- 1- Informação - As questões englobam informações que à partida os adultos deveriam ter tido oportunidade de adquirir. Relaciona-se com: conhecimentos gerais; assimilação de experiências; e memória remota;
- 2- Compreensão - Destina-se a avaliar o julgamento prático e o senso comum; a compreensão e adaptação a situações sociais; e o comportamento social aceitável e eficaz;
- 3- Aritmética - Os problemas são semelhantes aos da escola primária.. Relaciona-se com: concentração; raciocínio e cálculo numérico; e manejo automático de símbolos;
- 4- Semelhanças - Avalia: a compreensão; as relações conceptuais; e o pensamento abstracto e associativo;
- 5- Memória de Algarismos - Relaciona-se com: a concentração da atenção; e a memória auditiva imediata;
- 6- Vocabulário - Dá-nos: a riqueza e o tipo de linguagem; e a compreensão e fluidez verbais.

⁵ A descrição das subescalas baseia-se em referências encontradas no Manual da WAIS, 8ª edição.

Escala de Realização:

- 7- Código - Remete para: memória visual imediata; previsão associativa; e rapidez motora;
- 8- Completamento de Gravuras - Tem a ver com a memória e perspicácia visuais;
- 9- Cubos - Avalia: a percepção visual; as relações espaciais; e a coordenação visuomotora;
- 10- Disposição de Gravuras - Implica: a noção lógica dos acontecimentos; a percepção e compreensão de situações sociais; e a captação de sequências causais;
- 11- Composição dos objectos - Reflete: a memória de formas; e a orientação e estruturação espaciais.

Os resultados brutos em cada subteste da WAIS são transformados em resultados padrão através de tabelas de referência que têm em conta a idade do sujeito. Os resultados verbais são a soma dos resultados padrão dos seis subtestes. Os resultados de realização são a soma dos resultados padrão dos cinco subtestes. O resultado global é a soma dos onze resultados de cada subescala.

Através da tabela de referência, presente no Manual da WAIS, transforma-se o resultado verbal em QI_V , o resultado de realização em QI_R , e o resultado total em QI_T .

A classificação do QI , segundo a adaptação da WAIS por Mariano Yela Granizo y Agustín Cordero Pando, 1990, encontra-se na tabela 12:

Tabela 12

Quociente Intelectual	Classificação
130 ou mais	<i>Muito superior</i>
120-129	<i>Superior</i>
110-119	<i>Normal Alto</i>
90-109	<i>Médio</i>
80-89	<i>Médio Baixo</i>
70-79	<i>Inferior</i>
69 ou menos	<i>Deficiente mental</i>

3.3.1.6. EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot

A Escala de Pensamento Lógico - EPL, foi criada por Longeot em 1979, e constitui um excelente meio de avaliar os conteúdos de pensamento, os níveis de raciocínio, e a homogeneidade do raciocínio.

Gibello (1984) designa por *conteúdos de pensamento* as imagens, os sentimentos, as palavras, ou enunciados complexos, que ocupam o nosso espírito. Os conteúdos de pensamento resultam dos *continentes de pensamento*, os quais suportam, limitam e servem de contexto aos conteúdos. O continente é o lugar onde os conteúdos tomam sentido. O autor propõe três universos psíquicos nos continentes: linguístico, das representações da natureza, e do fantasma. Considera que estes três universos se interpenetram para constituir o pensamento.

O nível de raciocínio está relacionado com os estádios de desenvolvimento de Piaget, nomeadamente o concreto, pré-formal, e formal. Dá-nos o grau atingido na cognição e o modo diferenciado como as capacidades são utilizadas. A EPL permite evidenciar o nível global de raciocínio, e avaliar eventuais assincronias ou atrasos de aquisições.

O índice de homogeneidade do raciocínio traduz o modo como os processos de raciocínio são utilizados. A introdução da folha de depoimento de resultados, elaborada por Gibello, permite rapidamente identificar os desvios entre estádios através da combinação das cinco provas duas a duas: até 6 desvios o raciocínio é considerado homogéneo; a partir de 7 desfasagens há indicação de heterogeneidade, mais é sinal de desarmonia cognitiva; a partir de 12 desfasagens considera-se patologia.

A escala pode ser aplicada a partir dos 9 anos. É constituída por cinco provas: *Conservação*; *Permutações*; *Quantificação das Probabilidades*; *Curvas Mecânicas*; e *Pêndulo*. Segundo a teoria Piagetiana, a Conservação do Peso é adquirida no estádio Concreto, aos 9 anos, enquanto a Conservação do Volume e a Dissociação do Peso e Volume aparecem, no estádio pré-formal, aos 11 anos. As permutações constituem uma prova de operações combinatórias, que correspondem ao nível concreto no caso de 3

cores, e ao nível formal-A com 4 cores, e formal-B com 5 ou mais cores. Os níveis formal-A e formal-B são atingidos após os 16 anos. A Quantificação das Probabilidades é uma prova que faz apelo ao grupo INRC – Identidade, Negação, Recíproca, Correlativa (negação da recíproca), aplicando as noções de proporção e de probabilidade, abrange os quatro estádios, concreto, pré-formal, formal-A e formal-B. As Curvas Mecânicas exigem a coordenação de dois sistemas de referência distintos e na representação do espaço, corresponde a um estádio consoante os níveis atingidos. O Pêndulo é já uma prova do estádio formal-B, faz apelo à lógica das proposições, em que é necessário evidenciar os quatro factores que modificam a oscilação do pêndulo – altura, peso, comprimento do fio, e impulso – através do recurso ao método experimental.

O total da pontuação obtida permite localizar o estádio em que o sujeito se encontra, tal como se mostra na tabela abaixo:

Tabela 13

Pontos	Estádio
0 - 10	<i>Concreto</i>
11 - 17	<i>Pré-formal</i>
18 - 23	<i>Formal-A</i>
24 - 28	<i>Formal-B</i>

3.3.1.7. PMK - Psicodiagnóstico Miocinético.

O psicodiagnóstico miocinético PMK, elaborado pelo Professor E. Mira y Lopez em 1940, é um instrumento de avaliação da personalidade através da expressão gráfica, que mede a adaptação psico-motora ao ambiente, e a execução de movimentos sobre diferentes planos do espaço.

Storch (citado por Mira y Lopez, 1962) designa de *miopsique* todos os dispositivos que asseguram ao indivíduo a adaptação psicomotora ao ambiente. Tais dispositivos são evidenciados pelo tónus postural, daí a designação de *mio* relacionado com pequenas contracções musculares, e *cinético* relativo ao movimento. O princípio de base é que “cada intenção ou atitude relacional é acompanhada de uma atitude muscular determinada que visa favorecer os movimentos projectados e inibir as forças contrárias a esses movimentos” (Mira y Lopez, 1962, pp.5). As atitudes práxicas e as atitudes mentais estão altamente relacionadas, a interpretação de cada tipo individualmente não tem sentido na medida em que o corpo e a mente constituem um todo dinâmico.

Na execução de cada prova o sujeito estará obrigatoriamente sujeito a três factores: ele próprio com todas as suas características psico-neuro-fisiológicas; o espaço e sua relação com este; e o tempo. Ele executa a tarefa num espaço e num determinado tempo externo, na medida em que aprende quanto tempo leva a execução de cada traço, e o tempo interno determinado pelo seu corpo. A base desta prova consiste em analisar os pequenos movimentos oscilatórios em diversas direcções espaciais, desenhados sem o controlo visual da extensão e direcção. Desta forma aparecem desvios relativos à figura inicialmente visualizada, o que correspondem ao grupo muscular dominante no indivíduo.

A dominância do hemisfério cerebral esquerdo, traduzida pela facilidade em executar tarefas com a mão direita, ou a dominância do hemisfério cerebral direito, que corresponde à dominância de execução com a mão esquerda, são directamente influenciadas pela consciência do sujeito. Um destro controla muito melhor o seu traço com a mão direita e, se é solicitado para executar o mesmo traço com a mão não dominante, a esquerda, fica muito exposto às tensões inconscientes, genotípicas, e

pouco desenvolvidas, quase num estado infantil, não trabalhado. W. Wolf (citado por Mira y Lopez, 1962) designa a parte do corpo mais evoluída e dominada como *consciente*, em contraponto com a menos desenvolvida que será *inconsciente*.

3.3.1.7.1. Descrição do instrumento

A prova é constituída por seis páginas: 1- lineogramas; 2- zig zag; 3- escadas e círculos; 4- cadeias; 5- paralelas egocífugas e UU's verticais; 6- paralelas egocípetas e UU's sagitais. Em cada página o sujeito deverá copiar os movimentos constitutivos da figura base três vezes, repetindo posteriormente sem o auxílio da visão, o examinador entrepõe um cartão entre o examinando e a folha. Nunca se permite que o examinando veja o que desenhou, tapando-se com rectângulos de cartolina as figuras executadas. Diferentes planos são utilizados: o plano sagital; o plano horizontal; e o plano vertical. A cada plano corresponde a respectiva posição da folha e define a proximidade do sujeito relativamente aos movimentos musculares desenvolvidos para a execução da figura. Assim, em cada página os planos apresentam-se como mostra a tabela 14 :

Tabela 14

Folha	Plano			
1- Lineogramas	1º terço da página: plano sagital; 2º terço da página: plano horizontal; 3º terço da página: plano vertical. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr><td>3º terço</td></tr> <tr><td>2º terço</td></tr> <tr><td>1º terço</td></tr> </table>	3º terço	2º terço	1º terço
3º terço				
2º terço				
1º terço				
2- Zig zag	Plano sagital no 2º terço da página			
3- Escadas e círculos	Plano vertical			
4- Cadeias	1º terço da página: plano sagital; 2º terço da página: plano horizontal; 3º terço da página: plano vertical. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr><td>3º terço</td></tr> <tr><td>2º terço</td></tr> <tr><td>1º terço</td></tr> </table>	3º terço	2º terço	1º terço
3º terço				
2º terço				
1º terço				
5- Paralelas egocífugas e UU's verticais	Paralelas no plano sagital; UU's no plano vertical			
6- Paralelas egocípetas e UU's sagitais	Plano sagital			

O lado esquerdo da folha é desenhado com a mão esquerda, e o lado direito com a mão direita, o que permite uma análise posterior: do que é manifesto, dominante, aprendido e consciente, que corresponde ao fenótipo; e uma análise do que é latente, inconsciente, e genotípico.

O sujeito é solicitado a fazer movimentos egocípetos, dirigidos a ele, e outras vezes movimentos egocífugos, afastando-se dele. Tal acontece nos zig zag, nas cadeias, e nas paralelas.

A prova aplica-se em duas sessões com um intervalo oito dias. A primeira parte é constituída pelos lineogramas, zig zag, escadas e círculos, e o plano sagital e horizontal das cadeias. Na segunda parte realiza-se o plano vertical das cadeias, as paralelas egocífugas e UU's verticais, e as paralelas egocípetas e UU's sagitais.

Para executar esta prova será necessário a adaptação de uma mesa pequena, um suporte e uma cadeira, de modo a que o sujeito adquira uma postura adequada à realização dos traços. Tais parâmetros, definidos por Mira y Lopez, 1962, permitem uma leitura precisa dos resultados obtidos.

3.3.1.7.2. Modo de aplicação

Lineogramas

No caso de o sujeito ser destro inicia a prova com a mão direita, caso contrário, com a mão esquerda, isto é, sempre com a sua mão dominante.

Pede-se que passe com o lápis, num movimento de ida e volta, três vezes, sobre a linha horizontal direita. Depois coloca-se um cartão à frente dos olhos, situação para a qual o indivíduo já tinha sido advertido antes mesmo de iniciar a prova, e deverá repetir os movimentos até que lhe seja dito que pare. O examinador conta 10 vezes esse movimento após interpor o cartão, e marca a vermelho a última linha desenhada. Após a conclusão deste lineograma, tapa-se com um cartão, e passa-se ao seguinte, o lineograma sagital direito.

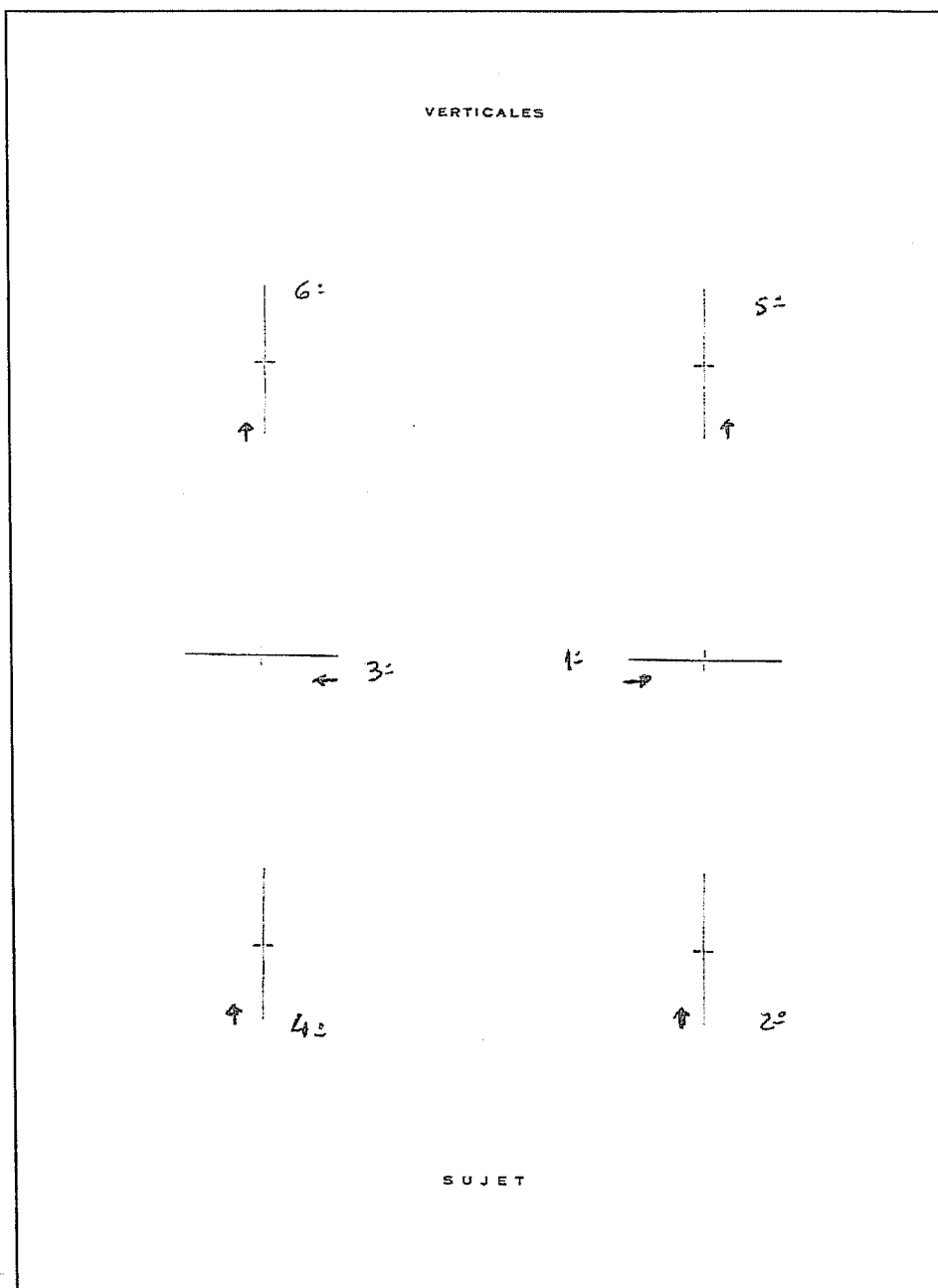
O sujeito nunca vê o que executa, pois sucessivamente vão sendo tapados os seus desenhos.

A sequência de execução é a que se apresenta na figura 1, e as setas indicam a extremidade por onde o sujeito inicia o movimento.

Os quatro primeiros lineogramas são executados com a folha na horizontal, e o 5º e o 6º com a folha na vertical.

Os lineogramas da direita são desenhados com a mão direita, e os da esquerda com a mão esquerda, o mesmo se passando nas provas seguintes.

Fig. 1 - Lineogramas



Ziguezagues

Os dois ziguezagues inferiores representam o movimento egocífugo, para longe de si, e os dois ziguezagues superiores o movimento egocípeto, no sentido do sujeito.

Os desenhos são executados com as duas mãos em simultâneo, e a folha encontra-se na posição horizontal.

Começa-se pelo ziguezague egocífugo. Dá-se dois lápis ao sujeito, um para cada mão, e pede-se para desenhar por cima dos dois primeiros ziguezagues, continuando o movimento repetindo o modelo. Em seguida interpõe-se o cartão para tapar a visão e o sujeito deverá continuar os movimentos. Logo que passe a linha superior da figura 2, manda-se parar.

Tapa-se o que o sujeito acabou de desenhar, e procede-se do mesmo modo para os ziguezagues egocípetos, sendo que desta vez o sujeito só pára quando ultrapassa a linha inferior da banda definida na folha.

Escadas e círculos

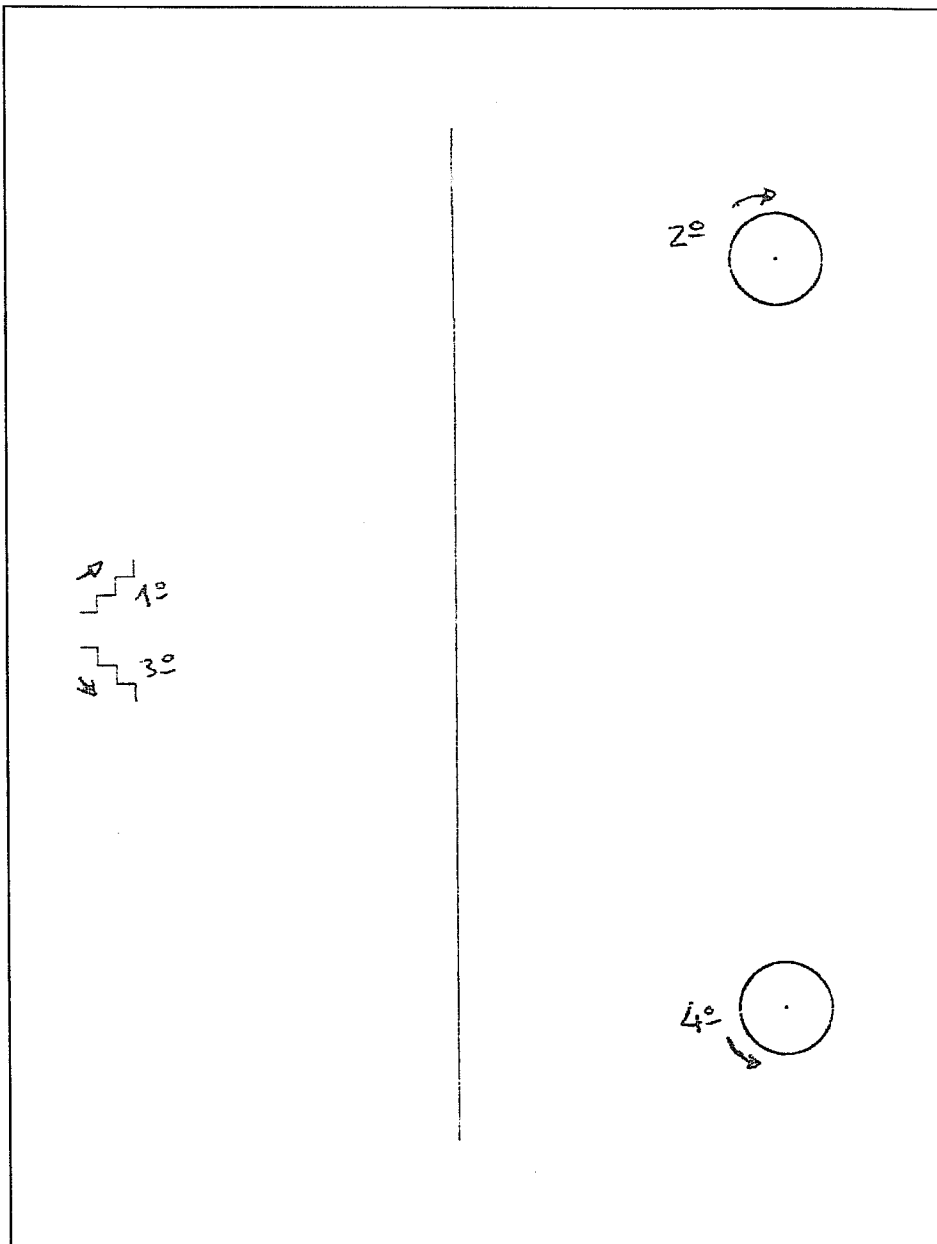
Esta prova é executada com a folha no plano vertical.

A ordem de execução dos desenhos encontra-se na figura 3. Começa pelas escadas, com a mão direita repassa o modelo, e repete-o ainda com o auxílio da visão. Depois interpõe-se o cartão, para não ver, e pede-se que continue a executar o mesmo movimento até que lhe seja dito para começar a executá-lo no sentido descendente, o que acontecerá quando atingir a linha que medeia a folha. Diz-se para parar logo que se aproxime da margem direita da folha.

Cobre-se o desenho e passa-se para o círculo superior direito. Repassa-o três vezes com o auxílio da visão, depois interpõe-se o cartão, e o sujeito continua até que lhe seja dito para parar. Deverá executar dez círculos. Marca-se o último a vermelho e tapa-se com um cartão.

Vira-se a página e repete-se o procedimento anterior, desta vez com a mão esquerda.

Fig. 3 – Escadas e círculos



Cadeias

Nesta prova o sujeito só executa a parte que corresponde à folha no plano horizontal, isto é, as cadeias centrais em baixo, que se executam no sentido egocífugo, e as cadeias laterais, no sentido egocípeto. A ordem e os sentidos estão esquematizados na figura 4.

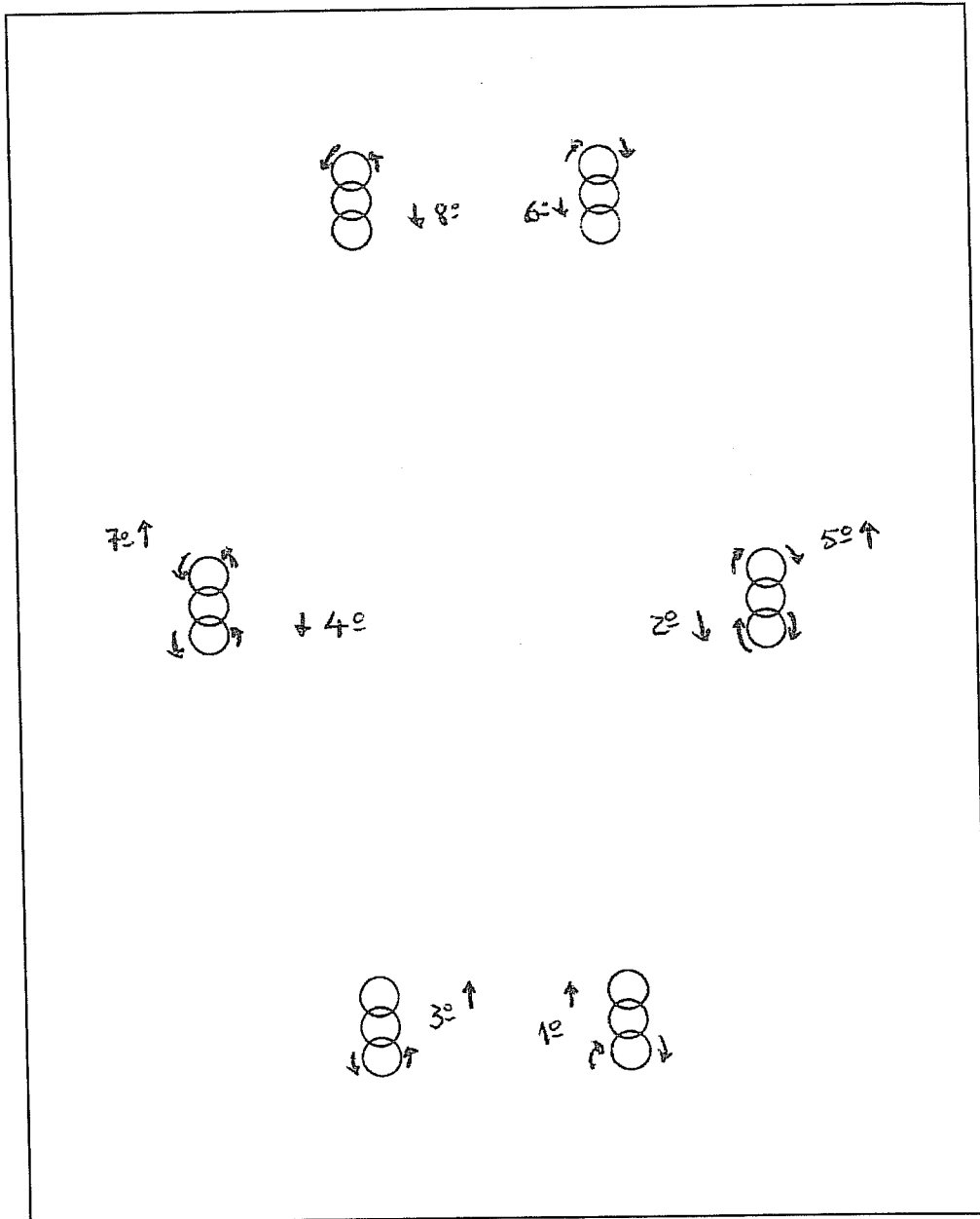
A instrução é de repassar o modelo com a mão direita, e repeti-lo. Interpõe-se o cartão para impedir a visão e o sujeito deverá continuar o movimento até que lhe seja dito que páre, isto é, quando chegar ao meio da página. Tapa-se com um cartão o que acabou de desenhar e passa para as cadeias egocípetas, tal como indica a figura.

Repete o processo com a mão esquerda, executando o 3º e 4º desenhos.

A segunda parte desta prova terá lugar uma semana depois.

A folha é colocada na vertical, tapa-se o que está feito e procede-se do mesmo modo, anteriormente descrito, agora para o 5º, 6º, 7º e 8º desenhos.

Fig. 4 - Cadeias



Paralelas egocíugas e UU's verticais

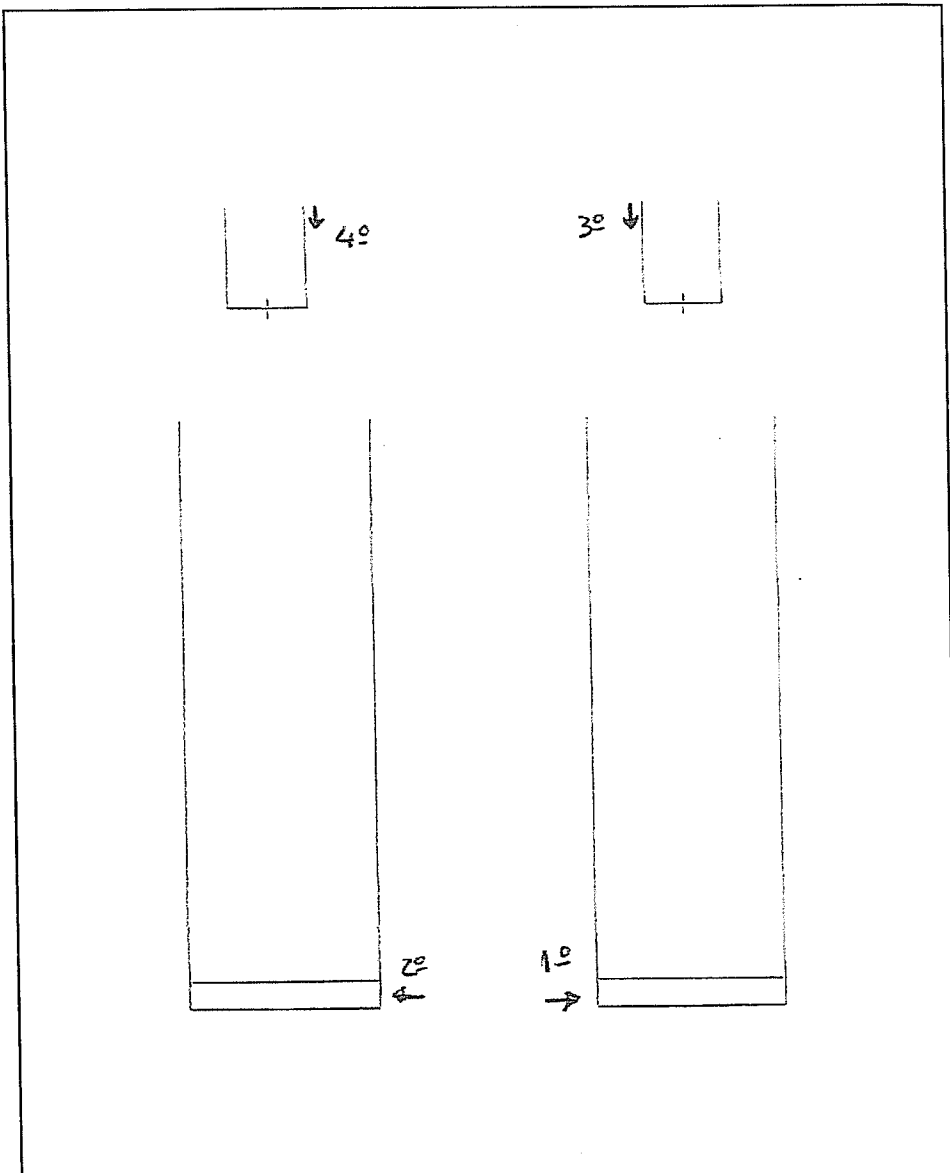
Nesta prova serão executadas as paralelas egocíugas e os UU's verticais

As paralelas são executadas com a folha na horizontal. Pede-se ao sujeito que repasse com a mão direita as duas primeiras linhas da direita e que desenhe mais três. Nesta altura interpõe-se o cartão para impedir a visão e o sujeito deverá repetir o movimento até que lhe seja dito que pare, isto é, quando atingir o fim das linhas laterais que limitam as paralelas (ou limitariam, caso as ultrapasse).

Cobre-se o desenho com o cartão e repete o processo com a mão esquerda. A sequência de execução da prova encontra-se na figura 5.

Os UU's são executados com a folha na vertical. O sujeito repassa o modelo no sentido de ida e volta, três vezes com o auxílio da visão, tapa-se a vista, e a seguir deverá repetir dez vezes o movimento de ida e volta. O último U será marcado a vermelho pelo examinador.

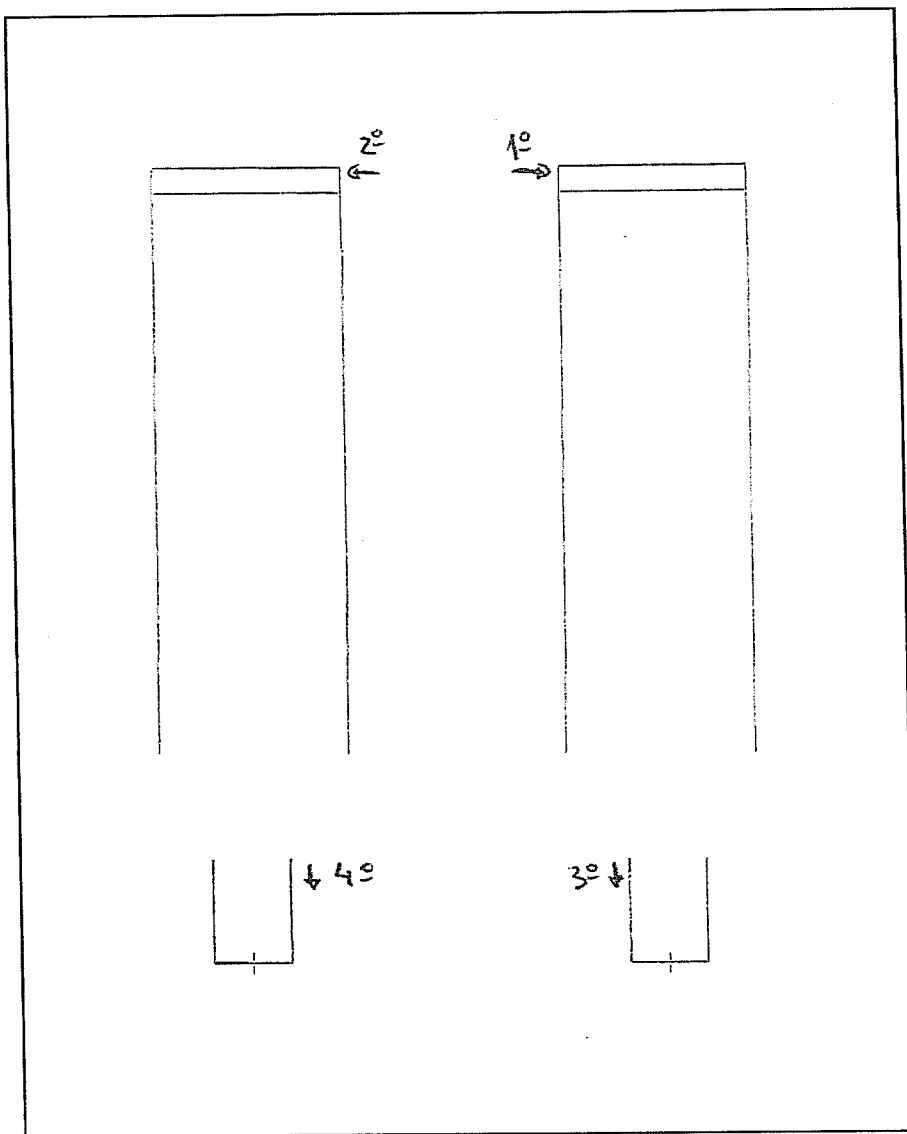
Fig. 5 - Paralelas egocífugas e UU's verticais



Paralelas egocípetas e UU's sagitais

Esta prova é realizada sempre com a folha na horizontal, e o procedimento é o mesmo que na prova anterior. A figura 6 mostra a ordem de execução.

Fig. 6 - Paralelas egocípetas e UU's sagitais



3.3.1.7.3. Definição e interpretação dos dados gráficos

Os dados gráficos a retirar de cada uma das provas encontram-se esquematizados na tabela 15:

Tabela 15

Provas	Dados gráficos
Lineogramas	Comprimento das linhas; Desvio primário; Desvio secundário.
Zig zag	Comprimento das linhas; Desvio primário; Dimensão dos ângulos; Desvio axial.
Escadas	Desvio primário.
Círculos	Desvio primário; Desvio secundário.
Cadeias	Desvio primário; Desvio axial.
Paralelas	Comprimento das linhas; Desvio primário; Desvio axial.
UU's	Desvio primário; Desvio secundário.

O *comprimento das linhas* é definido pela medida das linhas. Nos lineogramas apenas se tem em consideração a última linha desenhada; nos zig zag mede-se a linha mais longa e a mais curta, a sua diferença designa-se de flutuação linear; nas paralelas também se mede a linha máxima e a linha mínima. A diminuição do comprimento das linhas relativamente à linha padrão corresponde a um estado de inibição e angústia, enquanto o seu aumento a um estado de excitação e ansiedade (Mira y Lopez, 1962).

O *desvio primário* é uma distância perpendicular entre as linhas desenhadas: nos lineogramas é determinado pela distância entre a última linha desenhada pelo sujeito e a linha do modelo; no caso dos zig zag, esta distância determina-se dentro de uma banda de 10 cm definida na folha de teste; nas escadas a distância toma-se a partir da extremidade superior do terceiro ângulo recto desenhado com o controlo visual, até à extremidade superior do último ângulo ascendente; nos círculos trata-se da distância entre as duas paralelas que passam pelo centro do círculo modelo e do último círculo desenhado, respectivamente; nas cadeias o processo é semelhante ao das escadas; nas paralelas esta distância determina-se dentro de uma banda de 10 cm definida a partir da extremidade superior do terceiro traço desenhado com o controlo visual, até à extremidade superior do último, o desvio primário resulta da comparação das paralelas egocífugas e egocípetas desenhadas com a mesma mão; nos UU's trata-se da distância perpendicular entre a base do último U e a do U modelo.

O desvio primário pode ser positivo ou negativo, consoante o sentido como se mostra na tabela 16:

Tabela 16

Provas			Desvio primário	
			positivo	negativo
Lineogramas	Plano sagital		cima	baixo
	Plano horizontal	Mão esquerda	esquerda	direita
		Mão direita	direita	esquerda
	Plano vertical		cima	baixo
Zig zag			Dominância egocífuga *	Dominância egocípeta *
Escadas			Menor número de escadas ascendentes que descendentes	Menor número de escadas descendentes que ascendentes
Círculos			cima	baixo
Cadeias	Plano sagital		Dominância egocífuga **	Dominância egocípeta **
	Plano vertical		Dominância egocífuga **	Dominância egocípeta **
Paralelas			Domina a extensão ***	Domina a flexão ***
UU's			cima	baixo

* Dominância egocífuga designa menos zig zag de ida do que de vinda, caso contrário será egocípeta.

** Dominância egocífuga designa menos cadeias de ida do que de vinda, caso contrário será egocípeta.

*** Dominar a extensão significa que há menos linhas na banda egocífuga, caso contrário domina a flexão

O desvio primário mede o carácter tensional dos músculos que executam o movimento.

Nos lineogramas horizontais o desvio primário define intra e extra tensão muscular, quando positivo extratensão, se negativo intratensão.

Nos lineogramas sagitais, nos zig zag, nas cadeias sagitais, nas paralelas e nos UU's sagitais o desvio primário corresponde à agressividade do sujeito, se positivo é sinal de heteroagressividade, se negativo autoagressividade.

Nos lineogramas verticais, nas escadas, nos círculos, nas cadeias verticais e nos UU's verticais o desvio primário indica o modo como o tónus psicomotor cede à força gravítica, isto é a tendência do sujeito para um certo abatimento ou exaltação. Se o desvio primário é positivo indica exaltação, elação, se é negativo a depressão está presente.

O *desvio secundário* é a distância horizontal entre as linhas desenhadas. Dá-nos o grau de emotividade do sujeito, o modo como as emoções influenciam o desempenho traduzindo-se num deslocamento da figura. Para tal comparam-se os desvios da mão esquerda que definem a emotividade constitucional, com os da mão direita que corresponde à emotividade consciente, às emoções relacionadas com situações actuais.

A *dimensão dos ângulos* apenas presente nos Zig zag, é a medida dos ângulos internos, máximo, mínimo, e a diferença entre estes. O ângulo modelo é de 30°. O aumento dos ângulos dá conta de uma dominância do grupo muscular que comanda o traçado, enquanto a diminuição dos ângulos uma dominância do grupo muscular que não executa o movimento. A falta de controlo e impulsividade conduz a grandes diferenças angulares.

O *desvio axial* é o ângulo definido pelo prolongamento do eixo central da figura modelo e o eixo central da figura executada. A sua interpretação é semelhante nos zig zag, nas cadeias, e paralelas. Um desvio axial nulo é característico dos sujeitos designados por Mira y Lopez, 1962, como *sujeitos de elite*. Um grande desvio axial traduz falta de compensação das tensões musculares. A inclinação do desvio axial para dentro é característica da intratensão, enquanto para fora se relaciona com a extratensão.

3.3.2. Resultados da aplicação dos instrumentos.

3.3.2.1. Children Depression Inventory

3.3.2.1.1. Sessão de aplicação do instrumento

2ª Sessão a 11.10.2000

Já estava à saída quando a Mariana aparece com meia hora de atraso.

Mariana: *Peço imensa desculpa, mas só agora é que consegui vir.*

Psicoterapeuta: *Vamos fazer a sessão, mas para a próxima marcamos para esta hora, para não acontecer o mesmo que hoje.*

Dirigimo-nos as duas para o gabinete, sentamo-nos.

Psicoterapeuta: *Vamos fazer uma prova, demora cerca de dez minutos, depois conversamos.*

Mariana: *Está bem.*

Início a prova de depressão, CDI, que se encontra no Anexo I. Como a prova se encontra em inglês, e para garantir a resposta, leio-lhe as opções, e a Mariana escolhe.

O telemóvel toca. Ela vê quem é e diz:

Mariana: *É a minha mãe. Posso atender?*

Psicoterapeuta: *Sim, sim.*

Mariana: *Mãe, agora estou na consulta, depois telefono-te... Está tudo bem.*

Desliga e diz-me:

Mariana: *É sempre assim. Está sempre a ver onde estou, está sempre preocupada.*

Penso que o facto de atender o telefone à minha frente constitui uma mensagem: 'A minha mãe não me larga, ajude-me a separar-me dela, dê-me força!'.

Continuamos a prova. Quando chegamos ao item 22 que se refere às amizades noto que a Mariana tem os olhos cheios de lágrimas, que começam a correr.

Psicoterapeuta: *Vamos parar um pouco. O que está a acontecer?*

Mariana: *É que aí fala sobre amigos, eu não tenho amigos. Nunca tive amigos. Eu já estou assim desde ontem.*

Psicoterapeuta: *Porquê?*

Mariana: *Não sei. Ontem agarrei-me ao meu pai a chorar, ele ficou muito aflito. Disse-me para telefonar ao Miguel, para ele ir lá jantar. Acho que ele pensou que talvez com o Miguel eu me acalmasse. Ele veio, mas isto não passou.*

Psicoterapeuta: *O que sentia?*

Mariana: *Eu estou triste. Lá na escola ando sempre sozinha. Não tenho amigos. Às vezes penso que tenho o Miguel, mas não chega, sinto-me na mesma sozinha. Aquela minha amiga do ano passado, este ano foi trabalhar, já não está a estudar. Isto foi sempre assim. A escola, para mim foi sempre um martírio.*

Psicoterapeuta: *O que é quer dizer com martírio?*

Mariana: *Foi sempre assim. Quando eu estava na quarta o irmão de uma colega minha, que era mais velho do que eu, junto com os amigos, um dia começaram todos a bater-me. As contínuas viram mas*

não fizeram nada. A escola ficava ao pé de casa. Não sei como alguém avisou o meu pai, e foi ele quem lá apareceu para me libertar. Nesse mesmo dia ele mudou-me de escola para uma particular.

Psicoterapeuta: *Porque é que isso aconteceu?*

Mariana: *Os miúdos não gostavam de mim. Eu também respondia-lhes sempre torto. A professora embirrava comigo. Tudo o que parecia de mal diziam que era eu. Umás vezes até era, mas outras não. Depois fui para um colégio de freiras durante o resto da quarta. Não gostei nada. Andava sempre sozinha. No ano a seguir fui para os Plátanos, também é particular. Nunca me integrei. Os outros chamavam-me nomes, e eu já era conhecida por esses nomes.*

Tudo isto é relatado com muito sofrimento, chorando e por vezes com pausas para aliviar o choro.

Psicoterapeuta: *Parece que essas memórias ainda estão muito vivas.*

Mariana: *Por exemplo, um dos nomes era cara d'osga. Eles diziam 'Lá vem a cara de osga.'. Às vezes eu respondia mal, outras vezes nem ligava. Os outros não se aproximavam de mim. Quando chegou a altura das minhas colegas começarem a namorar, eu também queria, mas embora houvesse rapazes que gostassem de mim, eles não se aproximavam, porque eu era a cara d'osga. Eu ainda consegui ter uma amiga. Depois perdi-a porque ela me traiu.*

Psicoterapeuta: *Como assim?*

Mariana: *Havia lá uma outra que depois se foi embora. Essa minha amiga combinou comigo que iríamos fazer de conta que éramos amigas dela, mas depois que a abandonáramos porque ela era parva, íamos gozar com ela. Combinámos tudo nas férias. Bastou eu faltar um dia para se virar o feitiço contra o feiticeiro. Perdi a minha amiga que passou a ser na verdade amiga da outra, e fiquei sozinha.*

Psicoterapeuta: *O que sentiu nessa altura?*

Mariana: *Quando queríamos enganar a outra até senti prazer, porque ia fazer-lhe o que já me tinham feito, mas depois senti-me novamente sozinha. Eu até compreendo, era muito difícil a alguém*

andar comigo porque sempre fui marginalizada. Mais tarde, quando a outra saiu do Colégio, essa minha amiga voltou para mim, e eu aceitei-a. Ela ia às vezes lá a casa, outras era eu quem ia à casa dela. Depois eu tinha pena dela, porque a mãe morreu quando ela estava no quinto e ela ficou só a viver com o pai.

Psicoterapeuta: *Também ficou só.*

Mariana: *Sim acho que era a solidão que nos unia. Lá nessa escola eu tinha uma directora de turma que não gostava nada de mim. Estava sempre a mandar recados para casa a dizer que eu fazia isto ou aquilo mal, que me portava mal, enfim... Um dia houve lá uma porcaria, mas felizmente eu não estava metida, mas essa minha amiga estava, e a directora mandou-lhe um recado para casa. Ela começou a chorar. Eu estava com ela no corredor, a directora apareceu e disse-me para me afastar, que queria falar com ela. Eu ouvi ela a dizer à minha amiga que o que estava de errado com ela é que ela andava comigo e eu era má companhia. Quando cheguei junto da minha amiga ela estava estranha, mas eu puxei a conversa e ela acabou por repetir as palavras que a directora lhe tinha dito, acrescentado que o pai dela também não tinha gostado muito de mim. Fiquei mesmo mal. Fui para o bar almoçar, e como sempre demorei muito tempo, porque não queria ir para o recreio sujeitar-me aos nomes que me estavam sempre a chamar. Comecei a chorar. A directora apareceu lá e viu. Mais tarde chamou-me a mim e à minha amiga e disse-nos que nós éramos muito amigas e devíamos continuar a sê-lo*

Psicoterapeuta: *De alguma forma ela arrependeu-se. Mas fica tudo muito pouco consistente.*

Mariana: *Agora imagine como é que nós não nos sentimos. Aquela mulher era maluca. Não gostava de mim.*

Noto que já estamos próximo do fim da sessão.

Psicoterapeuta: *Vamos terminar a prova?*

Mariana: *Está bem.*

Fazemos os últimos cinco itens da prova, e damos a sessão por terminada. Despedimo-nos com um aperto de mão.

3.3.2.1.2. Análise da sessão

O atraso da Mariana dá conta do modo como vive o tempo, não coordena o tempo dela com o tempo do outro, daí o estabelecimento de regras por parte da psicoterapeuta.

Quando a mãe penetra neste espaço, na nova relação que a filha está estabelecendo, parece que a Mariana precisa de apoio, protecção e segurança da psicoterapeuta para lidar com a mãe. Note-se que ela pede autorização para atender o telefone, ou pede, no latente, “ajude-me a atender este telefonema”. O que a Mariana refere como preocupação da mãe, parece ser mais o modo como sente o seu espaço invadido.

A aplicação da prova mexeu intensamente com a Mariana. E o facto de ter *explodido* no item 22, o qual retracta a solidão, reflecte o modo como as respostas anteriores tocaram nas suas vivências e emoções.

A paragem da prova dá-se, e é prestado à Mariana um pouco de apoio psicológico.

As feridas estão muito vivas, ainda não foram elaboradas, mentalizadas. Sente-se só. A mãe, ao estar sempre *preocupada*, parece ter dificuldade em separar-se desta filha, de modo a que a Mariana possa realizar amizades. O pai demite-se de um papel contentor, e tenta tapar esta falha fazendo-se *substituir* pela presença do Miguel. Claro que a solidão é interna e o problema passa pelo sentir da Mariana, e pelo modo como se relaciona com os seus objectos internos.

Quanto ao relato do acontecimento na escola, o que remete para uma situação de humilhação, parece que a Mariana *tinha* poucos recursos para se defender. O aparecimento quase mágico do pai leva a crer numa idealização deste como o *grande salvador*, no entanto, não ajuda a transformar os objectos internos da Mariana, pois parece não haver uma tentativa de compreensão do que se estava a passar. Há uma clara atitude de fuga na busca de um novo colégio.

A Mariana parece sempre ter tido dificuldades de integração no grupo de pares, e mesmo com os adultos, figuras de autoridade. Ela própria parece ter internalizado a rejeição, e de alguma forma faz-se rejeitar, o que também acontece com o afastamento da amiga.

O seu desejo de vingança liga-se ao seu mal estar interno, e liga-se ao experienciar de como é o sentir de rejeitar e ser rejeitado, no sentido de se comparar. Ela sente-se constantemente rejeitada, e sente que os outros não são sinceros para com ela.

Na aplicação das provas seguintes, alguns conteúdos surgiram, frequentemente no final da sessão, mas não foram impeditivos da continuidade da prova, eram remetidos para as futuras sessões de psicoterapia.

3.3.2.1.3. Resultados da aplicação da prova

A Mariana apresenta um score total de 26, ao que corresponde uma nota T de 76, muito acima da média, indicadora de depressão,.

Dominam os problemas interpessoais, a ineficácia, a anedonia é bastante elevada, e a auto-estima negativa.

Quanto aos **problemas interpessoais**, há algum desinteresse social, e comportamento de briga.

A **ineficácia** traduz-se principalmente por uma quebra e dificuldades ao nível do desempenho escolar, e ainda por sentir que não consegue realizar as tarefas devidamente.

Na **anedonia** aparece o valor mais elevado, revelando uma grande perda de apetite, uma diminuição de prazer, e cansaço e fadiga frequentes. Trata-se de sinais físicos de depressão. Como sinais psicológicos de depressão, a anedonia traduz-se num enorme sentimento de solidão, numa grande insatisfação escolar e nas relações de amizade.

A **auto-estima** é negativa, reflexo de um constante pessimismo, de não encontrar conforto dentro de si nem fora de si, não se ama o suficiente nem se sente suficientemente amada.

3.3.2.1.4. Conclusão

Nesta sessão a Mariana formula um grande pedido de ajuda. Tem necessidade de transmitir que não sente segurança e protecção na relação com os pais. Que estes não a ajudaram a crescer.

Os resultados da prova confirmam a presença de uma depressão caracterizada por: problemas interpessoais; falta de eficácia na resolução de tarefas; auto-estima negativa; e forte anedonia.

3.3.2.2. Rorschach

RORSCHACH

Tabela 17

RESPOSTA	INQUÉRITO	COTAÇÃO
I) 10" Isto é esquisito à brava. Parece assim um bicho, assim tipo um insecto parecido com um escaravelho. 20"	Boca (D1&22) ⁶ ; Asas (D2); Corpo (D4 sem boca).	G F ⁺ A
II) 2" Dois amigos assim a... Duas comadres todas bem dispostas e isso. Parece que estão assim à volta de uma fogueira. 30"	<i>São amigos porque estão a dar as mãos e isso.</i> Amigos (D1); Comadres (G1); Fogueira (D3).	G K H G K H D CF ⁺ Elem
III) 10" Parece que estão a comer, que estão assentados a uma mesa e estão a comer ou a fazê-lo. Ou a jogar, a jogar às cartas. Um jogo que estão a fazer. (?) Duas pessoas. 40"	Pessoas (D1); Mesa (D7). <i>Pensamento de cada parceiro. (D2);</i> <i>Laço de amizade / rivalidade. (D3).</i>	D K H Ban D F ⁺ Obj D K H
IV) 2" Parece o abominável homem das neves. Um monstro horroroso com três pernas e tentáculos. Resumindo e concluindo é um monstro. 30"	Corpo (Tudo em G); Tentáculos (D4); Pernas (D6). <i>Podia ser o rabo (D1).</i>	G F ⁺ (H) G F ⁺ Clob (H) D F ⁺ (Hd) D F ⁻ (Hd) G F ⁺ (H)
V) 2" Um morcego. 5"		G F ⁺ A Ban
VI) 5" Parece o Cristo Rei. Quando a gente vai na ponte 25 de Abril, parece o Cristo Rei. Assim uma montanha, depois tem lá o Cristo Rei. 20"	Cristo Rei (D3); Montanha (D1);	D F ⁺ Obj D F ⁺ Geo G F ⁺ Pais
VII) 3" Parece assim dois miúdos,	Miúdos (D2);	D F [±] (Hd)

⁶ As localizações referidas no inquérito obedecem aos critérios definidos por Cécile Beizmann, 1966

<p>assim com orelhas de burro. Tipo assim o Pinóquio em que eles se transformavam em burros por causa do meio de ignorância em que viviam e que não queriam estudar, não é?! 20"</p>	<p>Orelhas (D5); Cara da pessoa (D1); Rabo do burro (Dd21); Não entra, estão em cima de alguma coisa talvez (D4).</p>	
<p>VIII) V Λ 15" Parece assim dois tigres, de lado. V Aqui parece uma borboleta, esta parte aqui está ligada aos tigres. Λ Assim parece um guerreiro, tudo, os tigres passam a braços. 60"</p>	<p>Tigre (D1); Borboleta (D2); Armadura (D2); Cara com chapéu (D4); Tranças (Dd22); Guerreiro chinês (tudo em G, representa a metade superior do guerreiro); Corpo (D/bl).</p>	<p>D F⁺ A Ban D F⁺ C A G F[±] (Hd)</p>
<p>IX) 30" V Λ Parece assim algo em chamas, a arder. 10"</p>	<p>Só esta parte porque tem a cor do fogo (D8&3x2); <i>Isto podia ser os fumos (D6 e D11).</i></p>	<p>D/Dbl CF⁺ Elem</p>
<p>X) 2" Isto a mim parece-me um covil das aranhas. 10"</p>	<p><i>Tudo muito esquisito.</i> Ratos (D8); Ovos de aranha (D12); Aranhas (D1 e D7)</p>	<p>G F A</p>

Escolhas :

Escolha positiva:

V) Porque está bem feitinho. É giro.

IX) Porque é bonito, tem assim cores giras.

Escolha negativa:

X) Tenho medo de aranhas. Está muito confuso. Tem cores bonitas mas não gosto da forma como estão dispostas, e das formas que representam.

I) Porque é esquisito. Vejo aqui um bicho que não gosto. Não está bem feito.

3.3.2.2.1. Psicograma

Respostas: 22

Tempo total: 5' 26"

Tempo / Resposta: 11"

Tempo de latência médio: 8"

Modos de apreensão

G = 10 (45%↑)

D= 11 (50%↓)

D/DbI= 1 (5%)

Determinantes

F = 14 (64%)

F⁺ = 10 (79% ↓)

F[±] = 2

F⁻ = 2

K = 4

FC = 1

CF = 2

FClob = 1

Conteúdos

A = 5 (23%↓)

H = 4 (18%↓)

(H) = 3 (14%)

(Hd) = 4

Elemento = 2

Geografia = 1

Paisagem = 1

Objecto = 2

Banalidades

3 (↓)

Tipo de Ressonância Íntima: 4K / 2.5C Introversivo misto

Fórmula Complementar: 0k / 0E

Reacção Cor: 27% (↓)

Índice de Angústia: 0 %

3.3.2.2.2. Análise de cada cartão

I) Inicia a prova com um comentário subjectivo, sinónimo da sua defesa ante algo desorganizado, o que parece estar na base da sua escolha negativa. A resposta que conduz ao escaravelho, dá conta da progressiva busca, no que conhece, da identificação de uma boa forma: bicho → insecto → escaravelho (dentro dos insectos escolhe o escaravelho). Dá uma boa resposta, mostrando o seu esforço em colaborar na prova. Colaborar e entrar na relação.

II) A resposta é global, e introduz a possibilidade de uma amizade que se estabelecerá entre ela e a psicoterapeuta. As comadres são as amigas, nós duas, mas também são aquelas que quando se zangam “se descobrem as verdades”, projecta aqui, um pouco, a relação com a mãe e questiona-me se poderá confiar em mim. A *fogueira*, elemento de aquecimento, dá conta do afecto intenso que dispõe para investir na relação, da sua capacidade afectiva.

No inquérito é importante o modo como justifica a amizade, “porque se tocam”, a proximidade corporal é importante, mais, os amigos podem “dar as mãos”, podem unir-se e permitir a circulação de afectos.

III) A relação inicia-se pela oralidade. Da desorganização na prancha I, à desconfiança na II, inicia-se a partilha do alimento. Note-se o movimento regressivo da I para a III. Há uma entrega. Já pode partilhar os seus afectos – comida – comigo. Tal como pode

brincar – o jogo, encontrando assim uma parceira com quem se diverte e que a alimenta, como se no latente encontrasse a mãe.

A indiferenciação dos sexos demonstra a regressão presente, regride até à idade onde ainda não interessa o género, mas sim a relação, o afecto, o sentir.

Note-se a individualidade de cada um, no inquérito, cada um é dotado de capacidade de pensar por si. E o afecto simbolizado no *laço de amizade*, que receia tornar-se rivalidade, é o seu sentir da rivalidade com a mãe, e o carácter que poderá ter esta rivalidade, negativo, ou positivo no sentido construtivo.

IV) Apresenta uma imagem masculina ameaçadora. A descrição que faz do monstro, revela a ansiedade associada ao modo como percebe esta figura imponente com “três pernas e tentáculos”. Vejamos aqui uma referência fálica: duas pernas e um grande pénis ameaçador, o qual no inquérito castra e transforma num rabo. Os tentáculos, ajudam a segurar e a agarrar. Parece sentir um monstro homem, ou será mais um homem monstro que a pode atacar? Há também o medo (e o desejo) de proximidade de uma figura masculina.

V) Resposta banal, que parece ter tido uma função organizadora, na sequência da resposta anterior, que suscitou sentimentos de ameaça. Revela adaptação à realidade. Há integridade e unidade do eu. Há, ainda, a capacidade para trabalhar mentalmente, e elaborar o desorganizado, da figura IV disforme, produzindo agora uma figura adequada ao real, o que denota a capacidade da Mariana se adaptar à realidade. É uma das suas escolhas positivas, sentiu-se bem com o impacto da figura.

VI) Aqui, a Mariana leva-nos a passar a ponte 25 de Abril. É de um cenário onde o movimento está implícito “Quando a gente vai na ponte”. Centra-se na parte fálica, D3, da prancha, numa dinâmica de actividade / passividade – está em movimento sobre a ponte, passivamente olhando o Cristo. Há, assim, a negação da sexualidade, atribuindo um carácter religioso ao pénis, passa a Cristo crucificado. Leva-nos a pensar como é que a Mariana está a viver a sua sexualidade, que conflitos se estão levantando. A sexualidade está activa? Passiva? Bloqueada?

VII) Concentra-se nos primeiros dois terços da prancha. Na resposta, aparecem duas figuras humanas deformadas, e não inteiras, o que se detecta no inquérito. As transformações corporais são evidentes, e surgem sob a forma de penalização. Há aqui uma situação paradoxal: os meninos viviam num meio de ignorância, e foram penalizados por não quererem estudar. Se o meio era de ignorância, para quê estudar? Uma resposta possível será: talvez para se diferenciarem desse meio.

O conteúdo latente desta resposta, reenvia para as dificuldades que a Mariana está a viver com o seu corpo, no seio do meio familiar que a rodeia. Por outro lado, a figura do Pinóquio é bastante alusiva à sexualidade. Mais uma vez nos confrontamos com a dificuldade em viver um corpo sexuado, corpo que sente e se transforma, também com esse sentir, “num meio de ignorância”, isto é, onde não é compreendida, onde a identificação à mãe sexuada parece estar bastante deformada.

VIII) Ao tomar contacto com a cor, o tempo de latência aumenta. Virou e revirou a prancha, o que dá conta do impacto que a cor teve, que os afectos suscitados pela imagem se desencadearam. Inicia com uma resposta banal, detectando os “tigres” laterais. Vira a prancha, e dá outra boa resposta, desta vez incluindo a cor, “borboleta”.

Vira novamente a prancha e apresenta uma resposta global, onde inclui o branco, e vê a metade superior – tronco e face, de um “guerreiro chinês”.

Parece que a cor a desorganizou. Note-se que o tempo nesta resposta também é elevado, 60”.

Vejam a sequência: tigre – borboleta – guerreiro chinês. O tigre representa um animal feroz, mas sedutor quando sossegado. Trata-se de um símbolo da classe guerreira, é um caçador (Chevalier, J. & Gheerbrant, A., 1997). A borboleta simboliza a mudança, nas suas metamorfoses. O guerreiro, poderá representar a agressividade (do tigre), a armadura liga-se à necessidade de proteger o seu corpo do mundo, lugar onde circulam afectos e emoções. Simbolicamente esteve sempre a falar dos impulsos agressivos, e do modo como poderá transformá-los, e assim lidar com os seus e os dos outros.

IX) Aborda o primeiro terço superior da prancha, embora no inquérito se refira aos outros dois terços através de uma estompagem. As chamas, o arder de algo, ela vê de imediato, mas o fumo, que constitui o resultado das chamas (não há fumo sem fogo), só é percebido posteriormente. Tal pode-se interpretar como a dificuldade em ver além do imediato, em evitar tomar contacto com dimensões mais profundas de si própria. O fumo só fica depois do fogo, é a sua consequência. Associando à vivência da Mariana, parece ser-lhe difícil identificar as consequências das acções, age mais rapidamente do que pensa, sendo o fumo o *pensamento* e o fogo a *acção*. É a sua segunda escolha positiva, cuja resposta parece vir na linha do seu funcionamento psicológico actual.

X) Um covil é uma cova de feras (Almeida Costa, J. & Sampaio e Melo, A., s.d.). Nesta prancha bastante colorida, a Mariana percebe uma série de elementos fóbicos: aranhas, no inquérito ovos de aranha e ratos.

As aranhas podem simbolizar a fragilidade, uma vez que são as artesãs de um tecido que oculta a realidade (Chevalier, J. & Gheerbrant, A., 1997), logo, há aqui um medo de enfrentar a realidade. Os ovos de aranha representam os potenciais medos a emergir, a nascer.

O rato é um animal subterrâneo, nocturno, esfomeado. Aparece no inquérito junto com as aranhas e os ovos.

Estes elementos fóbicos parecem representar as angústias e os medos, ainda sem nome, que a Mariana teme ao estar sozinha, fora desta relação com a psicoterapeuta, onde se poderá sentir confusa, tal como o refere ao escolher esta prancha como negativa.

3.3.2.2.3. Análise do psicograma

Trata-se de um protocolo com 22 respostas, todas cotáveis. Manuseia duas pranchas, a VIII e a IX, o que dá conta da dificuldade em lidar com a cor, com os afectos.

O tempo total é baixo, proporcionalmente ao número de respostas (Traubenberg, N. R., 1973), o que se liga a alguma dificuldade em associar. O tempo por resposta é de

11", o que se relaciona com um tempo total baixo. O tempo de latência é variável, realçando-se no entanto o que se passa nas pranchas VIII e IX, com tempos de latência respectivamente de 15" e 30". No primeiro caso, o impacto com a cor, ao que parece funcionou como algo estranho, levou a alguma actividade defensiva recorrendo à fantasia, enquanto na IX o fogo representa a impossibilidade de elaborar o pensamento, *o fumo*, a *paragem* ou *morte* do pensamento, donde resulta a acção destrutiva do fogo. No geral as pranchas coloridas parecem ter desencadeado angústias primitivas, da ordem da agressividade.

Os modos de apreensão são principalmente em G (resposta global), e em D (grande detalhe). Quanto às respostas em G elas estão acima do normativo, 45% (Traubenberg, N. R., 1973), mas a maior parte delas, 8, associam-se ora a 6 boas formas, ora 2 a cinestésias, o que dá conta da sua capacidade adaptativa e potencial afectivo. Na prancha VIII o G associa-se a F_{\pm} , devido à mobilização de defesas contra a emergência de sentimentos persecutórios, *há que se proteger com uma armadura*. Na prancha X o G liga-se a um F devido ao carácter fóbico atribuído aos elementos percebidos.

Os D, existem em número muito baixo, embora 8 deles associados a boas formas, e na III apresenta carácter relacional de cinestesia. Os restantes três D aparecem respectivamente nas pranchas: IV, *má fora*; e na VII e VIII, F_{\pm} . Os primeiros dois correspondem a deformações do corpo, e o último à defesa contra os ataques ao corpo próprio. A baixa percentagem de D dá conta da dificuldade em diferenciar os afectos relativamente a si própria e aos outros.

A resposta D/Dbl que se apresenta na prancha IX, corresponde às partes laterais incluindo a grande lacuna interna superior. Associa-se a uma resposta CF^{+} onde a cor ganha importância. Aqui os afectos tomam conta da elaboração de uma resposta mais organizada, embora formalmente positiva, as chamadas significam a *destruição de algo*, ou mesmo o modo como os afectos *queimam* e podem destruir.

Os determinantes são variados ao longo do protocolo. O que determina as suas respostas representa flexibilidade de pensamento. $F\%$ é normativo, mas o $F^{+} = 10$ (79% ↓)

encontra-se muito perto do limite inferior do desejável (80% segundo Traubenberg, N. R., 1973). Conclui-se que há uma boa ligação ao real.

As três respostas cinestésicas, têm valência relacional, na prancha II com identificação sexual feminina, e na III sem género, o que dá conta das dificuldades ao nível da imagem corporal. Uma vez que estes personagens estão pouco diferenciados, não tendo uma identidade própria e diferente, parece que o processo de individuação ainda está em curso. Há a busca de uma relação positiva, quer pela socialização, quer pela troca de afectos – o comer. Os conflitos parecem estar reprimidos, não são postos em cena na cinestesia, apenas há uma referência às *comadres*, que podem ser vistas como geradoras de conflito, mas nada é claro.

A sua capacidade de adaptação parece ser dominada pelos afectos, $FC < CF$. Existe uma certa labilidade afectiva, o que se reflecte essencialmente nas pranchas cromáticas, em que se nota uma grande dificuldade em produzir respostas, e na X os elementos fóbicos quase a bloqueiam.

O FClob que aparece na prancha IV, tem a ver com a percepção de algo disforme e ameaçador. Esta prancha, símbolo da autoridade (Chabert, C., 1983), parece ter desencadeado na Mariana sentimentos persecutórios intensos. Levanta-se a hipótese de que a autoridade, para ela, é sentida como destrutiva, não organizadora, não contentora, não protectora.

Os conteúdos são em metade humanos, ou próximos do humano. Embora H% seja 18%, já por si baixo, se calcularmos H% incluindo (H) e (Hd), deparamo-nos com um H% de 50%. Tal significa que para a Mariana o contacto com seres humanos é demasiado importante, mas estes apresentam-se-lhe muitas vezes como monstros, ou imagens irreais, que ela própria fantasia. Os conteúdos animais são baixos, o que poderá indicar um refúgio no quotidiano, no mundo dos homens/monstros. De salientar os dois conteúdos elemento – fogo, ambos relacionados com o carácter pulsional agressivo e até destrutivo (IX) suscitado. Os conteúdos de Geografia e Paisagem aparecem na mesma prancha, e designam uma certa passividade. Os objectos ora designam uma mesa (III) como elemento de ligação, ora o Cristo Rei (VI) inserido numa resposta defensiva, de distanciamento.

O número de banalidades é baixo, o que se liga às dificuldades de socialização, que temos vindo a identificar, como seja nos conteúdos humanos presentes.

O Tipo de Ressonância Íntima é introvertido misto o que dá conta de capacidade para pensar sobre si própria e sobre o real, capacidade para sentir os afectos, e alguma instabilidade quanto à manifestação destes, por vezes explosiva.

A Fórmula Complementar de valor 0 revela inibição quanto à função do imaginário, e uma necessidade de afectos ao nível primário, reprimida. Note-se que nas pequenas kinestésias, a projecção da imaginação é importante, e que as estompagens tem a ver com o sensorial, táctil, macio, enfim, o que o bebé precisa.

A Reacção à Cor baixa relaciona-se com o impacto desorganizativo das pranchas cromáticas. Perante a cor, perante os afectos, ela não sabe muito bem o que fazer com eles.

O Índice de Angústia de valor 0 é aparente, porque se o calcularmos com (Hd), obtemos o valor de 18%, o que nos dá uma angústia ligada ao corpo, a um corpo não estável e talvez sentido como deformado, e/ou em transformação.

3.3.2.2.4. Conclusão

Trata-se de um protocolo rico em conteúdos, e representativo do que são as preocupações de uma adolescente inserida num meio que lhe oferece poucas referências.

A Mariana esforça-se por colaborar, por entrar em relação com a terapeuta. Está estabelecendo uma nova relação, mediada por um instrumento projectivo do seu espaço biológico-relacional. Necessita de alguém em quem possa confiar, sem censura, sem crítica destrutiva. Ela dispõe de afectos que deseja partilhar, só que estes estão para si muito confusos. Amor e ódio ainda não estão sintetizados num mesmo objecto.

Tal como um bebé, para ela, a proximidade corporal é importante, ao nível de carências básicas, como o tacto. Há a busca de uma boa mãe, com quem se possa identificar, com quem possa partilhar as suas transformações corporais, o seu sentir corporal, de também ser corpo, de forma compreendida.

Para ela, a imagem masculina surge como ameaçadora, prestes a atacar. A autoridade é equivalente a violência, não funciona como organizadora, contentora, e até protectora.

Embora haja integridade e unidade do eu, a problemática da Mariana passa essencialmente pela vivência dos afectos, na relação consigo, e na relação com os outros. No modo como pode transformar os afectos, sem que estes saiam de forma explosiva, destrutiva, mas sim construtiva. A passagem ao acto parece estar presente, há que trabalhar o pensamento, e aprender a pensar pensamentos, na vez de os agir.

A presença de elementos fóbicos, são uma tradução das suas angústias não trabalhadas, o que teme principalmente ao confrontar-se consigo mesma. Parece refugiar-se no quotidiano, reprimindo os conflitos relacionais através *do fazer para não pensar*.

3.3.2.3. Escala de Alexitimia TAS-20

3.3.2.3.1. Resultados da aplicação do instrumento

A prova encontra-se no Anexo II.

A Mariana apresenta uma nota de 65, o que a inclui no grupo de alexitímicos. As notas relativas aos três factores apresentam-se nas tabelas abaixo:

Tabela 18

Factor 1	
Item 1	5
Item 3	2
Item 6	4
Item 7	1
Item 9	5
Item 13	5
Item 14	4
Total	26
Média	3.7

Tabela 19

Factor 2	
Item 2	5
Item 4	5
Item 11	4
Item 12	1
Item 17	4
Total	19
Média	3.8

Tabela 20

Factor 3	
Item 5	2
Item 8	3
Item 10	2
Item 15	1
Item 16	3
Item 18	4
Item 19	1
Item 20	4
Total	20
Média	2.5

Observando as tabelas, verificamos que o FACTOR 2 - Dificuldade em descrever sentimentos aos outros, é o que apresenta maior média.

3.3.2.3.2. Conclusão

A Mariana encontra-se no grupo dos alexitímicos, segundo a classificação de ParKer *et al.*, 1993. Há uma dificuldade de modular os afectos, e de simbolizá-los. Os resultados da escala apontam que, com grande intensidade aparece um défice em descrever os sentimentos aos outros, seguindo-se a dificuldade em identificar sentimentos, e distingui-los das sensações corporais da emoção. Trata-se quase de uma causa e efeito: se não identifica e distingue os sentimentos de forma adequada, então também não os poderá descrever correctamente. O Factor – 3, pensamento orientado para o exterior, parece não constituir a principal base das características alexitímicas da Mariana.

3.3.2.4. Inventário de Mecanismos de Defesa

3.3.2.4.1. Resultados da aplicação do instrumento

A prova encontra-se no Anexo III.

Os resultados encontram-se na tabela abaixo, cujos algoritmos permitem o cálculo do total para cada subescala de mecanismos:

Tabela 21

	M próximo	L longe	2XM	40 – (M+L)	2XM + [40 – (M+L)] Total
TAO	15	4	30	21	51
PRO	12	8	24	20	44
PRN	8	4	16	28	44
TAS	5	11	10	24	34
REV	0	13	0	27	27

Comparando com os resultados obtidos por Justo, 1998, para os 17 anos no sexo feminino, observemos a tabela 22:

Tabela 22

	Média⁷	Média ± Desvio padrão⁸	Resultados da Mariana
TAO	39.11	[28.21 ; 50.01]	51 – acima da média e fora do intervalo
PRO	38.67	[32.57 ; 44.77]	44 – acima da média
PRN	48.40	[41.70 ; 55.10]	44 – abaixo da média
TAS	36.28	[29.78 ; 42.78]	34 – abaixo da média
REV	37.54	[28.54 ; 46.54]	27 – abaixo da média e fora do intervalo

⁷ Resultados obtidos por Justo em 1998.

⁸ Resultados obtidos por Justo em 1998.

Verificamos que perante um conflito, é mais fácil à Mariana dirigir a agressividade para o objecto relacional frustrante.

Embora os outros valores se encontrem no intervalo Média \pm Desvio padrão, a projecção também está acima da média e muito próximo do limite superior do intervalo, dando conta do modo como coloca a agressividade no objecto, atribuindo-lhe características negativas, ameaçadoras e/ou persecutórias.

Os outros mecanismos PRN, TAS e REV, estão abaixo da média, isto é, não separa normalmente o conteúdo do afecto, não dirige frequentemente a agressividade para si, e muito raramente cria uma resposta positiva ou neutra perante situações que a frustrem.

3.3.2.4.2. Conclusão

A Mariana lida com a agressividade virando-a essencialmente para fora, e assim protegendo-se. Colocar a agressividade no objecto relacional frustrante e denegri-lo, corresponde ao seu modo defensivo preferencial. São efectivamente defesas que revelam alguma imaturidade.

3.3.2.5. WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos

3.3.2.5.1. Análise dos resultados

A prova encontra-se no Anexo IV.

WAIS

Parte Verbal:

Tabela 23

Subescala	Resultados normalizados padronizados	Desvio em relação à média verbal de 9.3 ⁹	Desvio em relação à média total de 10.5
Informação	13	(++)	(+)
Compreensão	11	(+)	(0)
Aritmética	5	(--)	(---)
Semelhanças	9	(0)	(-)
Memória de algarismos	8	(0)	(-)
Vocabulário	10	(0)	(0)

Parte de Realização:

Tabela 24

Subescala	Resultados normalizados padronizados	Desvio em relação à média realização de 12	Desvio em relação à média total de 10.5
Código	13	(0)	(+)
Completamento de gravuras	12	(0)	(+)
Cubos	10	(-)	(0)
Disposição de gravuras	16	(++)	(++++)
Composição de objectos	9	(--)	(-)

⁹ Os desvios recebem uma notação de acordo com Simone Bourguès, 1984.

Classificação dos Quocientes Intelectuais:

Tabela 25

Quociente Intelectual	Resultado	Classificação ¹⁰
Verbal (QI _V)	97	Médio
Realização (QI _R)	114	Normal Alto
Total (QI _T)	107	Médio

A Mariana apresenta um QI_T de 107, *Médio*, um QI_V de 97, também *Médio*, e o QI_R é de 114, *Normal Alto*. Nota-se uma certa diferença entre o QI_R e o QI_V, de 17 pontos, em prol do QI_R. A sua inteligência parece ser principalmente virada para a prática.

Na Parte Verbal, é de salientar a nota em *Informação*, dando conta de conhecimentos gerais e assimilação de experiências. A grande dificuldade na *Aritmética*, reflecte um défice ao nível do raciocínio e cálculo numérico, tal como ao nível do manejo automático de símbolos.

A Parte de Realização apresenta no geral, notas *médias*, mas a *Disposição de Gravuras* está com nota elevada o que reflecte boa percepção e compreensão de situações sociais. A nota de *Composição de Objectos* é baixa em relação à média de realização, e representa défices ao nível de orientação e estruturação espaciais.

3.3.2.5.2. Conclusão

Adaptando a análise de Simone Bourgès (1984) sobre factores intelectuais, instrumentais, e factores afectivos, encontramos:

Quanto aos factores intelectuais, a *conceptualização* é levemente afectada pela fraca capacidade de abstracção, e a *Inteligência Global* é *média*. A *representação simbólica* é

¹⁰ Classificação segundo Mariano Yela Granizo y Agustín Cordero Pando, responsáveis pela adaptação espanhola do Manual da WAIS, 8ª edição, 1990.

fraca. Na *adaptação escolar* verificamos uma relação positiva com a língua materna, e capacidade de aprendizagem, as operações aritméticas são fracas. A adaptação social revela integração de normas, e a adaptação à realidade dá conta de uma boa organização lógica das situações.

Os factores instrumentais revelam uma verbalização razoável, a *percepção* auditiva é média, enquanto a percepção visual é boa. A *estruturação espacial e lateralização* traduzem dificuldades ao nível dos modelos representativos e do esquema corporal. A *estruturação temporal* é boa. Quanto à *motricidade* revela uma boa manipulação fina, e um grafismo razoável.

Os factores afectivos dão conta de uma representação mental sensível à emotividade e com dificuldades ao nível da representação simbólica, que se reflecte nas operações com símbolos, e na baixa capacidade de abstracção. O significado das operações, como transformações, parece ser sentido com angústia, principalmente uma angústia de separação. No entanto há um desejo de sucesso. Uma boa sociabilidade e boa ligação ao real. As referências temporais são boas, mas as referências espaciais apresentam dificuldades que se ligam às dificuldades de relações objectais dentro e fora de si, note-se ainda a existência de fraca imagem corporal.

3.3.2.6. EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot

3.3.2.6.1. Análise dos resultados

A prova encontra-se no Anexo V.

EPL

Tabela 26

Sebescalas		Cotação	
Conservação	do peso	2	
	do volume	0	
	Dissociação do peso e volume	1	
Permutações	com 3 cores	2	
	com 4 cores	prognóstico	0
		execução	1
	com 5 cores e mais	0	
Quantificação das probabilidades	Itens concretos	2	
	Item intermediário	2	
	Itens formais A	0	
	Itens formais B	0	
Pêndulo		0	
Curvas mecânicas	Itens 1 e 2 (concretos)	2	
	Item 3 (préformal)	0	
	Itens 4 e 6 (formais A)	0	
	Item 5 (formal B)	0	
Total		12	
Nº de desvios		6 (sem desarmonia cognitiva ¹¹ , e sem atraso de organização do raciocínio)	
Estádio		Intermediário¹²	

¹¹ Não tem desarmonia porque o número de desfaseamentos é inferior a 7 (Gibello, 1984, in *Criança com Perturbações da Inteligência* (1984/1998). 1ª Edição por CLIMEPSI, pp.67).

¹² Estádio Intermediário, quer dizer entre o Concreto e o Formal.

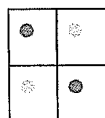
A Mariana encontra-se no estadio Intermediário, também designado de Pré-formal, com um total de 12 pontos¹³.

O único item onde falha completamente é o *Pêndulo*, embora coloque algumas hipóteses à priori, manipula o pêndulo, mas o método experimental não está presente. Fazer variar um factor mantendo os restantes constantes, e coordenar esse factor com a frequência dos batimentos, parece constituir uma grande confusão para a Mariana. A lógica das proposições implícita no método a aplicar, corresponde às dificuldades de raciocínio abstracto observadas.

O resultado na *Conservação*, dá conta da aquisição da *conservação do peso*, e *dissociação do peso e volume*. Mas o *volume* apresenta-se com insucesso, para ela, as alterações feitas na plasticina correspondem a alterações de volume, correspondem a aumento ou diminuição de massa, a constância do objecto está em causa. A conservação do volume é adquirida no estadio pré-formal, ainda está em processo de elaboração, uma vez que já adquiriu a dissociação do peso e volume, que também se dá neste estadio. O peso adquire-se no estadio concreto, o que já se processou.

Nas *Permutações*, consegue chegar ao resultado das permutações com quatro cores, mas com sugestão. Fazer o prognóstico do resultado, não lhe foi possível. Não captou as mudanças necessárias à formação das permutações, consegue efectuar séries, mas relações de seriação é-lhe mais difícil, isto é, operações sobre operações. Vejamos, o raciocínio seria:

Duas cores – duas posições



¹³ Todos os valores de referência baseiam-se no Manual da Escala de Desenvolvimento do Pensamento Lógico de Longeot (Longeot, F. (1979). *Manuel de l'échelle de développement de la pensée logique*. France : INOP.).

Com três cores – à partida são três posições a ocupar relativamente ao agrupamento anterior:

3 posições

●	●	●
●	●	●
●	●	●
●	●	●
●	●	●
●	●	●

Donde ao que corresponde $3 \times (\bullet + \bullet + \bullet) = 3 \times (\text{duas posições}) = 6$

Para quatro cores seria $4 \times (\text{seis posições anteriores}) = 24$, isto é, $4 \times (3 \times 2)$, donde $4!$, e com cinco $5!$, ... Não é necessário ter a noção de factorial, mas sim ter o raciocínio exposto para duas e três cores e ser capaz de o generalizar. No fundo é: algo se mantém e faz-se intervir um outro elemento, ocupando os lugares possíveis. Em termos afectivos, estas permutações dizem muito quanto à constância e transformação da inter e intra acção objectos-afectos.

Na *Quantificação das Probabilidades* apenas responde correctamente aos itens concretos e intermediários. A noção de proporção e de probabilidade ainda não consegue ser mentalizada fora do concreto. Os elementos do grupo INRC¹⁴, em causa nesta prova, ainda não se constituíram como operações abstractas para a Mariana.

Nas *Curvas Mecânicas* apenas realiza correctamente os itens concretos. A existência de dois referenciais na representação do espaço, é-lhe difícil. Ainda está muito centrada em si para se distanciar e imaginar o referencial do outro.

¹⁴ INRC designa I=Identidade, N=Negação, R=Recíproca, e C=Correlativa o que é o mesmo que negação da recíproca.

3.3.2.6.2. Conclusão

A Mariana está no estadio intermediário, quase no limite inferior. A sua capacidade de abstracção é bastante fraca. O seu tipo de raciocínio permanece muito ligado ao real concreto, ao factual. A formulação de hipóteses fora de um tempo e de um espaço ainda lhe é impossível. Ainda não se consegue distanciar dos objectos para os observar sob outro ponto de vista. A dificuldade nas Curvas Mecânicas traduzem as suas dificuldades com o corpo próprio, o seu referencial de origem.

3.3.2.7. PMK - Psicodiagnóstico Miocinético

A prova encontra-se no Anexo VI a uma escala de 1:5/3, tal como a folha de resultados obtida.

3.3.2.7.1. Atitudes genotípicas

Trata-se da avaliação dos traços desenhados com a mão esquerda, mão não dominante no caso pois a Mariana é dextra.

Os lineogramas do plano vertical e sagital dirigem-se para dentro, o que se pode interpretar como uma dificuldade em desligar-se do que está dentro de si. O desvio secundário no plano sagital é bastante elevado o que dá conta de alguma dificuldade em aproximar-se de si no sentido de tomar contacto com as suas emoções, pois ao aproximar-se do corpo próprio, aproximação esta definida no plano sagital, o traço sobe e alarga, como que fugindo. No plano vertical o traço descai, dando índices de depressão. No plano horizontal o traço sobe e dirige-se muito para dentro, revelando forte intratensão muscular.

O zig zag egocífugo, principalmente, revela alguma dificuldade em manter um eixo, dificuldade em colocar o que está dentro cá fora, de forma coerente perante os movimentos e tensões internas traduzidas pelas mudanças de direcção e sentido que constituem o zig zag.

O desvio primário negativo relativo às escadas na mão esquerda, traduz um sinal de depressão, o movimento tende a descair, o que acontece igualmente com o círculo embora os dois últimos subam, numa tentativa de aumento da tensão motora e que origina um falso desvio primário positivo.

Nas cadeias o desvio axial é muito baixo, revelando potencialidades ao nível da coerência das tensões internas. O desvio primário sagital é elevado dando conta de forte heteroagressividade, há maior facilidade no movimento egocífugo, de afastamento de si,

com aumento do tamanho dos círculos inclusive, e grande dificuldade em aproximar-se de si no movimento egocípeto, formando um aglomerado, portanto tendo de elaborar um maior número de construções até chegar a si própria. No plano vertical o desvio primário negativo constitui mais um índice depressivo.

Quanto às paralelas observa-se novamente a dificuldade em aproximar-se de si, que poderá ser de autocrítica e de se pôr em causa, traduzida pelo desvio axial, para fora, no movimento egocípeto. É de salientar a diminuição do comprimento das linhas no movimento egocífugo, podendo apontar para um estado de inibição, logo de medo, o que poderá ser um medo inconsciente do que vem de fora para dentro e/ou vice versa.

Nos UU's o desvio primário é mais acentuado na mão esquerda, descaindo no plano vertical, é a explicação de um tónus vital baixo correspondendo a um sinal de depressão. No plano sagital, o desvio axial para a direita, e desvio primário positivo, indicam movimentos de heteroagressividade.

3.3.2.7.2. Atitudes fenotípicas

Correspondem às reacções aparentes e transitórias traduzidas pelo desempenho da mão que a Mariana domina, a mão direita.

Os Lineogramas desenhados com a mão direita apresentam valores normativos (Mira y Lopez, 1962). No plano vertical e sagital o traço dirige-se para dentro, o que se poderá corresponder a uma tendência para a intratensão. No plano sagital o desvio primário positivo constitui um sinal de heteroagressividade. No plano horizontal a extratensão domina, o que revela um esforço para contrariar uma atitude de intratensão genotípica.

Nos Zig zag salienta-se um desvio primário muito baixo dado existirem mais ângulos no movimento egocífugo que no egocípeto, revelando assim grande cautela no afastamento de si e aumento do tónus muscular de flexão. O desvio axial no movimento egocífugo poderá ser interpretado como uma dificuldade em manter um eixo, eixo emocional, eixo de coerência. Em ambos os movimentos, para fora e para dentro, verifica-se um aumento dos ângulos o que significa uma dominância do grupo muscular direito

correspondente à dominância do hemisfério esquerdo¹⁵. A dominância deste hemisfério concentra os núcleos responsáveis pela linguagem, habilidade e força da mão direita (Habib, 1989; Damásio, A., Dronkers, N. F. & Pinker, S., 2000).

Nas Escadas salienta-se o movimento descendente com alguma quebra e aumento do comprimento das linhas verticais, dando conta da atracção da força gravítica.

O Círculo desenhado com a mão direita desloca-se para baixo assinalando um desvio primário positivo, o que se apresenta como um sinal de depressão manifesta. O facto de se deslocar para fora, o que se traduz no desvio secundário, relaciona-se com a emotividade, que embora com valores normativos (Mira y Lopez, 1962), parece corresponder à tendência para identificar com maior facilidade fora de si as emoções.

As cadeias desenhadas com a mão direita apresentam-se bastante irregulares, demonstrando um descontrolo manifesto principalmente no movimento egocípeto, o que dá conta de tendência à ansiedade. O desvio primário de +58 no plano sagital aponta para a tendência a desviar-se de si. O desvio axial muito marcado no movimento egocípeto quer no plano vertical e principalmente no plano sagital revelam tendência à extratensão muscular, tensões a descarregar no exterior e no actual, e ainda dá conta da dificuldade em centra-se em si, dificuldade de auto-crítica, dificuldade em colocar-se em causa. A ruptura que se dá no plano sagital no movimento egocífugo poderá equivaler a uma forte heteroagressividade (Mira y Lopez, 1962, pp.58).

As paralelas confirmam a dificuldade em aproximar-se do corpo próprio, e o domínio da heteroagressividade, o que se identifica, respectivamente, pelo desvio axial e desvio primário positivo. É de salientar a diminuição do comprimento das linhas revelador de uma tendência para a inibição.

Os UU's da mão direita apresentam-se normativos. No plano vertical dirigem-se para dentro e para cima, como reacção compensatória à gravidade, isto é ao abatimento que

¹⁵ Podemos considerar a existência de dois hemisférios cerebrais: esquerdo e direito, unidos pelo corpo caloso. Trata-se de dois hemisférios quase simétricos mas com funções específicas e complementares. No geral o lado direito do cérebro controla o lado esquerdo do corpo e vice versa. Pensa-se que o hemisfério esquerdo estará ligado à racionalidade, enquanto o direito à subjectividade emotividade e fantasia (Davidoff, L., 1980)

se nota no início do desenho. No plano vertical a heteroagressividade é confirmada por um desvio primário positivo.

3.3.2.7.3. Coerência intrapsíquica

Intra-tensão / Extra-tensão

O desvio primário dos lineogramos no plano horizontal tem o valor de -35 na mão esquerda (abaixo da média segundo Mira y Lopez, 1962, pp.83), e +11 na mão direita (normativo). Tais valores apontam para uma tensão muscular que se dirige para dentro, de uma intratensão, o que se pode confirmar pelo valor dos desvios axiais como se mostra abaixo.

Tabela 27

			Mão esquerda	Mão direita	
Desvio axial	zig zag		↑	5	7
			↓	2	2
	cadeias	sagital	↑	0	3
			↓	5	36*
		vertical	↑	9	14
			↓	2	23*
	paralelas			19	16

* designa valores acima da média (Mira y Lopez, 1962, pp.83)

O coeficiente de correlação ordinal de Spearman calculado sobre os desvios axiais tem o valor de 0.43, não significativo estatisticamente ($0.43 < 0.714$ para $\alpha = 0.10$, em Guilford & Fruchter, 1981), dando conta da diferença entre o desempenho da mão esquerda e da mão direita. A abertura dos ângulos é maior na direita e para fora, enquanto que na esquerda a abertura dos ângulos é muito menor. O sentido dos desvios axiais encontra-se na tabela 28:

Tabela 28

			Mão esquerda	Mão direita	
Desvio primário dos lineogramas no plano horizontal			dentro	dentro	
Desvio axial	zig zag		↑	fora	dentro
			↓	dentro	dentro
	cadeias	sagital	↑	não há	fora
			↓	dentro	fora
		vertical	↑	dentro	fora
			↓	fora	fora
	paralelas			fora	fora

Esta tabela regista que na situação actual há um esforço para a extratensão. A mão direita apresenta predominantemente um desvio para fora, mas ao nível inconsciente é a intratensão que está presente.

Auto e hetero-agressividade

Observemos os dados que constam na tabela seguinte:

Tabela 29

	Desvio primário no plano sagital	
	m.e.	m.d.
lineogramas	16	18
zig zag	-35	-40
cadeias	53.8	42
paralelas	0	4
UU's	21	20
Média	11.16	8.8

Todos os valores são normativos (Mira y Lopez, 1962, pp.80). O coeficiente de correlação ordinal de Spearman calculado sobre os desvios primários no plano sagital

tem o valor de 1, significativo estatisticamente ($1 > 0.9$, para $\alpha = 0.10$, em Guilford & Fruchter, 1981). Há relação entre o desempenho da mão esquerda e da mão direita. A agressividade actual (manifesta) e potencial (latente) são internamente *coerentes*, trata-se de um temperamento agressivo.

Depressão / elação

Aqui procura-se averiguar o grau de depressão no sentido de abatimento, versus elação, elevação, ou exaltação eufórica.

Observe-se os dados da tabela 30:

Tabela 30

	Desvio primário no plano vertical	
	m.e.	m.d.
lineogramas	-14	4
escadas	-15.3	8.1
círculos	7	-11
cadeias	-22.2	0
UU's	-14	7
Média	-11.7	1.62

O coeficiente de correlação ordinal de Spearman calculado sobre os desvios primários no plano vertical tem o valor de -0.325, não significativo estatisticamente ($-0.325 > -0.9$, para $\alpha = 0.10$, em Guilford & Fruchter, 1981). Existem diferenças entre o desempenho da mão esquerda e da mão direita, embora todos os valores se encontrem dentro do intervalo de normatividade (Mira y Lopez, 1962, pp.82). No entanto, o tónus psicomotor parece habitualmente insuficiente, o que dá conta de uma depressão potencial atendendo aos baixos valores da mão esquerda.

Coeficiente de coerência intrapsíquico

O Coeficiente de coerência intrapsíquico (CI) calcula-se através da média dos três coeficientes anteriores: intra-tensão / extra-tensão; auto e hetero-agressividade; e depressão / elação. O CI apresenta um valor de 0.368 que se encontra no intervalo $[\mu \pm \sigma]$ ¹⁶ (Mira y Lopez, 1962, pp.93), o que indica uma ligeira dominância da mão direita, isto é, o actual, a maneira como reage ao meio influencia a conduta de modo um pouco mais acentuado que o constitucional. Poderemos avançar que a Mariana está mais inclinada para dar solução aos conflitos que vêm de fora do que aos que vêm de dentro.

¹⁶ $\mu \pm \sigma$ significa *média ± desvio padrão*

3.3.2.7.4. Grau de emotividade constitucional

Entende-se por emotividade constitucional, a predisposição para sentir emoções induzidas habitualmente internamente, definidas por António Damásio (1999/2000) como emoções de fundo que se relacionam com o bem-estar, o mal-estar, a calma, ou a tensão.

O grau de emotividade mede-se através dos valores dos desvios secundários presentes em cada uma das mãos. Observe-se a tabela 31:

Tabela 31

		Desvio Secundário	
		m.e.	m.d.
lineogramas		18	10.7
círculos		5	15
UU's	vertical	26	7
	sagital	13	5
Média		15.5	9.4

Todos os valores são normativos (Mira y Lopez, 1962, pp.85). A emotividade constitucional, inconsciente, é controlada pelo consciente, o desvio secundário é em média menor na mão direita. O facto de o desvio secundário na mão esquerda, em média apresentar um valor normativo dá conta de emoções de fundo com tendência permanente a emergirem, a invadirem o estado presente da Mariana, não esquecendo que há um esforço consciente, definido pelo desempenho da mão direita, para controlar esta emergência.

3.3.2.7.5. Apreciação da inteligência

A apreciação da inteligência baseia-se na fineza dos traços e na boa reprodução de formas complexas, nomeadamente nos zig zag que a Mariana executa bem, e nas escadas, cujo desempenho é suficiente e dá conta de depressão constitucional.

O Professor Maria Carbonnell de Grompone (citado por Mira y Lopez, 1962, pp.71) indica sete sinais para a avaliação da inteligência. Neste caso: 1) o desenho dos zig zag é relativamente homólogo; 2) os ângulos são grandes; 3) não há mudança marcante de direcção dos zig zag; 4) nas escadas: a) não há perda da forma; b) os ângulos mantêm-se; c) não anula ângulos no movimento descendente; d) há regularidade do aspecto das escadas; e) os ângulos mantêm-se; 5) as escadas são simétricas; 6) mantém a orientação do sentido no traçado das escadas; 7) há desvio axial no U sagital da mão esquerda. Como sinais de insuficiência apenas aparecem dois, 2) e 7) respectivamente, o que dá conta de uma inteligência mediana¹⁷, visto com três sinais já se considerar insuficiente. Os ângulos grandes e o descontrolo da mão esquerda apontam para uma influência do lado emocional de forma marcante sobre as reacções actuais.

¹⁷ Esta conclusão é confirmada pelo resultado da aplicação da WAIS – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos com um quociente de inteligência total de 107, classificado como *médio*.

3.3.2.7.6. Excitação / inibição

Há uma tendência para a inibição que se traduz pelo comprimento das linhas abaixo dos valores normativos (Mira y Lopez, 1962, pp.87), tal como podemos observar na tabela Tabela 32:

Tabela 32

	Comprimento das linhas			
	m.e.		m.d.	
Lineogramas	43.5		37	
Zig zag L.M.	↑15	↓11*	↑15	↓15
Zig zag l.m.	↑6	↓5*	↑5*	↓7

L.M. designa comprimento da linha maior;
 l.m. designa comprimento da linha menor;
 * designa valores muito abaixo dos normativos, ao contrário dos restantes que são normativos.

3.3.2.7.7. Grau de constância das reacções

A constância das reacções é dada através da média dos desvios primários nos três planos, como mostra a tabela 33:

Tabela 33

	Média do desvio primário		Significado
	m.e.	m.d.	
Plano vertical	-11.7	1,62	Depressão temperamental
Plano horizontal (lineogramas)	-35	11	Intratensão temperamental
Plano sagital	11.16	8.8	Heteroagressividade

É de realçar o carácter temperamental da depressão e da intratensão, característicos do genótipo. A agressividade é dirigida ao outro, heteroagressividade, quer ao nível do genótipo, quer do fenótipo. A necessidade de se proteger agredindo o outro parece dominar as reacções da Mariana.

3.3.2.7.8. Sinais de alerta

Nota-se um estado geral de inibição relacionado com o medo do que vem de fora. Este estado salienta-se na diminuição dos traços da mão esquerda: nos zig zag no movimento egocípeto; e nas paralelas no movimento egocígugo, principalmente.

Aparecem sinais de depressão, nomeadamente de uma depressão reaccional (Mira y Lopez, 1962, pp.111). Tal pode ser observado através de: o lineograma vertical descendente; cadeias ascendentes verticais com aglomerado; intratensão na mão esquerda nos lineogramas horizontais; défice tensional psicomotor; e mão esquerda com alterações, no plano vertical que se relaciona directamente com a depressão, e no plano horizontal que diz respeito à intratensão.

3.3.2.7.9. Conclusão

Quanto ao genótipo, às atitudes permanentes e até inconscientes, parece haver potencialidades ao nível da sintonia das tensões internas. Pode identificar-se uma grande dificuldade em desligar-se do que está dentro de si, tomar contacto com as próprias emoções, e colocar-se em causa no sentido da autocrítica. Tal parece ligar-se a um medo quer do interior quer do exterior não coerentes, que se traduz numa forte heteroagressividade, num domínio da intratensão muscular, e na existência de índices depressivos.

O fenótipo, caracterizado pelas reacções manifestas, revela tendência para a intratensão muscular compensada com esforço pela extratensão. Há dificuldade em encontrar uma coerência de tensões externas. A heteroagressividade ao lado de um abatimento geral definem uma Mariana com medo do exterior e deprimida, com tendência à ansiedade,

dificuldade de autocrítica, identifica com maior facilidade as emoções fora de si do que dentro, e afasta-se do corpo próprio.

A dominância do hemisfério esquerdo reflecte-se num melhor desempenho da mão direita. A tensão muscular é essencialmente dirigida para dentro, intratensão temperamental, porque maior na mão esquerda. Há uma depressão também predominantemente temperamental, mas que se activa perante os sinais exteriores e se traduz de imediato numa depressão reaccional. O temperamento é agressivo, sendo no geral heteroagressivo quer no latente quer no manifesto, como forma de protecção agride o outro. Há uma forte emotividade constitucional baseada nas emoções de fundo de bem estar / mal estar com permanente tendência a soltarem-se e invadirem o estado geral da Mariana. Frequentemente o emocional sobrepõe-se ao racional. O nível da sua *inteligência emocional* parece estar abaixo de uma *inteligência racional*¹⁸ mediana.

Como sinais de alerta, isto é, índices que se salientam na perturbação do funcionamento mental, emerge uma inibição associada ao medo do outro e de si própria, essencialmente relacionada com o carácter da sua agressividade, e uma depressão / depressividade.

¹⁸ Faz-se referência ao QE - Quociente Emocional, e QI – Quociente Intelectual.

3.3.3. Conclusão do exame psicológico

Do exame psicológico fizeram parte os seguintes instrumentos: CDI – Children Depression Inventory; Rorschach; Escala de Alexitimia TAS-20; Inventário de Mecanismos de Defesa; WAIS – Escala de Inteligência de Wechesler para Adultos; EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot; e PMK – Psicodiagnóstico Miocinético.

Os resultados apontam para a existência de uma depressão, onde dominam os problemas interpessoais, a ineficácia, a anedonia, e a auto-estima negativa. Esta depressão é o que Coimbra de Matos, 1980, designa de *depressividade*, não se trata de algo elaborado, mas de um abatimento generalizado, com forte enfraquecimento das funções biológicas, aliás, lembre-se que as queixas da Mariana são essencialmente físicas.

A relação consigo e com os outros, e a modulação do afecto, estão em causa, receia que os afectos surjam de modo explosivo e destrutivo. Amor e ódio ainda estão clivados, o funcionamento é pré-genital. As suas carências são básicas, ao nível da relação mãe-bebé, onde supostamente existiram falhas na ritmicidade, sintonia, e mesmo na identificação.

Há um constante evitamento do pensar através do fazer – passagem ao acto, o que corresponde ao modelo familiar onde cresceu. Toda a violência e agressividade vividas na família ligam-se à passagem ao acto, à dificuldade em pensar, em elaborar. Esta família apresenta um funcionamento pré-genital, mais, um funcionamento doente.

A sua relação com o corpo não é de todo positiva, não o investe libidinalmente tirando prazer nas transformações e mudanças que está vivendo. Parece haver um medo de sentir

A Mariana tem um funcionamento alexitímico, revelando uma fraca capacidade para sentir as emoções. Elas estão lá, mas o medo de se desorganizar é muito grande. Ainda não consegue identificar, e conseqüentemente moldar o que sente, de forma a expressá-lo.

A Mariana utiliza como mecanismos de defesa preferenciais, perante um conflito onde surja frustração, o *deslocamento da agressividade* para o objecto da relação frustrante, a *identificação com o agressor*, o *acting out*, e a *regressão* (Ihilevich, D. & Gleser, G., 1986). A *projectão* reforça estes mecanismos atribuindo características negativas, ameaçadoras e persecutórias ao objecto. Trata-se de defesas imaturas e pré-genitais.

Quanto ao seu nível intelectual, é no geral médio, apresentando uma inteligência essencialmente virada para a prática. Há uma fraca capacidade de abstracção e simbolização.

O tempo parece estar dissociado da estruturação espacial, quanto ao tempo parece não haver dificuldades a apontar, ao contrário do que se passa na estruturação espacial. Dando conta de défices ao nível coordenação espaço/tempo, dos modelos representativos e do esquema corporal.

Os factores afectivos revelados na WAIS estão de acordo com os resultados até agora aferidos: as suas dificuldades em mentalizar, em sentir as emoções, em tomar conta dos afectos, condicionam o seu estilo relacional, defendendo-se através da agressão (antes de ser agredida) e da projecção.

O seu nível de raciocínio encontra-se entre o Concreto e o Formal: Intermediário, embora mais perto do nível concreto. Ainda necessita do real concreto para raciocinar, porque a capacidade de abstracção é fraca. Há dificuldades na busca e mudança de referenciais, e conseqüentemente na relação entre referenciais distintos, o que dá conta de dificuldades com a projecção do próprio corpo, e de dificuldades nas relações objectais em si e com os outros.

Os resultados no PMK – Psicodiagnóstico Miocinético, sintetizam de alguma forma o que foi dito até ao momento: a Mariana tem potencialidades a desenvolver quanto à sintonia das *tensões internas*, dos impulsos, mas o medo do interior, e do exterior, para ela sentidos como não coerentes, implicam uma reacção de forte heteroagressividade, com domínio de tensão muscular, e índices de depressão – abatimento. Ela identifica com maior facilidade as emoções fora de si do que dentro, já tínhamos detectado a

existência de alexitimia, e apresenta dificuldades de auto-crítica, de olhar para dentro, de se colocar noutra ponto de vista sobre os acontecimentos.

O seu potencial de fundo alerta-nos para um trabalho psicoterapêutico no sentido de reestruturar e (re)criar os seus alicerces emocionais, com recurso ao desenvolvimento da simbolização e pensamento abstracto.

3.4. Seguimento em psicoterapia

3.4.1. Primeira sessão de psicoterapia

Sessão a 6.12.2000

Nas duas últimas semanas não houve sessão. Na primeira semana porque faltei, não conseguiram avisar a Mariana a tempo e ela apareceu no hospital, onde foi informada que eu não estava e que teria nova marcação para três semanas depois, uma vez que na semana seguinte eu não iria, o que já tinha comunicado à Mariana.

Mariana: *Tudo aconteceu nestes dias. Estou com herpes [labial]. Acontece-me sempre que me enervo muito.*

Começa a chorar convulsivamente.

Mariana: *Desculpe estar neste estado, mas tenho andado a conter o choro.*

Psicoterapeuta: *Aqui pode chorar.*

Mariana: *O meu pai deu-me uma sova com o cinto. Eu tenho que sair de lá.*

Psicoterapeuta: *Como é que foi isso?*

Recompõe-se um pouco e inicia um relato que dificilmente se poderia interromper.

Mariana: *Tudo aconteceu já há duas semanas, num sábado. Ao sábado é o dia de fazer as camas de lavado, limpar a casa. Eu estou encarregue de limpar as casas de banho e ajudar o meu pai a fazer as camas. A minha mãe faz a comida, mas comemos sempre lá para as quatro da tarde. Eu já tinha posto os detergentes na casa de banho para começar a limpá-la, quando o meu pai me pediu para eu o ajudar a fazer a cama dele de lavado. Eu fui. Enquanto fazíamos a cama ele começa-me com uma conversa... Sobre o telemóvel, começou por perguntar-me quanto dinheiro é que eu lá tinha. Eu respondi-lhe que 1200\$. Para ele era pouco. Eu tinha recarregado o telemóvel com 2000\$ que pedi ao meu namorado*

porque o meu pai não quis dar-me o dinheiro. Como mudei de cartão, para mais barato, fiz algumas chamadas para a Cátia, aquela minha amiga, e para o Miguel, também para não ser ele sempre a telefonar para mim. O meu pai começou a dizer que ia deixar de me dar dinheiro para o telemóvel. Eu respondi-lhe «Já não me dás dinheiro para nada, nem para a roupa, é a avó que dá, a única coisa que dás dinheiro é para o telemóvel, e até isso vais deixar de fazer?!». Ele ficou um bocado p'ró calado. Eu continuei a insistir. Por acaso, quando estava a fazer a cama com ele tive um pressentimento, que ele não me iria ajudar a fazer a minha. Ele calou-se e quando terminámos eu disse-lhe para me ajudar a fazer a minha. Ele respondeu-me com maus modos "Larga-me da mão!". Aí eu disse-lhe "Então eu ajudei-te a fazer a tua, tu não vens ajudar a fazer a minha?! Vá lá!" Ele empurrou-me e mandou-me à merda. Aí eu chamei-o de palhaço. E os berros e insultos sucederam-se. Ele atirou-se a mim, deu-me com o cinto. A minha mãe ainda se veio meter no meio, mas pelo lado dele, a dizer para eu parar. Ele empurrou-me, eu caí no chão e ele deu-me um pontapé na vagina. Eu encolhi-me toda. Estava-me a doer muito. Aí ele chamou-me maluca, puta e vaca de merda. Eu chamei-o de cabrão e outras coisas... A minha mãe só dizia «Olha para ela está mesmo maluca!». Foi horrível.

Eu ia fazendo um ar de espanto, e a determinada altura digo-lhe:

Psicoterapeuta: Mas isso é de uma grande violência!

Mariana: Só parou quando a minha avó chegou. Ela ia lá almoçar connosco. Mas antes disso, ele ainda telefonou para aqui. Não sei se o fez na realidade ou se não. Mas quando desligou o telefone disse-me "Vai buscar um pijama, porque vem aí a ambulância para te levar.". O que é certo é que não apareceu ambulância nenhuma. Depois eu fui para o meu quarto. Passado pouco tempo ele apareceu lá e tirou-me o telemóvel.

Psicoterapeuta: Porquê?

Mariana: Eu acho que era para eu não falar com ninguém. Da última vez que a minha mãe me bateu eu fechei-me na casa de banho e telefonei para ele. Era talvez para eu não telefonar nem para o Miguel, nem para a minha avó. Quando chegou a minha avó é que as coisas começaram a acalmar. Ela também disse "Parem lá com isso. Cada vez que eu cá venho há discussão.". Fui para a cozinha e a minha avó emprestou-me o telemóvel e eu telefonei ao Miguel. A dada altura a minha mãe apercebeu-se e foi lá dizer aos berros. "Ele que não apareça cá, que vá lá para a irmã dele.". Isto é porque a irmã dele, tal como a madrinha não lhe falam, porque não gostam de mim nem dos meus

pais. Eu também não gosto que ele fale com elas. Mas continuando nos meus pais. O meu pai dizia que não me queria mais lá, para eu me ir embora. A minha avó sugeriu levar-me para casa dela. Mas aí a minha mãe já dizia que eu ficava ali. O Miguel ficou de passar lá à noite. Eu caí na asneira de dizer aos meus pais que quando fizesse os dezoito anos me iria embora. Aí ainda foi pior. Eu queria ir para a PSP, o meu pai até tem lá um conhecimento, se eu me for embora perco isso tudo. Ele começou logo a dizer "Vai. Vai, que não contas mais comigo para nada!". Acabei o resto do dia no meu quarto. O Miguel apareceu lá à noite e eles deixaram ele falar comigo. Ele disse-me que não queria chegar ao ponto de ter pena de mim, mas que com isto tudo já tinha.

Psicoterapeuta: *Porquê o ter pena?*

Mariana: *É que tinha havido um dia, em que eu estava em casa à noite e estava um pouco engripada. O meu pai tinha ido com a minha mãe para a natação e só chegaram pelas onze da noite, fora a que chega o Miguel para irmos jantar. Quando chegaram eu só tinha descascado umas batatas e a minha mãe começou a refilar a dizer que eu não fazia nada lá em casa. Eu até escrevi isso.*

Tira um caderno da mala e começa a ler:

Mariana: *E lá estava eu a toque de berros a fazer uns ovos mexidos e umas batatas para eles. Aquela sopa. Fui-me sentar com eles à mesa após os ter servido. Fui a última a comer. Não me apetecia. Só comi sopa. A minha mãe dizia-me para comer, para comer... A dada altura eu desatei a chorar e depois não conseguia parar, tremia toda. O Miguel deve ter pensado que era fita e também começou a dizer para eu parar, mas eu não conseguia.*

Pára de ler.

Mariana: *É daí que vem a pena. O Miguel, nesse sábado sugeriu que fossemos no dia seguinte fazer queixa à polícia. Ele tem lá uma pessoa conhecida. Assim aconteceu, no domingo fomos à polícia, mas como o amigo dele só lá estava a partir das sete da tarde, fomos fazer tempo para casa da minha avó. Aí, ela disse-me para eu não ir. Mas eu estava decidida. Eu também queria saber se podia contar com ela, para ir lá para casa dela, mas ela disse-me que não podia ser porque estava dependente do meu pai. Ele é que a tem estado a ajudar nas contas do condomínio da casa. Por outro lado, o Miguel ganha pouco e diz que não me pode ter lá na casa dele.*

Psicoterapeuta: *Deve ter-se sentido muito só nisso tudo. Acho que também sentiu a minha falta, na sessão em que não pude vir.*

Mariana: *Nesse dia eu estava mesmo a precisar. Depois comecei a escrever no caderno, aquilo que lhe contei. Até nas aulas escrevia. Tinha de desabafar para algum lado. Senti-me sempre muito sozinha, e não tinha ninguém com quem desabafar. Tudo se desmoronou à minha volta. Eu própria coloquei tudo em causa. O Miguel diz que gostava de se casar comigo e vivermos os dois, mas afirma que não tem condições para me tirar de casa dos meus pais agora. Eu também não quero depender dele...*

Fomos à polícia. Eu falei com um polícia, disse-lhe tudo o que se tinha passado, mas pedi-lhe que a queixa não fosse já para tribunal, para me dar um tempo. Isto é considerado crime o que o meu pai me fez. O polícia disse que a partir do momento que fazia a queixa que iria logo para tribunal. Então eu optei por não fazer avançar a queixa.

Psicoterapeuta: *Conduziria a grandes revoluções. Se calhar poderão existir outras saídas que tentaremos encontrar de cabeça fria.*

Mariana: *É isso que eu quero. Eu até respondi a um anúncio para telemarketing, mas quando a senhora me perguntou a idade, eu vi logo que não podiam aceitar da minha idade. Eu tenho de sair daquela casa. Mas não queria que fosse desta forma, na zanga. O meu pai acha-se senhor de tudo e de todos. Ele chega a dizer que é Deus, e sinceramente, eu não sei já se é a brincar ou se ele está mesmo convencido que é um Deus.*

Psicoterapeuta: *É a necessidade dele que os outros estejam dependentes dele.*

Mariana: *Ele faz isso com toda a gente.*

Psicoterapeuta: *Vamos ficar por aqui.*

Mariana: *O que é que eu faço?*

Psicoterapeuta: *Mariana, eu estou cá para ajudá-la a encontrar uma saída. Acho que também sentiu a minha falta, na sessão em que não pude vir.*

Mariana: *Nesse dia eu estava mesmo a precisar. Depois comecei a escrever no caderno, aquilo que lhe contei. Até nas aulas escrevia. Tinha de desabafar para algum lado.*

ANÁLISE DA SESSÃO

Inicia a sessão apresentando o seu mal estar através do herpes. Trata-se de uma virose que se manifesta principalmente nos momentos de maior fragilidade. A contenção dos maus objectos é-lhe insuportável, neste setting encontra espaço para pô-los cá fora, para mostrar a sua dor chorando, e até para ser compreendida nessa dor.

O pai é visto e sentido como elemento agressor, de grande violência. Note-se os conteúdos da comunicação sobre a cena de sábado: cama e casa de banho são do encargo da Mariana. Ajuda o pai a fazer a cama e lava as casas de banho. Ajuda o pai a limpar o quarto e deita fora as porcelanarias. A cama e a casa de banho são locais íntimos, o que nos reenvia para o Édipo desta rapariga, ama e odeia o pai. A mãe é sentida como incompetente na medida em que não sabe alimentar a horas, não vai ao encontro das necessidades básicas. Sente que o pai a impede de se relacionar com os outros – não lhe dá dinheiro para o telemóvel, tem dificuldade em separar-se dele, pois, por um lado *mistura-o* na relação com o namorado, por outro tenta a sua autonomia.

A cena de violência reenvia para a necessidade desta família se confrontar fisicamente, para uma cena primitiva onde a agressão domina, onde não há criatividade, não há amor. Ela é agredida, mas também se faz agredir provocando o pai, numa espécie de masoquismo. Há uma grande falta de limites nesta família. Sente que a mãe não é sua aliada, não a defende, pelo contrário ainda a agride mais, trata-se de uma situação sado-masoquista.

A avó parece funcionar como a mãe desta família, como elemento de autoridade, como alguém que põe ordem na casa. As fortes dificuldades em elaborarem a separação traduzem-se na crueza com que expõem a *cena primitiva*, batem-se, agredem-se, expulsam-se, mas enquanto tudo isto decorre estão juntos numa grande relação de dependência desorganizada, negando desta forma o sentimento de exclusão.

O Miguel aparece como alguém que tenta ligar-se ao lado saudável da Mariana, mas de forma impotente, pois o diálogo neste seio familiar, a capacidade para pensar parece estar bloqueado e tudo é agido. Liga-se de forma impotente porque precisa do *pénis social*, a polícia, para dar conta desta situação violenta, não tenta resolvê-la, apenas a denuncia e deixa a resolução para outros. A denúncia funciona como uma vingança da Mariana relativamente às agressões dos pais.

A interiorização da terapeuta está-se iniciando. Escreve no caderno como forma de se relacionar com a terapeuta ausente. Tal deve-se às sessões que decorreram até aqui, altura em que a Mariana realizou as provas psicológicas, e teve espaço para pôr as suas inquietações.

Nesta sessão sobressai a crise que a Mariana está passando de dependência / independência, um conflito de ambivalência. Não consegue ligar o pai com a mãe, os personagens aparecem muito soltos sem relação significativa entre eles, dominando a violência e a passagem ao acto, precisamente por grandes dificuldades em mentalizar, em elaborar a perda e a raiva. A família como um todo está doente. Cada um deles em particular também o está. Há no entanto índices que dão conta que de alguma forma a Mariana foi amada, o que lhe permite estabelecer uma relação positiva com a terapeuta – retomar a boa relação perdida.

3.4.1.1. Imunologia e herpes labial

Nesta curta abordagem procura-se perceber os mecanismos bioquímicos que levam à manifestação do herpes labial. A relação entre sistema nervoso, sistema endócrino, e sistema imunitário é incontestável, há múltiplas e complexas interações integradas numa *rede de comunicação imunoneuroendócrina* (Basedowsky, 1992, citado por Ouakinin, S. R. S., 2000). Aqui tenta-se apenas abordar a relação entre a presença do vírus no organismo e a resposta à sua intrusão por parte do sistema imunitário.

A principal função do sistema imunitário é de identificação e eliminação de todo o agente que se apresente ao organismo como estranho, é um sistema de alerta e ataque, especializado para distinguir o igual do diferente, o self do não-self. Esta função traduz-se e efectua-se mediante a utilização de defesas do organismo, quer estas sejam inatas, quer sejam fabricadas no momento do confronto com o inimigo. Todo este armamento bioquímico é constituído por células especializadas originárias da medula óssea, sendo lançadas na corrente sanguínea podendo amadurecer em determinados órgãos como sejam o timo, o baço, ou os gânglios linfáticos. Destas células, as que desempenham um papel mais elaborado são os chamados leucócitos.

Ora, quando o vírus responsável pelo herpes labial se manifesta, o organismo reage à intrusão parasitária deste estranho, que além de provocar mal estar geral na pessoa, e muitas vezes mostrar-se através da desfiguração incomodativa dos lábios, pode conduzir a prejuízos graves e até fatais relacionados com as suas estratégias de fuga e camuflagem.

BASES IMUNOLÓGICAS

O sistema imunitário protege-nos das patologias, é um sistema de defesa do organismo contra elementos estranhos. O meio ambiente contém micróbios que podem provocar infecções: vírus, bactérias, fungos, protozoários e parasitas multicelulares. Caso estes micróbios se multipliquem no seu hospedeiro, neste caso no homem, poderão causar doença, que eventualmente conduzirá à morte, mas todos nós passamos por invasões

destes microorganismos e a maior parte das vezes sobrevivemos, o que se deve à existência do nosso sistema imunitário, o qual combate os agentes infecciosos, no sentido de os eliminar.

A barreira física, constituída pela pele e mucosas, só será ultrapassada quando o micro-organismo penetra no nosso organismo, o que poderá acontecer através da intrusão do antigene, isto é do agente estranho ao organismo, e se dá frequentemente via pele, via respiratória, via gastro-intestinal, ou via urogenital. Estas zonas estão portanto especializadas e alerta para a penetração dos micróbios, no sentido de eliminar tudo o que possa funcionar como estranho e destruidor do organismo. Poucos são os microorganismos que podem infectar o corpo directamente por via sanguínea, tais como os responsáveis pela hepatite-B e pela malária (Male, D. & Roitt, I., 1985). No entanto, o organismo possui defesas naturais contra a penetração de agentes estranhos, encontrando-se estas defesas sob a forma bioquímica ou física, tais são, por exemplo as lisozimas nas lágrimas, o muco das vias respiratórias, o ácido no estômago, o sistema de colonização da microflora intestinal, e todos os organismos que vivem numa relação de comensalismo no corpo humano, isto é, vivem à custa do corpo mas não o prejudicam, pelo contrário, competem de modo eficaz com agentes patogénicos.

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA IMUNITÁRIO

As funções do sistema imunitário são: de defesa contra o estranho; de homeostase, levando ao equilíbrio do sistema imunitário; e de vigilância em relação a tudo o que possa tornar-se e/ou já ser estranho e prejudicial ao organismo. Temos então, como importantes características do sistema imunitário a especificidade, memória, e adaptabilidade, o que condiciona o tipo de resposta do sistema, embora todas tenham em comum duas fases: reconhecimento do agente estranho; e a reacção para eliminar esse agente. Essencialmente há dois tipos de resposta: aquela *relativa ao antigene que invade as células do hospedeiro*, o que se passa com todas as viroses, algumas bactérias e parasitas protozoários, que se multiplicam dentro das células do hospedeiro, o que leva a uma resposta de eliminação destas células ou haverá activação de elementos na célula que a ajudarão a lidar com o agente patogénico, embora no decurso de uma infecção o agente se possa deslocar via sanguínea para outras células; a outra resposta é *relativa à não invasão das células*, sendo que muitas bactérias e parasitas vivem nos

tecidos, nos fluidos sanguíneos, e noutros espaços extracelulares, aqui a resposta do sistema imunitário é diferente, o sistema imunitário tende a destruir o elemento patogénico e neutralizar os seus produtos.

As respostas imunitárias podem ser de duas categorias: *inatas ou naturais*; e *adaptativas*. As respostas adaptativas são mais específicas e implicam um aumento de imunidade num segundo contacto com o elemento patogénico, através da elaboração de mecanismos de defesa mais especializados, é como se registassem em memória o agente infeccioso e se prevenissem contra um novo encontro, por exemplo, a difetria induz uma resposta imune adaptativa.

As respostas do sistema imunitário ligam-se primordialmente às células designadas por leucócitos. Nas respostas inatas intervêm um tipo de leucócitos que são as células denominadas fagócitos (monócitos, macrófagos, e neutrófilos polimorfonucleares). Os fagócitos cercam o microorganismo, internalizam-no e matam-no. São as primeiras células a atacar numa infecção.

Os linfócitos são um outro tipo de leucócitos, que intervêm na resposta imune adaptativa, são específicos quanto ao elemento patogénico. Os linfócitos dividem-se essencialmente em duas categorias: células-T; e células-B. As células-B combatem os antígenos extracelulares e os seus produtos, libertando anticorpos. Os linfócitos-T podem ter diversas funções: uns estão envolvidos no desenvolvimento e controlo das células-B; outro grupo interage com as células fagocitárias; um terceiro grupo de células-T reconhece as células infectadas por vírus e mata-as. Todos os linfócitos derivam da medula óssea, mas as células-T desenvolvem-se no timo¹⁹ enquanto as células-B se desenvolvem na medula óssea. Um outro tipo de linfócitos são as células-NK (Natural Killer) que reconhecem e destroem algumas células infectadas por vírus e algumas células tumorais (Lydyard, P. & Grossi, C., 1985).

¹⁹ Timo significa: órgão situado na parte ântero superior da cavidade torácica, atrás do esterno (in Costa, J. Almeida, & Melo, Sampaio (sem data). *Dicionário de Língua Portuguesa* (5ª edição). Porto Editora.).

A IMPORTÂNCIA DOS LEUCÓCITOS

O papel dos leucócitos no sistema imunitário é fundamental. Os leucócitos subdividem-se em: linfócitos que são as células-B, as células-T, e os LGL – large granular lymphocyte (os LGL reconhecem e matam as células alvo, por exemplo as células-NK são morfologicamente LGL's); e fagócitos como sejam os fagócitos mononucleares, os neutrófilos (cuja vida é curta pois morrem após destruir a matéria estranha), e os eosinófilos (que se ligam aos parasitas extracelulares e destróem-nos). Mas outras substâncias também participam no sistema imunitário sob a forma de mediadores solúveis como sejam: as citokinas (proteínas ou peptídeos solúveis) libertadas pelas células-T e pelos macrófagos²⁰, actuam como sinais entre as células; os anticorpos (Ab) libertados pelas células-B, são também chamados de Imunoglobinas (Ig) e são específicos quanto ao antigene, uma parte da molécula de Ig interage com o antigene (Fab) enquanto outras partes interagem com elementos do sistema imunitário como sejam com os fagócitos ou com as moléculas do complemento; o complemento é sintetizado pelos fagócitos mononucleares e pode levar à destruição das bactérias invasivas, é constituído por cerca de 20 fracções de proteínas que funcionam em cascata; um outro tipo de células designados células auxiliares como sejam os basófilos, as células 'bolota' (mast cell *in* Male, D. & Roitt, I., 1985), e as plaquetas, sintetizam os mediadores inflamatórios; finalmente as células dos tecidos libertam interferons citokines (IFNs) os quais ajudam a célula infectada a resistir à penetração dos virus, por exemplo.

O sistema imunitário gera um largo leque de anticorpos para diversos antigenes, mesmo que estes não se encontrem no organismo, isto é mesmo que o organismo não esteja infectado os anticorpos já lá estão, não são apenas produzidos no momento da infecção. As células do sistema imunitário distribuem-se por todo o corpo, mas quando ocorre uma infecção elas deslocam-se para o local atingido pelo micróbio, o que se dá em três etapas: 1) aumenta o fluxo sanguíneo nesta zona; 2) aumenta a permeabilidade dos

²⁰ Macrófago: trata-se de um fagócito mononuclear.

capilares; e 3) os leucócitos migram para os tecidos próximos da infecção, no início da infecção dominam os neutrófilos, mas os monócitos²¹ e linfócitos actuam de seguida.

As respostas do sistema imunitário podem falhar por uma de três razões (Male, D. & Roitt, I., 1985): 1) a *autoimunidade* estar em causa, isto é, há uma resposta inadequada ao antigene não o reconhecendo como pertencente ao próprio organismo, toma-o como estranho e ataca-o, trata-se de uma guerra civil que provoca uma doença autoimunitária como seja por exemplo a artrite reumatóide; 2) a *imunodeficiência* é uma resposta não eficaz devido a deficiências de alguns elementos do sistema imunitário, é o caso da SIDA; 3) a *hipersensibilidade* é uma resposta em excesso ao contrário da imunodeficiência, que poderá levar a uma debilidade do organismo pelo exagero de produção de determinados elementos em presença do elemento patogénico, é o caso da asma.

HERPES LABIAL

DEFINIÇÃO DE VÍRUS

A palavra *vírus* deriva do latim e significa *veneno* (Lello, J. & Lello, E., 1977). Trata-se de um agente infeccioso microscópico, apenas visível ao microscópio electrónico uma vez que as suas dimensões são demasiado pequenas.

Os vírus são considerados parasitas intracelulares (Nash, T., 1985; Brooks, G. F., Butel, J. S., & Morse, S. A., 1989), utilizam-se da bioquímica da célula onde se instalam para sintetizar proteínas, metabolizar açúcares, e replicarem. No meio extracelular os vírus são inactivos. Estruturalmente um vírus é constituído por proteínas e ácidos nucleicos (DNA e/ou RNA), havendo no entanto raras formas de vírus que só apresentam um destes componentes.

O Sistema Universal de Taxonomia dos vírus (Brooks, G. F., Butel, J. S., & Morse, S. A., 1989) classifica-os segundo famílias que se organizam quanto à morfologia, à

²¹ Monócito: trata-se de um fagócito mononuclear.

estrutura do genoma²² e às estratégias de replicação do vírus em causa. Por exemplo, a família do vírus Herpesviridae é constituída pelo ácido nucleico DNA, rodeado de uma cápsula com a forma de um sólido geométrico de vinte faces – icosaedro, sendo esta envolvida por uma membrana – o envelope, tem de diâmetro 150 nm a 200 nm²³, sintetiza as proteínas virais no citoplasma da célula onde se encontra, no núcleo da célula replica o genoma e forma a cápsula icosaedra, entra em maturação nas membranas da célula, e o seu ciclo de replicação dura cerca de 15 a 72 horas.

Os mecanismos inatos do sistema imunitário para combate ao vírus estão directamente relacionados com a função das células que libertam IFN, células-NK, e macrófagos. Os IFN α e IFN β são produzidos pelo sistema imunitário inato, enquanto os IFN γ resultam do sistema imunitário adaptativo, sendo que todos actuam como resistência à infecção de outras células por parte do vírus. As células-T e as células-NK matam as células infectadas enquanto os anticorpos controlam os vírus extracelulares.

VÍRUS DO HERPES LABIAL

O herpes é uma infecção, isto é uma alteração produzida no organismo por influência de um agente estranho, e manifesta-se: na boca ou na face – herpes labial; ou nos órgãos genitais – herpes genital. O herpes resulta da acção do vírus *herpes simplex tipo 1* ou *tipo 2* (VHS-1 ou VHS-2), o primeiro leva predominantemente ao herpes labial e o segundo ao herpes genital, este último também pode ser responsável pela infecção orolabial, e o primeiro poderá levar ao herpes genital (Novartis, 2000). Este vírus ao atacar o organismo instala-se para sempre, ora sob a forma de latência que é uma estratégia para evitar o reconhecimento por parte do hospedeiro (Nash, T., 1985), ora manifestando-se por infecção com intervalos irregulares. Ele fica latente numa zona do corpo, numa junção nervosa, o gânglio trigémeo, mas poderá deslocar-se através dos nervos para outras partes do corpo, sendo ou não identificável pois a pessoa pode ser portadora com manifestações mas não se aperceber de tal porque confundirá os sintomas com picadas de insectos por exemplo.

²² Genoma designa todo o material genético (Novartis, 2000).

²³ 1 nm = 10⁻⁹ m, isto é 1 nanometro = 10⁻⁹ metro.

Na resposta imune ao vírus HSV-1 (Nash, T., 1985) dominam as células $CD4^{+}T^{24}$, mediadas pelos macrófagos e $IFN\gamma$. Após o vírus atacar, de imediato as células-NK e IFN começam a desenvolver-se e a deslocar-se para o local da infecção atingindo o seu máximo de concentração ao terceiro dia, altura em que se começam a desenvolver as células-T chegando ao máximo de concentração ao nono dia. O vírus atinge o máximo de concentração ao quarto dia e deixa de actuar por volta do décimo dia. Os anticorpos, IgM, IgG, e IgA, começam a formar-se pelo quarto dia atingindo o máximo ao décimo segundo dia. Entretanto as células-T e os anticorpos (Novartis, 2000) memorizam esta estratégia de ataque ao vírus durante anos.

Como a resposta imunitária ao vírus não é imediata, ele poderá multiplicar-se rapidamente o que eventualmente provocará sintomas acentuados num primeiro episódio, que se dá frequentemente duas semanas após a intrusão do vírus no organismo.

A manifestação do vírus dá-se através dos primeiros sintomas de alerta – pródromos, o que corresponde à replicação do vírus, com inchaço, comichão e picadas, mais ou menos dois dias depois aparece a lesão sob a forma de feridas e/ou bolhas que formam crostas, podendo ser acompanhados de febre e gânglios inchados tal como na gripe, o que dura desde alguns dias até duas a quatro semanas, sendo que nos episódios recorrentes o tempo pode diminuir para metade. No caso de uma pessoa com um sistema imunitário debilitado, principalmente se apresenta deficiências ao nível das células mediadoras de imunidade (Novartis, 2000), o herpes labial pode trazer consequências graves, tal como acontece em recém-nascidos cujas mães têm herpes genital e/ou labial por exemplo, ou em doentes com SIDA.

Segundo a Associação Farmacêutica Americana (2000) alguns factores apontados como desencadeadores de uma lesão herpética são: o stress; a fadiga; alguns alimentos; a exposição ao sol; a febre; o calor ou o frio intenso; a menstruação; a gravidez; e lesões na boca ou nos lábios. A Sociedade Brasileira de Infectologia e União – ULACETS

²⁴ CD: designa cluster differentiation, $CD4^{+}$ trata-se de um marcador constituído por moléculas proteicas existentes na superfície da célula, neste caso $CD4^{+}T$ é a célula-T, que ajuda ou induz a resposta imunitária.

(2001) acrescenta aos factores de reactivação do vírus: gripe; indisposição gástrica, perturbações emocionais, e mudanças bruscas de temperatura.

O contágio do vírus dá-se através do contacto de pele com pele, pela saliva, ou outros fluidos do corpo. Quando o vírus é reactivado desloca-se do nervo onde se tinha alojado para a mucosa e/ou pele provocando o herpes labial, ou podendo manifestar-se noutra zona do corpo, como nos dedos ou olhos, por exemplo, sendo que nos olhos se confunde com conjuntivite e poderá conduzir à cegueira (Novartis, 2000). A encefalite pode ser produzida pelo HSV-1, o que leva frequentemente à morte.

Parece não ser conhecido um tratamento definitivo para o herpes (JAS Farma, Comunicação; 1998), administra-se medicação antivírica que impede a multiplicação do vírus, como sejam as seguintes substâncias: acyclovir, foscarnet, idoxuridina, valaciclovir, e vidarabina (Brooks, G. F., Butel, J. S. & Morse, S. A., 1989; Hayden, F. G., 1996). A resistência deste vírus relaciona-se com a estratégia de latência utilizada, o que parece relacionar-se com o facto de ele conter uma molécula que inibe a activação do complemento, trata-se da glicoproteína-C (Walport, M., 1985). O desenvolvimento de vacinas contra este vírus baseia-se precisamente na descoberta de antígenos às glicoproteínas que se encontram no envelope do vírus. Outra alternativa de vacina será a criação de um mutante genético do HSV que gere os antígenos respectivos ao verdadeiro HSV. No entanto a criação de vacinas para o HSV apenas parece revelar-se útil quanto à prevenção e não quanto à resolução da infecção no sentido de eliminar o vírus do organismo (Brooks, G. F., Butel, J. S. & Morse, S. A., 1989).

EM CONCLUSÃO

Os vírus encontram-se num limiar entre o serem considerados seres vivos ou não vivos. Embora sejam constituídos por material genético – ácidos nucleicos, e terem a capacidade de se replicarem e sofrerem mutações, não têm propriamente uma estrutura celular com metabolismo autónomo, por exemplo, há ausência de ribossomas – partículas do citoplasma celular capazes de fabricar proteínas (Arms, K. & Camp, P. S., 1979). São assim considerados parasitas, uma vez que se instalam na célula e usam os recursos bioquímicos desta no sentido de se alimentarem e multiplicarem.

O vírus responsável pelo herpes labial, HSV-1 principalmente, apresenta uma forma particular de invadir o hospedeiro, algumas vezes manifesta-se provocando sintomas com maior ou menor intensidade que podem ou não ser identificados, mas predominantemente esconde-se e pode coabitar com um organismo sem que este tenha conhecimento desta companhia. É o seu estado de latência que impede a sua identificação, embora hajam factores que parecem despertá-lo e se relacionam quer com o funcionamento do sistema neuroimunoendócrino quer com a interligação do soma com o meio ambiente, isto é, com os agentes bióticos e abióticos exteriores ao organismo, quer ainda pela relação entre o comportamento do organismo, a sua bioquímica e o meio que o rodeia.

O comportamento do sujeito portador deste vírus fica condicionado principalmente na altura de manifestação do episódio inflamatório, o risco de contagiar outras pessoas e/ou de contagiar outras partes do próprio corpo é elevado, daí recomendar-se precauções quer ao nível do comportamento na relação com o outro quer com o próprio. Logo que estes episódios se iniciam, o organismo acciona a maquinaria bioquímica responsável pela detecção e eliminação do vírus, isto é o sistema imunitário mobiliza as suas defesas para o local da infecção, entram em acção as células $CD4^+T$, as células-NK, e os IFN, formam-se anticorpos que a par com os linfócitos-T memorizam as características do vírus e a aprendizagem do modo de o combater.

Não sendo hoje conhecida medicação que elimine definitivamente o vírus, há substâncias antivíricas que impedem a sua replicação e poderão ser utilizadas, embora este tenha a capacidade de mutar e tornar-se resistente a determinadas substâncias.

3.4.2. Segunda sessão de psicoterapia

Sessão a 13.12.2000

Mariana: *Hoje não tenho muito para contar. A poeira já assentou. Mas continuo à procura de emprego nos classificados. Na quarta, quando saí daqui, queria que as coisas acontecessem logo.*

Psicoterapeuta: *Que coisas?*

Mariana: *Eu sair de casa dos meus pais, ter a minha autonomia. Deixou-me um bocadinho ansiosa, com mais dúvidas quanto ao Miguel. Tocou naquele ponto, sobre a falsa autonomia. Em relação a eu casar com o Miguel para sair de casa dos meus pais. Não tinha pensado nisso assim. Realmente, ele está em segundo plano. Cheguei a pôr em causa se gosto mesmo dele, ou se apenas estou com ele porque foi o meu primeiro.*

Psicoterapeuta: *Que importância tem para si ser ele o primeiro?*

Mariana: *Depois acho que mais ninguém me há-de querer. É o que toda a gente diz, a minha mãe, a minha avó...*

Psicoterapeuta: *E a Mariana foi a primeira para o Miguel?*

Mariana: *Não, mas com os homens dizem que é diferente.*

Psicoterapeuta: *Será?! Penso que me está a falar da sua grande dependência do Miguel, uma vez que não tem amigos, e se vê num ambiente familiar bastante desorganizado. É como se ele fosse a única saída, independentemente da vossa vida sexual, o que é saudável entre duas pessoas que se gostem e namorem.*

Mariana: *Eu vivo com pessoas para as quais isso é importante. Com os outros não sei, porque não falo com eles. Eu não tenho amigos. Quer dizer, tenho uma amiga, mas ela já está a trabalhar e é raro estarmos juntas.*

Psicoterapeuta: *Amigos, amigos, nunca temos assim tantos. Mas o que é para si um amigo?*

Mariana: *Tem que ser alguém que esteja lá sempre comigo, que goste de mim e me aceite. Eu acho que o Miguel é meu amigo. Ele fala que tem muitos amigos, mas para ele o conceito de amizade é diferente do meu. Fala dos amigos dos copos. Isso são amigos? Não sei, começo a pensar muito nas coisas...*

Psicoterapeuta: *Se calhar é importante pensarmos no que nos rodeia, e até nos nossos próprios pensamentos. Só assim começamos a tomar conta de nós.*

Mariana: *No fim de semana, o meu pai e a minha mãe foram até uma pousada com um casal amigo, e mais não sei quantas pessoas que iam festejar o final do curso. Era um curso de Relações Humanas. Os meus pais foram porque esse tal amigo é que organiza esse tipo de coisas e convidou-os. O meu pai veio todo entusiasmado. Que tinha mudado de ideias, que afinal não era assim tão difícil arranjar trabalho com um curso superior. Que a maior parte daquela gente já tinha para onde ir. Então dizia-me a mim e ao Miguel para nós tirarmos um curso, que tínhamos que tirar um curso. Eu até fiquei entusiasmada. Não está fora dos meus planos. Dantes eu queria ir para Psicologia, agora não sei, o meu pai falou-me neste e no futuro que este tem...*

Psicoterapeuta: *Porque é que queria ir para Psicologia?*

Mariana: *Quando era pequena queria ser ginecologista, não sei porquê. [Talvez porque acompanhasse a mãe ao ginecologista e desejasse ser aquela que cuida da mãe?]²⁵ Depois de fazer os psicotécnicos, a psicóloga lá da escola disse-me para seguir para a área de humanidades. Psicologia seria uma possibilidade, porque eu detesto literatura. Além do mais acho que não escrevo muito bem.*

²⁵ O que se encontra entre parêntesis rectos representa pequenas notas sobre o que a psicoterapeuta pensou no momento.

Psicoterapeuta: *Talvez até ter de tomar essa decisão já tenhamos chegado a uma conclusão. É importante que escute os seus desejos e se encontre nisso.*

Marca-se para sexta-feira da próxima semana.

ANÁLISE DA SESSÃO

Inicia a sessão transmitindo que conseguiu apaziguar um pouco as suas inquietações e encontrar alguma calma necessária para pensar.

Reflectiu sobre a relação com o namorado e começa a levantar questões sobre os sentimentos que nutre por ele. Note-se o carácter narcísico da relação: uma vez que o Miguel é o primeiro namorado com quem tem relações sexuais, tem receio de ser recriminada socialmente caso se separe dele, medo de ser rejeitada, medo de não ter o amor do outro. Desta forma o seu corpo fica entregue ao Miguel, e ao mesmo tempo prende o Miguel no sentido deste tomar conta dela, conta do que ela não está a ser capaz de tomar.

Reflecte um pouco na sua relação com os outros, no meio em que vive, no que os que a rodeiam pensam, e começa a pensar por ela. Nesta nova relação pode pensar coisas que para ela eram dogmas, pensar sobre a sexualidade e a capacidade de amar e não amar, o que dá conta do modo como está (re)construindo a sua identidade. Aqui pode falar de coisas que tem medo de pensar, aqui sente-se mais acompanhada, mais protegida, ao mesmo tempo que se confronta com o desconhecido e com o diferente.

Os pais, de alguma forma, incentivam o crescimento da Mariana, e do Miguel, ao nível profissional, mas tal aparece um pouco como colagem a determinada situação, não parece ser algo sólido e com continuidade, nem que vá ao encontro dos verdadeiros desejos da Mariana, talvez até ela ainda não saiba bem qual é o papel que deseja desempenhar socialmente.

Quando refere que em criança gostaria de ser ginecologista, tal parece relacionar-se com a curiosidade pela sexualidade, o ginecologista sabe o que vai dentro das mulheres. Há

um apelo para se identificar às mulheres, gostava de ser ginecologista para as conhecer por dentro, gostava de ser psicóloga para perceber o modo como funcionam mentalmente, *gostava* de estudar *relações humanas* para se perceber e perceber a relação com os outros, a questão é: *Como é que eu como pessoa lido com o outro também pessoa?*

A sua identificação está em causa, há uma necessidade de se identificar, de busca de um modelo, oscilando entre identificar-se ao desejo dos pais e identificar-se à psicoterapeuta quando coloca a possibilidade de ser como esta psicóloga.

3.4.3. Terceira sessão de psicoterapia

Sessão a 20.12.2000

A Mariana telefonou-me na segunda feira, dia 18/12, para o consultório. Estava com receio que o pai não a deixasse ir a um jantar com o Miguel. Já tinha falado com a mãe e esta foi dizer ao pai, este perguntou-lhe se o estava a informar ou a pedir, ao que a mãe respondeu que o estava a informar. Sempre que está zangada com o marido está mais próxima da filha, conversam, e a Mariana por vezes conta-lhe coisas da sua vida pessoal, o que depois se arrepende, pois logo que a mãe está bem com o pai, conta-lhe tudo. Estava com medo que o pai lhe batesse. Questionou-me sobre o que deveria fazer caso isso acontecesse, pois tinha jurado a si própria que se ele lhe voltasse a bater faria queixa na polícia. Sugeri-lhe que se tal acontecesse, antes mesmo de chegar aos limites que saísse e fosse para casa da avó. Que não deixasse as coisas chegarem a esse ponto.

Refere ainda que o pai à noite se não está bêbado está quase, bebe muito Whisky. Tem medo dele.

Quanto ao namorado, detectaram-lhe uma hérnia na colune e terá de ser operado. Ainda não lhe dói. Acha que ele a quer deixar porque o ambiente na casa dela é mau. A Mariana comentou a opinião com a mãe, e claro que o pai já sabe. A mãe ficou muito ofendida com o namorado e não o quer receber mais lá em casa. Pergunta-me se eu acho que o namorado a quer deixar? Depois como é que é? Foi com ele que perdeu a virgindade. Digo-lhe: “Mariana, estamos no século XXI! Quer marcar para quarta, e conversamos nessa altura?” Assim ficou.

Na quarta. A Mariana já se encontrava à minha espera quando cheguei ao Hospital.

Mariana: Peço-lhe imensas desculpas por a estar a incomodar para o consultório, mas naquela altura eu precisava mesmo de falar consigo. Estava tão mal. Depois fiquei bastante mais calma.

Psicoterapeuta: E sempre foi ao jantar?

Mariana: *Fui, e foi muito bom. O Miguel deu-me muita atenção. Não deixou que eu me sentisse mal entre aquelas pessoas que eu não conhecia. São os colegas dele, os que estão todos os dias com ele lá no restaurante onde ele trabalha quando sai do quartel.*

Psicoterapeuta: *Sentiu-se protegida pelo Miguel.*

Mariana: *Ele estava sempre a perguntar-me se eu estava bem. A dar-me beijinhos. Foi impecável comigo. O meu pai ainda se armou um pouco em parvo. Quando cheguei à tarde a casa, ele estava no computador e fui lá ter com ele e disse-lhe que ia jantar com o Miguel. Ele ainda disse que não me deixava, mas eu depois comecei a dizer-lhe "Ó pai, então, vamos andar sempre a discutir, já chega. Fui comprar as prendas e tudo. O Miguel já marcou tudo.". Ele disse-me que achava que eu não o via como pai. Eu respondi-lhe que isso era o que ele dizia, que o continuava a considerar como pai, e que gostava dele. Senti-me um pouco cínica.*

Psicoterapeuta: *Porquê?*

Mariana: *Porque depois do que ele me fez já não gosto dele como gostava. Está bem, é meu pai, mas fez-me muito mal.*

Psicoterapeuta: *Penso que não se trata de cinismo, mas foi o modo como a Mariana conseguiu levar a água ao seu moinho, não entrando em discussões.*

Mariana: *Ontem estive a tarde toda com o Miguel. Éramos para almoçar na casa dele. Mas como eu tinha de ir a casa arrumar os quartos e dar de comida ao cão, eu sugeri-lhe que viesse ter comigo à minha, que ele trouxesse qualquer coisa e almoçasse lá comigo. Claro que ninguém pode imaginar que ele lá esteve. A minha avó ainda me telefonou a perguntar se eu precisava de ajuda, que iria lá, mas eu disse logo que não. Eu demorei-me um pouco a comer, demoro sempre muito tempo a comer. Quando vínhamos embora, o Miguel começou a mandar vir, a dizer que não voltava a almoçar lá em casa, que passaria a ser na casa dele. Que eu era um atraso de vida e nunca mais me despachava. Depois, lá na casa dele ficou muito estranho. Perguntei-lhe várias vezes o que tinha, e depois de uma grande insistência, lá disse: "Há coisas que estão mal há muito tempo. O não me dar com a minha família...".*

Psicoterapeuta: *Está com saudades da família...*

Mariana: *Pareceu-me que sim. Ele vai para Arganil passar o Natal com os pais. Ele deixou de falar com a irmã e com a madrinha por minha causa. Elas também não gostam de mim. Chamam-no de pedófilo e dizem-lhe que eu o vou deixar. Acho até que é mais por não falar com estas duas, porque os pais estão incapacitados. Tanto o pai como a mãe são alcoólicos e neste momento estão muito doentes. Mas ele tem muitos irmãos, já com filhos e tudo, embora viva praticamente isolado da família. Ele queria que eu fosse com ele, mas não é possível, os meus pais não iriam deixar.*

Psicoterapeuta: *E a Mariana, queria ir?*

Mariana: *Não. Só se fosse para estar com ele, mas aquela gente...*

Psicoterapeuta: *Acho que a Mariana está a tentar compreender o Miguel, e ao mesmo tempo a perceber-se a si.*

ANÁLISE DA SESSÃO

O telefonema da Mariana é um pedido de ajuda para lidar com os pais. No modelo relacional familiar, a mãe ora a escolhe para sua aliada contra o pai, ora a exclui e fica contra ela. Tal situação é complicada para a Mariana, não sente que seja um objecto constante para a mãe, parece sentir-se usada por esta na relação com o pai. Quanto ao pai, o medo que sente deste é o medo da perda de controlo, quer da parte dele quer da parte dela, sendo que agressividade gera agressividade.

O seu receio de ser abandonada pelo namorado prende-se ao medo de estar contaminada pelos maus objectos que circulam na família, por um lado, por outro prende-se à sua sexualidade, ao modo como ainda não aprendeu a tomar conta de si nesta área. Parece ter muita culpabilidade por sentir prazer com o corpo próprio, punindo-se ao fantasiar que o namorado a deixará e a sociedade a marginalizará. Há que ajudá-la a construir um processo de diferenciação / individuação, o que corresponderá a uma maior força egóica.

Inicia a sessão reconhecendo o carácter terapêutico desta nova relação. A calma, o acolhimento e a protecção que sentiu no jantar com o Miguel, traduz o que sente neste contexto de psicoterapia.

Quando o pai da Mariana se opõe à saída desta com o namorado, parece ter ciúmes da própria filha, rivalizando com o namorado e confundindo uma relação amorosa com uma relação filial. A Mariana ao transmitir o seu afecto ao pai sente-se um pouco cínica, pois está decepcionada com ele (e com a mãe também), está desidealizando o pai, começa a identificar os defeitos deste, que não via até à altura.

Há uma tentativa de bem estar na relação com o Miguel, o que parece ainda não ser possível, há o desejo de uma relação positiva, construtiva, mas sente que não há sintonia. A relação homem / mulher é vivida como uma relação de grande dependência (repete a relação dos pais). Sente-se como uma intrusa na vida e nas relações do Miguel, quando este a critica e se isola. Esta intrusão reenvia ao modo como vive a relação com os pais, onde também parece sentir-se como intrusa. No fundo é a angústia de separação que está em causa, o medo de perda de amor do outro, daí escolher um estilo relacional de dependência, senão colagem.

Ela tenta compreender o namorado, o porquê do seu funcionamento, tentando assim entender-se a ela própria, tal como se sente compreendida no contexto da psicoterapia.

3.4.4. Quarta sessão de psicoterapia

Sessão a 22.12.2000

Mariana: *Isto hoje parece um hospital fantasma, não está cá ninguém. Antes de eu vir, o meu pai, ele está em casa, disse-me: "O que é que lá vais fazer novamente, ainda lá estiveste na quarta-feira.". Claro que ele não sabe que lhe telefonei. Vai acabar por saber porque a factura do telefone vai detalhada. "Vais para lá e não vai lá estar ninguém.". Quando cheguei e vi que só estava eu na sala de espera ainda fiquei aflita. Mas depois a Doutora apareceu.*

Psicoterapeuta: *Eu tinha marcado com a Mariana. Estava cá para si com certeza, caso contrário teria avisado.*

Mariana: *Bem, a senhora da recepção disse logo que a Doutora tinha consultas marcadas. Que devia estar a chegar.*

Psicoterapeuta: *É cá estou.*

Mariana: *Ontem fui fazer compras com o dinheiro que a minha avó me deu. Foi lá no Cacém. Quando ia no caminho, encontrei a minha mãe, que ia até casa da minha avó. As casas ficam perto uma da outra. Ela vinha do psiquiatra. O psiquiatra agora recomendou-lhe continuar com uma outra cuja especialidade é psicomotricidade.*

Psicoterapeuta: *Mas psicomotricidade para a sua mãe porquê?*

Mariana: *Não sei, talvez para a ajudar. Ela também não gostava do psiquiatra que a estava a seguir. Ele era muito bruto e não a deixava falar era só passar as receitas. Diz que esta psiquiatra é melhor. Gosta mais dela. Pode ser que resulte.*

Psicoterapeuta: *É importante a relação com o psicoterapeuta.*

Mariana: *Eu sei e digo por mim. Eu aqui sinto-me bem e à vontade a falar consigo. Se não fosse assim não teria ajuda nenhuma. Mas continuando, encontrei-a e ela estava muito meiguinha comigo, até me chamou alguns nomes que me chamava quando eu era pequena. Perguntou onde ia. Eu disse-lhe. Ela então começou-me a dizer que já tinha dito à psiquiatra que tinha um filha maluca, que se andava a tratar. Aí eu cortei logo a conversa para não dar porcaria e disse-lhe que estava com muita pressa.*

Psicoterapeuta: *Não deu continuidade à agressão da sua mãe. Protegeu-se.*

Mariana: *Quando cheguei a casa com as prendas ela estava no banho, chamou-me e disse que queria que eu deixasse o Miguel. Eu fiz que não ouvi e fui para o meu quarto. Quando saiu do banho chamei-a para lhe mostrar as prendas. Ela gostou muito, até é para admirar. Mostrei-lhe o embrulho que o Miguel me deu. É capaz de ser um perfume, e ela não se manifestou.*

Psicoterapeuta: *Parece que a Mariana está a começar a lidar com a sua mãe de um modo que se possa proteger.*

Mariana: *Eu até chego a ter pena dela. Mas ela não vai mudar. Depois a relação dela com o meu pai, é um desastre. Tenho de ter muita calma, mas às vezes é difícil. Já a minha avó me pergunta se a psicóloga não me diz para ter calma, eu disse-lhe que sim, mas quem está com eles sou eu.*

Psicoterapeuta: *O que não é nada fácil.*

Mariana: *A minha avó disse-me que não é já neste Janeiro, mas para o próximo que eu posso ir viver para lá. Daqui até lá, não sei se aguento. Entretanto eu queria tirar o curso na polícia. Era uma maneira de sair de casa e de começar logo a trabalhar. Até já pensei em ir à tropa e seguir a tropa, tal como o Miguel, mas seria preferível com o 12º concluído. Ficava noutra posto e ganharia mais.*

Psicoterapeuta: *Com o tempo chegaremos a uma solução.*

Mariana: *Eu queria perguntar-lhe uma coisa. Quanto tempo é que isto vai demorar?*

Psicoterapeuta: *Não lhe sei dizer Mariana. O tempo que for necessário, mas nunca menos de um ano e tal.*

Mariana: *Se calhar quando me casar ainda vou andar aqui. Mas isto tem um limite de idades como será, depois implica pagamento?*

Psicoterapeuta: *Eu comprometi-me a seguir a Mariana, por isso estarei cá até ser necessário. Logo se verá quando chegar a altura do limite de idade como iremos proceder.*

[Necessidade de segurança, de garantir que estarei lá para ela.]

ANÁLISE DA SESSÃO

Reconhece o movimento da psicoterapeuta em direcção a ela, uma vez que deu consulta na época Natalícia. Tinha receio de não ser registada pela terapeuta, o que foi avivado pela intervenção do pai.

Do encontro com a mãe é de salientar o desejo da Mariana receber carinho, de ter a tal mãe que idealiza como boa. Mais uma vez confronta-se com a mãe real, ambivalente, meiga e bruta em simultâneo, desvalorizando a Mariana. A mãe parece ter inveja da filha, talvez porque sente que esta é *mimada* pelo namorado, o que já não acontece consigo por parte do marido.

Não é fácil para a Mariana lidar com estes pais cuja relação é muito perturbada. Na patologia desta família encontramos uma grande falta de individualidade. Os pais têm estruturas essencialmente narcísicas. O pai parece ter um núcleo depressivo e persecutório. O casal está em permanente projecção dos maus objectos, objectos que destróem e abandonam, relativamente às relações na família, tudo é mau, e a família funciona segundo as regras desta projecção.

A Mariana sente-se *sem rede* para crescer. A sua evolução passa pela diferenciação / individuação / separação desta família.

Sente que a psicoterapia é importante, e receia ser abandonada pela psicoterapeuta (logo de início fantasiou que não estaria lá para ela, e no final da sessão procura garantir a continuidade). Tal como no processo de crescimento a Mariana se separa dos pais, na

psicoterapia tal também será vivido, o que começa a inquietá-la pois talvez tenha medo de uma repetição das relações anteriores. Está a pensar, e até a começar a elaborar a sua relação com a psicoterapeuta, que por ser positiva receia que acabe.

3.4.5. Quinta sessão de psicoterapia

Sessão a 27.12.2000

Mariana: *Hoje trago muita coisa, não sei por onde começar. Na véspera de Natal, os meus pais, principalmente a minha mãe fartaram-se de me achincalharem com o Miguel. Dizem que ele não presta, que tem muitos problemas, e o meu pai disse mesmo: "É a maior merda que há no mercado!"*

A Mariana começa a chorar e eu dou-lhe os lenços.

Mariana: *Obrigada. Desculpe, mas ando a conter o choro há uma quantidade de tempo.*

Psicoterapeuta: *Aqui pode chorar.*

Mariana: *Eles falaram, falaram, sempre a deitar-me abaixo, e a deitar abaixo o meu namorado. Eu aguentei, aguentei, até que me passei e lhes disse que quando tivesse dezoito anos me iria embora. Se calhar não fiz bem, porque ainda os aticei mais, e o meu pai começou logo a dizer que eu não sabia fazer nada e que precisava dele... Aquele ambiente é de malucos, eles não estão bem, a minha mãe ainda se anda a tratar, mas o meu pai diz que os livros que os psiquiatras lêem já ele leu, e recusa-se a admitir que está desorganizado. Eu não sei, às tantas também já estou maluca como eles.*

Psicoterapeuta: *A Mariana está aqui para que possamos as duas reflectir sobre as possíveis alternativas para não ficar igual a eles.*

Mariana: *Eu sei, mas aquilo é um ambiente de uma enorme violência! Eu reconheço que ir viver com o meu namorado não é a alternativa mais viável, seria apenas fugir de um ambiente para me ir enfiar noutra, que nem sequer sei se é para melhor ou para pior. Às vezes as pessoas são diferentes quando vivem juntas, e eu não sei como é o Miguel a viver comigo, se às tantas até seria pior que os meus pais. Eu quero ter a minha independência, mas se calhar para isso terei de abdicar de alguns sonhos, como seja um dia fazer um curso. Sabe, eu acho que a minha mãe, principalmente ela tem inveja de mim. No dia 25 o Miguel esteve lá em casa. Nós estávamos os dois no sofá, assim bastante recostados, quase deitados. A minha mãe chegou lá e começou logo a dizer se aquilo eram propósitos*

de se estar. Eu acho que ela já não tem nada com o meu pai, depois estão sempre a discutir, se não é comigo é entre eles os dois. Ela deve ter inveja da minha relação com o Miguel.

Psicoterapeuta: *Parece que lhes é difícil vê-la com uma parceira, o que dá conta da sua sexualidade e do modo como eles também a estão a viver. A Mariana não é mais uma menina. Até que ponto é que eles aceitam isso?*

Mariana: *Só a partir do momento em que eu comecei a namorar com o Miguel é que eles me começaram a tratar mal. Bom, os outros namorados eu também não os levava lá a casa. Com o Miguel é diferente, não é apenas um namoro de escola, é uma coisa mais séria... Não é bem assim, recordo-me de quando fiz dezasseis anos o meu pai me ter dado uma grande tarefa que eu até fui em pijama para as escadas.*

Psicoterapeuta: *Porque foi isso?*

Mariana: *Mais uma vez porque a minha mãe atçou o meu pai contra mim. Ela tinha-me mandado comprar pauzinhos para fazer espetadas. Eu demorei-me muito pois fui com uma amiga minha e ainda fui com ela a outro lado. Quando cheguei ela desatou aos berros, eu devo ter dado uma resposta qualquer que o meu pai veio logo bater-me. Eu que já tinha vestido o pijama, abri a porta e fui para as escadas, ao menos aí ele não me poderia bater por acusa dos vizinhos. Eles já embirravam comigo. A minha mãe acha que eu fiquei diferente a partir dos dez anos, porque comecei a rejeitar as ajudas dela para me vestir. Queria a minha autonomia, e ela encarou isto como eu a não gostar dela. Depois o meu pai gostava muito de conversar comigo, nós dávamo-nos muito bem, e acho que ela sempre teve ciúmes disso.*

Psicoterapeuta: *Parece que a Mariana está um pouco no meio dos dois, evitando de alguma forma as discussões deles na medida em que discutem consigo. É como se o mal estar entre eles fosse projectado para si.*

Mariana: *É isso mesmo. Eu sinto mesmo isso. Ontem os meus pais ficaram em casa, e a minha mãe esteve o tempo todo a implicar comigo. Volta e meia também se virava contra o meu pai, mas era menos. Começou logo de manhã a pedir-me para eu ir à rua comprar comida para o cão. Eu respondi-lhe que talvez depois do almoço. Depois de almoçarmos, eu e o meu pai sentámo-nos no sofá a ver televisão. Ela foi lá e desatou aos berros para eu tirar o pijama, me vestir e ir comprar a comida do*

cão. O meu pai fez-me sinal para eu não lhe ligar e disse-lhe que ele iria lá porque tinha de ir à rua comprar tabaco. Até fiquei espantada por ele não se ter virado contra mim também.

Psicoterapeuta: *Aí o seu pai fez aliança consigo.*

Mariana: *Mas eu nunca sei quando posso contar com ele. Quero continuar a pensar na minha independência. Imagine que o desejo dos meus pais era que eu me casasse e continuasse a viver com eles na mesma casa. Foge!*

No fundo é o modelo deles. Quando se casaram estiveram um ano a viver com os meus avós maternos. Parece que aí não discutiam muito, ou não mostravam, porque quando foram para a casa deles, que não é deles ficou em nome do meu avô, começaram logo a discutir. A casa ficou no nome do meu avô porque o meu pai estava sempre a ameaçar que se ia embora, e não fosse o diabo tecê-las o meu avô que lhes tinha dado a entrada para a casa pô-la no nome dele.

A minha avó esteve a falar comigo e acha muito bem que eu me torne independente, mas para já diz-me para ter paciência com os meus pais. Eles são muito infantis. Sinceramente parecem dois miúdos sempre à briga. O pior de tudo é quando me toca a mim, o que hoje em dia é frequente.

Psicoterapeuta: *Vamos ficar por aqui.*

Mariana: *Ó Sra. Dra. eu gostava que isto se resolvesse rápido. Eu às vezes acho que vou enlouquecer. O tempo custa a passar.*

Psicoterapeuta: *Eu compreendo que a Mariana desejasse que as coisas se alterassem quase de modo mágico de um momento para outro, mas tal não é possível, há que reflectir e encontrar saídas para essa situação, saídas adequadas e não precipitadas de modo a não se prejudicar.*

ANÁLISE DA SESSÃO

Os pais da Mariana desvalorizam-na por intermédio das escolhas dela, o que a magoa muito e a faz sentir ainda mais desprotegida, insegura e triste. De qualquer forma a Mariana consegue defender-se apontando aos pais o caminho que deseja seguir, sem a companhia destes. A família está doente, projecta os maus objectos na Mariana, projecta as suas partes podres nos outros.

A Mariana reflecte sobre a relação dos pais e compara-a à sua relação com o Miguel. Receia repetir com este o que vê em casa.

Sente que a mãe a inveja, o que provavelmente se passa. O Miguel representa para a Mariana a possível saída de casa dos pais, tal como o pai da Mariana se apresentou para a mãe desta.

A violência nesta família é algo que não está directamente relacionado com a presença de um estranho, o Miguel, mas que é acentuado com a aceitação / rejeição deste, e com a possibilidade dele retirar um elemento, a Mariana, da família, a qual funciona sem limites entre os seus componentes. Esta violência, tal como a Mariana recorda, já estava presente antes do Miguel aparecer. Faz parte da patologia desta família. O único elemento que parece não ter consciência patológica é o pai da Mariana.

O processo de individuação, nesta família, em relação a cada elemento, parece ser algo bastante difícil de suportar. O conflito (permanente) dá-se entre três adolescências, cada um deles está em plena *crise* de separação / individuação. Uma vez que é difícil pensarem, elaborarem, este processo, todos passam ao acto através das lutas e das zangas.

Note-se a falha narcísica presente: a Mariana é o centro das atenções, será que não o foi o suficiente em bebé? Talvez não, pois serviu de veículo para mãe se *desligar* dos pais e *tentar* ligar-se ao marido.

As alianças possíveis de serem estabelecidas têm sempre como objectivo *aliar-se contra*. Ora aparecem o pai e a mãe contra a Mariana, ora a mãe se liga (pelo menos até aos 10 anos fê-lo) à Mariana desligando-se do marido, ora o pai entra em cumplicidades com a Mariana contra a mãe. Não é possível a paz entre estes três elementos. Ainda não se conseguem separar sem continuar ligados pela agressão. Todos se ligam uns aos outros numa relação doente. Trata-se de questões edípicas mal resolvidas, de um funcionamento pré-genital onde domina a evacuação dos maus objectos, e o desejo de satisfação imediata. O sentimento de exclusão é dominante, mas ainda estamos aquém da elaboração deste sentimento.

3.4.6. Sexta sessão de psicoterapia

Sessão a 29.12.2000

A Mariana chega com meia hora de atraso.

Mariana: *Hoje não há muito para contar. Realmente aquilo é uma grande confusão. Ora está tudo mal, ora estão muito calmos.*

Psicoterapeuta: *São imprevisíveis.*

Mariana: *Isso afecta-me muito, não sei com o que posso contar. Mas eu continuo a pensar naquilo que nós aqui falamos. Na necessidade que há de eu me tornar autónoma. Eu até já falei com a minha avó sobre isso. Ela disse-me que se um dia eu tivesse a minha casinha que gostava de me dar a entrada para a casa. Já é bastante bom. Também tive uma conversa com o meu namorado sobre este assunto, ele acha bem eu ter a minha própria casa, mas não sei até que ponto ele disse isto só por dizer.*

Psicoterapeuta: *Acho que a Mariana me está a falar do modo como sente que os outros a aceitam ou não nos seus projectos.*

Mariana: *Também é isso, porque eu não queria casar logo ao sair de casa dos meus pais, queria viver um tempo sozinha. Isto na cabeça dos meus pais é perfeitamente aberrante, porque por eles eu ficaria lá sempre. O meu pai quer controlar tudo. Ontem esteve a dar conselhos, o que ele chama de conselhos, ao Miguel. Ele teve um desastre com o carro, tinha ido buscar o padrinho à estação de comboios e bateu. Foi contar isto ao meu pai... O que é que ele ouviu, desde ser criticado por andar a servir de motorista ao padrinho, até ser quase insultado por não ter seguido os conselhos, ou ordens do meu pai, de não levar o carro para Lisboa. Eu acho que às tantas o Miguel também se farta deste feitio do meu pai.*

Também estive a falar com a Cátia e a mãe dela sobre esta minha vontade, e necessidade, de me tornar independente dos meus pais, e do modo como o Miguel está preso à família dele, e dos conflitos que eu e os meus pais temos com a família dele. Tudo isto me incomoda muito. A mãe da

Cátia recomendou-me que não me preocupasse muito com a família dele, que não lhes desse importância. Hoje, eu sinto-me um pouco apática à família dele, não quero nem encontros, nem conversas.

[Na mãe da Cátia ela encontra uma alternativa à sua própria mãe. É a busca de pais alternativos ao seus, pois estes últimos não satisfazem.]

Mariana: *Eu quero muito ter a minha autonomia, não quero ser como a minha mãe, sempre dependente do meu pai.*

Psicoterapeuta: *Ela sempre foi dependente?*

Mariana: *Sim, antes era dos pais dela, principalmente do pai dela. Viveu já casada durante um ano com os pais. Logo que foi com o meu pai para a casa que o meu avô os ajudou a comprar iniciaram as altas discussões, mas ela está sempre dependente dele para tudo. Ele é que decide tudo, ela não dá um passo sem lhe perguntar se ele concorda. E ele gosta que isto aconteça. Ele acha-se um deus. Uma vez disse-me: 'Hei-de sempre controlar-te', isto em frente ao Miguel, claro que eu me ri na cara dele. Mas eu acho que ele está convencido que há-de controlar tudo e todos.*

No emprego dele todos gostam muito dele. Ele é muito bom funcionário e interessa-se mesmo pelo que faz. Em casa está sempre de roda do computador. Ele sabe mais que o próprio chefe dele. O chefe chega a vir perguntar-lhe dúvidas, tal como os colegas lhe estão sempre a pedir ajuda.

Psicoterapeuta: *Ele é reconhecido no trabalho.*

Mariana: *Sim, mas depois ele convence-se que é o maior e que sabe muito mais do que os outros, que os pode controlar, que é o que depois faz em casa, connosco, com a família.*

Psicoterapeuta: *Vamos ter de ficar por aqui.*

Mariana: *Está bem. Então... Até para o ano.*

Psicoterapeuta: *Uma boa passagem de ano Mariana.*

ANÁLISE DA SESSÃO

A sua instabilidade interna reflecte-se na instabilidade externa. Os seus objectos internos representam *uma grande confusão*, ora se faz acompanhar de bons objectos, ora se faz acompanhar de maus objectos. Ainda não conseguiu fazer a síntese do bom e do mau e saborear a dominância da parte boa (no outro) nos objectos.

Para ela a autonomia ainda não é autêntica, ainda é concedida e não conquistada, concedida pela avó e pelo namorado, este é o seu desejo.

Quanto à desconfiança da autenticidade do namorado coloca-se a questão da autenticidade dos seus sentimentos em relação a ele. Gosta? Não gosta? Parece ainda não saber muito bem.

O modo absorvente como o pai da Mariana funciona em relação ao Miguel é semelhante ao modo como esta funciona com o namorado. Tenta isolá-lo da família, tornando-o (e tornando-se) exclusivo. Trata-se de um comportamento que dá conta de falha narcísica, pois tenta denegrir o contexto para se valorizar e seduzir o outro.

Relativamente à sua relação com o pai, oscila entre desejar autonomizar-se dele e admirá-lo. A sua idealização de um pai onnipotente vai ao encontro da defesa deste, convencido de que é um deus, que tudo sabe, tudo controla, está em toda a parte, ela também o elege como tal. Ele foi e é o *salvador da mãe*, é quem tem o saber (mais do que o próprio chefe, para resolver os problemas de trabalho), é quem *fabrica* o namorado *à medida* da Mariana.

3.4.7. Sétima sessão de psicoterapia

Sessão a 03.01.01

Mariana: *Agora parece tudo estar calmo. Vamos lá ver por quanto tempo. Na passagem de ano fui sair com o Miguel. Os meus pais também foram sair com os amigos deles e não me levantaram obstáculos quanto a horas de entrada nem nada. Até fiquei admirada, mas não disse nada. Eu menti aos meus pais porque queria estar um pouco com o Miguel a sós, então disse-lhes que íamos para a Costa com uns amigos do Miguel. Quando eles me telefonaram, às três da manhã, eu estava em Cascais, ia a caminho do Coconuts, então aí disse-lhes que tínhamos decidido afinal ficar por cá. Eles disseram que então iam talvez ter connosco lá à discoteca, mas isso nem aconteceu. Antes de irmos para o Coconuts, fomos até ao Scala. Depois decidimos ir até lá, mas só tínhamos dois contos cada um e a senhora que estava à porta até foi bastante simpática e deixou-nos entrar, porque a entrada eram cinco contos. Estava um frio de rachar, e chovia muito. Eu não gostei nada do Coconuts. Entrámos e fomos dançar. Ao princípio até nem me apetecia muito, mas depois começaram a passar músicas que até gosto e comecei a entusiasmar-me. Quando já estava a curtir a música, a dançar, cheguei-me mais ao Miguel, então ele disse-me: "Não te estiques.", mas eu percebi "Não te exçites". Fiquei logo chateada. Saí do pé dele e fui-me sentar. [É a sexualidade que está em causa, o modo como a vive, e como sente que o outro está lá para a reprimir.] Pouco depois ele veio ter comigo, e estava a querer fazer-me festinhas, e a dar-me beijinhos, mas eu disse-lhe para ele parar. Aí ele afastou-se. Então levantei-me e fui ao encontro dele e pedi-lhe as chaves do carro par me ir embora. Quando ele as tirou, desatei a chorar, e aí ele percebeu que eu não estava bem e fomos os dois para o carro.*

Psicoterapeuta: *De alguma forma a comunicação e a sintonia entre vós estava com algumas dificuldades.*

Mariana: *Era o barulho, o ambiente, não gostei nada daquela discoteca, nunca mais lá volto. Depois também são as coisas da minha cabeça, o sentir que ele me está a rejeitar. Eu comecei a chorar, porque só de pensar que iria de noite, às tantas da manhã, e com aquele temporal para o carro, estava cheia de medo. [Medo do abandono.]*

Fomos para o carro, estivemos lá um pouco a conversar e ele a tentar acalmar-me, e depois fomos para a porta da minha casa, pois os meus pais ainda não tinham chegado. Eram umas sete e pouco da manhã, e passados 15 minutos aproximadamente apareceram os meus pais. O Miguel dormiu lá nessa noite. Aliás nessa e na seguinte. No sofá claro, porque para os meus pais ele nunca poderia dormir comigo.

Psicoterapeuta: *Como se sentiu nessa altura?*

Mariana: *Senti-me bem. Foi muito bom ter lá o Miguel perto de mim durante aqueles dois dias. Os meus pais também andaram mais calmos.*

Faz um curto silêncio e diz:

Mariana: *Eu também lhe queria contar outra coisa. Quando o Miguel comprou a casa, lá na agência disseram-lhe que ele teria de pagar cerca de vinte e tal contos por despesas em fotocópias. Ele não pagou. Agora chegou uma carta, em que ele deveria ir à agência para tratar de uns documentos no sentido de ficar isento não sei de quê, qualquer coisa relacionada com as finanças. O Miguel falou isto com o meu pai e ficou de lá ir, mas o meu pai disponibilizou-se logo para caso fosse preciso alguma coisa ele estaria lá. Nós os dois fomos à agência, mas quando lá chegámos, vimos cá de fora que estava lá o dono, um tal de Sr. Rato. O Miguel pediu-me para que eu fosse lá e ele ficaria cá fora. Entrei, o homem estava a falar com outro, perguntou-me o que queria com modos muito arrogantes. Depois lá me atendeu quando o outro se foi embora. Eu expliquei o que se tratava e ele foi buscar o processo. Disse-me que deveria pagar os vinte e tal contos e até me perguntou se eu não trazia dinheiro comigo. Eu respondi-lhe que não era eu quem tinha comprado a casa e só vinha saber se já tinham tratado das coisas para obter a tal isenção. Ele disse-me que não me ia dar essa informação enquanto não pagassem aquela dívida. Eu respondi-lhe que o que ele estava a fazer era ilegal, e que deveriam ter avisado antes sobre esse pagamento. O homem foi muito arrogante e mal criado. Vim embora, disse ao Miguel o que se tinha passado e ele telefonou logo para o meu pai. [O Miguel também se coloca numa postura de grande dependência em relação ao pai da Mariana.]*

À noite, quando o meu pai chegou, já vinha com os copos, a minha mãe já andava a implicar com ele por causa da bebida. Logo que nos viu começou a mandar vir e pregou um grande sermão ao Miguel. Disse-lhe que ele não era capaz de resolver nada sozinho. Que eu só tinha feito merda. E que ele, o rei, é que teve de resolver o assunto e tinha estado com o tal Sr. Rato mais de uma hora ao telefone.

Psicoterapeuta: *O seu pai tomou as rédeas porque de alguma forma o Miguel se colocou ao colo dele.*

Mariana: *É sempre assim, mas o meu pai também tenta meter-se em tudo e controlar tudo. No dia seguinte ora me valorizava dizendo que o Sr. Rato até pensou que eu fosse formada em direito, mas que depois lhe parecia estranho porque era muito nova, ora me desvalorizava no sentido de que eu não teria estaleca para enfrentar aquele homem que era muito sabido e um grande trfulha. Fica confuso, quando está com os copos implca, mas às vezes tem estas coisas que até parece que me está a valorizar.*

Psicoterapeuta: *E a Mariana o que é que pensa de si nisso?*

Mariana: *Eu acho que me saí bem. Sabe eu quero muito continuar a estudar, ainda não sei muito bem como é que vou fazer o Português e a História. Mas estou cheia de força. Até disse ao meu namorado: "Agora é que vai ser, vou mesmo estudar este período, tenho de acabar o 12º."*

Nestes momentos de maior tranquilidade eu até gosto de estar em casa, e faço projectos, mas depois quando eles se viram contra mim é que eu penso que terei talvez um dia de sair precipitadamente de casa e abandonar os meus sonhos, porque terei logo de começar a trabalhar.

Psicoterapeuta: *Nestes momentos é que pode planear com mais calma o seu futuro de modo a realizar os seus desejos sem correr grandes riscos.*

Mariana: *Eu voltei a falar com o Miguel sobre a possibilidade de viver sozinha durante uns tempos. Ele concorda, mas ainda não sei muito bem porque é que ele concorda, se ele me dará liberdade ou se será mais um a tentar controlar a minha vida.*

[A Mariana está a pôr em causa a sua relação com o Miguel, perante os seus desejos.]

ANÁLISE DA SESSÃO

A Mariana parece viver na incerteza *do destino*, como se o decurso dos acontecimentos também não dependesse dela, tal liga-se à instabilidade dos seus objectos internos, não sabe com o que conta cá fora porque lá dentro também não.

Quanto à sua postura na relação com o Miguel na discoteca, ela própria trata de *estragar* o ambiente. Tem necessidade de ser o centro das atenções, e para tal sujeita-se ao desprazer. É uma chamada de atenção pela negativa. Parece não se sentir amada e percebida pelo namorado. Nesta primeira parte da sessão o discurso é muito factual, há fraca participação do emocional. Há um medo de abandono muito intenso, daí necessitar da presença constante do outro. Trata-se de uma necessidade não sexuada, mais de protecção, mais pela paternalidade e maternalidade.

O Miguel coloca-se a jeito para que tomem conta dos seus assuntos. Pede *conselhos* ao pai da Mariana, pede à Mariana para que seja ela a falar por ele, enfim... Para quem quer controlar há que existir quem queira ser controlado.

Quando o pai da Mariana chega a casa embriagado é bastante violento, e a forma como a Mariana relata o acontecimento dá conta da agressividade que este gera nela.

A patologia desta família reenvia para uma problemática transgeracional, onde o Édipo não foi de todo resolvido. O sentimento de exclusão não está elaborado, a Mariana sente-se constantemente não gostada quando discordam com ela, o mesmo se passando com os pais. Ainda não é possível a diferença, há que manter tudo igual. O pai (e a mãe também) sente que a filha o exclui quando arranja um namorado, ainda não consegue *encaixar* a possibilidade de ter uma filha que é uma mulher sexuada. Por outro lado a Mariana também tem muita dificuldade em crescer neste ambiente. Ela própria parece ainda não saber muito bem o que quer, está muito dependente do meio pois a sua coesão interna ainda é muito precária.

3.4.8. Oitava sessão de psicoterapia

Sessão a 17.01.01

A Mariana tinha faltado na semana anterior devido à greve de comboios, tendo telefonado para o serviço avisando.

Psicoterapeuta: *Já não nos vimos há algum tempo.*

Mariana: *Pois é. Tenho muitas coisas para contar. Lá em casa ora se está bem ora se está mal.*

Psicoterapeuta: *Como é isso?*

Mariana: *Outro dia tive uma conversa com o meu pai, como já não tinha há muito tempo. Eu tinha ido com o Miguel a uma exposição de fatos de noivos. Claro que comecei logo a imaginar-me como seria quando eu me casasse. Trouxe alguns livretes publicitários que nos iam dando. Estava em casa sentada no sofá a ver, e o meu pai estava ao meu lado a ver televisão. A dada altura pergunta-me: “Vais-te casar?”, mas aquilo assim com ar de gozo. Eu decidi ter uma conversa com ele, e respondi-lhe: “Para já não, mas quem sabe, um dia.” E ele: “Para quem dizia que não se queria casar.”. Eu dizia isso, e pensava isso antes de ter tido um namorado a sério, também não queria estar sempre em discussões como os meus pais. Agora não penso assim. Acho que acontece com as outras raparigas, também, dizerem que não se querem casar e depois mudarem de ideias.*

Aceno que sim com a cabeça.

Mariana: *Então eu disse-lhe: “Olha pai, até é bom tocarmos neste assunto, porque o que eu pretendo mesmo é neste momento fazer o 12º apesar das dificuldades que tenho. Gostava de acabar o 12º e depois tentar entrar para a PSP, caso não consiga quero arranjar um emprego, comprar a minha casinha e só depois de estar mais ou menos estável tirar um curso às minhas custas, ou Psicologia, ou Relações Humanas.” O meu pai até se emocionou. Vieram-lhe as lágrimas aos olhos, e disse-me: “Pensei que já não eras assim, esta é que é a minha filha.”. Depois começou logo a dizer que achava*

muito bem e que até me poderia ajudar a comprar a casa. Que ele poderia tratar de tudo porque eu ainda era pouco experiente. Por um lado até era bom, mas por outro é ele com a necessidade dele de que todos estejam dependentes dele. A minha mãe andava por ali e ia ouvindo a conversa. Passado pouco tempo foi lá e disse: “Mas para que é que queres uma casa? Não estás bem aqui?”. Pronto, já estava tudo estragado, ela não consegue entender que eu queira ser independente.

Psicoterapeuta: *O seu desejo de independência mexe com as dependências deles.*

Mariana: *É de que maneira! É o meu pai a querer ser o Deus, e a minha mãe sempre dependente dele, não dá um passo sem lhe perguntar. Mas isto não ficou por aqui, também houve uma discussão, e eu acho que em parte foi por minha culpa, porque os piquei.*

Psicoterapeuta: *Como foi isso?*

Mariana: *Eu fui pedir dinheiro ao meu pai para comprar o livro de código para começar a estudar. A minha avó disse que me pagava a carta, e agora nós podemos começar a tirar a carta com seis meses de antecedência, antes dos dezoito. O meu pai disse logo que não tinha, que eu pagasse do meu dinheiro. Eu disse-lhe que não era justo, porque quem me dá dinheiro para tudo, até para comprar roupa é a minha avó. Pedi-lhe o dinheiro do abono, também fiz mal as contas, porque ele ofereceu-me trezentos escudos por dia. Eu respondi-lhe que ele gastava dois contos por dia, e não prescindia dos whiskies e do tabaco. Eu também não quero estar a pedir-lhes dinheiro todos os dias. A minha mãe começou logo a lançar achas para a fogueira e disse que a minha avó me tinha dado ainda há pouco tempo cinquenta contos. Mas isso foi pelo Natal e foi para comprar roupa. O meu pai já queria ir falar com a minha avó. Aquilo ficou por ali, porque eu fui para o meu quarto. Eu sei que se pedir à minha avó ela dá-me, mas acho que eles também deviam colaborar. Andam sempre com dificuldades financeiras, mas para o que é para eles há. No fundo é a minha avó que me está a sustentar.*

Psicoterapeuta: *Parece que eles também se colocam numa posição de dependência quanto à sua avó.*

Mariana: *Por um lado é, mas a minha avó também precisa do meu pai, é ele quem lhe faz as contas lá do prédio, porque é ela que tem agora a administração. Nessas coisas de dinheiro ele gosta de ser ele a controlar tudo, e elas estão sempre numa posição de quem precisa dele. Eu não quero isso para mim. Ainda se passou mais uma coisa que eu queria contar. Eu estou com dificuldades no Alemão, e aqui há tempos até foi o meu pai quem me sugeriu para ter explicações de Alemão. Na altura eu não quis,*

mas fui agora pedir-lhe para começar. Disse logo que não havia dinheiro. Eu lembrei-lhe que tinha sido ele quem havia sugerido e que agora eu preciso. Eu acho que ele me vai pagar as explicações, mas isto tudo me chateia. Eles parecem uns miúdos, são muito imaturos.

Psicoterapeuta: *Vamos ter de ficar por aqui.*

Mariana: *Está bem. Eles não vão mudar, não é? Às vezes até penso que eles estão muito perturbados. A minha mãe está-se a tratar, mas o meu pai não admite que está mal.*

[Pela primeira vez a Mariana pouco se refere ao namorado, começa a centrar-se no que realmente a incomoda, a relação dos e com os pais.]

ANÁLISE DA SESSÃO

Antes de ter uma relação significativa a Mariana fantasiava que ficaria para sempre filha. Agora que já tem um namorado e pode perspectivar o futuro a seu lado, tem o desejo de ter a sua própria família. A mãe parece sentir ciúmes da filha, enquanto o pai de alguma forma a apoia, mostrando-se disponível para a ajudar no seu processo de autonomia.

A avó funciona, na realidade, como a mãe desta família. Todos estão dependentes dela no sentido de necessitarem de cuidados maternos. Trata-se de uma família de adolescentes, cada um centrado em si e todos dependentes.

A Mariana sente que os pais, principalmente o pai, não lhe dão o que ela precisa, quando se refere ao código e ao alemão, poderá inconscientemente estar a pedir: *Ajudem-me a construir as minhas próprias regras de funcionamento comigo e com os outros. Ajudem-me a falar uma linguagem de adulto.*

Ao longo da sessão nota-se uma falha na mentalização, há uma problemática ao nível da representação mental. Descreve os factos de forma evacuativa, mas não se implica, o que dá conta da sua dificuldade em pôr-se em causa, e daí da sua dificuldade (por medo de se desorganizar, talvez) em viver a depressão.

3.4.9. Sessão de psicoterapia após seis meses

Sessão a 25.5.2001

Na sessão anterior faltei e não foi possível substituir essa sessão, daí já não nos vemos há quinze dias.

Mariana: *Estou mal. Voltaram outra vez aquelas coisas que eu tinha quando começámos as nossas consultas. Tenho imensa vontade de mascar, principalmente coisas doces, tonturas, dores de barriga, imensa vontade de dormir. Fui à médica de família e tudo. Ela sabe de tudo o que se está a passar comigo e com a minha mãe. É ela que nos segue.*

Psicoterapeuta: *Estava a pensar até que ponto a minha ausência na semana passada veio mexer consigo. Foi à médica... Voltou a ter sintomas... Quando lhe telefonei a Mariana estava pouco disponível, disse-me que estava à espera que o seu namorado chegasse para ir consigo ao hospital. Sugerí-lhe outro dia, mas pareceu-me muito ausente. Esses sintomas são de depressão.*

Mariana: *A médica também me disse que era depressão, até me receitou umas coisas, mas disse para eu lhe pedir a opinião e caso a Dra. ache bem para começar a tomar ou não. [Retira uma receita da mala e mostra-me. A médica tinha-lhe receitado fluoxetina, um por dia, e um ansiolítico, três por dia.] Eu ainda nem aviei a receita, queria primeiro falar consigo.*

Psicoterapeuta: *Para já não. Vamos deixar passar um tempo...*

Mariana: *Eu também acho que não. Não me quero habituar aos medicamentos.*

Psicoterapeuta: *Teríamos aqui a segunda versão da sua mãe.*

Mariana: *Sim, sim. Eu não quero ficar igual a ela. Sabe, eu fiquei assim depois dum telefonema do meu pai. Ele deixou-me uma mensagem no telemóvel a dizer: «Filha, sei que estás mal, uma colega*

tua telefonou, o pai está aqui para te ajudar. Ainda sou teu pai ou não?!» Primeiro foi o estar a tratar-me por filha, depois foi a maneira como ele estava a falar. Ele hoje para mim é um monstro. E não foi nada uma colega minha que lhe telefonou, isto veio da minha mãe, ela falou com o tesoureiro da Sta. Casa da Misericórdia que é um linguareiro e deve ter ido logo contar ao meu pai. Depois foi aquilo, ainda sou teu pai... O que é isto? [Começa a chorar.]

Psicoterapeuta: É um pouco ambivalente. Parece-me que a Mariana sente que ele lhe oferece ajuda, mas que essa ajuda não é sólida, porque em simultâneo parece agredi-la quando lhe pergunta se ainda é seu pai.

Mariana: Ele diz-se meu pai. Ele é que está lá na casa. Uma vizinha viu-o com uma loira a entrar lá para casa. Eu e a minha mãe agora temos de dormir num sofá duro na sala da minha avó. Nós é que tivemos de abandonar a casa para ele ficar lá a fazer o que quiser e a destruir tudo. A minha professora de inglês, com quem eu às vezes falo, também me veio dizer que viu o meu pai com uma loira. Eu não quero saber! Depois é o meu namorado continua com aquelas parvoíces com ciúmes de tudo... Não me dá apoio nenhum, às vezes quando estamos com a minha mãe e estamos a falar, eu digo a minha opinião e ele manda-me calar. Está sempre do lado da minha mãe e a dizer-me que eu sou parecida com o meu pai, tal como a minha mãe faz. Essa, ultimamente voltou ao mesmo, é só ataques de histeria... A minha avó está sempre a refilar que nós lhe desarrumamos as coisas, tem outros princípios...

Psicoterapeuta: Sente-se pouco acompanhada.

Mariana: Para mim o vir aqui é muito importante. Para mim a Dra. é como se fosse uma amiga, não como a Cátia ou a Alin com quem vou para a borgan e me divirto... Um dia li que um psicólogo nunca pode ser um amigo, não percebo. Eu acho que a Dra. é minha amiga.

Curto silêncio.

Mariana: Lá na escola vai haver uma passagem de modelos. Estavam lá dois bichas a fazer inscrições e eu inscrevi-me, nunca pensei que pudesse ser seleccionada, mas fui. Vai ser daqui a três semanas.

Psicoterapeuta: Que bom. Vestir coisas bonitas, mostrar o seu corpo bonito e sentir-se bonita.

Mariana: O meu namorado é que não gostou muito da ideia. Ficou logo com ciúmes. Que eu me ia mostrar aos outros. A minha mãe não deu importância nenhuma. Eu dantes achava-me feia. Só depois de estar com o Miguel é que comecei a mudar de ideias.

Psicoterapeuta: Teve a confirmação de que era desejada.

Mariana: Aí é que comecei a gostar mais do meu corpo.

Psicoterapeuta: Estava a pensar como é que a sua mãe acompanhou o seu crescimento, se lhe dizia, estás a ficar uma bonita mulher, ou assim...

Mariana: A minha mãe! Não, ela dizia-me: "Estás a ficar com a cara esquisita, comprida.". Eu ficava ainda mais triste, chorava muito porque me achava feia, e achava que não tinha amigas porque era feia. Nessas alturas o meu pai é que me levantava, dizia-me sempre que eu era bonita.

Psicoterapeuta: Nessa altura a Mariana tinha uma relação muito próxima com o seu pai.

(Chora.)

Mariana: Ele para mim era um ídolo, era tudo. Assim... Eu sentia aquilo que é normal as raparigas sentirem pelos pais. Com a minha mãe é que não. Se calhar isso ainda está lá no inconsciente.

Psicoterapeuta: A Mariana está a falar da mágoa que hoje sente em relação ao seu pai. Dantes parece que ele era sentido como muito bom, agora é como se tivesse virado monstro.

Mariana: É isso (Continua a chorar). Outro dia vi um programa sobre violência na televisão, fez-me logo pensar nos meus pais, nos pais do Miguel, e na possibilidade do Miguel vir a ser violento para mim. Não sei se quero o Miguel para casar, ou viver comigo. Neste momento ponho isso em causa, mas não o quero deixar, tenho medo de ficar sozinha, e tudo volte ao que era dantes, em que eu passava o tempo todo a chorar, cheia de complexos, e não tinha ninguém.

Psicoterapeuta: *Tem-me a mim, tem as suas amigas. Não se trata de um ciclo que obrigatoriamente se vai repetir. Parece que a Mariana ainda não tem garantias internas de que pode mudar o curso dos acontecimentos.*

Mariana: *Agora, eu até já tenho liberdade. Já não estou ansiosa pelos dezoito anos, também já falta pouco. Quero ir trabalhar e ter a minha casa, depois logo se vê relativamente ao Miguel. Mas hoje já tenho mais liberdade. A minha mãe evita chegar cedo a casa por causa das discussões com a minha avó. Vai com as amigas jantar fora, ou fica a trabalhar até mais tarde. Eu acho bem que ela viva a vida.*

Psicoterapeuta: *Vamos ter de ficar por aqui.*

ANÁLISE DA SESSÃO

Na ausência da terapeuta, a Mariana procura outros apoios. Trata-se de um acting out. Regride e volta a pedir ajuda através do corpo. É o corpo a falar por ela. Há também um movimento que se relaciona com uma falsa autonomia: eu não preciso de ti, que transparece quando ela não se mostra disponível para substituir a sessão e vem passados quinze dias, tendo estado em sofrimento. Tal não acontecia até ao momento, em crise, mesmo no meio das guerras com o pai, ela recorria à psicoterapia, telefonava e marcava sessão. É uma falsa autonomia, porque não esteve na realidade a tomar conta dela, esteve à espera que a médica e/ou o namorado cuidassem dela, esteve à espera que alguém lhe pegasse ao colo e lesse os sinais de dor, tal como uma mãe faz com o seu bebé.

Os medicamentos, neste caso, parece que teriam um papel transicional, substituiriam a psicoterapeuta, substituiriam a boa mãe, o que se veio a confirmar, pois posteriormente não teve, até à data, necessidade de medicação. Há ainda neste movimento uma identificação à mãe, a qual agora separada do marido e vivendo em casa da avó da Mariana com esta, toma uma série de psicotrópicos à noite e adormece no sofá com a televisão ligada.

A proximidade do pai inquieta-a. Ama-o e odeia-o. Ainda não consegue conciliar dentro de si estes dois afectos, fazer a síntese, perceber que às vezes se gosta e noutras alturas não se gosta da mesma pessoa. O bom e o mau ainda estão clivados, aqui sob a forma de pai completamente mau, que ao manifestar amor por ela é de imediato rejeitado porque deixaria de ser só mau. No entanto, ao chorar esta dor abre-se a possibilidade de olhar o pai de outra forma, pois o choro revela a tristeza de não ter o pai bom (e mau num só).

Saliente-se a regressão na relação mãe-filha. Ambas dormem juntas, tal como acontecia quando a Mariana era pequena. Na ausência do marido a mãe *tapa este buraco* dormindo com a filha, o que é sentido pela Mariana como incómodo – o sofá é duro. Ela quer separar-se da mãe e pede, como vimos na primeira sessão, ajuda para tal.

O namorado parece já não estar tão idealizado como bom. Também está a fazer movimentos para se separar dele – ele tem ciúmes, ciúmes da relação dela com outros, com novos objectos relacionais. Sente-o como aliado à mãe contra ela. É a clivagem, ou são iguais a mim ou estão contra mim.

Reconhece o apoio que tem tido por parte da psicoterapeuta, sente-se compreendida, e deseja aprofundar esta relação no sentido de obter novas respostas e assim reestruturar-se.

Há um movimento narcísico positivo, ela quer mostrar o seu corpo como um corpo que não sofre. Trata-se de um movimento de reparação narcísica, de esperança no bem estar. Reparação, porque até na relação com a mãe não houve uma construção positiva da imagem corporal. Aqui sobressai a relação com o pai, quando este a ajuda a crescer numa pele bonita, é uma relação de amor, relação criadora (que sempre existiu, mas era dominada pela violência no sentido de se não nos amamos agredimo-nos, inconscientemente). Está a (pré)elaborar o luto das imagos parentais.

Já no final da sessão a Mariana tem um insight importante. Pede ajuda para sair da comunicação sado-masoquista em que um ataca e o outro é atacado. Ao colocar-se numa posição de vitimização, receia viver com o namorado uma repetição da relação dos pais, e com os pais. Por fim, apresenta um cenário de esperança, onde é possível ser

peessoa, viver a sua vida independentemente dos pais, separada destes. Note-se o modo como cada elemento desta família está elaborando a separação, reorganizando-se através de regressões e progressões.

3.4.10. Conclusão

A Mariana está em sofrimento.

Quanto à sua família, e ela, funcionam numa grande dependência com fraca capacidade para pensar, para simbolizar. Passam constantemente ao acto através da agressão. Há uma grande falta de limites, e falhas ao nível da individuação. Os pais, e ela, têm essencialmente uma estrutura narcísica, sendo que o pai apresenta núcleos depressivos e persecutórios. Nesta família os objectos destrutivos e abandonicos são permanentemente projectados, dominando a violência. Na família o conflito dá-se entre três adolescências em plena *crise* de separação / individuação. Trata-se de um funcionamento pré-genital em que as questões edípicas estão mal resolvidas, com domínio do sentimento primitivo (não elaborado) de exclusão que gera raiva, senão ódio; há uma constante evacuação dos maus objectos, e um desejo de satisfação imediata das necessidades, quase por magia. A problemática é transgeracional, não houve para cada um dos membros uma resolução do Édipo.

A Mariana não se sente suficientemente amada pelos pais, e busca na relação com o namorado um amor essencialmente pré-genital. A mãe parece ter inveja da filha, sente-se abandonada, tal como a Mariana se sente por parte desta.

O pai é muito violento, tem ciúmes da filha, e rivaliza com o namorado. Confunde uma relação amorosa com uma relação filial. A idealização do pai está muito presente em paralelo com a violência que existe entre pai e filha, parecendo ser esta a forma de actuarem a cena primitiva. A proximidade ao pai inquieta-a. Não confia que ele esteja lá para ela com uma continuidade positiva e construtiva. Há dentro dela sentimentos de amor e ódio relativamente ao pai.

Ao longo das sessões, os conteúdos expostos apresentam-se sempre como um drama teatralizado, sendo ela a vítima. As suas chamadas de atenção – *dêem-me amor* – são feitas pela negativa, pelo desprazer psicológico e físico. Trata-se de traços histéricos, ao que se junta uma sedução do outro; para sobressair tenta denegrir o contexto, o que dá

conta de falha narcísica. Para ela a competição pela construção ainda não existe. Só existe a competição pela destruição. A família está doente. Ela agride, é agredida e faz-se agredir. É um ciclo de perseguido-perseguidor, ora sendo quem ataca, ora sendo a atacada, o que faz parte de um funcionamento sado-masoquista, e dá conta dos traços borderline da Mariana. Os objectos apresentam-se clivados – ou são maus ou são bons, ainda não consegue fazer a síntese do objecto no sentido de desfrutar da parte boa dominante.

A Mariana vive um forte conflito de ambivalência - de dependência / independência - associado a grandes dificuldades em elaborar a separação. Os pais desvalorizam-na nas suas escolhas, nomeadamente na escolha do namorado, o que a faz sentir mais desprotegida, insegura e triste. Embora ela receie repetir a relação dos pais na sua relação com o namorado, tal acontece, havendo uma repetição da relação de dependência dos pais, o que se reflecte no seu medo de ser abandonada pelo Miguel e ser punida socialmente, o que se deve a ainda não saber tomar conta do seu corpo, em particular da sua sexualidade. Ainda não sabe tomar conta do que sente.

Ao longo do tempo aferiu-se que os surtos de herpes labial aparecem nos momentos de maior fragilidade da Mariana, principalmente em situação de afastamento pela zanga. É-lhe insuportável a contenção dos maus objectos. A evolução da Mariana passa pela diferenciação / individuação / separação destes maus objectos.

A mãe (e o pai) não se apresenta para a Mariana como um bom modelo de identificação, como um bom referencial. Será na relação com a psicoterapeuta que este referencial se construirá, no sentido de reeducar os afectos ligados aos objectos construídos e reconstruídos nesta relação. Há o desejo de encontrar a mãe boa, a idealizada, mas está constantemente a confrontar-se com a mãe real ambivalente, bruta e meiga, que a desvaloriza porque tem inveja da filha. Na relação com os pais ela não sente continuidade afectiva, o que a impede de crescer. A instabilidade dos seus objectos internos é projectada nas incertezas da realidade. Está muito dependente do meio, dos que a rodeiam, pouco autónoma, pois a sua coesão interna e a força egóica são fracas.

Porque a relação com a psicoterapeuta é positiva, ela receia destruí-la com os seus maus objectos. A continuidade desta relação revela-se uma necessidade de garantia para a

(re)construção de objectos totais, síntese do bom e do mau. Aqui, ela encontra calma para pensar, é um espaço onde há-de elaborar a sua sexualidade, (re)construir a sua identidade, construir os seus pais internos.

Após seis meses do estabelecimento desta nova relação, a Mariana manifesta um forte desejo de autonomia, de constituir a sua própria família. Ainda há uma grande dificuldade em pôr-se em causa, em implicar-se no decurso dos acontecimentos, o que se liga à dificuldade em viver psicologicamente a sua depressão. *Pede frequentemente ajuda através do corpo*; a dor mental, não podendo ser pensada, passa rapidamente à dor física.

Na relação com a psicoterapeuta já começa a repetir o funcionamento que traz da relação com os pais, o raciocínio é o seguinte: *Se não estás para mim, tenho outros, não preciso de ti*. É a capacidade de espera que está em causa, embora na situação em que foi à médica e esta lhe tenha receitado medicação, ela aguarda o aval da psicoterapeuta, há uma pré-consciência de que a medicação iria funcionar como objecto transicional.

No geral há uma desidealização das figuras que a rodeiam, distancia-se e começa a identificar nestas características que lhe desagradam, e que ela própria havia assimilado e agora quer mudar.

No momento em que a Mariana quer mostrar o seu corpo como um corpo que não sofre, quer mudar, quer diminuir o seu sofrimento na relação consigo e com o outro. Quer sintetizar dentro de si o bom e o mau de um mesmo objecto. Há uma esperança de bem estar, o que dá conta de um movimento de reparação narcísica.

3.5. Conclusão sobre o caso

Os resultados do exame psicológico estão a par da compreensão das manifestações da Mariana no contexto da psicoterapia.

Há uma grande desorganização dos objectos internos, os quais são sentidos como parciais, persecutórios e não coesos. Os movimentos são constantemente de projecção destes maus objectos no exterior, o que a leva a uma forte heteroagressividade. Por outro lado, o retorno desta projecção, ao identificar-se às partes más que projectou, mantém-na num estado de abatimento geral que se traduz na sua depressão manifesta dominada por problemas interpessoais, falta de eficácia, anedonia e baixa auto-estima. As tensões internas, avaliadas pelo PMK, dão conta deste abatimento, da tradução física do seu estado psicológico.

Há uma fraca autocrítica e um afastamento do corpo próprio, relacionado com as dificuldades que tem em sentir as emoções, e muito mais em pensá-las. Há uma fraca capacidade para sentir os afectos, pois estes apresentam-se-lhe como ameaçadores, destrutivos, característica do seu funcionamento alexitímico. Age as emoções a maior parte das vezes, tal como os seus pais agem os conflitos, e não os pensam, não os mentalizam, não os elaboram.

O seu temperamento (hetero)agressivo reflecte o medo que tem da relação com o outro, da proximidade, o medo de ser agredida, de ser desvalorizada, e até humilhada, dando conta de uma *vinculação insegura* como falha na relação mãe-bebé. Como defesa, ataca, agride, antes mesmo que a agridam, deslocando a agressividade e denegrindo o objecto sentido como frustrante.

A Mariana cresceu numa família imatura, com fraca capacidade de contenção, de leitura, e de transformação. Trata-se de pais muito imaturos, onde domina a passagem ao acto pela agressividade e violência. As dificuldades da Mariana são semelhantes às

dos pais, são dificuldades ao nível da mentalização, ao nível da separação, individuação e diferenciação.

A construção de uma pele saudável, que a separe do exterior e proteja o interior, constitui tarefa a desempenhar na *nova relação* que estabeleceu com a psicoterapeuta.

4. Conclusão geral

Recorrendo ao modelo de *comunicação em rede*, apresentado por Coimbra de Matos, 2000, procurou-se abordar alguns aspectos que constituem os vértices do *modelo pentagonal*: sistema emocional ou vivências; sistema nervoso, representado pelo cérebro; sistema nervoso autónomo; sistema endócrino; e sistema imune.

As vivências, correspondentes ao sistema emocional, foram largamente exploradas neste estudo de caso, quer através do exame psicológico, quer das entrevistas. Um trabalho de equipa, multidisciplinar, teria permitido uma análise aprofundada dos outros quatro sistemas. No entanto, tentou-se responder a algumas questões que se levantavam quanto às falhas no sistema emocional, e choques emocionais, para os quais a Mariana não conseguia elaborar uma resposta, e obrigava o seu sistema biológico a responder através da dor e da doença, como sejam os surtos de herpes labial. Vimos como cada um destes sistemas era afectado com os ataques emocionais, com a agressão e violência, perante um sistema defensivo pouco operante e eficaz. Todos os outros sistemas respondiam, o modo é que não foi estudado, mas os resultados eram visíveis, e davam conta de um abatimento do sistema nervoso, do sistema nervoso autónomo, do sistema endócrino, e do sistema imunitário, que ao serem atacados deixavam emergir a dor física.

As provas psicológicas escolhidas revelaram-se sensíveis ao estudo deste caso. Trata-se de provas que vão ao encontro de questões relacionadas com a psicossomática: depressão falhada, alexitimia, raciocínio operante, e defesas relacionadas com a projecção e deslocamento da agressividade, as quais caracterizam um bloqueio na posição *esquizo-paranóide* (Malpique, C., 2002).

É importante realçar as potencialidades do Psicodiagnóstico Miocinético de Mira y Lopez, o qual permite avaliar a personalidade do sujeito, incidindo principalmente: na organização espaço-temporal; na adaptação rítmica do todo psicossomático; na coordenação, controlo e tonicidade muscular; e na lateralidade do sujeito. A prova garante a *sinceridade* das respostas, uma vez que a sua aplicação priva o sujeito do

sentido da visão, este é obrigado a servir-se dos seus recursos internos para elaborar uma resposta externa não verbal.

O interesse de Mira y Lopez pelas relações que surgem no todo da interacção soma e psique revela-se na sua tese de doutoramento em 1922 intitulada “*As correlações somáticas do trabalho mental.*”. A sua grande contribuição para a psicotecnia em psicossomática e psicologia em geral está, entre outros movimentos sempre direccionados para o ser humano, na criação do teste miocinético apresentado em Londres na Royal Academy of Medicine em 1939, fruto da sua contínua investigação sobre o corpo e a mente, e da sua postura relativamente à somatoterapia e à psicoterapia, para ele ambas deverão funcionar em simultâneo, olhar uma negando a outra é negar a unidade da pessoa (Mira, Montserrat, 2002).

Após a aplicação das provas psicológicas, após identificar os modos de funcionamento psico-relacional, a iniciação de uma psicoterapia que visa tratar, cuidar, (re)criar novos estilos relacionais do sujeito consigo e com os outros, revela-se o caminho indicado para um acompanhamento honesto daquele que, em sofrimento, nos pede, a nós psicoterapeutas, ajuda.

O processo de psicoterapia tem como objectivo o tratamento de estados mentais patológicos e doenças psicossomáticas (Matos, A. Coimbra, 2002). Tal intenção passa, não só pelo psicoterapeuta e pelo paciente, mas principalmente pela relação positiva que se estabelece entre ambos. É nesta relação que as transformações que visam a cura se darão. Há uma construção e reconstrução de um processo de crescimento via autonomia.

A relação implica um investimento libidinal de ambos os parceiros. Ao sentir-se compreendido e aceite nas suas mais íntimas pulsões, permitindo a interpretação, que passa pelas defesas instaladas, pelo afecto que se desenvolveu entre ambos, e pela transferência, o sujeito em sofrimento confronta-se com a possibilidade de reconstruir o seu narcisismo.

5. Resumo

Este ensaio tenta compreender a dinâmica biológico-relacional de um caso com manifestações psicossomáticas correntes, e depressividade, na concepção de Coimbra de Matos.

A bioquímica da depressão e a sua compreensão constituem um capítulo da fundamentação teórica desta investigação. Agressividade e violência são temáticas trabalhadas ainda na fundamentação teórica, e surgem do material que se foi recolhendo ao longo das sessões com a Mariana, o nosso caso. Das suas vivências sobressaem comportamentos agressivos e/ou violentos, quer por parte dela, quer por parte dos que a rodeiam.

Perceber esta ligação, entre manifestações psicossomáticas, depressão e agressividade, constitui um marco importante, no sentido de se estabelecer a seguinte conclusão: *neste caso, a existência de uma depressão falhada, não elaborada, cuja situação relacional é vivida com ataques emocionais, muitos deles perfeitamente violentos, não há elaboração de uma resposta mentalizada, a resposta ao ataque baseia-se na hetero e na auto-agressividade, sendo que esta última se traduz pela dor física e doença.*

A metodologia utilizada foi o estudo de caso, com a seguinte forma: 1) entrevista inicial; 2) exame psicológico (com a seguinte bateria de testes: CDI - Children Depression Inventory de Maria Kovacs, Rorschach, Escala de Alexitimia TAS-20, Inventário de Mecanismos de Defesa, WAIS - Escala de Inteligência Wschler para Adultos, EPL - Escala de Pensamento Lógico, e PMK - psicodiagnóstico miocinético); e 3) análise de sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica.

Da análise do caso como um todo sobressai um funcionamento psico-biológico ligeiramente abatido e fragilizado. A sua fraca capacidade de abstracção, de simbolização, de mentalização, levam-na a defender-se de modo primário através da projecção e da agressividade. Sendo que ainda não é capaz de transformar e sintetizar adequadamente: amor e ódio, ataca-se frequentemente a si própria. Neste funcionamento, ainda muito factual, a dor tem de ser vista no corpo, ainda não é capaz

de a pensar, o que se liga à depressão falhada, pois ainda não há condições para deprimir psicologicamente. No entanto, após seis meses de psicoterapia, e apostando nas potencialidades da Mariana, esta já deixa transparecer um desejo que se liga à necessidade de reparação narcísica, e uma pré-disposição à mudança, no seio da *nova relação terapeutica*.

6. Bibliografia citada

Albarrán, A. J. (2001a). Adenohipófisis. Exploración general. Patología. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.39-44). Madrid: Médica Panamérica.

Albarrán, A. J. (2001b). Endocrinología. Hormonas. Conceptos generales. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.3-10). Madrid: Médica Panamérica.

Albarrán, A. J. & Giron, G. G. (2001). Fisiopatología de la corteza suprarrenal. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.235-242). Madrid: Médica Panamérica.

American Psychiatric Association (1989). *Manual de Diagnóstico E Estatística De Distúrbios Mentais* (Terceira Edição – Revista). Editora Manole Ltda.

American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico E Estatística Das Perturbações Mentais* (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Anastasi, A. (1961/1977). *Testes Psicológicos* (2ª Edição). São Paulo: EPU.

Andia Melero, V. M. & Paraíso Cuevas, V. (2001). Tumor carcinoide. Mastocitosis. Prostaglandinas. Endotelinas. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.732). Madrid: Médica Panamérica.

Arms, K. & Camp, P. S. (1979/1995). *Biology* (4th ed.). USA: Saunders College Publishing.

Asociación Farmacéutica Americana (2000). El Problema Recurrent Del Herpes Labial. [On line a 15.04.2001]. Available:

<http://www.pharmacyandyou.org/healthinfo/2000coldsore.htm>.

Baldessarini, Ross J. (1996). Fármacos e o tratamento dos distúrbios psiquiátricos. Depressão e mania. *As bases farmacológicas da terapeutica*. (9ª Edição) Goodman & Gilman (Eds.). McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V., 314-325.

Beizmann, C. (1966). *Livret des cotations des formes dans le Rorschach* (1^o Edition). Paris: Centre de Psychologie Appliquée.

Bernal, J. (2001). Metabolismo y mecanismo de acción de las hormonas tiroideas. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.117-124). Madrid: Médica Panamérica.

Bourgès, S. (1984). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant* (4^e édition). Paris: Delachaux et Niestlé Éditeurs.

Brooks, G. F., Butel, J. S., & Morse, S. A. (1989/1998). *Medical microbiology* (21st ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Psychismes.

Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1997). *Dicionário dos Símbolos* (n^o de edição: 4324). Lisboa: Círculo de Leitores.

Coelho, R. (2000). *Stress e Tensão*. Comunicação apresentada no Seminário de *Teoria médica psicossomática e stress*, relativo ao Mestrado de Psicossomática, ISPA, Lisboa.

Costa, J. Almeida, & Melo, Sampaio (sem data). *Dicionário de Língua Portuguesa* (5^a edição). Porto Editora.

Damásio, A. (1994/2000). *O Erro de Descartes* (20^a edição). Lisboa: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (1999/2000). *O sentimento de si* (9^a edição). Publicações Europa-América.

Damásio, A., Dronkers, N. F. & Pinker, S. (2000). Language and Aphasias. In Jessell, T. M., Kandel, E. R. & Schwartz, J. H., *Principles of neural science* (Fourth Edition). U.S.A: McGraw-Hill.

Davidoff, L. (1980/1983). *Introdução à Psicologia*. Brasil: McGraw-Hill.

Díaz Curiel, M. & Rodríguez Santana, J. (2001). Metabolismo mineral óseo. Parathormona, calcitonina, vitamina D, calcio, fósforo y magnesio. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.193). Madrid: Médica Panamérica.

Freud, S. (1915). Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. II Nossa Atitude para com a Morte. In J. Strachey, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 299-309). Rio de Janeiro: Imago Editora (1996).

Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. In J. Strachey, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 249-263). Rio de Janeiro: Imago Editora (1996).

Gaillard, J.-M, Eisenring, J.-J. & Andreoli, A. (1976). Physiopathologie des troubles thymiques. *Confrontations Psychiatriques. La Psychose Maniaco-Depressive* (14), 7-35.

Gibello, B. (1984/1998). *Criança com Perturbações da Inteligência* (1ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Grinberg, L. (1963/2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guilford, J. P. & Fruchter, B. (1981). *Fundamental Statistics in Psychology and Education* (Sixth Edition). Singapore: McGraw-Hill.

Habib, M. (1989/2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Hayden, F. G., (1996). Fármacos anti microbianos (Continuação). Fármacos antivirais. *As bases farmacológicas da terapeutica*. (9ª Edição) Goodman & Gilman (Eds.). McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V., pp. 876-901.

Hidalgo, A. L. (2001). Neuroendocrinología: hipotálamo y glándula pineal. In Albarrán, A. J., *Endocrinología* (pp.27-36). Madrid: Médica Panamérica.

Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss. Edição do Círculo de Leitores em 2002.

Ihilevich, D. & Gleser, G. (1986). *Defense Mechanisms. Their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. DMI ASSOCIATES.

JAS Farma, Comunicação (1998). Perguntas e respostas sobre o herpes. [On line a 15.04.2001]. Available: <http://saude.sapo.pt/gkBD/119245.html>.

Justo, J., Silva, A., Neves, A. & Frade, C. (1998). *Adaptação Portuguesa do Inventário de Mecanismos de Defesa (D.M.I.) na Versão para Adolescentes*. Manuscrito em revisão editorial.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Published by Multi-Health Systems, Inc.

Lello, J. & Lello, E. (1977). *Lello Universal*. Porto: Lello & Irmão.

Longeot, F. (1979). *Manuel de l'échelle de développement de la pensée logique*. France : INOP.

Lorenz, K. (1973/1979). *A AGRESSÃO uma história natural do mal* (2ª edição). Lisboa: Moraes Editores.

Lydyard, P. & Grossi, C. (1985/2000). Cells Involved in the Immune Response. In Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (Ed.), *Immunology* (5th ed. Reprinted, pp.13-30). London: Mosby.

Macey, R. (1974/1977). *Fisiologia Humana* (2^a Reimpressão). São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda.

Male, D. & Roitt, I. (1985/2000). Introduction to the Immune System. In Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (Ed.), *Immunology* (5th ed. Reprinted, pp.1-12). London: Mosby.

Malpique, C. (2002). Comentário à conferência do Dr. Coimbra de Matos. Revista Portuguesa de Psicossomática, 4, (2), 34-36.

Mariano Yela Granizo y Agustín Cordero Pando (1990), responsáveis pela adaptação espanhola do *Manual da WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, de David Wechsler, 1955* (8^a edição). Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Marques, E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach* (1^o Edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Martins, A., Coelho, R., Ramos, E. & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a Adolescentes Portugueses: Resultados Preliminares. Revista Portuguesa de Psicossomática, 2, (1), 123-132.

Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Matos, A. Coimbra (1976). A inespecificidade dos síndromos psicopatológicos. Escritos, 3, 61-65.

Matos, A. Coimbra (1980). Depressão, depressividade e depressibilidade. Separata de O Médico, 95, (1496), 190-194.

Matos, A. Coimbra (1999). Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente. Revista Portuguesa de Psicossomática, 1, (1), 11-21.

Matos, A. Coimbra (2000, 21 e 22 de Janeiro). *Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da acção*. Conferência apresentada nas II Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Guimarães.

Matos, A. Coimbra (2001, 7 de Abril). *Comunicação pessoal*.

Matos, A. Coimbra (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (1ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Mendes Pedro, A.; Soubigou, D.; Balanda, A. B. (2001). Le Rorschach en clinique psychosomatique. In Sami-Ali et al., *Manuel de thérapies psycho-somatiques*. Paris: Dunod.

Mira, Montserrat (2002). *Dr. Emilio Mira y López (1896 – 1964)*. [On line a 27.03.2002]. Available: <http://www.eureka.ya.com/miraylopez/espanol.html>.

Mira y Lopez (1962). *Le Psychodiagnostic Myokinetique* (2^e Edition). Centre de Psychologie Appliquée: Paris.

Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Soares, M. B. M. (1999). Psicofarmacologia dos Antidepressivos. Saúde Mental, 1 (2), 7-32.

Nash, T. (1985/2000). Immunity to Viruses. In Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (Ed.), *Immunology* (5th ed. Reprinted, pp.221-228). London: Mosby.

Niehoff (1999). *The Biology of Violence*. New York: Free Press.

Novartis Pharmaceuticals Corporation (2000). [On line a 15.04.2001].
Available: <http://www.cafeherpe.com/buffet/level2/herpes.html>.

Novartis Pharmaceuticals Corporation (2000). [On line a 25.04.2001].
Available: <http://www.cafeherpe.com/buffet/level2/herpes2.html>.

Novartis Pharmaceuticals Corporation (2000). [On line a 25.04.2001].
Available: <http://www.cafeherpe.com/buffet/level2/herpes3.html>.

Novartis Pharmaceuticals Corporation (2000). [On line a 25.04.2001].
Available: <http://www.cafeherpe.com/lounge/definitions-uni.html>.

Novartis Pharmaceuticals Corporation (2000). [On line a 25.04.2001].
Available: <http://www.cafeherpe.com/buffet/level2/anti.html>.

Ouakinin, S. R. S. (2000). *Psicoimunologia e SIDA. Factores Psicossociais, Parâmetros imunológicos e evolução da infecção pelo VIH1*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Sociedade Brasileira de Infectologia e União – ULACETS (2001). Herpes. [On line a 15.04.2001]. Available: <http://www.erminia.com.br/herpes.htm>.

Traubenberg, N. R. (1973). *La pratique du Rorschach* (2^e Edition). Vendôme: PUF.

Walport, M. (1985/2000). Complement. In Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (Ed.), *Immunology* (5th ed. Reprinted, pp. 221-228). London: Mosby.

Wechsler, David (1976/1990). Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. Manual. (8ª edición). Madrid: TEA Ediciones.

Widlöcher, D. (1983/1995). *Les logiques de la dépression*. Nouvelle édition. Éditions Fayard.

Wolpert, L. (1999/2000). *A Psicologia da Depressão*. Lisboa: Editorial Presença.

6. Anexos

6.1. Anexo I – Children Depression Inventory

Name: Monique Age: 17 Birthdate: 9/7/82
Grade in school: 12=A Sex: F Today's date: 12/10/2000

CDI



Maria Kovacs, Ph.D.

Kids sometimes have different feelings and ideas.

This form lists the feelings and ideas in groups. From each group of three sentences, pick one sentence that describes you **best** for the past two weeks. After you pick a sentence from the first group, go on to the next group.

There is no right answer or wrong answer. Just pick the sentence that best describes the way you have been recently. Put a mark like this **X** next to your answer. Put the mark in the box next to the sentence that you pick.

Here is an example of how this form works. Try it. Put a mark next to the sentence that describes you **best**.

Example:

<input type="checkbox"/> I read books all the time.
<input type="checkbox"/> I read books once in a while.
<input type="checkbox"/> I never read books.

When you are told to do so, tear off this top page. Then, pick the sentences that describe you best on the first page. After you finish the first page, turn to the back. Then, answer the items on that page.

Remember, pick out the sentences that describe you best in the PAST TWO WEEKS.

Published by Multi-Health Systems Inc. All rights reserved. In the U.S.A., 908 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14120-2060, (800) 456-3003.
In Canada, 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011 International, + 1-416-492-2627. Fax, + 1-416-492-3343 or 858-540-4484.

Copyright © 1982, Maria Kovacs, Ph.D., © 1991, 1992, Multi-Health Systems. All rights reserved.

Item 1

- I am sad once in a while.
- I am sad many times.
- I am sad all the time.

Item 2

- Nothing will ever work out for me.
- I am not sure if things will work out for me.
- Things will work out for me O.K.

Item 3

- I do most things O.K.
- I do many things wrong.
- I do everything wrong.

Item 4

- I have fun in many things.
- I have fun in some things.
- Nothing is fun at all.

Item 5

- I am bad all the time.
- I am bad many times.
- I am bad once in a while.

Item 6

- I think about bad things happening to me once in a while.
- I worry that bad things will happen to me.
- I am sure that terrible things will happen to me.

Item 7

- I hate myself.
- I do not like myself.
- I like myself.

Item 8

- All bad things are my fault.
- Many bad things are my fault.
- Bad things are not usually my fault.

Item 9

- I do not think about killing myself.
- I think about killing myself but I would not do it.
- I want to kill myself.

Item 10

- I feel like crying every day.
- I feel like crying many days.
- I feel like crying once in a while.

Item 11

- Things bother me all the time.
- Things bother me many times.
- Things bother me once in a while.

Item 12

- I like being with people.
- I do not like being with people many times.
- I do not want to be with people at all.

Item 13

- I cannot make up my mind about things.
- It is hard to make up my mind about things.
- I make up my mind about things easily.

Item 14

- I look O.K.
- There are some bad things about my looks.
- I look ugly.

Remember, describe how you have
been in the past two weeks.....

Item 15

- I have to push myself all the time to do my schoolwork.
- I have to push myself many times to do my schoolwork.
- Doing schoolwork is not a big problem.

Item 16

- I have trouble sleeping every night.
- I have trouble sleeping many nights.
- I sleep pretty well.

Item 17

- I am tired once in a while.
- I am tired many days.
- I am tired all the time.

Item 18

- Most days I do not feel like eating.
- Many days I do not feel like eating.
- I eat pretty well.

Item 19

- I do not worry about aches and pains.
- I worry about aches and pains many times.
- I worry about aches and pains all the time.

Item 20

- I do not feel alone.
- I feel alone many times.
- I feel alone all the time.

Copyright © 1982, Maria Kovacs, Ph.D., © 1991, 1992,
Multi-Health Systems, Inc. All rights reserved.

Published by Multi-Health Systems Inc. All rights reserved. In the
U.S.A.: 908 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14120-2050,
(800) 456-3008.
In Canada: 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, ON M2H 3M6, (800)
268-6011. International: +1-416-492-2627. Fax: +1-416-492-3843 or
888-540-4484.

Item 21

- I never have fun at school.
- I have fun at school only once in a while.
- I have fun at school many times.

Item 22

- I have plenty of friends.
- I have some friends but I wish I had more.
- I do not have any friends.

Item 23

- My schoolwork is alright.
- My schoolwork is not as good as before.
- I do very badly in subjects I used to be good in.

Item 24

- I can never be as good as other kids.
- I can be as good as other kids if I want to.
- I am just as good as other kids.

Item 25

- Nobody really loves me.
- I am not sure if anybody loves me.
- I am sure that somebody loves me.

Item 26

- I usually do what I am told.
- I do not do what I am told most times.
- I never do what I am told.

Item 27

- I get along with people.
- I get into fights many times.
- I get into fights all the time.



Remember to fill out the other side.

Kovacs' Children's Depression Inventory (CDI) Profile Form

Child's Name: _____

Child's Age: _____

Date: _____

T	Total CDI Score				Negative Mood				Interpersonal Problems				Ineffectiveness				Anhedonia				Negative Self Esteem			
	Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls	
	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17	7-12	13-17		
100+	48+	53+	41+	12	12			5+	6+					16								10		
99	47	44	52		12			8						16								10		
98	46	43	51	40																		9		
97			50	39																		9		
96	45	42			11									15						16		9		
95	44	41	49	38																8		9		
94	43	40	48		11	12			8	5				15					16		10	9		
93			47	37																15		9		
92	42	39	46	36				10	7					14								9		
91	41	38	45		10																	9		
90	40			35										14					15			8		
89		37	44	34		10	11		4					13						14		8		
88	39	36	43						7													8		
87	38	35	42	33										8								8		
86	37		41	32				9														8		
85		34	40		9		10		6													8		
84	36	33		31		9				4				12					12			7		
83	35		39																13			7		
82		32	38	30					6											12		7		
81	34	31	37	29				8						7					11			7		
80	33		36		8		9							8					12			7		
79	32	30	35	28		8								11							7	7		
78		29		27					5	3												7		
77	31	28	34											10					11			7		
76	30		33	26			8															6		
75	29	27	32		7			7		5				7	6							6		
74		26	31	25		7				3				7								6		
73	28		30	24															9		10	6		
72	27	25																				6		
71	26	24	29	23			7		4					9					9			6		
70		23	28	22	6			6						6	5							5		
69	25		27			6													8		9	5		
68	24	22	26	21						2									8			5		
67	23	21																			8	5		
66			25	20				6						4								5		
65	22	20	24	19															7		7	5		
64	21	19	23		5	5		5	3					5	4							4		
63	20	18	22	18																	7	4		
62			21	17				5												7		4		
61	19	17																	6			4		
60	18	16	20	16										6							6	4		
59			19		4	4		4						4								3		
58	17	15	18	15															5		6	3		
57	16	14	17	14				4														3		
56	15	13	16						1	2											5	3		
55				13																		3		
54	14	12	15	12	3	3		3						1	2				4			3		
53	13	11	14																			2		
52	12		13	11										2								2		
51		10	12																			2		
50	11	9	11	10		2													3			2		
49	10	8		9										2							3	2		
48	9		10					2														2		
47		7	9	8										1								2		
46	8	6	8	7																2		1		
45	7		7			1				0												1		
44	6	5	6	6																		1		
43		4																				1		
42	5	3	5	5																1		1		
41	4		4	4										0								1		
40		2	3																			0		
39	3	1	2	3										0								0		
38	2			2																		0		
37	1	0	1																			0		
36			0																			0		
35	0																					0		
34				0																		0		

Name:
Grad:

Monique

Age: 17
Sex: F

Birthdate: 4/7/83
Today's date: 1/7/10/2000

Item 1; A

- 0
- 1
- 2

Item 2; E

- 2
- 1
- 0

Item 3; C

- 0
- 1
- 2

Item 4; D

- 0
- 1
- 2

Item 5; B

- 2
- 1
- 0

Item 6; A

- 0
- 1
- 2

Item 7; E

- 2
- 1
- 0

Item 21; D

- 2
- 1
- 0

Item 22; D

- 0
- 1
- 2

Item 23; C

- 0
- 1
- 2

Item 24; C

- 2
- 1
- 0

Item 25; E

- 2
- 1
- 0

Item 26; B

- 0
- 1
- 2

Item 27; B

- 0
- 1
- 2

Item 8; A

- 2
- 1
- 0

Item 9; E

- 0
- 1
- 2

Item 10; A

- 2
- 1
- 0

Item 11; A

- 2
- 1
- 0

Item 12; B

- 0
- 1
- 2

Item 13; A

- 2
- 1
- 0

Item 14; E

- 0
- 1
- 2

26

TOTAL CDI SCORE

Item 15; C

- 2
- 1
- 0

3

SCALE A TOTAL (Negative Mood)

Item 16; D

- 2
- 1
- 0

20

SCALE B TOTAL (Interp. Problems)

Item 17; D

- 0
- 1
- 2

5

SCALE C TOTAL (Ineffectiveness)

Item 18; D

- 2
- 1
- 0

11

SCALE D TOTAL (Anhedonia)

Item 19; D

- 0
- 1
- 2

5

SCALE E TOTAL (Negative Self Esteem)

Item 20; D

- 0
- 1
- 2

Instructions: Make sure only one box is checked for each item. Then, add the numbers next to all checked boxes. The sum is the TOTAL CDISCORE. Enter the score in the box marked TOTAL CDISCORE. Then, add the numbers for only the numbers within items marked A. Enter the total of these items in the box marked for SCALE A. Repeat the same procedure of adding up only the items in SCALE B, SCALE C, SCALE D, and SCALE E respectively. Enter the numbers on the appropriate place on the form. Transfer the TOTAL CDI SCORE and the scores for SCALES A - E to the Profile Form on the reverse of this page.

Published by Multi-Health Systems Inc.
All rights reserved. In the U.S.A., 908
Niagara Falls Blvd., North Tonawanda NY
14120-2060, (800) 456-3003.
In Canada, 3770 Victoria Park Avenue,
Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011.
International, 1-416-492-2627. Fax: +
1-416-492-3343 or 888-540-4484.



6.2. Anexo II – Escala de Alexitimia TAS-20

NOME: Monique SEXO: F IDADE: 17 DATA: 31/11/2000
 SOLARIDADE: 12 PROFISSÃO: Estudante

Utilize a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações
 marcando um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Utilize a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

total: 65 > (61)
Alexitimia!

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.....	1	2	3	4	5
Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.....	1	2	3	4	5
Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.....	1	2	3	4	5
Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.....	1	2	3	4	5
Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.....	1	2	3	4	5
Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.....	1	2	3	4	5
Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.....	1	2	3	4	5
Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que aconteceram assim.....	1	2	3	4	5
Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.....	1	2	3	4	5
É essencial estar em contacto com as emoções.....	1	2	3	4	5
Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.....	1	2	3	4	5
As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.....	1	2	3	4	5
Não sei o que se passa dentro de mim.....	1	2	3	4	5
Muitas vezes não sei por que estou zangado.....	1	2	3	4	5
Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.....	1	2	3	4	5
Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.....	1	2	3	4	5
É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.....	1	2	3	4	5
Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.....	1	2	3	4	5
Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.....	1	2	3	4	5
Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.....	1	2	3	4	5

6.3. Anexo III – Inventário de Mecanismos de Defesa

Exemplo: 300 ML (marque a sua resposta desenhando um traço sobre a letra certa)

	b.	a.	u.	d.	m.	t.	-p.	f.	e.	c.
1	ML	21 ML	41 ML	61 ML	81 ML	101 ML	121 ML	141 ML	161 ML	181 ML
2	ML	22 ML	42 ML	62 ML	82 ML	102 ML	122 ML	142 ML	162 ML	182 ML
3	ML	23 ML	43 ML	63 ML	83 ML	103 ML	123 ML	143 ML	163 ML	183 ML
4	ML	24 ML	44 ML	64 ML	84 ML	104 ML	124 ML	144 ML	164 ML	184 ML
5	ML	25 ML	45 ML	65 ML	85 ML	105 ML	125 ML	145 ML	165 ML	185 ML
6	ML	26 ML	46 ML	66 ML	86 ML	106 ML	126 ML	146 ML	166 ML	186 ML
7	ML	27 ML	47 ML	67 ML	87 ML	107 ML	127 ML	147 ML	167 ML	187 ML
8	ML	28 ML	48 ML	68 ML	88 ML	108 ML	128 ML	148 ML	168 ML	188 ML
9	ML	29 ML	49 ML	69 ML	89 ML	109 ML	129 ML	149 ML	169 ML	189 ML
10	ML	30 ML	50 ML	70 ML	90 ML	110 ML	130 ML	150 ML	170 ML	190 ML
11	ML	31 ML	51 ML	71 ML	91 ML	111 ML	131 ML	151 ML	171 ML	191 ML
12	ML	32 ML	52 ML	72 ML	92 ML	112 ML	132 ML	152 ML	172 ML	192 ML
13	ML	33 ML	53 ML	73 ML	93 ML	113 ML	133 ML	153 ML	173 ML	193 ML
14	ML	34 ML	54 ML	74 ML	94 ML	114 ML	134 ML	154 ML	174 ML	194 ML
15	ML	35 ML	55 ML	75 ML	95 ML	115 ML	135 ML	155 ML	175 ML	195 ML
16	ML	36 ML	56 ML	76 ML	96 ML	116 ML	136 ML	156 ML	176 ML	196 ML
17	ML	37 ML	57 ML	77 ML	97 ML	117 ML	137 ML	157 ML	177 ML	197 ML
18	ML	38 ML	58 ML	78 ML	98 ML	118 ML	138 ML	158 ML	178 ML	198 ML
19	ML	39 ML	59 ML	79 ML	99 ML	119 ML	139 ML	159 ML	179 ML	199 ML
20	ML	40 ML	60 ML	80 ML	100 ML	120 ML	140 ML	160 ML	180 ML	200 ML

POR FAVOR NÃO FAÇA QUAISQUER MARCAS NESTE CADERNO

INSTRUÇÕES: Leia cuidadosamente

Em cada uma das páginas seguintes encontrará uma certa narrativa. Depois de cada narrativa estão quatro perguntas, e para cada uma delas há cinco respostas à sua escolha. As quatro perguntas procuram informação sobre quatro tipos de reacções à história contada: comportamento efectivo (real), comportamento de descarga (na fantasia), pensamentos e reacções emocionais. Destas quatro perguntas só o comportamento efectivo tem correspondência na realidade. As outras três acontecem só no foro íntimo dentro da cabeça de cada um. Na folha de respostas, as histórias são designadas pelas mesmas letras que no caderno designam a história respectiva: b; a; u; etc.

O que nós queremos é que seleccione uma única resposta, de entre as cinco, que lhe pareça ser mais representativa (M) do seu modo de agir. Depois procure o número correspondente à resposta na folha de respostas e escreva um ponto entre os pontos vermelhos do (M) que corresponde à resposta que escolheu. Depois escolha uma resposta que lhe pareça estar mais longe (L) do modo como reagiria e, coloque outro ponto entre os pontos vermelhos do (L) correspondente a essa escolha. Por exemplo vamos imaginar que de entre as cinco respostas possíveis a uma pergunta (números 136, 137, 138, 139, 140), a resposta 137 lhe parece a mais representativa do seu modo de reagir, e que a resposta 140 é a que está mais longe da sua forma de reagir. Neste caso a parte correspondente na folha de respostas apresentar-se-ia do seguinte modo:

136 M L
 137 M L
 138 M L
 139 M L
 140 M L

Por favor, marque apenas um M e um L em cada grupo de cinco respostas. Os restantes M's e L's em cada conjunto não devem ter qualquer anotação. Leia o conjunto das cinco respostas às perguntas antes de pensar na sua escolha. Ao marcar a sua decisão na folha de respostas verifique que o número da sua escolha está de acordo com o número da folha de respostas. Repare que a resposta a cada narrativa está numa coluna à parte. Preencha a folha de respostas com o lápis preto macio que lhe é fornecido. Se resolver mudar a sua resposta deve apagar completamente o que não deseja.

Não há respostas verdadeiras nem falsas, nem boas nem más; a única orientação para as suas escolhas é aquilo que sabe a respeito de si próprio. Deixe-se imaginar por um momento que o acontecimento descrito na narrativa está realmente a passar-se consigo; ainda que nunca se tenha passado consigo nada de igual. Quando escolher as suas respostas lembre-se que não lhe estamos a pedir que diga do que gosta mais ou do que gosta menos, mas sim aquilo que mais ou menos se aproxima do modo como você reagiria ou se sentiria em tais situações.

Se não tem dúvidas a esclarecer preencha os dados no cimo da folha de respostas. Depois vire a página e comece. Repare que todas as folhas estão impressas na frente e no verso.

Você está à espera do autocarro na esquina da rua. As ruas ficaram molhadas e lamacentas depois das chuvas da noite passada. Uma moto, em alta velocidade, passa junto ao passeio e dá-lhe um duche de lama.

1. Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

2. Tentava lembrar-me da cara do motociclista para poder encontrá-lo mais tarde.
3. Sorrindo, limpava os pingos com um lenço.
4. Gritava insultos ao condutor.
5. Censurava-me por não ter, ao menos, vestido uma gabardine.
6. Resignava-me porque, afinal de contas, estas coisas estão sempre a acontecer.

7. Como reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

8. Enfiava a cara do motociclista na lama.
9. Denunciava o motociclista à polícia porque, provavelmente, ele passa o tempo a fazer coisas destas.
10. Chamava-me burra por ter ficado tão à beira da estrada.
11. Dizia ao motociclista que não me importo nada com o banho de lama que ele me deu.
12. Informava esse condutor que os peões também têm os seus direitos.

13. Que coisas lhe passariam pela cabeça?

14. Porque é que eu estou sempre a meter-me em coisas destas?
15. Este motociclista que vá para o diabo.
16. Tenho a certeza de que, lá no fundo, este condutor é boa pessoa.
17. Em dias de chuva estas coisas podem acontecer a qualquer pessoa.
18. Gostava de saber se este motociclista me terá molhado de propósito.

19. Como se sentiria e porquê?

20. Satisfeita, afinal de contas podia ter sido pior.
21. Triste, por causa da minha pouca sorte.
22. Resignada porque uma pessoa não pode deixar que estas coisas a perturbem.
23. Ressentida, por causa do condutor ser tão descuidado e mau.
24. Furiosa, por esse condutor me ter sujado.

Você arranhou emprego numa distribuidora de jornais, e a sua zona tem muitos clientes. Você tem de trabalhar no duro porque precisa de dinheiro e os empregos são difíceis de arranjar. Além disso, é sua responsabilidade para que tudo corra sobre rodas. Você tem uma colega que a ajuda na entrega dos jornais. Ultimamente, tem havido muitos clientes a queixarem - se não recebem os jornais. Você sabe que tem feito o seu trabalho cuidadosamente, por isso resolve despedir a sua ajudante. Nesse mesmo dia, o patrão aparece em sua casa. Sem lhe deixar explicar nada, diz que lhe retira a sua zona porque você é muito descuidada. A sua ajudante é nomeada para a mesma zona e, agora é você que é a ajudante.

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

21. Aceitaria a minha despromoção com bons modos, uma vez que o meu patrão está, apenas a cumprir as suas funções.
22. Censurava o meu patrão por ter tomado uma decisão contra mim, mesmo antes de se ter encontrado comigo.
23. Ficaria agradecida por ter sido aliviada de um trabalho tão difícil.
24. Ficava à espera de uma oportunidade para tramar a minha ajudante.
25. Censurava-me por não ter sido bastante competente.

e reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

26. Dava os meus parabéns à minha ajudante pela sua promoção.
27. Tentava descobrir se o meu patrão e a minha ajudante andaram a conspirar nas minhas costas, para eu perder a minha zona de distribuição.
28. Dizia à minha ajudante para ir para o inferno.
29. Ficava com vontade de me matar por não ter feito qualquer coisa mais cedo.
30. Gostava de desistir, mas não sei se conseguia arranjar outro emprego.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

31. O meu patrão merece que o distribuidor seja completamente despassarado.
32. Para distribuir jornais é preciso ter a pessoa certa no lugar certo.
33. Não há dúvida de que tudo isto não passou de uma desculpa para se verem livres de mim.
34. Realmente tive muita sorte em só ter perdido o emprego, e não precisar de pagar pelos jornais que não foram entregues.
35. Mas como é que eu pude ser tão parva.

Como se sentiria e porquê?

36. Magoada, porque o patrão estava à espera da altura própria para me tramar.
37. Furiosa com a minha ajudante, por ficar com o meu lugar.
38. Satisfeita, por não ter acontecido nada pior.
39. Transtornada, por ter sido uma falhada.
40. Resignada, afinal de contas temos de ficar contentes quando fazemos o melhor possível.

Você está a viver com a sua tia e o seu tio, que a têm tratado como se fosse filha deles. Eles tomaram conta de si quando era muito pequenina. Um dia você pensa passar a noite fora com os seus amigos. Isto faz parte dos rituais de iniciação de um clube a que todos os seus amigos pertencem, e ao qual você tem muita vontade de pertencer. Infelizmente, lá fora está uma tempestade. A sua tia e o seu tio insistem consigo para telefonar e cancelar os seus planos por causa do tempo e da hora tardia.

Você está quase a desobedecer-lhes e pronta para sair pela porta fora e o seu tio diz, numa voz de comando: "A tua tia e eu já te dissemos que não podes ir, e não se fala mais nisso".

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

41. Faria como disse o meu tio, porque ele sempre quiz o melhor para mim.
42. Dizia-lhes: "Eu sempre soube que vocês não querem que eu me torne adulta".
43. Cancelava a minha saída.
44. Dizia-lhes que aquele assunto não lhes diz respeito, e saía na mesma.
45. Concordaria em ficar em casa e pedia-lhes desculpa por tê-los chateado.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

46. Batia com a cabeça nas paredes.
47. Dizia-lhes para deixarem de arruinar a minha vida, uma vez que eles não gostam de mim por não serem meus verdadeiros pais.
48. Agradecia-lhes por estarem tão preocupados com o meu bem estar.
49. Saía, batendo com a porta na cara deles.
50. Saía de qualquer maneira, pois não se deve permitir que o tempo altere os planos de uma pessoa.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

51. Porque é que eles não se calam e não me deixam em paz.
52. Realmente, eles nunca se importaram comigo.
53. Eles são tão bons para mim que eu devo seguir o conselho deles sem discutir.
54. Não se pode receber sem dar qualquer coisa em troca.
55. A culpa é toda minha por querer sair com tão mau tempo.

Como se sentiria e porquê?

56. Aborrecida, porque pensam que eu sou um bebê.
57. Desanimada, porque não posso fazer nada.
58. Agradecida, porque se preocupam comigo.
59. Resignada, afinal de contas não se pode fazer sempre aquilo que se deseja.
60. Furiosa, porque eles interferem com os meus assuntos privados.

Você está a passar as suas férias com uma amiga de infância que se mudou, com os pais dela, para outra cidade. Ela convidou-a para você ir com ela a uma festa, este fim de semana, no clube recreativo. Pouco depois de lá chegarem ela aceita um convite para dançar com um amigo, deixando-a a si com um grupo de estranhos que mal conhece. Eles conversam consigo, mas por qualquer razão ninguém a convida para dançar. A sua amiga, por outro lado, parece ser muito popular esta noite. Parece estar a divertir-se imenso. No meio de isto tudo, ela passa por si e pergunta: " Porque é que não estás a dançar? ".

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

61. Dir-lhe-ia com sarcasmo: "Não estou a dançar porque prefiro estar a olhar para ti".
- L 62. Responderia que, realmente, não me estava a apetecer dançar.
- M 63. Perguntar-me-ia o que é que se passa de errado comigo.
64. Dir-lhe-ia que, é mais fácil uma pessoa familiarizar-se com os amigos dela falando, do que dançando.
65. Levantava-me e saía dali porque parecia que ela queria deixar-me mal.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

66. Assegurava-a de que estou perfeitamente feliz e contente, para ela não se preocupar comigo.
67. Gostava de lhe dar uma bofetada na cara.
- M 68. Fazia lhe ver que, não se pode ser amiga de toda a gente, no primeiro dia de visita a uma terra estranha.
69. Respondia-lhe que agora eu sei que espécie de amiga é que ela é.
- L 70. Gostava de me meter pelo chão abaixo e desaparecer.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

71. Esta foi preparada por ela.
72. Para começar eu nunca deveria ter cá vindo.
73. Estou contente por a minha amiga se estar a divertir.
- M 74. Coisas como esta não se podem evitar numa festa onde não se conhece todo o pessoal.
- L 75. Hei-de fazer com que ela se arrependa.

Como se sentiria e porquê?

- M 76. Aborrecida, por ter sido tão mal sucedida.
77. Furiosa, por causa de ela me estar a deixar mal.
78. Resignada, porque estas são as situações que os recém-chegados têm de passar, de vez em quando.
79. Zangada, por descobrir que a minha amiga é tão desleal.
- L 80. Agradecida, por ter passado uma noite tão agradável.

Você arranhou um emprego de Verão a cortar relva num campo de golfe, e quer fazer boa figura perante o encarregado que a contratou, mostrando que é mais competente que os seus colegas. Por isso você está à espera que surja uma boa oportunidade para se afirmar. Um dia trazem para o campo uma nova máquina de cortar relva. O encarregado chama todos os empregados de Verão e pergunta se alguém sabe trabalhar com a nova máquina. Você sente que chegou a oportunidade de que tem estado à espera, e diz ao encarregado que já usou uma máquina daquelas e gostaria de ter uma oportunidade de experimentar esta. Ele recusa dizendo, "Desculpe, mas não tem hipótese.", e chama uma rapariga que já lá trabalhou no Verão passado, para tentar pôr a máquina a trabalhar. Assim que ela puxa a manivela de arranque começam a saltar faíscas e a máquina começa aos soluços e pára. Neste momento o encarregado chama por si e pergunta-lhe se ainda quer uma oportunidade para pôr a máquina a trabalhar.

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

81. Diria: "Duvido que possa pôr a máquina a trabalhar."
82. Diria aos meus colegas que o encarregado quer responsabilizar-me pela avaria da máquina.
83. Respondia ao encarregado que ficava agradecida por me estar a dar uma hipótese.
84. Recusaria, amaldiçoando o encarregado pelas costas.
85. Diria ao meu encarregado que iria tentar porque nunca se deve voltar as costas a um desafio.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

86. Respondia a esse encarregado que ele não ia fazer de mim o bode expiatório daquela máquina estragada.
87. Agradecia ao encarregado por não me ter deixado estrear a máquina.
88. Dizia ao encarregado para ser ele a tentar pôr a máquina a trabalhar.
89. Fazia-lhe ver que se tinha enganado quando pensou que a minha colega ia ser bem sucedida, só porque já lá tinha trabalhado no Verão passado.
90. Batia com a cabeça nas paredes por me ter enfiado numa situação insuportável.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

91. Este encarregado é mesmo muito boa pessoa.
92. O diabo que o carregue, a ele e à maldita máquina.
93. Este encarregado está a tentar lixar-me.
94. As máquinas nem sempre são dignas de confiança.
95. Como é que eu fui tão estúpida a pontos de pensar que podia trabalhar com esta máquina.

Como se sentiria e porquê?

96. Despreocupada, porque quando não nos dão o nosso real valor perdemos o entusiasmo.
97. Irritada, por me convidarem para fazer um trabalho impossível.
98. Contenta, por não ter sido eu a estragar a máquina.
99. Aborrecida, por me estarem a pôr propositadamente na berlinda.
100. Agoniada, por me ter arriscado a fazer figura de parva.

No caminho para a escola você passa a correr por uma rua estreita com prédios altos. De repente uma telha cai lá de cima, onde estão a trabalhar alguns homens. Um bocado de telha parte-se e salta, aleijando-a na sua perna.

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

101. Dizia áqueles homens que ía buscar os meus pais para os castigarem.
102. Insultava-me por ser tão azarada.
103. Continuava a andar depressa para não chegar atrasada à escola.
- L 104. Continuava no meu caminho e ficava contente por não ter acontecido nada pior.
- M 105. Ia tentar descobrir quem eram aquelas pessoas irresponsáveis.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

106. Recordava aos trabalhadores, que eles deviam de ser mais cuidadosos.
- L 107. Faria o possível para que os trabalhadores soubessem que nada de grave me tinha acontecido.
108. Dizia-lhes um palavrão.
109. Censurava-me, por não ter reparado mais cedo em que espécie de sítio eu estava a andar.
- M 110. Fazia com que esses trabalhadores descuidados pagassem pelo seu descuido.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

111. Estes trabalhadores não sabem fazer o seu serviço como deve ser.
- L 112. Tive muito sorte em não ficar gravemente ferida.
113. O diabo que os carregue!
- M 114. Porque é que estas coisas me estão sempre a acontecer?
115. Nos dias que correm não há cuidados que cheguem.

Como se sentiria e porquê?

- M 116. Zangada, por ter ficado magoada.
117. Furiosa, porque o descuido deles quase me matou.
118. Calma, porque uma pessoa deve controlar-se.
119. Chateada, com a minha pouca sorte.
- L 120. Feliz, porque saí dali apenas com um arranhão.

Você está na piscina municipal, e está na hora da sua aula de natação. Existem vários grupos e cada um tem uma hora própria para nadar na piscina. Acabou a hora do último grupo e agora é a sua vez de nadar. Algumas das crianças desse grupo atrasaram-se a sair da piscina. Você mergulha e algumas das crianças ainda estão por perto, mas você toma as precauções necessárias para não as aleijar. A instrutora aparece e obriga-a a ficar fora da piscina durante a sua hora porque as pessoas do último grupo ainda estavam na piscina quando você mergulhou.

Qual seria a sua reacção (comportamento real) ?

- 121. Censurar-me-ia por ter sido tão descuidada.
- 122. Ia ter com os meus pais e tentava tramar a instrutora.
- M 123. Perguntava à instrutora porque é que ela tem tanta raiva contra mim.
- 124. Tentava cooperar com a instrutora que, apesar de tudo, é boa pessoa.
- L 125. Aceitava o castigo sem discussão, uma vez que a instrutora está apenas a cumprir o seu dever.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

- 126. Dizia à instrutora que não pode usar a sua posição para me espezinhar.
- 127. Censurava-me por não ter esperado que as crianças tivessem saído da piscina.
- L 128. Agradecia à instrutora por me ter salvo de um possível acidente.
- M 129. Defendia os meus direitos por uma questão de princípio.
- 130. Gostaria de abandonar as aulas de natação.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

- L 131. Ela está a proceder bem. Afinal de contas devia agradecer-lhe por me ter ensinado a lição.
- 132. Cada pessoa deve exercer a sua profissão da forma que acha mais correcta.
- M 133. Esta instrutora devia estar a lavar pratos, em vez de dar aulas de natação.
- 134. Como é que eu pude ser tão descuidada.
- 135. Aposto que ela se sente alguém cada vez que castiga alguém.

Como se sentiria e porquê?

- M 136. A ferver de raiva, porque ela está a arranjar-me problemas.
- 137. Ofendida, porque ela está a fazer pouco de mim.
- L 138. Envergonhada com o meu descuido.
- 139. Indiferente, apesar de tudo, estas coisas estão sempre a acontecer.
- 140. Aliviada, porque podia ter aleijado alguém.

Você passou os dois últimos Verões a trabalhar num escritório de contabilidade. Quando começou pôde escolher entre o escritório ou ajudar a sua mãe no seu negócio. Você preferiu o outro trabalho apesar das advertências da sua mãe. Agora que o escritório fechou, descobriu que não há outros empregos de Verão. Das duas uma, ou vai trabalhar com a sua mãe, ou limita-se a fazer biscates. Aquilo que queria era continuar a fazer contabilidade para os comerciantes da vizinhança, mas não tem o material necessário. Após uma longa hesitação, decide pedir à sua mãe que entre com o dinheiro. Depois de ouvir a sua ideia, ela lembra-lhe que lhe tinha oferecido um lugar no negócio dela, em vez do lugar no escritório. Então ela diz-lhe: "Não estou preparada para queimar o que ganhei com tanto esforço nos teus projectos malucos. É altura de me começares a ajudar no meu negócio".

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

- M 141. Aceitaria a sua oferta porque, neste mundo, toda a gente depende de alguém.
142. Admitiria que ela podia perder o seu dinheiro se apostasse em mim e algo corresse mal.
143. Mandava-a passear com todas as letras.
- L 144. Dizia-lhe que sempre desconfiei que ela não gostava de mim.
145. Agradecia-lhe por ainda desejar que eu trabalhasse para ela.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

146. Ia trabalhar com ela e fazia-a feliz.
147. Desistia do esforço e acabava com tudo.
- M 148. Aceitava a oferta da minha mãe, porque os empregos não caem do céu.
149. Amandava-lhe na cara que toda a gente acha que ela é uma sovina.
- L 150. Dizia-lhe que não trabalhava para ela nem que fosse a última pessoa à face da terra.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

151. Um dia ela vai pagá-las todas juntas.
- L 152. É preciso reagir com a cabeça fria, porque a família não vai estar à nossa disposição toda a vida.
153. Porque é que eu fui tão estúpida a pontos de lhe falar neste assunto.
154. Tenho de admitir que a minha mãe está a fazer por mim o melhor que pode.
- M 155. Isto prova o que sempre pensei: a minha mãe nunca acreditou em mim.

Como se sentiria e porquê?

- M 156. Enraivecida, porque ela não quer que eu vença com o meu esforço.
157. Agradecida, por ela me ter oferecido um emprego.
- L 158. Ofendida, por estar a magoar-me.
159. Resignada, porque não podemos ter tudo à nossa maneira, e a toda a hora.
160. Desesperada, por a minha mãe não me ajudar.

Você e a Luísa, uma das suas melhores amigas, estão a jogar ténis. Inesperadamente o Mário, outro amigo seu que vive ali perto, aparece. Você apresenta o Mário à Luísa e agora jogam os três. Estava combinado que, no próximo fim de semana você e o Mário iam jogar juntos num torneio regional. Você está com muita vontade de jogar com o Mário, mas nesse dia ele telefona-lhe a dizer que não pode, porque tem de ir a casa da avó. Então, você decide ir com outros amigos até ao torneio regional, e encontra a Luísa e o Mário a jogar.

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

161. Desprezava-os, porque tenho a certeza de que eles iam fingir que não me tinham visto.
- L 162. Cumprimentava-os delicadamente, tal como fazem as pessoas educadas.
- M 163. Amaldiçoava-os pelas costas.
164. Dizia-lhes que estava encantada por saber que eles se tinham tornado amigos.
165. Ia para casa, fechava-me no meu quarto e amuava.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

- L 166. Escondia-me para não ficar frente a frente com eles.
- M 167. Dava-lhes um murro no nariz.
168. Mostrava-lhes que não me importava nada de os ver juntos.
169. Perguntava à Luísa se roubar um amigo é a única maneira que ela conhece de ir a um torneio regional de ténis.
170. Mostrava-lhes que compreendo porque é que eles se tornaram amigos.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

171. Não admira que ele goste dela, ela é muito mais bonita do que eu.
172. O egoísmo pode tornar desleal a melhor das amigas.
- L 173. Aqueles dois sempre me saíram uns aldrabões.
- M 174. Espero que venham a ter aquilo que merecem.
175. Realmente parece que eles se entendem muito bem.

Como se sentiria e porquê?

- L 176. Contente, por os meus amigos se darem tão bem.
177. Magoada, porque eu não devia ser tão confiante.
178. Resignada, porque temos de aceitar estas coisas à medida que nos acontecem.
- M 179. Indignada, porque eles me mentiram.
180. Furiosa com eles, por causa do que aconteceu.

Você e uma amiga da escola estão a competir para se tornarem chefe de turma. Ainda que pareçam ter as mesmas hipóteses, a sua colega está na escola há mais tempo e, portanto, é mais popular. No entanto, há pouco tempo você deu uma festa na qual todos os seus colegas de turma se divertiram imenso. Por isso, agora você tem a certeza de que todos gostam de si. Contudo, é a sua amiga que ganha a eleição.

Qual seria a sua reacção (comportamento real)?

181. Tentava descobrir quais os colegas que não votaram em mim, e ajustava contas.
182. Faria tudo por continuar a comportar-me como antes da eleição, tal como deve fazer uma verdadeira amiga.
- M 183. Aceitaria o resultado como prova de que não conseguiria ser tão boa chefe de turma quanto a minha amiga.
184. Recusar-me-ia a colaborar com a nova chefe de turma.
- L 185. Felicitaria a minha amiga por esta vitória.

Se reagisse sem pensar (na fantasia) o que é que fazia?

186. Apoiaria os resultados da eleição, tal como faria qualquer bom cidadão.
- L 187. Censurar-me-ia por ter concorrido a chefe de turma, sabendo que não era tão boa como a outra candidata.
- M 188. Mostrava à classe a asneira que fizeram ao votarem numa pessoa tão incompetente.
189. Ajudava a minha amiga a ser uma boa chefe de turma.
190. Partia a cara de todos os meus colegas que votaram contra mim.

Que coisas lhe passariam pela cabeça?

- L 191. Reconheço que não estou à altura de ser chefe de turma.
192. Concerteza que eu não ia gostar, assim tanto, de ser chefe de turma.
193. Aqui há gato, esta eleição não me cheira bem.
194. Não podemos deixar que estes fracassos nos ponham em baixo.
- M 195. Mas, afinal de contas, porque é que eu me preocupo com o futuro desta turma?

Como se sentiria e porquê?

196. Contente, porque ainda conservo os meus amigos.
197. Magoada, porque toda a escola passou a saber da minha derrota.
198. Furiosa com a turma, por causa da maneira como me trataram.
- L 199. Resignada, porque estas coisas estão sempre a acontecer.
- M 200. Zangada, porque fui vítima de uma decisão injusta.

6.4. Anexo IV – WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos

WAIS

FOLHA DE ANOTAÇÃO

Monique

Data do exame 18/10/2000

Data do nascimento 4/7/83

Exame anterior Idade 17A

TABELA DE TRANSFORMAÇÃO DAS NOTAS BRUTAS EM NOTAS «STANDARD»

TESTES VERBAIS						TESTES DE EXECUÇÃO						Notas (standard)
Informação	Compreensão	Aritmética	Semelhança	Memória de algarismos	Vocabulário	Código	Compl. de gravuras	Cubos	Disposição de gravuras	Composição de objectos		
29	27-28	—	26	—	73-80	90	—	—	—	—	19	
28	26	—	—	—	70-72	87-89	—	—	40	44	18	
27	25	18	25	17	68-69	80-86	21	—	38-39	43	17	
26	24	17	24	16	65-67	75-79	—	52	37	42	16	
25	23	16	23	15	61-64	70-74	20	51	36	41	15	
24	21-22	15	22	14	57-60	66-69	—	50	34-35	39-40	14	
22-23	20	14	21	13	53-56	60-65	19	48-49	32-33	37-38	13	
20-21	18-19	13	20	12	48-52	56-59	18	45-47	31	35-36	12	
18-19	17	12	18-19	11	44-47	51-55	17	42-44	28-30	33-34	11	
15-17	15-16	11	16-17	10	38-43	46-50	15-16	39-41	26-27	31-32	10	
13-14	14	9-10	14-15	—	34-37	42-45	14	36-38	23-25	29-30	9	
11-12	12-13	8	12-13	9	29-33	38-41	12-13	33-35	20-22	25-28	8	
9-10	11	7	10-11	8	25-28	34-37	10-11	29-32	17-19	22-24	7	
6-8	9-10	6	8-9	—	21-24	30-33	9	27-28	14-16	19-21	6	
5	7-8	5	6-7	7	17-20	24-29	7-8	23-26	12-13	15-18	5	
4	6	4	4-5	—	12-16	17-23	4-6	18-22	11	11-14	4	
3	5	3	3	6	9-11	10-16	3	13-17	10	8-10	3	
2	4	2	2	5	6-8	8-9	2	11-12	9	6-7	2	
1	3	1	1	4	4-5	6-7	1	10	8	5	1	
0	0-2	0	0	0-3	0-3	0-5	0	0-9	0-7	0-4	0	

RECAPITULAÇÃO

TESTE	Nota bruta	Nota (standard)
Informação	19	13
Compreensão	17	11
Aritmética	4	5
Semelhança	9	9
Memória de algar.	8	8
Vocabulário	44	10
NOTA VERBAL		56
Código	60	13
Compl. gravuras	15	12
Cubos	30	10
Disposição gravuras	33	16
Compos. de objectos	27	9
NOTA DE EXECUÇÃO		60
NOTA TOTAL		116
ESCALA VERBAL		Q.I. 97
ESCALA DE EXECUÇÃO		Q.I. 114
ESCALA TOTAL		Q.I. 107

ANÁLISE E OBSERVAÇÕES

Examinador :

utilizado a p 55 do manual
manual.

Q.I_v = 97 → Médio

Q.I_R = 114 → Normal alta

Q.I_t = 107 → Médio

114
- 97

17
→ Q.I. 5
homogênea.

1. INFORMAÇÃO		Nota
BANDEIRA	feixe de setes e amarelo.	1
BOLA	Redonda.	1
MESES	12	1
TERMÓMETRO	Aparelho que mede a temperatura.	1
BORRACHA	Da resina.	0
PRESIDENTE DA REPÚBLICA	Alvaro da Costa / José Sampaio / N. S. +	0
ÇA DE QUEIRÓS	Escrita.	1
SEMANAS	48	0
LISBOA — INGLATERRA	NE	1
BRASIL	América	1
POPULAÇÃO — LISBOA	N. S.	0
CAPITAL — ITALIA	Roma	1
FATOS ESCUROS	pp as cores suaves absorvem o calor	1
CAMÕES	10 de Junho	1
FREI LUIS DE SOUSA	Gannet	1
VATICANO	É onde mora o papa	1
LISBOA — MADRID	600 Km	1
EGIPTO	África	1
FERMENTO	Tam + substâncias, levedura e fermentação	1
POPULAÇÃO — PORTUGAL	N. S.	0
DEPUTADOS	4 anos.	1
EVANGELHOS	Escritas bíblicas, religiosas.	1
TEMPERATURA	100°C	1
ILÍADA	Homero	1
VASOS SANGUÍNEOS	artérias, — —	0
ALCORÃO	Tem 1400 versos dos judeus	0
FAUSTO	N. S.	0
ETNOLOGIA	Algo q se refere a origem das palavras.	0
APÓCRIFOS	N. S.	0
		19

3. ARITMÉTICA			
Pb	Rep.	T.	Nota
1 15s			1
2 15s			1
3 15s	9		1
4 15s	4		1
5 30s	145		0
6 30s	29		0
7 30s	N. S.		0
8 60s	N. S.		0
9 60s			
10 60s			
11 60s			
12 60s			
13 120s			
14 120s			
			4

5. MEMÓRIA DE ALGARISMOS		
Ordem directa		
(3) 5, 8, 2	16	
6, 9, 4		
(4) 6, 4, 3, 9		
7, 2, 8, 6		
(5) 4, 2, 7, 3, 1		
7, 5, 8, 3, 6		
(6) 6, 1, 9, 4, 7, 3		
3, 9, 2, 4, 8, 7		
(7) 5, 9, 1, 7, 4, 2, 8		
4, 1, 7, 9, 3, 8, 6		
(8) 5, 8, 1, 9, 2, 6, 4, 7		
3, 8, 2, 9, 5, 1, 7, 4		
(9) 2, 7, 5, 8, 6, 2, 5, 8, 4		
7, 1, 3, 9, 4, 2, 5, 6, 8		
Ordem inversa		
(1) 2, 4	2	
5, 8		
(2) 6, 2, 9		
4, 1, 5		
(3) 3, 2, 7, 9		
4, 9, 6, 8		
(4) 1, 5, 2, 8, 6		
6, 1, 8, 4, 3		
(5) 5, 3, 9, 4, 1, 8		
7, 2, 4, 8, 5, 6		
(6) 8, 1, 2, 9, 3, 6, 5		
4, 7, 3, 9, 1, 2, 8		
(7) 9, 4, 3, 7, 6, 2, 5, 8		
7, 2, 8, 1, 9, 6, 5, 3		
		8

8. COMPLEMENTO DE GRAVURAS		Nota
PORCO		A
PORTA		0
RAPARIGA		1
CARANGUEJO		1
AUTOMÓVEL		1
HOMEM COM ÓCULOS		1
CARTA		1
JARRO		1
CARRO	11) Manual / bandeira	1
VIOLINO		1
BARCO		0
NAVI	14) Manual / chaminé	1
HOMEM	N sei	0
REGADOR	13) Manual / moeda	1
ESPELHO		1
LÂMPADA		1
GALO	20) Manual / Pile de frente	0
SOL		1
HOMEM E CÃO		1
CAVALO	N sei	0
RAPARIGA	orelha	0
11) Bayreuth [1] / 13) Mapa [1]		15
20) Casa [0]		

10. DISPOSIÇÃO DE GRAVURAS			
Série	Tempo	Ordem	Nota
0 ESCADA	Tentativa 1		
60s	Tentativa 2		
1 NINHO	Tentativa 1	2 ^o	4
60s	Tentativa 2		
2 CASA	Tentativa 1	2 ^o	4
60s	Tentativa 2		
3 LADRÃO	60s	7 ^o	4
4 REVISTA	60s	25 ^o	4
5 ENTRADA	60s	60 ^o	4
6 FLIRT	60s	60 ^o	4
7 PESCA	120s	30 ^o	5
8 TAXI	120s	60 ^o	4
			33

9. CUBOS 3 W.			
Desenho	Tempo	Resposta	Nota
0	60s	Tentativa 1	
		Tentativa 2	
1	60s	Tentativa 1	35 ^o ✓ 4
		Tentativa 2	
2	60s	Tentativa 1	5 ^o ✓ 4
		Tentativa 2	
3	60s	5 ^o	✓ 4
4	60s	10 ^o	✓ 4
5	60s	10 ^o	✓ 4
6	60s	20 ^o	✓ 4
7	120s	30 ^o	✓ 6
8	120s		
9	120s		
10	120s		
			30

11. COMPOSIÇÃO DE OBJECTOS			
Objecto	Tempo	Disposição	Nota
1 - MANEQUIM			
120s	15 ^o	Centro	7
2 - PERFIL			
120s	40 ^o	Centro	1
3 - MÃO			
180s	70 ^o	Centro	7
4 - ELEFANTE			
180s	18 ^o		0
			2

AMAMA	Lugar onde se pode relaxar, dormir.	0
AVIAO	Veio de outra parte opostos.	2
MOEDA	Instrumento de troca	0
INVERNO	Estação do ano.	1
REPARAR	Arranjar	2
ALMOÇO	Refeição	1
TECIDO	Matéria	0
FATIA	Uma parte de + coisa.	2
REUNIR	Juntar	1
ESCONDER	Ocultar algo	2
ENORME	Medida de proporção	0
APRESSAR	Despachar.	2
SENTENÇA	Algo imposto por alguém.	1
REGULAR	Por algo conforme, ao nosso gosto.	1
COMEÇAR	Iniciar algo.	2
PONDERAR	Pensar em alguma coisa	1
CAVERNA	Abriço	1
DESIGNAR	Dizer algo respeito a...	1
DOMÉSTICO	Casino.	2
CONSUMIR	Ingormir. Possuir algo	0
TERMINAR	Acabar	2
OBSTRUIR	Tapar	2
REMORSO	Sentir de culpa	1
SANTUÁRIO	Religioso	0
INCOMPARÁVEL	sl. comparação. Que não se pode comparar.	2
RELUTANTE	ir sei	0
		29

6. VOCABULÁRIO (cont.)

		Nota
CALAMIDADE	Algo Teneloso, Aqueina.	2
CORAGEM	Utrapa no que do medo.	2
TRANQUILO	Calmo	2
EDIFÍCIO	Construção	2
COMPAIXÃO	Tem pena de...	2
TANGÍVEL	N sei	0
PERÍMETRO	Área	0
AUDACIOSO	Valente, P. ter.	0
AGOIRENTO	Mé sorte	2
INVECTIVA	N sei	0
ESTORVAR	Complicar	1
PLAGIAR	N sei	0
EMPALAR	N sei	0
PARÓDIA	Festa.	2
		44

CÓDIGO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NOTA
	—	1	D	L	U	O	Λ	X	=	60

EMPLOS																								
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3
-	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
-	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩
5	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩	∩
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

HOJA DE PERFIL

Manicue

Nombre y apellidos..... *Manicue* Sexo..... *Edad* Estado civil.....

Residencia habitual..... Ocupación..... Estudios.....

Motivo del examen..... Fecha.....

Información	PRUEBAS VERBALES					PRUEBAS MANIPULATIVAS					Cocientes Intelectuales			Clasificación		
	Comprensión	Aritméticas	Semejanzas	Dígitos	Vocabulario	Clave de números	Figuras incompletas	Cubos	Historietas	Rompecabezas	VERBAL	MANIPULATIVO	ESCALA		SUPERIOR	MEDIO
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	145	145	145	A		
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140	140	A		
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	135	135	135	A		
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	130	130	130	A		
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	125	125	125	A		
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	120	120	B		
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	115	115	115			
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	110	110	110	A		
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	105	105	105	B		
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	C		
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	95	95			
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	90	90			
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85	85	85			
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	80	80			
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	75	75			
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	70	70			
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	65	65			
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	60	60			
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	55	55			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	50			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	45	45			

Conocimientos generales; Asimilación de experiencias; Memoria remota. Juicio práctico; Comprensión y adaptación a situaciones sociales; Compromiso social; Autoconfianza y eficacia. Concentración; Razones; Memoria y cálculo numérico; Manejo automático de símbolos. Comprensión; Relaciones conceptuales; Pensamiento abstracto y asociativo. Atención concentrada; Memoria auditiva inmediata. Riqueza y tipo de lenguaje; Comprensión y fluidez verbal. Memoria visual inmediata; Previsión asociativa; Repetición motora. Memoria y agudeza visual. Percepción visual; Relaciones espaciales; Relaciones visomotoras. Percepción y comprensión de situaciones sociales; Atención de detalles; Captación de secuencias causales. Memoria de formas; Orientación y estructuración especiales.

Véanse instrucciones al dorso →



6.5. Anexo V – EPL – Escala de Pensamento Lógico de Longeot

Nom : *Monique*

Date de naissance : *4/7/83*
 Date de l'application : *3/11/2000*

Age : *17*
 Classe : *12^oA*

RECAPITULATION DES RESULTATS

	Nombre de points obtenus	Maximum		Nombre de points obtenus	Maximum
Observation : 1) Poids	<i>2</i>	2 points	items concrets	<i>2</i>	2 point
2) Volume	<i>0</i>	1 point	Quantification item intermédiaire	<i>2</i>	2 point
3) Dissociation	<i>1</i>	1 point	probabilités : items formels A	<i>0</i>	2 point
Permutations :			item formel B	<i>0</i>	2 point
avec 3 couleurs (exécution)	<i>2</i>	2 points	Pendule :	<i>0</i>	2 poin
avec 4 couleurs : a) pronostic(formel)	<i>0</i>	1 point	Courbes mécaniques :		
b) Exécution	<i>1</i>	1 point	1) items 1 et 2 (concrets)	<i>2</i>	2 poin
avec 5 couleurs et plus	<i>0</i>	2 points	2) item 3 (préformel)	<i>0</i>	2 poin
			3) items 4 et 6 (formels A)		2 poin
			4) item 5 (formel B)		2 poin

des notes par épreuves : *12* sur 28

Stade : *Intermédiaire (Préformel)*
5/ de savoir, 5/ de R²

0-10: C
11-17: I
 18-23: Fa
 24-28: Fb

Observation des poids :
 1. - Galette : *Pesa igual*
 2. - Miettes : *Pesa igual*

Dissociation poids-volume :
 1. - Explication de la montée des niveaux : *Soit 2 fois igual*
PT = éque, = plastique la po uirel de
éque T robe é igual.
 2. - Avec la boule de métal :
O uirel de éque robe igual ms 2 fois
poi Tereu = mesuro volume.

Observation du volume :
 1. - Boudin : *O uirel de éque robe ne bole en*
nolo, menté m - se. No holo TS rob
mas n'ant qo ne bole, pr cause de volume.
 2. - Miettes : *O de bole robe, s'agat os 2, mas = d*
blanche robe ⊕, o outao n' é tout égale
à jubele.

Observations (hésitations, changements de réponses, effet des suggestions, deuxième expérience le cas échéant) :



Permutations :
Notation en abrégé
des permutations réalisées
spontanément

1. - Avec 3 couleurs : a) pronostic (nombre prévu) :

justification : 2

b) Exécution (remarques sur méthode de travail, nombre de permutations faites spontanément) :

duj. V A Ve V Ve A
A V Ve Ve A V
A Ve V
Ve V A

c) Résultat de la ou des suggestions éventuelles :

2. - Avec 4 couleurs : a) pronostic (nombre prévu) :

justification : 1 2

d/3 de 6, 4 4 var pl. 2×6 .

b) Exécution (remarques sur la méthode de travail, nombre de permutations faites spontanément) :

24 d/heure

c) Résultat de la suggestion éventuelle :

9 heures répétitives

3. - Avec 5 couleurs et plus : a) pronostic pour 5 (nombre prévu et justification) :

10 se

b) Pronostic pour 6 (nombre prévu et justification) :

c) Pronostic pour 7 (éventuellement) :

Quantification des probabilités : Entraînement : $\frac{1}{2}$ et $\frac{2}{2}$ puis : $\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{2}$

Epreuve : ordre de présentation des items.

Notation + ou - :

$\frac{1}{4}$ et $\frac{2}{4}$: ✓

$\frac{3}{5}$ et $\frac{3}{7}$: ✓

Suggestion, éventuellement :

$\frac{2}{4}$ et $\frac{1}{2}$: = ✓

$\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{3}$: ✓

Suggestion, éventuellement :

$\frac{2}{4}$ et $\frac{3}{7}$: ✓

$\frac{2}{6}$ et $\frac{1}{3}$: ✗

$\frac{2}{6}$ et $\frac{3}{8}$: ✗

$\frac{3}{9}$ et $\frac{2}{6}$: ✗

Courbes mécaniques :	Notation du dessin (par + ou par -)
1 - un aller du crayon	+
2 - un tour du rouleau	: +
3 - un tour et un aller	: -
4 - un tour et un aller et retour	:
5 - deux tours et un aller	:
6 - deux tours et un aller et retour	:

Remarques éventuelles sur le comportement du sujet (rapidité, réflexion, indécision, etc.) et réponses aux questions posées pour faire expliquer les dessins :





Oscillations du pendule :

1. - Hypothèses a priori du sujet : $\rho = 50$, ω variable de f_0 , altitude e fixe
tr. longueur, $\rho = \text{pd}$

2. - Observations (manipulations du sujet, réponses aux questions posées, récapitulation à la fin de l'épreuve) :

Raison. e est f_0 constante.

Résultat global	Note	0	0,5	4	5	10	11	17	18	23	24	28
Niveau	préopératoire	concret A	concret B	intermédiaire	formel A	formel B						
Conservation	0	2	2	3; 4	4	4						
Permutations	0	2	2	2	3; 4	6						
Quantification des probabilités	0	0,5	1; 1,5; 2	4	5; 6	8						
Courbes mécaniques	0	1	2	4	5; 6	8						
Pendule	0	0	0	0	0	2						

$$C-P = 1 \quad P-QP = 1 \quad C\eta - Rend. = 0$$

$$C-QP = 0 \quad P-C\eta = 2$$

$$C-C\eta = 1 \quad P-Rend. = 0$$

$$C-Rend. = 0 \quad QP-C\eta = 1$$

$$S-P-Rend. = 0$$

Mo de desin = 6 < 7 sf de amu in
 orguistik.

6.6. Anexo VI – PMK – Psicodiagnóstico Miocinético

PSYCHODIAGNOSTIC MYOKINETIQUE

du Professeur E. MIRA Y LOPEZ

NOM : Mariana Prénom : _____
 Etat-Civil : _____ Niveau d'instruction : _____
 Date de naissance : _____
 Date du test : 1 _____ 2 _____ Remarques : _____
 Examineur : _____

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT DU P. M. K.

LIGNÉOGRAMMES			ESCALIERS ET CERCLES						
	1	Adm. P. 26	Étal.		1	Adm. P. 26	Éta		
M. G.	D. P. Hor.	-35	↓	↓	M. G. { Escalier	D.P.	-15,2	↔	↔
	D. P. Sag.	+16	↔	↔		D.P.	+7	↔	↔
	D. P. Vert	-14	↓	↔	M. D. { Cercle	D.S.	5	↔	↔
	M. L.	45,3	↔	↔		D.P.	+2,1	↔	↔
	M. D. S.	18	↔	↔		D.P.	-11	↔	↔
C. I. P.	42,68			D.S.	15	↔	↔		
M. D.	M. L.	37	↔	↔	CHAINES				
	M. D. S.	10,7	↔	↔	M. G. { Sagittal	D.A.	0°	↔	↔
	D. P. Hor.	+11	↔	↔		D.A.	5°	↔	↔
	D. P. Sag.	+18	↔	↔	D.P.	+53,8	↔	↔	
D. P. Vert.	+4	↔	↔	M. G. { Vertical	D.A.	0°	↔	↔	
					D.A.	2°	↔	↔	
M. G.	ZIGZAGS			M. D. { Sagittal	D.A.	3°	↔	↔	
					D.A.	20°	↔	↔	
	EGOCIFUGE	LM.	15	↔	M. D. { Vertical	D.A.	14°	↔	↔
		Lm.	5	↔		D.A.	25°	↔	↔
		Dif.	5	↔		D.P.	+58	↔	↔
		A.M.	210°	↔					
A.m.		22°	↔						
Dif.	5°	↔							
D.A.	2°	↔							
D.P.	-35	↓	↓	PARALLÈLES					
EGOCIPETE	LM.	11	↓	M. G.	LM.	41	↑	↔	
	Lm.	5	↓		Lm.	25	↔	↔	
	Dif.	5	↓		D.P.	0	↔	↔	
	A.M.	21	↔		M.D.A.	19	↔	↔	
	A.m.	05°	↔		LM.	22	↔	↔	
Dif.	5°	↔	Lm.	22	↔	↔			
D.A.	2°	↔							
M. D.	LM.	15	↔	M. D.	LM.	35	↑	↔	
	Lm.	5	↓		Lm.	19	↔	↔	
	Dif.	10	↓		D.P.	4	↔	↔	
	A.M.	6,8°	↔		M.D.A.	16	↔	↔	
	A.m.	21°	↔		LM.	41	↔	↔	
Dif.	25°	↔	Lm.	24	↔	↔			
D.A.	2°	↔							
D.P.	-40	↓	↓	U U					
M. G.	LM.	15	↔	M. G. { Vertical	D.P.	-14	↔	↔	
	Lm.	5	↓		D.S.	26	↔	↔	
	Dif.	10	↓	M. D. { Sagittal	D.P.	+21	↔	↔	
	A.M.	6,8°	↔		D.S.	13	↔	↔	
	A.m.	21°	↔		D.P.	+7	↔	↔	
Dif.	25°	↔	D.S.	7	↔	↔			
D.A.	2°	↔	D.P.	+20	↔	↔			
D.P.	-40	↓	↓	D.S.	5	↔	↔		
M. D.	LM.	15	↔	M. D. { Vertical	D.P.	-14	↔	↔	
	Lm.	5	↓		D.S.	26	↔	↔	
	Dif.	10	↓		M. G. { Sagittal	D.P.	+21	↔	↔
	A.M.	6,8°	↔			D.S.	13	↔	↔
	A.m.	21°	↔			D.P.	+7	↔	↔
Dif.	25°	↔	D.S.	7	↔	↔			
D.A.	2°	↔	D.P.	+20	↔	↔			
D.P.	-40	↓	↓	D.S.	5	↔	↔		

28/5/2001

60% redup

1

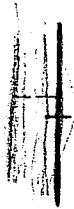
VERTICALES

probable
retraced

L=40
DP=-14
DS=15



L=40
DP=+4
DS=10

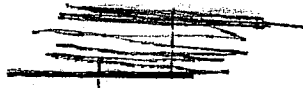


probable
retraced

L=52
DP=-35
DS=2

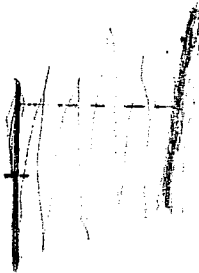


L=41
DP=+11
DS=15



probable
retraced

L=44
DP=+16
DS=22



Moyenne de L de ces deux dessins = 45,3
Moyenne de DS de ces deux dessins = 17

L=30
DP=+18
DS=7



Moyenne de L de ces deux dessins = 37
Moyenne de DS de ces deux dessins = 10,7

SUJET

2

Lmax = 11
 Lmin = 5
 D₁ L = 6
 Proj. Pos = 21
 Proj. Pos = 60
 D₁ L = 45
 DA = 30

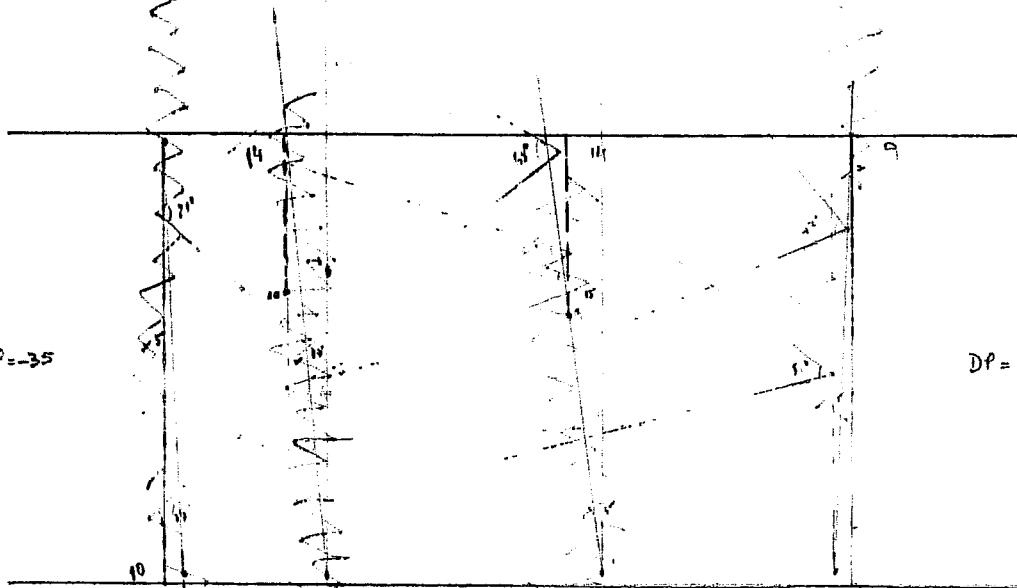
Lmax = 15
 Lmin = 10
 D₁ L = 7
 Proj. Pos = 45
 Proj. Pos = 30
 DA = 20

Df = -35

Df = -40

Proj. Pos = 10
 Proj. Pos = 20
 Proj. Pos = 30
 Lmax = 15
 Lmin = 6
 D₁ L = 10
 DA = 20

Proj. Pos = 10
 Proj. Pos = 20
 Proj. Pos = 30
 Lmax = 15
 Lmin = 5
 D₁ L = 10
 DA = 20

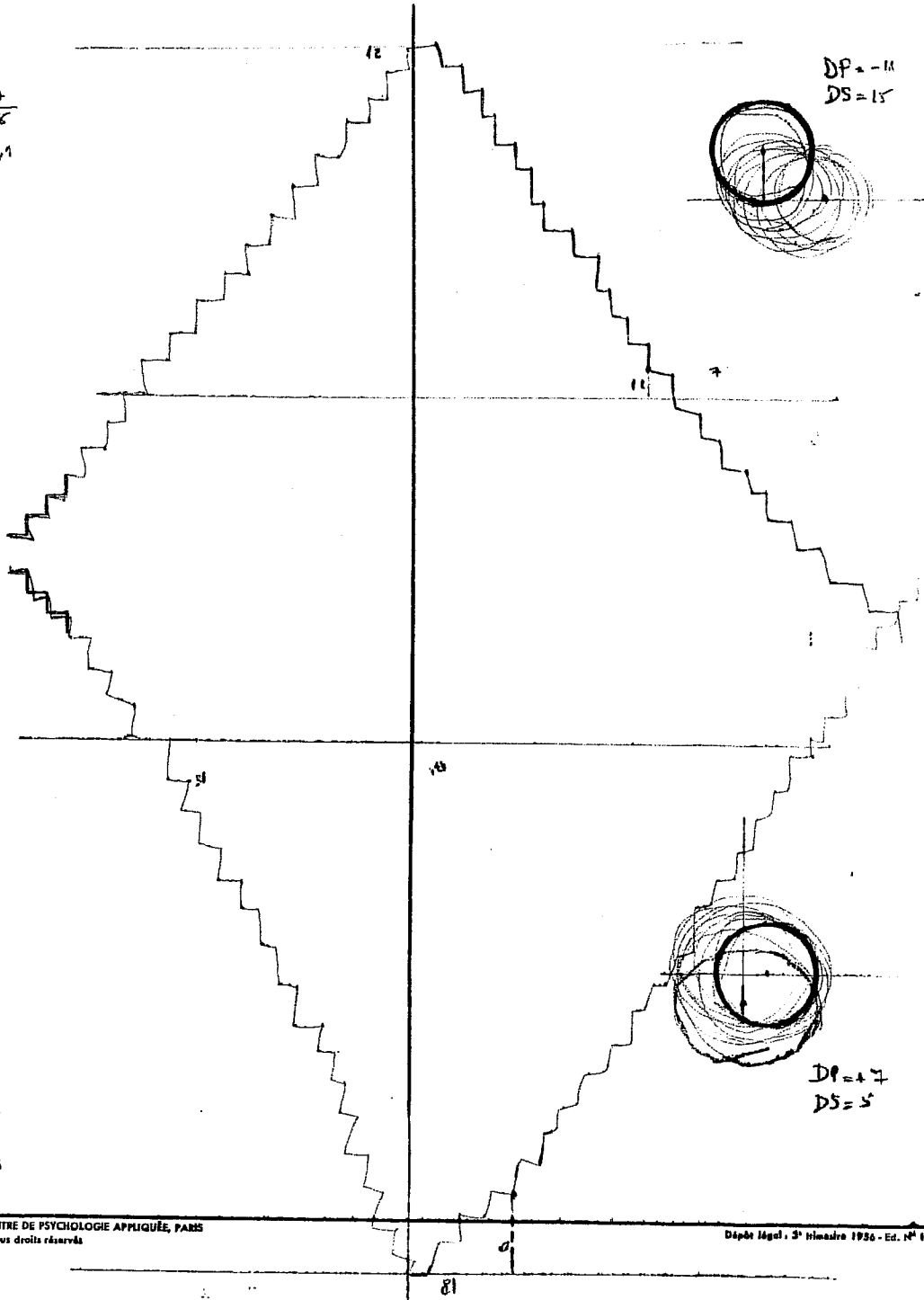
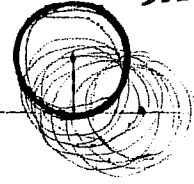


3

$$\frac{DP - 7}{120 - 86}$$

DP = +8,1

DP = -11
DS = 15



$$\frac{DP - 20}{160 - 131}$$

DP = -15,3

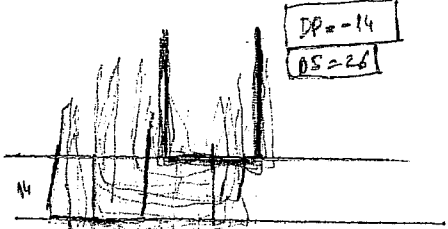
DP = +7
DS = 5

5

2 yeux - Regard

40/100

Place
faciale

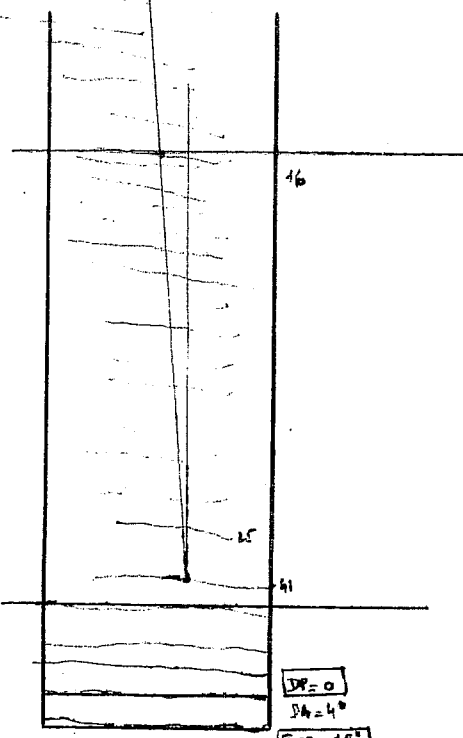


DP = -14
DS = 28



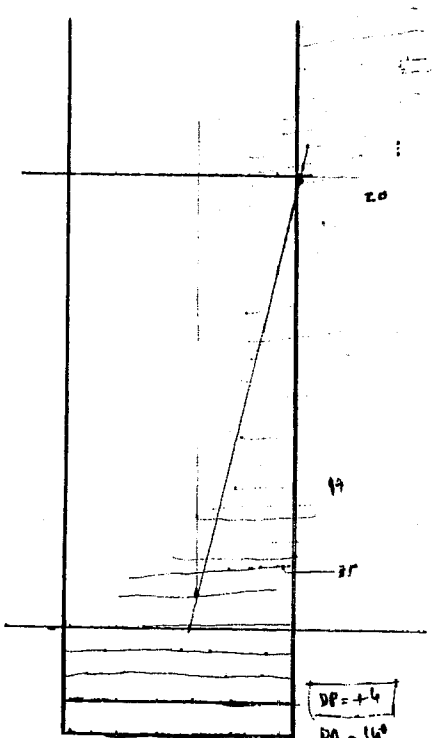
DP = +7
DS = 7

Place
capitale



DP = 0
SA = 4°
RDR = 19°
LA = 41
LA = 25

$\bar{RLT} = 66.5$
 $\bar{RLA} = 31$
Fluxus linear = 15.5

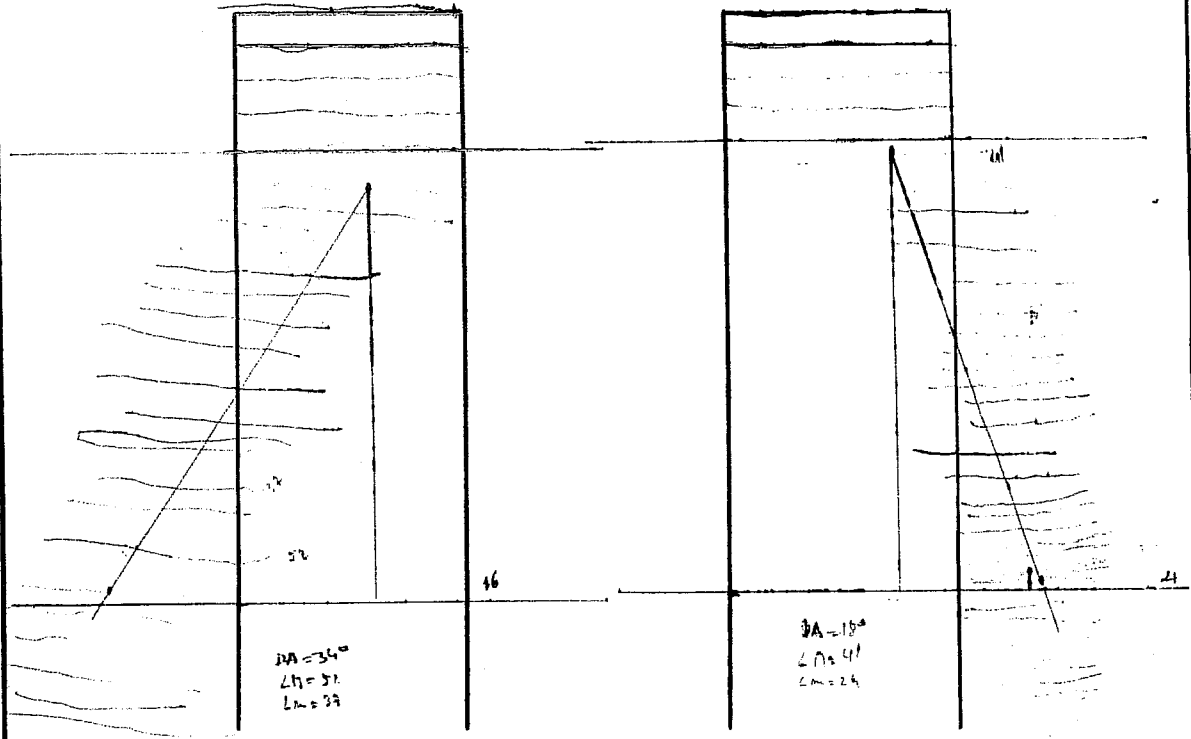


DP = +4
DA = 14°
RDA = 16°

LA = 25
LA = 19
RLT = 38
 $\bar{RLA} = 21.5$
Fluxus linear = 16.5

Dif. Linear vertical = 16

6

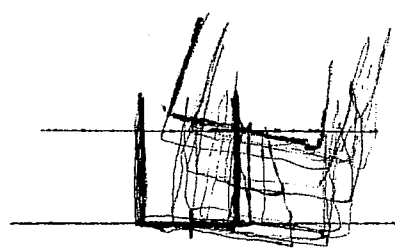


$MA = 34^{\circ}$
 $\angle A = 51$
 $\angle M = 33$

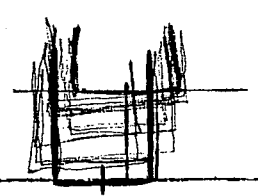
16

$MA = 18^{\circ}$
 $\angle A = 41$
 $\angle M = 24$

21



$DP = +21$
 $DS = 12$



$DP = +20$
 $DS = 5$