

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A INTEMPORALIDADE TRAUMÁTICA:

CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS
TRAUMÁTICO

Nome do Autor:

Nuno Filipe dos Santos Ribeiro de Albuquerque

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor António José dos Santos

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor António José dos Santos

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª Série de 26 de Setembro, 2006

NOME: Nuno Filipe dos Santos Ribeiro de Albuquerque

Nº ALUNO

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

11783

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Clínica

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Prof. Doutor António José dos Santos

DATA: 13/01/2009

A Intemporalidade Traumática: Contribuições Psicanalíticas Sobre a Perturbação de Stress Pós Traumático

Resumo

A presente dissertação foca-se, fundamentalmente, numa compreensão psicanalítica da Perturbação de Stress Pós-Traumático como fenómeno psicopatológico. Através da ilustração de 2 estudos de caso e de uma discussão teórica e clínica dos critérios definidores desta perturbação, nos principais manuais diagnósticos, procurou-se perceber as raízes fenomenológicas dos estados traumáticos e das organizações psicopatológicas provenientes. Propõe-se ainda uma aplicabilidade teórica e clínica da teoria psicanalítica, na aceção a esta problemática, dando uma especial atenção á teoria bi-lógica de Ignacio Matte-Blanco, revista na presente recensão, onde as questões da lógica simétrica, que desrespeita as leis da lógica bivalente, parecem ter uma especial preponderância na vivência traumática inconsciente.

Palavras-Chave: Trauma; Inconsciente; Intemporalidade;

Traumatic Timelessness: Psychoanalytic Contributions on Post-Traumatic Stress Disorder

Abstract

The present dissertation focuses, mainly, on a psychoanalytic understanding of Post-Traumatic Stress Disorder as a psychopathological phenomenon. Through the illustration of 2 case studies and a theoretical and clinical discussion of the defining criteria for this disorder, according to the main diagnostic manuals, an understanding of the phenomenological roots of the traumatic states and its psychopathological onset organizations is achieved. It is proposed, furthermore, a theoretical and clinical applicability of the psychoanalytic theory, accessing this disorder, paying particular attention to Ignacio Matte-Blanco's bi-logical theory, reviewed in the present thesis, where the issues of symmetrical logic, which disrespects the laws of bivalent logic, seem to be especially preponderant in the unconscious traumatic experience.

Key-Words: *Trauma; Unconscious; Timelessness*

Agradecimentos

Gostaria de deixar expresso, aqui, o meu profundo agradecimento a diversas pessoas, sem as quais este trabalho não teria sido possível:

Ao Prof. Doutor António José dos Santos, por toda a atitude, postura e qualidade no aconselhamento que tomou enquanto orientador da minha dissertação de mestrado. Toda a confiança que me fez sentir, tão bem como o convite à criatividade presente na sua orientação, foram peças basilares na execução do presente trabalho e da aprendizagem que fiz ao longo deste período.

À Dra. Teresa Infante, assim como à Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA), por tudo o que me ensinaram ao longo do estágio curricular que tive a oportunidade de realizar, e por estarem no centro do meu interesse no tema central da presente dissertação, a Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Aos meus pais, avó e irmão, por tudo o que fizeram e significam para mim. Obrigado por me terem ensinado a ter mais prazer na procura, que satisfação na realização. Realmente, é no meio que se encontra a virtude.

À Cristina, minha namorada e querida pessoa, por toda a motivação que em mim desperta, e completude que me faz sentir na presença, na ausência, na igualdade e na diferença.

Aos meus amigos e familiares, companheiros certos de qualquer jornada que atravesse. Obrigado por todos os momentos em que me fizeram sentir apoiado quando mais de vocês precisei, por todos os momentos de alegria, de tristeza ou mesmo de indiferença. Obrigado por todas as vezes em que pudemos aprender e crescer.

Índice

Introdução	1
A Evolução do Conceito de PSPT	4
Sobre PSPT e Seu Diagnóstico	9
Características do Agente Stressor.....	11
Revivência do Acontecimento Traumático.....	12
Embotamento no Envolvimento com o Exterior.	14
Sintomas Autonómicos, Disfóricos ou Cognitivos.....	15
Co-Morbilidade do Quadro Clínico de PSPT	17
Depressão.....	17
Ansiedade.....	17
Abuso de Substâncias.	18
Epidemiologia da PSPT	20
PSPT em Vítimas de Acidentes Naturais.....	22
PSPT em Vítimas de Acidentes.	23
PSPT em Vítimas de Crimes.....	23
PSPT em Veteranos de Guerra	23
O Inconsciente.....	25
Características do Sistema ICS.	28
Trauma	35
Perspectiva Clássica Sobre as Neuroses Traumáticas.	39
Trauma Psíquico Catastrófico e Morte Psicogénica	43
Função Simbólica e Pensamento	47
Simetria e Assimetria – Uma Teoria Bi-Lógica	54
As Características do Sistema ICS. à Luz da Teoria Bi-Lógica.	57
Metodologia.....	59
Sobre o Estudo e Caso.	59
Instrumentos.....	61
Procedimentos.....	61
Casos Clínicos	62
Apresentação do Caso I - Adérito.	62

Anamnése.....	62
Análise Clínica e Psicopatológica.....	67
Discussão do Caso Clínico.....	73
Apresentação do Caso II - Carlos.....	77
Anamnése.....	77
Análise Clínica e Psicopatológica.....	83
Discussão do Caso Clínico.....	89
Discussão	93
Referências Bibliográficas	98
Anexos Ao Estudo de Caso I – Adérito (ANEXO A).....	104
Anexos Ao Estudo de Caso II – Carlos (ANEXO B)	124

Introdução

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) resulta de eventos psicologicamente intensos que, de um modo geral, se encontram para além dos acontecimentos considerados mundanos para o Homem, tendo como principais características toda uma panóplia de sintomas que acabam por obedecer a uma forte homogeneidade nos sujeitos que vivenciaram esse tipo de acontecimentos.

Ao longo dos tempos, na comunidade psiquiátrica e psicológica, foi-se tornando cada vez menos clara uma solidificação da entidade nosológica desta síndrome psicopatológica. Nomes como “Stress Traumático”, “Perturbação de Stress Pós-Traumático”, “Perturbação de Pós-Stress Traumático”, “Stress de Guerra”, ou ainda “Síndrome de Stress Traumático”, têm surgido como nomes possíveis de se dirigir a esta entidade, que por sua vês, se trata de uma mera psicopatologia.

Utilizaremos o conceito de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), em detrimento de qualquer outra “variante”, porque entendemos esta síndrome psicopatológica como sendo reconhecida, estável e suficientemente bem delineada, do ponto de vista descritivo. Ao recorrermos às raízes epistemológicas inerentes á construção do conceito de Stress Pós-Traumático, entendemos que após ter ocorrido uma vivencia traumática, chocante e destabilizadora, desenvolver-se-á, á posteriori, toda uma sintomatologia maioritariamente ansiosa por associação à vivencia traumática passada. Temos portanto que, para já, a perturbação em si, ou o desenvolver desta síndrome psicopatológica, ocorre depois do evento traumático e não durante ou anteriormente. O stress que o indivíduo vive hoje em dia, percebido na sintomatologia desta perturbação, é por si só pós-traumático, descartando, a nosso ver, a hipótese de um “pós-stress” sindromático. O conceito de Stress presente nesta entidade nosológica aparece dada a sintomatologia ansiosa que acabámos de referir, edificando deste modo, na nossa compreensão, o fundamento do conceito de Stress Pós-Traumático.

Esta perturbação tem sido, desde sempre, encarada por diferentes racionais teóricos, numa tentativa da sua compreensão fenomenológica e/ou descritiva. O que sentimos quando pesquisamos cuidadosamente o que já foi investigado a respeito da PSPT, é que a grande maioria das propostas compreensivas desta síndrome psicopatológica se inserem num racional maioritariamente cognitivo-comportamental e biomédico, carecendo, na nossa modesta opinião, de uma visão capaz de responder a uma complexidade altamente dinâmica e funcional, como nos propomos a entender, presente neste quadro psicopatológico. É por isso

que, para a realização do presente estudo, dada a preocupação central em compreender fundamentalmente as raízes do funcionamento inconsciente dinâmico inerentes à vivência traumática e, por conseguinte, à sintomatologia da PSPT, seguiremos um racional psicanalítico na abordagem ao nosso problema, pois, consideramos que, como sustentação teórica, nos oferece uma forte possibilidade de compreensão fenomenológica da perturbação sobre a qual nos debruçamos.

Parece-nos, ainda, que no campo psicanalítico pouca coisa foi aprofundada a respeito da PSPT enquanto entidade nosológica estável, para além do que já foi proposto para as neuroses traumáticas ou para o trauma como conceito geral e central na teoria psicanalítica.

Propomo-nos, portanto, suportados com a ilustração de 2 estudos de caso clínicos, a compreender a PSPT de um ponto de vista psicanalítico, partindo do princípio que, na base desta perturbação está um modo de funcionamento específico, reservado à vivência interna da experiência traumática, que contraria as leis da lógica bivalente, num registo caótico onde noções como tempo, espaço e mutua exclusividade não existem.

Começaremos, introdutoriamente, por descrever clinicamente o quadro psicopatológico da PSPT, compreendendo a sua evolução conceptual ao longo dos tempos nos principais manuais diagnósticos. Seguidamente recolheremos alguns dados epidemiológicos sobre a incidência da PSPT na população geral, procurando compreender que ela está associada a um largo conjunto de acontecimentos ambientais, mais ou menos prováveis de acontecer nas sociedades modernas.

Seguidamente, para iniciar a nossa revisão de literatura, reveremos a teoria do Inconsciente de Freud, tão bem como as características deste sistema propostas pelo autor, a fim de compreendermos os conceitos chave respeitantes ao funcionamento de um sistema pertencente ao mundo interno. Seguiremos com uma revisão do conceito de Trauma, procurando compreender as principais contribuições teóricas dentro do campo psicanalítico, avançando para uma compreensão do conceito de Trauma Psíquico Catastrófico. Ainda, na nossa recensão, enquadraremos teoricamente os principais contributos de Melanie Klein e Anna Segal sobre a formação de símbolos e função simbólica, e de Wilfred Bion a respeito da teoria do pensamento e da Função α , pois, estando o nosso estudo ancorado na hipótese de um modo de funcionamento mental específico, inerente à vivência traumática, na base da PSPT, torna-se absolutamente essencial uma exploração deste contributo teórico. Terminaremos o nosso enquadramento teórico com uma revisão da teoria Bi-Lógica de Ignacio Matte-Blanco, assim como a sua reformulação das características do sistema ics. freudiano, afim de compreendermos o modo de funcionamento mental sobre um princípio de simetria.

Seguiremos com uma breve descrição do método do estudo de caso, utilizado no presente estudo, tão bem como algumas considerações teóricas sobre essa mesma metodologia clínica, para iniciarmos, então, a apresentação e posterior discussão dos casos clínicos, seguida de uma discussão mais geral focada essencialmente nos critérios de diagnóstico da PSPT no manual diagnóstico DSM-IV-TR, cruzados com o levantamento de literatura efectuado na presente dissertação.

A Evolução do Conceito de PSPT

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) tem capturado uma enorme atenção em todo o planeta. Uma perturbação que começou por ser apenas associada a veteranos de guerra, é hoje em dia associada a uma muito maior escala, incluindo casos de violação, acidentes, abuso, tortura, etc.

Parece-nos, antes de mais, que qualquer perturbação associada ao confronto entre o ser humano e o meio ambiente, potenciador de eventos ou estímulos ocasionalmente adversos (ou talvez traumáticos), tenha surgido, verdadeiramente, pela altura em que consideramos que os seres humanos desenvolveram capacidades cognitivo-emocionais para processar informação em associação com uma resposta condicionada de medo.

Podemos recolher alguns registos direccionados à PSPT, ou síndromes aproximadas, ao longo de toda a história da humanidade, desde Homero da *Ilíada*, que fez as primeiras descrições da doença tão bem como outros autores da literatura clássica; passando por William Shakespeare, em cujas obras literárias se encontra também referência a uma sintomatologia característica desta perturbação; até Samuel Pepys que fez o relato da reacção pós-traumática ao grande incêndio de Londres em 1666; ou no século dezoito, associada primeiramente á vida militar, numa obra de Steven Crane intitulada *“The Red Badge of Courage”*, sob a forma de descrição literária (Andreasen, 1985).

Em 1871, Jacob Da Costa publicou no *“American Journal of Medical Sciences”* uma descrição que muito se assemelhava já á actual PSPT, que se caracterizava por sintomas de ansiedade em resposta a um stressor de intensidade significativa. Esta desordem, designada por Da Costa como *“Coração Irritável”*, foi detectada em combatentes da guerra civil Americana, cuja sintomatologia era principalmente dores no peito, palpitações e tonturas, o que levou o autor a considerar posteriormente este desarranjo como sendo uma perturbação funcional cardíaca, caracterizada por hipersensitividade e hiperactividade do Sistema Nervoso Simpático. Estes sintomas foram observados, porem, noutras situações, sendo referidos como *“coração de soldado”*, *“síndrome de esforço”* ou *“astenia neurocirculatória”* (Andreasen, 1985)

Contudo, o pioneiro estudo sistemático que relaciona o conceito de Trauma com o conceito de Doença Psiquiátrica foi elaborado por Pierre Janet, discípulo de Charcot, antes da primeira grande guerra de 1914/1918, e que apontava para o facto de certos acontecimentos deixarem indeléveis e angustiantes memórias, memórias as quais o individuo revive

continuamente, e pelas quais se sente atormentado dia e noite (Janet, 1919, in Laplanche et. al, 1990).

A 1ª Guerra Mundial foi o teatro onde este tipo de perturbação, ou o início do seu reconhecimento, teve o seu maior impacto, quer seja pelo mediatismo que provocou, quer seja pela larga escala de indivíduos afectados com o chamado, na altura, *Shell Shock*, que se julgava ser o resultado de um trauma cerebral desencadeado pelo rebentamento ou explosão de granadas. Nesta altura, ainda, surgem outro tipo de explicações para este *Shell Shock*, com a introdução da psicanálise no conhecimento psiquiátrico e psicológico, que passa então a ser conhecido também como “Neurose Traumática”, cuja origem era atribuída grandemente a factores predisponentes, admitindo-se que esta doença se devia à reactivação pelo acontecimento traumático de conflitos anteriores não resolvidos.

Com a segunda guerra mundial surgem teorias que concorrem, sobre a etiologia do fenómeno clínico, com as suposições do modelo da “Neurose Traumática”, fundadas na descoberta e reconhecimento de um padrão de doenças psicossomáticas nos veteranos desta guerra. Os factores físicos e fisiológicos ganharam então uma grande importância na abordagem clínica a esta síndrome psicopatológica que, por esta altura, já se mostrava complexa demais para uma compreensão pragmática.

É especialmente nesta altura da nossa história que, a nosso ver, tão bem como no parecer da grande maioria dos autores que se debruçam sobre esta problemática, surgem dois trabalhos, desenvolvidos por Abram Kardiner, que foram seminais para a compreensão psicológica da PSPT, sendo eles os artigos “*Traumatic Neuroses of War*” e “*War Stress and Neurotic Illness*”. Nestes trabalhos, o autor condensou muito do pensamento psiquiátrico acerca da síndrome traumática resultante da segunda guerra mundial, com aquilo que definiu como “neurose de guerra”. Os sintomas desta síndrome incluíam características como uma fixação no trauma, uma organização funcional específica da personalidade e um atípico funcionamento onírico. Kardiner (1941, 1947), através destes textos, forneceu fortíssimos contributos para a compreensão fenomenológica, nosológica, e para o tratamento de perturbações psicológicas associadas ao teatro de guerra, antecipando verdadeiramente muitos dos aspectos das pesquisas actuais sobre a PSPT (Kardiner, 1941, 1947).

Foi então, no período pós-guerra de 1941, com a constatação de que muitos ex-combatentes estavam afectados e sofriam de perturbações psiquiátricas denominadas por “Neuroses Traumáticas”, “Neuroses de Combate” ou “Reacção Catastrófica de Stress”, que foi eleito um corpo de psiquiatras para estudar estes fenómenos na Europa, levando á realização de vários estudos, como sabemos, e sobretudo á inclusão de uma categoria

designada “Reacção Catastrófica de Stress” (“*Gross Stress Reaction*”) na DSM-I, em 1952. Nesta descrição era realçado o facto de o distúrbio ser uma reacção a um agente de stress intenso ou fora do vulgar, provocando o aparecimento do medo numa personalidade, dita, normal. Deste modo, contudo, a “Reacção Catastrófica de Stress” era definida como uma mera reacção transitória e reversível e, caso os sintomas persistissem, outro diagnóstico deveria ser efectuado, ou seja, era contemplado apenas a forma aguda do distúrbio e não o seu aspecto crónico.

Como vemos, um dos aspectos mais interessantes do historial desta síndrome psicopatológica é o facto de só ter sido formalmente introduzida na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) que levanta, obviamente, a questão sobre a existência prévia da PSTP antes da sua inclusão neste manual. Como sabemos, a PSTP não apareceu espontaneamente no DMS-III, foi sim, ganhando progressivamente o seu espaço e credibilidade em cada edição anterior. Na primeira edição deste manual estatístico e diagnóstico, publicado em 1952, a síndrome de resposta ao stress estava listada numa categoria de reacções extremas ao stress, ou, no original, “*Gross Stress Reactions*”. Na sua segunda edição em 1968 as perturbações associadas ao trauma estavam conceptualizadas como sendo apenas um exemplo de perturbações situacionais. Finalmente, pela persistência da psiquiatria forense, a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), publicada em 1980, listava a PSPT como uma subcategoria das perturbações da ansiedade. Enquanto no DSM-III o primeiro critério para o desenvolvimento desta patologia era a existência de um stressor reconhecido, o DSM-III-R, a sua edição revista em 1987, associava o stress pós-traumático à vivência de experiências que estavam fora do âmbito das experiências normais dos seres humanos, e, por isso, raras. Desde então, até à edição do DSM-IV, publicada em 1994, a PSPT tem obtêm um estatuto isolado como psicopatologia, ganhando um respeito crescente na comunidade psiquiátrica e psicológica, e continua em constante evolução no que diz respeito á sua classificação no DSM.

Apesar da inclusão desta síndrome psicopatológica no DSM-III, que acabou por legitimar esta perturbação, não impediu que se continuasse a discutir a PSPT como uma mera reformulação daquilo que tinha já sido descrito como *Shell Shock*, neurose de guerra, neurose traumática, trauma de combate ou fadiga de combate. Como podemos perceber, todas estas prévias descrições direccionavam a psicopatologia exclusivamente para os veteranos de guerra, que, a nosso ver, constitui a verdadeira lacuna para com a actual conceptualização desta psicopatologia. Considerar que quadros psicopatológicos associados a eventos

traumáticos se restringem ao teatro de guerra parece-nos suficientemente esclarecedor da necessidade de reconhecer a PSPT muito para além do que era proposto com as descrições anteriores. Sabemos hoje que a possibilidade de ao longo da vida ter contacto com experiências que constituem ameaças sérias para a pessoa não é assim tão rara e específica. De facto dados recolhidos por vários autores têm verificado que a probabilidade de uma pessoa lidar ao longo da vida com um acontecimento traumático é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick et al., 1993; Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson & Burns, 2000).

Se nos reportarmos exclusivamente a dados referentes a Portugal, segundo as estatísticas disponíveis pela Direcção Geral de Viação até 1999, ocorrem por ano cerca de 48 000 acidentes com vítimas, das quais resultam cerca de 1 800 mortos e 7 700 feridos graves e 58 000 feridos ligeiros. O número de crianças que sofrem maus tratos carregados de violência foi estimado por Amaro (1988) em 20 000 e por Marinheiro e Dionísio (1992, cit. In Maia et. al, 2003) em 45 000, tendo sido registados pelas autoridades policiais 353 casos de abuso sexual de menores durante o ano de 1999. O número de mulheres vítimas de violência doméstica, segundo Maia et. al(2003), atinge os 1238 casos, tendo sido apresentadas em 1999 30 000 queixas. Segundo as estatísticas do Ministério da Justiça os crimes contra a integridade física totalizaram 51 508 em 1999, dos quais 896 são acidentes corporais graves. Segundo a mesma fonte, o número de vítimas de violação foi, em 1999, de 383. Outros acontecimentos como os incêndios nas florestas, explosões ou incêndios em edifícios, e catástrofes naturais como as cheias e desabamentos que ocorreram nos últimos anos (Minho, Alentejo, Algarve, Açores, Castelo de Paiva) provocaram várias vítimas e danos consideráveis nas vidas de muitas pessoas. Além da população civil, soldados portugueses têm participado em acções de manutenção de paz em áreas de conflito como Angola, Kosovo e Timor, enfrentando por vezes situações de grande risco; e cerca de um milhão de portugueses estiveram involuntariamente envolvidos na guerra colonial que decorreu entre 1961 e 1974. Para além destas vítimas directas, os bombeiros, pessoal das brigadas de trânsito e da emergência médica, são continuamente confrontados com situações muitas vezes chocantes, que constituem um desafio à capacidade de aceitação do sofrimento e da morte. O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna, a título de exemplo, clara a inespecificidade e pertinência do reconhecimento da PSPT como síndrome psicopatológica firme e isolada, que se apresenta observável muito para além dos casos de guerra, nunca, contudo, descurando o cariz violentíssimo e potencialmente traumático de um teatro deste género.

Em Portugal, foi o Dr. Afonso de Albuquerque e seus colaboradores, os primeiros a manifestar interesse pelo estudo e avaliação da morbilidade psiquiátrica em ex-combatentes

da Guerra Colonial, dedicando-se portanto ao tratamento de indivíduos diagnosticados como sofrendo de PSPT, numa abordagem claramente comportamental.

Hoje em dia, a comunidade científica internacional aceita a PSPT como uma entidade clínica diferenciada, de evolução longa e muito incapacitante, cujo diagnóstico obedece a critérios bem definidos, como veremos posteriormente, e claramente explicados nos mais modernos manuais psiquiátricos.

Sobre PSPT e Seu Diagnóstico

Actualmente o diagnóstico da PSPT, segundo o DSM-IV-TR, comporta seis critérios. Qualquer indivíduo, para ser diagnosticado com a Perturbação de Stress Pós-Traumático implica que:

Critério A

A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições estiveram presentes:

- 1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos, que envolveram ameaça de morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;
- 2) A resposta da pessoa envolve medo intenso, impotência (*helplessness*) ou horror

Critério B

O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos:

- 1) Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem;
- 2) Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento;
- 3) Agir ou sentir (subitamente) como se o evento traumático estivesse a reocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a de experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado)
- 4) Intenso sofrimento psicológico com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a aspectos do acontecimento traumático;
- 5) reactividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas.

Critério C

Evitar persistentemente estímulos associados ao trauma e entorpecimento/embotamento (*numbing*) da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes sintomas:

- 1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
- 2) Esforços para evitar actividades, locais ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma;
- 3) Incapacidade lembrar aspectos importantes do trauma;
- 4) Interesse fortemente diminuído na participação em actividades significativas;
- 5) Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
- 6) Gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros).
- 7) Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casamento, filhos ou um desenvolvimento normal de vida);

Critério D

Sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:

- 1) Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
- 2) Irritabilidade ou acessos de cólera;
- 3) Dificuldade de concentração;
- 4) Hipervigilância;
- 5) Resposta de alarme exagerada;

Critério E

Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a 1 mês.

Critério F

A perturbação causa mal-estar ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Estes são os critérios de diagnóstico para a avaliação de PSPT segundo o DSM IV-TR, todavia a Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID) inclui actualmente os sintomas de recordação repetitiva, intrusiva ou reactivação do acontecimento através de memórias, imagens diurnas ou sonhos como factores essenciais para o diagnóstico desta perturbação. Contudo, reconhece a possibilidade do sujeito apresentar afastamento emocional, restrição de sentimentos e evitamento de estímulos

associados ao trauma, mas contrariamente ao DMS IV-TR, esta sintomatologia não se mostra essencial para o diagnóstico, o que faz com que existam mais pessoas diagnosticadas com esta patologia com base na ICD-10 do que no DSM—IV-TR.

Torna-se relevante mencionar que a PSPT é a única no contexto dos transtornos mentais que tem a particularidade do agente causal ser conhecido. O que significa que é assim possível estabelecer uma ligação entre acontecimentos causais e sintomas.

Face ao exposto, podemos concluir que a PSPT inclui quatro elementos fundamentais:

- 1 - Um acontecimento ou evento stressor;
- 2 - Uma modificação do equilíbrio psicológico e fisiológico do organismo depois do acontecimento;
- 3 - Um desequilíbrio que se manifesta por um estado de activação marcada por uma sintomatologia maioritariamente ansiosa e;
- 4 - Mudanças que dificultam a adaptação do indivíduo na vida social.

Características do Agente Stressor

O agente stressor que está na origem da PSPT é, como podemos compreender, altamente variável, sendo que, é o próprio meio contextual em que o indivíduo se insere que irá determinar a natureza desse agente. O que parece fundamental destacar é que, independentemente do tipo de agente stressor, ele envolve primeiramente uma ameaça brutal à integridade do indivíduo, seja ela física ou psicológica. Falamos numa verdadeira afronta, violenta e, de certo modo, inesperada, que, como veremos adiante, deixa o indivíduo numa posição de desespero ou desamparo (*helplessness*) à mercê das consequências do agente stressor em questão. Tomemos como exemplo o teatro de guerra que, do ponto de vista epidemiológico, se apresenta um dos mais prováveis agentes desencadeadores de PSPT, onde poderíamos diferenciar 5 classes principais de stressores de guerra, sendo estas: exposição a combate, participação/testemunho de violência abusiva, morte ou ferimento de companheiros; contacto com mortos ou feridos; isolamento de companheiros (Van der Kolk, 1984).

Deve considerar-se a intensidade e intenção do agente stressor, para melhor se avaliar o seu impacto. A PSPT constitui-se, na maioria das vezes, por sequências de pequenos períodos cumulativos de pequenos traumas durante períodos de tempo relativamente pequenos. Assim, um conjunto de períodos curtos de stress ocorridos ao longo de muito

tempo provocaria, ultimamente, uma resposta catastrófica, devido ao seu efeito cumulativo, constituindo aquilo que Laufer, R. et al (1984) chamou de “carreira de stress”.

Como já percebemos, a natureza do agente stressor pode assumir o carácter de surpresa, aumentando o grau de severidade do stressor, uma vez que quanto mais inesperado ele é, menor é a possibilidade que o indivíduo tem de se preparar fisiológica e psicologicamente para o seu confronto.

Outro factor que, a nosso ver, parece ser especialmente preponderante é o facto de o agravamento da perturbação se verificar quando o evento traumático é deliberadamente provocado pelo homem, como acontece em situações de guerra, e não acontece em desastres naturais.

Revivência do acontecimento traumático

A revivência do acontecimento que está na origem da perturbação é uma das principais características da PSPT (Horowitz et. al, 1980). Esta revivência inclui três sintomas principais: pensamentos intrusivos e recorrentes do acontecimento; sonhos recorrentes do acontecimento; comportamento semelhante ao ocorrido na exposição ao acontecimento, desencadeado por um estímulo exterior ou meramente ideativo, ou seja, interno.

A revivência pode ocorrer sob a forma de pensamentos involuntários e, por isso, intrusivos, de natureza ideativa ou figurativa – estes pensamentos recorrentes são sempre relacionados com a temática original (do trauma). As tentativas do indivíduo para afastar tais pensamentos são, em geral, fracassadas. Fazem parte das recordações intrusivas alguns aspectos do acontecimento traumático e reacções do indivíduo a essas situações (Breslau, N. et. al, 1991).

Os pensamentos de natureza figurativa são designados por *flashbacks*, porque surgem na mente do indivíduo sob a forma de imagens sequenciais, retratando as situações mais traumáticas vivenciadas durante o período ao qual ocorreu o trauma. Os *flashbacks* acompanham-se muitas vezes, por sensações e emoções que fazem com que o indivíduo se sinta como se estivesse, de facto, a experimentar a situação novamente.

Um *flashback* é uma reexperiência de um acontecimento traumático com uma intensidade semelhante à real. No decurso do *flashback* podem ocorrer alucinações auditivas e visuais e sensações de despersonalização e desrealização. Os *flashbacks* associam-se, geralmente, a barulhos intensos, fadiga, ansiedade pessoal e/ou outro tipo de estimulação que se associe, de algum modo, ao acontecimento traumático.

De acordo com Breslau et. al (1991), algumas das características normalmente encontradas nos flashbacks são: expressão de emoções muito fortes; descontinuidade com o comportamento normal; início súbito; amnésia ou estado confusional após o episódio; o episódio está directamente relacionado com o acontecimento traumático.

A revivência do acontecimento surge também, frequentemente, sob a forma de sonhos recorrentes. Estes sonhos são, de um modo geral, de natureza assustadora (pesadelos), com temáticas e imagens idênticas às do evento traumático, forçando, de certa forma, o individuo a reexperienciar a temática do trauma através do sonho.

Os sonhos recorrentes caracterizam-se por serem repetitivos e por, para além de retratarem partes do acontecimento traumático tal como ele aconteceu na realidade, poderem incluir elaborações realizadas a partir do trauma original.

Breslau et. al (1991) enuncia algumas das temáticas mais comuns nos sonhos recorrentes dos veteranos da guerra do Vietname, e que incluem: não ter ajuda face a um ataque; encontrar-se sozinho numa situação potencialmente fatal; estar em perigo com uma arma que não dispara; estar sem arma; ser perseguido pelo perigo; ou ser baleado. O que parece ser central nestes exemplos é que, para cada um deles, parece haver toda uma elaboração onírica que dá imenso espaço para um desenrolar onde varias nuances do evento traumático original podem ocorrer. Contudo, estes sonhos, como já foi referido, não se reportam apenas a situações que foram vividas *ipsis verbis* pelo sujeito, contemplando também toda uma construção/distorção pessoal e involuntária do próprio individuo.

Voltando mais uma vez ao exemplo dos traumas ocorridos numa situação de guerra, o individuo pode agir como se estivesse de novo no campo de batalha, devido à exposição de um estímulo interno ou externo que se associa à experiência de guerra. Por exemplo, um *flashback* ou o som de foguetes (associado ao som dos tiros) pode despoletar um padrão de comportamentos de protecção e de defesa semelhante ao que o individuo tinha na guerra. O que parece especialmente característico deste tipo de revivência é o facto de este comportamento ser ele mesmo súbito e desencadeado por um estímulo repentino.

Portanto, o individuo pode comportar-se subitamente como se o acontecimento traumático se estivesse a repetir. Comportamentos como atirar-se para o chão, correr em busca de protecção, ou deslocar-se para um local onde se sinta seguro, são os mais esperados para um paciente com PSPT veterano de guerra.

Embotamento no Envolvimento com o Exterior

Um dos sintomas mais característicos da PSPT é uma marcada diminuição do interesse pelas actividades que eram, normalmente, importantes na vida do sujeito e significativas antes do trauma. Nos casos em que a gravidade da perturbação é mais severa, o sujeito chega a inibir-se por completo das suas actividades de lazer, convívio, divertimento, ou realização a nível profissional. O que sabemos, é que este sintoma é patognomónico da depressão, o que explica a co-morbilidade depressiva associada á PSPT.

O evitamento de actividades que provoquem a evocação do acontecimento traumático é uma outra característica sintomática da PSPT e que tende a tornar-se cada vez mais generalizada a situações menos específicas, isto é, o evitamento tende a associar-se menos directamente a estímulos que evoquem o trauma, á medida que esta síndrome se agrava. Segundo Breslau et. al (1991), este embotamento psíquico na PSPT decorre da generalização das respostas de evitamento a um conjunto crescente de estímulos.

Normalmente, o individuo com PSPT vive isolado, devido a graves dificuldades ao nível das relações interpessoais, com origem numa sensação de desvinculação e estranheza face aos outros. Tem a percepção de que os outros não têm capacidade para o entender, porque não passaram pelo mesmo.

Por fim, e como seria de prever, outro sintoma que surge em indivíduos com PSPT é o embotamento afectivo que se traduz numa diminuição da capacidade de sentir as emoções, em especial quando estão relacionados com aspectos mais íntimos da sua vida afectiva e sexual.

Toda esta sintomatologia de evitamento se condensa num verdadeiro embotamento psíquico, onde o indivíduo começa por evitar pensamentos, sentimentos e comportamentos que se relacionem directamente com o trauma – que, segundo Breslau et. al (1991) se denomina por “associação de primeira ordem”. Entretanto, outro tipo de pensamentos, sentimentos e comportamentos, por comparação se associam á associação de primeira ordem, instalando um princípio de generalização – que o autor denominou por “associação de segunda ordem”. Assim, os afectos, comportamentos e pensamentos associados a afectos, não directamente ligados ao trauma original, passam a ser também evitados.

Contudo, é referido ainda por Breslau et. al (1991) que, o processo que leva ao embotamento afectivo tem um carácter involuntário e inconsciente, contudo, outro tipo de evitamentos, mais ligados a actividades práticas, em indivíduos com PSPT, parecem ter um

carácter voluntário e consciente, o que, ainda assim, não transporta a motivação inerente a esse tipo de evitamentos para o mundo da consciência.

Sintomas Autonómicos, Disfóricos ou Cognitivos

De um modo geral e, para iniciar a descrição desta componente sintomática, os indivíduos com PSPT têm perturbações do sono, que podem surgir dependente ou independentemente dos pesadelos.

As perturbações do sono dependentes dos pesadelos são aquelas em que o indivíduo desperta por causa da intensidade do pesadelo, uma ou mais vezes durante a noite, uma vez que estes pesadelos, com as imagens perturbadoras que os constituem e os pensamentos intrusivos que desencadeiam, impedem, com frequência, que o indivíduo tenha um sono tranquilo e contínuo, impedindo ainda, muitas vezes, que este retome o sono. Um outro aspecto que pode impedir o indivíduo de voltar a adormecer é o medo de voltar a sonhar com a temática traumática.

Existe outro tipo de insónias, independentes dos pesadelos, que podem ocorrer no estágio inicial, intermédio, ou terminal do sono.

Breslau et. al (1991) refere que os acontecimentos traumáticos têm um efeito no sono, a longo prazo, que persiste durante décadas, mesmo quando o indivíduo não desenvolve PSPT, ou, caso contrário, mesmo quando os pesadelos repetitivos com o trauma desaparecem.

Em associação com o aumento da activação fisiológica, surgem sintomas de hiperalerta e as reacções exageradas de medo e surpresa, como característica sintomática da PSPT.

Os sintomas de activação autonómica, tão bem como as reacções de alarme exageradas, estão na raiz de muitos dos tipos de revivências que descrevemos anteriormente, como por exemplo os *flashbacks*. Uma postura alarmada pode ser desencadeada por reacções de surpresa e medo exagerado. Assim, os indivíduos sentem-se em constante sobressalto e adoptam uma atitude de hipervigilância, que poderá passar, muitas vezes aos olhos de quem observa externamente, por uma atitude extremamente desconfiada.

De entre a sintomatologia de cariz cognitivo, as dificuldades de memória e concentração são as duas manifestações mais comuns na PSPT. Horowitz et. al (1980), refere, para além destes sintomas, uma “dificuldade em tomar decisões”. Breslau et. al (1991), por seu lado, verificou graves dificuldades em terminar uma tarefa. Verifica-se, no entanto, que

esta manifestação pode ser decorrente da anterior, ou, como já vimos, das dificuldades de concentração, através do estudo de Horowitz et. al (1980), em que 75% dos indivíduos com dificuldades em tomar decisões, 50% tinham tendência para confirmar insistentemente acções já efectuadas, ou executá-las devagar para se certificarem de que estavam correctas. Portanto, uma das características mais comuns em indivíduos com PSPT é a dificuldade significativa no desempenho das tarefas, devido, exactamente, a esta fraca capacidade de concentração.

Para além da conhecida amnésia psicogénica observável nos casos de PSPT, onde o sujeito é incapaz de recordar aspectos relevantes do acontecimento traumático, pode acontecer que o indivíduo seja também incapaz de se recordar dos aspectos mais traumáticos de uma situação, sabendo, no entanto, que já se recordou outrora daquilo que é agora incapaz de se recordar. Esta dificuldade específica de memória é uma característica muito recorrente na PSPT e está claramente ligada ao trauma psíquico.

Existe uma enorme controvérsia quanto à questão da frequência do “sentimento de culpa” na PSPT e da sua identificação como característica desta síndrome psicopatológica. O que é um facto é que, diversos autores referem este sintoma como característico desta perturbação, mas, contudo, descrevem um tipo bastante específico de sentimento de culpabilidade. Os sentimentos de culpa surgem em relação à própria sobrevivência, ao comportamento adoptado para sobreviver, ou, mais associado á vivencia traumática de guerra, a morte ou ferimento de camaradas ou colegas. Estes sentimentos podem ter uma maior intensidade quando associados á sintomatologia depressiva da PSPT, podendo também levar o individuo a sentir-se culpado, ou narcisicamente desvalorizado, pelo seu estado actual.

No que diz respeito ao evitamento de actividades que possam evocar o acontecimento traumático, são evitadas, de um modo geral, todas as actividades ou situações que englobem estímulos externos ou internos que recordem aspectos do acontecimento traumático. A título de exemplo, no caso dos ex-combatentes pacientes de PSPT, este evitamento pode englobar várias situações, tais como: cruzar-se com tropas; ler livros com temáticas de guerra; ver filmes de guerra; ir ao local onde ocorreu o acontecimento traumático, etc.

A exposição a acontecimentos que representem ou sejam semelhantes ao acontecimento traumático tende a intensificar os sintomas que estão inerentes a esta perturbação, pelo tipo de emoções, e respectivas intensidades que estes estímulos provocam no sujeito. É de notar, que muito frequentemente, num ponto de vista dinâmico, a realidade do sujeito pode acabar por confirmar a sua própria fantasia, intensificando a sintomatologia

ansiosa de evitamento e, por conseguinte, criando toda uma organização fóbica em adaptação a um meio que é visto como ameaçador aos olhos do indivíduo.

A intensificação dos sintomas relaciona-se, fundamentalmente, com uma resposta fisiológica com sintomas como: aceleração do batimento cardíaco, sudação, dificuldade em respirar, parestesias ou sensações de formigueiro em algumas partes do corpo e dores de cabeça. Ora, esta descrição sintomatológica deixa clara a natureza ansiosa e fóbica associada ao evitamento de actividades que evoquem, de algum modo, o evento traumático.

Co-Morbilidade do Quadro Clínico de PSPT

Depressão

Como sabemos, a sintomatologia depressiva é altamente comum na PSPT sendo, nalguns casos, suficientemente intensa para que se diagnostique um quadro depressivo.

Em concomitância com um quadro depressivo, alguns sintomas da PSPT podem ter um agravamento substancial, nomeadamente, os que se referem a perturbações afectivas ou outros que também estão presentes na Depressão. Resumidamente, sintomas observáveis na sintomatologia da PSPT ficam como que agravados pela co-morbilidade depressiva, como por exemplo: a falta de interesse em actividades significativas; o isolamento e o embotamento afectivo; a baixa auto-estima, etc.

Contudo, são evidentes algumas diferenças entre o quadro de Depressão isolado e o quadro de PSPT. Na Depressão, por exemplo, o indivíduo sente que os outros se afastam de si e manifesta um desejo de estar só, pelo contrário, o indivíduo com PSPT revela uma sensação de afastamento que emana dele próprio e deseja estar com os outros, contudo, sente uma grande incapacidade que o impede de o fazer.

Um dos diagnósticos mais frequentemente associado á PSPT é a Depressão Major, mas, mesmo que não seja diagnosticado este tipo de Depressão, estão presentes sinais e sintomas caracteristicamente depressivos, tais como, a disforia, a culpa, uma forte irritabilidade, anedonia, insónia e retracção social (Friedman, 1988).

Ansiedade

Característico é, que as respostas de ansiedade estão presentes em todas as populações com PSPT, independentemente do acontecimento traumático que origina a

perturbação. Segundo Peterson et. al (1991), os principais sintomas são: palpitações cardíacas, sudação excessiva, hiperventilação e outras formas de hiperactivação do Sistema Nervoso Central.

Parece que esta sintomatologia ansiosa, que se apresenta sob a forma de verdadeiro ataque de pânico, surge, em especial, quando associada à revivência do acontecimento traumático, explicando, deste modo, o diagnóstico de ansiedade generalizada e de perturbação de pânico estarem muito frequentemente em associação com o quadro de PSPT.

Abuso de Substâncias

O abuso de substâncias é bastante frequente em indivíduos com PSPT, aparecendo, maioritariamente, como forma de fazer face à sintomatologia inerente a esta perturbação. Lindy (1984) conclui que é altamente frequente o recurso a substâncias tóxicas quando o indivíduo procura evitar sintomas intrusivos, como os que descrevemos acima, a impulsividade e outros sintomas característicos da PSPT.

As substâncias químicas tóxicas ingeridas provocam, como sabemos, alterações na fisiologia do corpo humano, em particular, na fisiologia do Sistema Nervoso Central, actuando, deste modo, ao nível do funcionamento mental do indivíduo e do seu modo de agir. Em geral, as drogas, tão bem como o consumo de álcool, provocam dependência psicológica, habituação e, algumas, dependência física, tornando-se em verdadeiras adições, com um grande aumento da tolerância e síndrome de abstinência, em caso de interrupção abrupta do consumo.

As alterações percebidas e sentidas pelo indivíduo ao consumir estas substâncias são, na maioria dos casos, a verdadeira razão para a sua ingestão, uma vez que, na grande maioria dos casos, os contornos que a vida destas pessoas ganha, em adaptação á própria sintomatologia da PSPT, são verdadeiramente insuportáveis. São altamente conhecidas expressões como: “beber para esquecer”; “afogar as mágoas na bebida”; ou ainda “enquanto tomo isto não penso noutras coisas”. A PSPT, como já vimos, pode levar o indivíduo a um ponto de desespero tal que o conduz a qualquer recurso para por fim á sintomatologia, e é por isso que, em muitos casos, o suicídio se torna uma solução.

As drogas mais consumidas podem agrupar-se em três categorias:

- Estimulantes e alucinogénicos (cocaína, anfetaminas, marijuana, LSD, mescalina, etc);

- Narcóticos, incluindo todos os opiáceos injectáveis (heroína, morfina e equivalentes sintéticos como a metadona, codeína, propoxifene, etc.);

- Sedativos e hipnóticos (inclui todos os barbitúricos, tais como, metalqualona, metrobamato, etc., alguns anestésicos e todas as benzodiazepinas, ou tranquilizantes minor, incluindo o diazepam, flurazepam e oxazepam e, a substância mais frequentemente consumida de entre todas, o álcool).

Epidemiologia da PSPT

Os dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e à prevalência do PSPT são, tão bem como para outras perturbações, muito variados e dependem grandemente quer da população estudada, quer dos instrumentos utilizados.

Relativamente ao critério A, exposição a situações traumáticas, encontramos na literatura resultados relativos a estudos realizados na comunidade e em populações específicas.

Quando nos reportamos aos estudos realizados na comunidade, verificamos que apontam para valores muitíssimo elevados quanto à percentagem de indivíduos expostos a eventos traumáticos.

Breslau, Davis, Andresky e Peterson (1991) e Breslau e Davis (1992), usando uma entrevista semi-estruturada de avaliação de sintomas psicopatológicos (Diagnostic Interview Schedule – DIS) num estudo na comunidade com 1007 sujeitos entre os 21 e os 30 anos, encontraram que 39% dos sujeitos tinham sido expostos a acontecimentos que poderiam ser considerados traumáticos. Por seu lado numa amostra que incluía pessoas mais velhas e utilizando um instrumento que enumera um leque bastante grande de situações traumáticas que se pode enfrentar ao longo da vida – o Traumatic Stress Schedule (Norris, 1990), Norris (1992) verificou numa amostra de 1000 pessoas em quatro cidades americanas que a percentagem de sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos era de 69% (sendo que 21% dos acontecimentos tinham sido experienciados no ano anterior), valor igual ao encontrado por Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson & Burns (2000) numa amostra de estudantes universitários e por Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993) numa amostra nacional de mulheres. Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best e Von (1987) encontraram, também numa amostra de mulheres, uma prevalência ao longo da vida na exposição a ameaças ainda um pouco superior (75%).

Os valores mais elevados encontrados na literatura referem-se a populações psiquiátricas. Por exemplo Kilpatrick, Edmunds e Seymour (1992, In Maia et. al, 2003) numa amostra de 528 adultos, 400 dos quais utentes de serviços psicológicos especializados em Stress Traumático, verificaram que 86,4% dos sujeitos tinham experienciado pelo menos um acontecimento traumático durante a vida e 64,3% relataram ter experienciado mais do que um, tendo o primeiro destes acontecimentos ocorrido antes dos 18 anos em 74,5%. Briere e

Zaidi (1989, in Maia et. al, 2003), num estudo realizado com os utentes de emergência psiquiátrica, encontraram valores de 87.4%.

Vários autores têm verificado que existe diferença na exposição dos dois sexos a alguns tipos de acontecimentos traumáticos. Por exemplo Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1999, in Maia et. al, 2003) numa amostra de 8098 pessoas da comunidade, encontraram uma diferenciação significativa nos acontecimentos traumáticos experienciados por ambos os sexos. Os homens experienciam mais acidentes (25% contra 13,8% de mulheres), enquanto as mulheres experienciam mais violações (9,2% contra 0,7% nos homens). Finkelhor et al. (1990, in Maia et. al, 2003) verificaram igualmente diferença na exposição de homens e mulheres ao abuso sexual: 27% das mulheres contra 16 % dos homens. Atendendo a que só em 1994, com o DSM-IV, a experiência subjectiva de intenso horror, impotência ou medo foi incluída nos critérios de diagnóstico da PSPT, muito dos estudos não avaliaram este impacto, mas apenas a ocorrência da situação em si.

Quanto à prevalência de PSPT, quando nos reportamos a dados relativos à população geral verificamos que os primeiros estudos baseados no Diagnostic Interview Schedule (DIS) em duas cidades envolvidas no grande projecto epidemiológico americano que foi o Epidemiologic Catchment Area revelaram valores de 0,5% entre os homens e 1,3% entre as mulheres (Helzer Robins & McEvoy, 1987). Por seu lado um estudo que empregou a versão revista do DIS de modo a estar de acordo com o DSM-III-R e que avaliou uma população mais jovem encontrou valores de 9,5% (11,3% para as mulheres e 5,6% para os homens) (Breslau, Davis, Andresky & Peterson, 1991).

No estudo já citado realizado por Kessler, e al. (1999) foi verificado que a prevalência de PSPT ao longo da vida era de 6,5%, com as mulheres a terem o dobro de probabilidade de desenvolverem PSPT quando comparadas com homens igualmente expostos. Norris (1992) utilizando o Traumatic Stress Schedule verificou que, 7,4% dos 1000 sujeitos que estudou, haviam tido sintomas de PSPT ao longo da vida. Por seu lado Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993), num estudo realizado nos Estados Unidos a nível nacional com mulheres, encontraram 12,3% de prevalência ao longo da vida.

Entre as vítimas de ameaças naturais, acidentes ou crimes, a probabilidade de desenvolver PSPT é naturalmente muito mais elevada do que aquela que se encontra em estudos da comunidade; e a prevalência de PSPT é muito variada em função de diferentes tipos de acontecimentos. De facto há acontecimentos que parecem ser muito mais favoráveis ao desenvolvimento de PSPT do que outros, sendo os desastres naturais aqueles que, como já pudemos perceber, se relacionam com menor probabilidade de desenvolver perturbação,

sendo eventos como a dor, a ameaça ou morte infligida por outros seres humanos caracteristicamente mais perturbadores. Smith e North (1993, in Maia et. al, 2003) apresentam mesmo este dado como consensual, devido ao facto de os desastres provocados pelo homem ou os desastres tecnológicos provocarem um forte sentido de ser vítima deliberada do ser humano. No entanto, Ruboinis e Bickman (1991, in Maia et. al, 2003), numa meta análise das relações entre os desastres e a subsequente psicopatologia, encontram que os desastres naturais resultam em maiores graus de perturbação. Como veremos a seguir estes resultados podem ser explicados pela falta de condições de conforto e segurança mesmo anos após os acidentes naturais.

PSPT em Vítimas de Acidentes Naturais

A prevalência de PSPT entre vítimas de desastres naturais e tecnológicos é muito variada, dependendo do tipo de desastre e das condições que lhe estão associadas.

De La Fuente (1990, in Maia et. al, 2003) verificou que 30% dos sobreviventes dos tremores de terra do México tinham sintomas de PSPT; enquanto na Arménia, Goenjian (1993, in Maia et. al, 2003) encontrou em 600 sobreviventes um valor de 74% entre 3 e 6 meses depois. Entrevistas com os sobreviventes vieram a revelar que as pessoas mais afectadas eram aquelas que tinham visto corpos mutilados, ouvidos os gritos das pessoas soterradas a pedir socorro ou observadas as expressões aflitas de quem procurava familiares nos escombros (Goenjian et al., 1994).

Vários autores, segundo Maia et. al (2003), têm verificado que cerca de 18 meses após os desastres naturais a prevalência de perturbação tende a diminuir, mas no caso de desastres naturais os sintomas podem manter-se se a destruição for maciça e as condições pós-desastre forem precárias ou desfavoráveis. A este respeito Lima, Pai, Santacruz e Lozano (1987, 1991, in Maia et. al, 2003) verificaram que mesmo cinco anos após um tremor de terra bastante destrutivo na Colúmbia, o número de pessoas perturbadas era muito elevado, e as condições físicas precárias pareciam contribuir para esta perturbação.

Em suma, apesar de os desastres naturais não serem considerados aqueles que mais probabilidades têm de contribuir para o desenvolvimento de PSPT, alguns estudos mostram que em situações de grande destruição o número de pessoas afectadas é muito elevado e os sintomas de perturbação prolongam-se no tempo.

PSPT em Vítimas de Acidentes

Norris (1992) encontrou entre as vítimas de acidentes de viação graves que 11,5% desenvolviam PSPT. Curiosamente, um anos antes, Breslau, Davis, Andresky e Peterson (1991) já haviam encontrado valores muito semelhantes: 11,6% dos sujeitos que tinham experienciado acidentes graves desenvolveram PSPT.

PSPT em Vítimas de Crimes

As vítimas de crimes parecem ter uma grande probabilidade de desenvolver PSPT, e esta probabilidade é maior quando há uma ameaça séria à integridade pessoal, seja ela física ou psicológica. Kilpatrick, Saunders, Veronen, Besty e Von (1987) verificaram que as vítimas de violação têm uma probabilidade de desenvolver PSPT de 57% enquanto Resnick et al. (1993) verificaram que este valor era de 76% e Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock e Walsh (1992) encontraram uma percentagem de 94 % pouco tempo após ter-se sido vítima de uma violação.

PSPT em Veteranos de Guerra

A guerra representa, talvez, a mais antiga e mais importante forma de violência provocada pelo homem em termos da magnitude dos seus efeitos e, uma vez que a nossa posterior ilustração clínica tem a temática de guerra inerente ao desenvolvimento de PSPT nos sujeitos em questão, consideramos a compreensão epidemiológica da PSPT em veteranos de guerra especialmente preponderante. O impacto do envolvimento na guerra sobre o desenvolvimento de PSPT tem sido uma das áreas mais cuidadosamente estudadas, tendo-se verificado que o tipo de envolvimento em acções de combate está directamente relacionado com a probabilidade de desenvolver PSPT. A este propósito Foy et al. (1987, in Maia et. al, 2003) verificaram nos veteranos do Vietname que ser capturado, estar envolvido em mortes de civis e ser exposto a atrocidades são factores de maior risco para o desenvolvimento de PSPT de guerra, havendo uma proporção directa entre o grau de exposição e a gravidade dos sintomas. Assim, enquanto 25 a 30% dos veteranos que tinham sido pouco envolvidos em batalhas desenvolveram PSPT; 70% daqueles que estiveram expostos a situações muito ameaçadoras ou grotescas, como ser ferido, estar envolvido na morte de civis e exposição a atrocidades, desenvolveram esta perturbação. Solkoff et al. (1986, in Maia et. al, 2003)

verificaram igualmente que o envolvimento em mortes e ver colegas a morrer era um factor de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de PSPT, enquanto Lund, Foy, Sipprelle e Strachan (1984, in Maia et. al, 2003) concluíram que os sujeitos expostos a mais acontecimentos, e mais graves, eram os que apresentavam maior sintomatologia de PSPT, comprovando assim a ideia de um efeito cumulativo no desenvolvimento desta perturbação. Por seu lado Snow, Stellman, Stellman e Sommer (1988, in Maia et. al, 2003) observaram uma prevalência de PSPT de 28% nos sujeitos que tinham sido expostos a um nível médio de combate, enquanto a prevalência encontrada nos veteranos de guerra, sujeitos a níveis altos de exposição, foi de 65%.

Segundo Maia et. al (2003) estudos epidemiológicos da PSPT em veteranos da guerra de Vietname, mostraram uma prevalência de 30,9% de PSPT nesta população, sendo que 49% dos que algumas vez tinha desenvolvido sintomas continuavam a apresentá-los, ou seja, sofriam de PSPT crónico. Também neste estudo se concluiu que, quanto mais graves os combates a que os sujeitos eram expostos, maior era a probabilidade de desenvolver PSPT.

Nos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa foi estimado, a partir dos resultados dos estudos realizados nos Estados Unidos com veteranos do Vietname, que cerca de 140 000 ex-combatentes poderiam ter sequelas psicológicas decorrentes da sua participação na guerra colonial (Albuquerque, 1992).

No nosso país, a Guerra Colonial deixou uma herança caótica de perturbações e desordem não só para os cidadãos que pegaram em armas, dispostos ao sacrifício da própria vida, para defesa do nome de Portugal além fronteiras, mas também para as suas famílias e amigos que “combatem” diariamente este legado. Um “inimigo” que não se vê, que “ataca” quando menos se espera e que deixa sequelas irreversíveis.

Actualmente a medida de protecção existente para esta população-alvo em Portugal, encontra-se materializada na criação de uma Rede Nacional de Apoio (RNA), que tem como fundamento, o acesso a um conjunto de disposições estruturais e metodologias próprias, para a avaliação do impacto em palco de guerra na saúde mental do militar ou ex-militar bem como o respectivo apoio que se tornar necessário (em diferentes acepções e campos).

O Inconsciente

Sendo a presente dissertação, e todo o trabalho psicanalítico, ancorada no princípio da existência de um mundo interno na lógica de funcionamento do ser humano, torna-se desde logo evidente uma necessidade de rever cuidadosamente o contributo freudiano a respeito do inconsciente, que num ponto de vista estrutural não deixa de pertencer a uma área interna, fora do alcance cômico do sujeito, e, portanto, pertencente a um mundo que nos é interno.

Freud (1915), inserido numa primeira tópica, justifica a necessidade de argumentar a favor da existência de um sistema inconsciente na mente humana, pois, como refere, “os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas; tanto nas pessoas sadias como nas doentes ocorrem com frequência manifestações psíquicas que só podem ser explicadas pela pressuposição de outras manifestações, para as quais, não obstante, a consciência não oferece qualquer prova.”

O aparecimento de um sistema inconsciente (ics) na mente humana, num ponto de vista estrutural, aparece portanto ligado a uma insuficiência teórica de explicar isoladamente os fenómenos da psicopatologia através dos processos do funcionamento consciente. Assim sendo, torna-se perfeitamente insustentável, fazer uma reivindicação de que tudo quanto acontece na mente deve ser conhecido pela consciência (Freud, 1915), deixando-nos na possibilidade de poder afirmar, ainda segundo o autor, ancorados na existência de um estado psíquico inconsciente, que, grosso modo, o conteúdo da consciência representa apenas uma pequena parte da *psiqué*, de modo que a maior parte da vida mental se apresenta num estado de latência, isto é, psiquicamente inconsciente.

A respeito introdutório do funcionamento característico do inconsciente, Freud (1915, p.177) explica:

“(...) o atributo de ser inconsciente é apenas um dos aspectos do elemento psíquico, de modo algum bastando para caracterizá-lo. Há actos psíquicos de valor muito variável que, no entanto, concordam em possuir a característica de ser inconsciente. O inconsciente abrange, por um lado, actos que são meramente latentes, temporariamente inconscientes, mas que em nenhum outro aspecto diferem dos actos conscientes, e, por outro lado, abrange processos tais como os recalçados, que, caso se tornassem conscientes, estariam propensos a sobressair num contraste mais grosseiro com o restante dos processos conscientes.(...)”

O inconsciente aparece-nos, portanto, como a parte mais arcaica do aparelho psíquico e, por conseguinte, a mais próxima da fonte pulsional. O seu conteúdo é, efectivamente,

constituído mormente por representantes dessas pulsões. Para Freud (1920), como sabemos, a pulsão, em si, é um conceito pertencente aos confins do biológico e do psicológico, e, portanto, muito embora tenha procurado uma raiz filogenética na sua metapsicologia, deixou bem claro a constituição histórica do inconsciente ao longo da vida do indivíduo, e, mais particularmente, durante a sua infância.

Quanto ao seu funcionamento, o inconsciente é, antes do mais, caracterizado pelo processo primário, significando que a este nível a energia é livre e que a tendência à descarga se manifesta sem entraves. Esta energia livre circula facilmente de uma representação para a outra, o que é ilustrado pelos fenómenos de condensação e de deslocamento. Em contraste, explica ainda o autor, o processo secundário caracteriza o funcionamento dos sistemas consciente (cs) e pré-consciente (pcs), onde, como principais características, a energia não circula livremente, estando previamente ligada, e controlada pelas leis do princípio da realidade (Freud, 1920).

Do ponto de vista estrutural, Freud (1915), nos seus escritos sobre a metapsicologia, evidencia a ideia de uma topografia na vida mental, separando o sistema inconsciente do sistema pré-consciente e do sistema consciente. Todo o trabalho clínico psicanalítico, deixa claro, portanto, a existência desta divisão topográfica, onde assistimos a dois processos que percorrem o aparelho psíquico em duas direcções: do consciente para o inconsciente, e no sentido reverso, ou seja, do sistema inconsciente para o sistema consciente. No primeiro caso, grosso modo, falamos de recalçamento; no segundo assistimos á rememoração, ou tomada de consciência (Freud 1911).

Relativamente á estrutura topográfica do aparelho psíquico, Freud (1915, p.178), antecipando já uma futura reelaboração tópica e a favor da psicanálise como ciência, acrescenta:

“Aceitando a existência desses dois (ou três) sistemas psíquicos, a psicanálise desviou-se mais um passo da ‘psicologia da consciência’ descritiva e levantou novos problemas, adquirindo um novo conteúdo. Até ao momento, tem diferido daquela psicologia devido principalmente ao seu conceito *dinâmico* dos processos mentais; agora, além disso, parece levar em conta também a *topografia* psíquica, e indicar, em relação a determinado acto mental, dentro de que sistema ou entre que sistemas ela se verifica. Ainda por causa dessa tentativa, recebeu a designação de ‘psicologia profunda’. Viremos a saber que ela poderá ser bem mais enriquecida se ainda se levar em conta um outro ponto de vista.”

Quando reconhecemos o sistema ics como o mais arcaico do aparelho psíquico, cairíamos em erro se prosseguíssemos imaginando que este permanece em repouso enquanto todo o trabalho da mente é realizado pelos sistemas pcs ou cs. O sistema ics não é de todo um

órgão vestigial ou um resíduo do processo desenvolvimental. Segundo Freud (1915) também é erróneo supor que a comunicação entre estes sistemas se confina ao recalçamento, e, portanto, unidireccional, como já observámos. Contudo, é de evidenciar o grande ênfase na descrição deste mecanismo de defesa feita no artigo “*O Inconsciente*”, onde Freud nos explica a tendência do pcs e/ou do sistema cs em “lançar tudo o que lhe parece perturbador no abismo do ics”. Contudo, o ics permanece vivo e capaz de desenvolvimento, mantendo um grande numero de outras relações e influencias com o pcs, explicando abrangentemente muita da fenomenologia da psicopatologia. Em suma, deve-se dizer que o ics influencia constantemente o pcs, e que, por sua vez, está inclusive sujeito á influência do pcs.

Esta visão estrutural, da primeira tópica Freudiana, revelava-se por si só, embora ainda muito carenciada de pragmatismo, muito esclarecedora de quadros psicopatológicos já observados à 1 século, fornecendo ainda hoje um poderoso ponto de partida na compreensão de muitos fenómenos psicopatológicos. Freud (1915, p.199) explica-nos:

“O conteúdo do sistema *Pcs.* (ou *Cs.*) deriva em parte da vida instintual (por intermédio do *Ics.*) e em parte da percepção. Desconhecemos até que ponto os processos desse sistema podem exercer influência direta sobre o *Ics.*; o exame de casos patológicos muitas vezes revela uma incrível independência e uma falta de suscetibilidade à influência por parte do *Ics.* Uma completa divergência de suas tendências, uma total separação dos dois sistemas, é o que acima de tudo caracteriza uma condição de doença.”

Características do Sistema ICS.

A contribuição especial de Freud foi a de formular o funcionamento do pensamento inconsciente. “Os processos no inconsciente ou no id obedecem a diferentes leis das dos processos pré-conscientes do ego. Estas leis na sua totalidade são chamadas de processo primário, como já vimos, em contraste com o processo secundário que governa o curso dos acontecimentos no processo pré-consciente no ego” (Freud, 1940).

Começamos por listar os processos do sistema ics identificados por Freud (1915) ao tentar compreender a linguagem deste sistema. No seu artigo “O inconsciente”, Freud sintetiza o que considerou a natureza do sistema ics em 5 características chave. No seu posterior artigo “A Interpretação de Sonhos”, segundo Matte-Blanco (1975), podem ser identificadas outras 8 características. Contudo, uma visão ainda mais aprofundada dos escritos de Freud, tão bem como a de outros psicanalistas, poderia revelar ainda mais características, mas, a favor da nossa focagem, centrar-nos-emos nas 13 características do funcionamento inconsciente encontradas nos seguintes artigos.

Nº ”O Inconsciente”:

- (1) Ausência de contradição mútua e negação.
- (2) Deslocamento.
- (3) Condensação.
- (4) Intemporalidade.
- (5) Substituição da realidade externa pela realidade interna.

Nº “A Interpretação de Sonhos”:

- (6) Co-presença de contradições.
- (7) Alternância entre ausência e presença de sucessão temporal.
- (8) Conexões lógicas reproduzidas no tempo como simultâneas.
- (9) Causalidade como sucessão.
- (10) Identidade – Equivalência e conjunção de alternativas.
- (11) Semelhança
- (12) Co-Presença de pensamento e não-pensamento nos sonhos.
- (13) Profunda desorganização da estrutura do pensamento.

Procuraremos seguidamente fazer uma reflexão teórica sobre as características do

sistema ics listadas acima, segundo algumas conclusões encontradas por Matte-Blanco (1975) a respeito dos próprios escritos de Freud.

Por *Ausência de contradição mútua e negação* Freud (1915) refere-se a um modo de pensamento onde não existe a negação, a dúvida ou graus de certeza, e que as leis do pensamento lógico não se aplicam no id, sendo isto verdade, acima de tudo, para a lei da contradição mútua. Adiante, falando a respeito dos impulsos, Freud (1915) explica a mesma característica, referindo que os impulsos instintuais, oriundos do inconsciente, existem lado a lado, isentos de contradição mútua. As implicações revolucionárias deste pensamento são evidentes quando concluímos que se não existe contradição mútua ou negação, não é possível discernir, por exemplo, “A é branco” de “A não é branco”, ou mesmo “não tenho a certeza se A é ou não branco”. Não havendo graus de certeza, todas as implicações de sentido desaparecem, empurrando o indivíduo para um pensamento como “tenho uma ideia acerca do branco”.

As noções de *deslocamento* e *condensação* referem-se também a um modo de pensamento muito distante de uma lógica bivalente. Implicam uma geometria espacial muito invulgar. Por *Deslocamento* Freud (1915) refere-se ao modo como a ênfase, interesse ou intensidade de uma ideia é susceptível de se destacar dela e tornar-se imposta noutras ideias distintas. Por *condensação* o autor explica como sendo a forma com que varias cadeias de associações, varias ideias, podem ser expressas por uma só ideia. Segundo o autor: “pelo processo de deslocamento uma ideia pode render a outra ideia toda a sua quota de catexia; pelo processo de condensação esta segunda ideia pode apropriar-se de todas as catexias de diversas outras ideias” (Freud, 1915).

Freud (1900, p.318-319) ilustra este processo da condensação no seu artigo “A interpretação de Sonhos”:

“Nenhuma dessas figuras com que me deparei ao acompanhar “Irma” apareceu no sonho em forma corporal. Estavam ocultas por trás da figura onírica de “Irma”, que assim se transformou numa imagem colectiva dotada, há que admitir, de diversas características contraditórias. “Irma” tornou-se a representante de todas essas outras figuras que tinham sido sacrificadas ao trabalho de condensação, já que transferi para *ela*, ponto por ponto, tudo o que me fazia lembrar-me *delas*. Existe outro meio pelo qual se pode produzir uma “figura colectiva” para fins de condensação onírica, ou seja, reunindo-se as feições reais de duas ou mais pessoas numa única imagem onírica. (...) O Dr. R. do meu sonho com o meu tio de barba amarela (...) era uma figura composta semelhante. No seu caso, porém, a imagem onírica fora ainda construída de outra forma. Não combinei as feições de uma pessoa com as de outra, omitindo da imagem mnésica, nesse processo, certos traços de cada uma delas. O que fiz foi adoptar o procedimento pelo qual Galton produzia retratos de família: a saber,

projectando duas imagens sobre uma chapa única, de modo que certas feições comuns a ambas eram realçadas, enquanto as que não se ajustavam uma à outra se anulavam mutuamente e ficavam indistintas na fotografia. No sonho com o meu tio, a barba loura emergia de forma proeminente de um rosto que pertencia a duas pessoas e que estava consequentemente indistinto; aliás, a barba envolvia ainda uma alusão a meu pai e a mim mesmo por meio da ideia intermediária de ficar grisalho.”

As descrições de Freud acerca da condensação e do deslocamento são interessantes particularmente pelas implicações que estas levantam para a geometria espacial vivida no inconsciente.

A característica da *Intemporalidade* no inconsciente também viola as leis do pensamento lógico. Freud (1915) insiste explicando que os processos do sistema ics são intemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo, não tendo qualquer tipo de referência para com este. Sem dúvida, por definição um processo é algo que normalmente se desenvolve no tempo e, no entanto, Freud fala-nos de processos intemporais no inconsciente. Isto não é, segundo Matte-Blanco (1975), uma descuidada imprecisão, pois se nos debruçarmos sobre o caso supracitado da face por detrás da barba loura, assistimos a uma justaposição daquilo que foi observado, em processos inconscientes – ideias que se conformam com uma lógica bivalente e ideias que não se conformam com esse tipo de lógica. Ao insistir nesta questão da intemporalidade como característica do funcionamento ics, Freud abre uma porta para um mundo mental inteiramente novo governado por 2 tipos de lógica, que só mais tarde viria a ser explorado por Matte-Blanco (1975). Freud (1933, p. 74), contudo, estava bastante ciente da pertinência da sua ideia acerca da intemporalidade no inconsciente, o que é bastante claro numa das cartas que escreveu poucos anos antes de falecer:

“Again and again I have had the impression that we have made too little theoretical use of this fact, established beyond any doubt, of the unalterability by time of the repressed. This seems to offer an approach to the most profound discoveries. Nor, unfortunately, have I myself made any progress here.”

A ideia de que, no inconsciente, existe uma substituição da *realidade externa pela realidade interna* é igualmente extraordinária, uma vez que no funcionamento do sistema ics estas duas realidades distintas se tornam numa única e idêntica realidade. Freud (1915) diz-nos que os processos inconscientes consideram muito pouco ou mesmo nada da realidade externa. Estes processos operam segundo o princípio do prazer, o seu destino depende apenas de quão fortes estes são e da sua regulação em termos de prazer/desprazer. Mais uma vez, “eventos reais e imaginários aparecem nos sonhos como tendo a mesma validade; e isto

acontece não apenas para os sonhos, mas também na produção de estruturas psíquicas mais importantes” (Freud, 1915)

A seguinte característica do sistema ics Freudiano, que se traduz na *Co-presença de contradições*, é sem dúvida, também, uma quebra directa na lógica bivalente. Embora esteja ligada á primeira característica do inconsciente (*Ausência de contradição mútua e negação*), segundo Matte-Blanco (1975) elas não são bem idênticas. A ausência de contradição mútua trata uma ideia e a sua respectiva negação como sendo idênticas, mas, Freud (1900) explica-nos esta co-presença da seguinte forma: “cada cadeia de pensamento é quase invariavelmente acompanhada pela sua própria contradição, ligadas por uma associação antitética”. Matte-Blanco (1975) aponta para diferentes maneiras de entender esta formulação. O simples facto de as 2 ideias contraditórias aparecerem juntas deixa clara a sua diferença, a presença de contradição. Por outro lado, deixa clara também a identidade de cada uma dessas ideias, uma vez que quando uma delas surge sob a forma de afirmação, é como se estivesse a ser apresentada também sob a forma de negação, evidenciando, portanto, uma ausência de contradição. O que podemos concluir é que nos pode ser apresentada (no inconsciente) a presença e a ausência de contradição ao mesmo tempo, enfatizando, por si só, a diferença entre as 2 ideias. Será apenas pelo contexto em que este curioso facto surge em cada caso, que podemos decidir qual das 3 alternativas está presente. Resumindo, esta característica parece ser uma interessante mistura no inconsciente de uma lógica bivalente e a sua negação no inconsciente. (Matte-Blanco, 1998)

A próxima característica, *Alternância entre ausência e presença de sucessão temporal*, também parece envolver uma curiosa mistura entre uma lógica bivalente e a sua respectiva negação. Freud (1900, p.339) escreveu:

“Enquanto alguns sonhos desprezam completamente a sequência lógica do seu material, outros tentam dar uma indicação tão completa quanto possível dela. Ao fazê-lo, os sonhos afastam-se ora mais, ora menos amplamente do texto de que dispõem para manipular. Aliás, os sonhos variam de forma semelhante no seu tratamento da sequência cronológica dos pensamentos do sonho, caso tal sequência se tenha estabelecido no inconsciente.”

Aqui parece existir uma mistura de atemporalidade (uma característica fundamental do inconsciente) e temporalidade (respeitante ao modo de pensamento moral lógico).

Seguidamente, Freud (1900, p.340), a respeito dos sonhos, aponta para uma outra característica do sistema ics, *Conexões lógicas reproduzidas no tempo como simultâneas*:

“Neste aspecto, agem como o pintor que, num quadro da Escola de Atenas ou do Parnaso, representa num único grupo todos os filósofos ou todos os poetas. É verdade que, de facto, eles nunca se reuniram num único salão ou num único cume de montanha, mas certamente

formam um grupo no sentido conceptual.”

Uma ligação lógica entre 2 pensamentos ou eventos é, conseqüentemente, expresso nos sonhos colocando-os em conjunto (uma relação espacial), ocorrendo ao mesmo tempo. Nesta característica a separação espacial permanece, mas a sucessão temporal desaparece.

Seguidamente, *Relações causais são representadas colocando 2 pensamentos em sucessão*, i.e. como uma sequência, tornando a ordem (primeiro a causa, depois o efeito) reversível. Resumidamente, a relação causa-efeito é representada no inconsciente em termos de contigüidade no espaço ou no tempo, desrespeitando a noção de temporalidade, que seria essencial para uma lógica bivalente. Uma vez mais, segundo Matte-Blanco (1975), o processo de pensamento no inconsciente respeita alguns aspectos da lógica bivalente mas é transformado para que não tenha que considerar qualquer precedência temporal, ou seja, é intemporalizado. Finalizando esta característica e algumas das que já observámos anteriormente, podemos dizer que nos sonhos presenciamos varias misturas da presença do tempo, espaço, e relações causais com a ausência destes mesmos factores. Presenciamos um respeito pela lógica bivalente e a sua negação.

Outra característica que Freud (1900) observou, *Identidade – Equivalência e conjunção de alternativas*, também parece ter em conta a lógica bivalente, tão bem como a desrespeita. Freud (1900) afirma que: “A alternativa “ou ... ou” não pode ser expressa nos sonhos, seja de que maneira for. Ambas as alternativas costumam ser inseridas no texto do sonho como se fossem igualmente válidas”. Concluindo: “Quando, no entanto, ao reproduzir um sonho, o seu narrador se sente inclinado a utilizar “ou ... ou” - por exemplo, “ou era um jardim ou uma sala de estar” -, o que estava presente nos pensamentos do sonho não era uma alternativa, mas sim um “e”, uma simples adição”. Assim como a equivalência entre realidade psíquica e externa, esta é uma característica que nos indica que o sistema ics trata como iguais 2 coisas que não são idênticas numa lógica bivalente. Podemos dizer que a equivalência entre realidade psíquica e externa é um exemplo de “ou/ou”. De facto, estamos acostumados a pensar ordenadamente sobre a realidade externa (material) ou interna. Como Freud (1900, p.344) nos explica:

“A maneira como os sonhos tratam a categoria dos contrários e dos contraditórios é altamente digna de nota. Ela é simplesmente desconsiderada. O “não” não parece existir no que diz respeito aos sonhos. Eles mostram uma preferência particular por combinar os contrários numa unidade ou por representá-los como uma só coisa. Os sonhos sentem-se livres, além disso, para representar qualquer elemento pelo seu oposto imaginário, de modo que não há maneira de decidir, à primeira vista, se qualquer elemento que admita um contrário está presente nos pensamentos do sonho como positivo ou negativo.”

Nestas palavras Freud dá-nos mais um exemplo de como uma afirmação e a sua negação podem ser tratadas como idênticas no inconsciente. Isto corresponde exactamente, segundo Matte-Blanco (1975), a uma ausência de contradições e negação, violando o princípio lógico bivalente da contradição. Podemos então perceber a consequência desta ausência de contradição; se duas coisas não podem ser distinguidas, de qualquer modo, uma da outra, então elas serão tratadas como se fossem realmente idênticas, como nos dizia o filósofo alemão Leibniz, *identitas indiscernibilium*.

Uma outra característica do sistema ics evidente nos escritos de Freud (1900), a *Semelhança*, é central no trabalho onírico. Semelhança, consonância ou aproximação – a relação “como se” – melhor do que qualquer outra característica, é capaz de estar presente nos sonhos de varias maneiras. Paralelismos ou instâncias “como se” são inerentes ao pensamento onírico e constituem-se como a primazia para a formação dos sonhos *per se*. A representação da relação de semelhança é notória pela tendência do trabalho onírico para a condensação. Esta semelhança ou consonância, a posse comum de atributos, é visível nos sonhos pela unificação, que pode estar presente directamente no material do pensamento onírico ou pode ainda ser construído á posteriori, ou, julgamos, pelo trabalho da rememoração. A primeira destas possibilidades pode ser descrita como “identificação” e a segunda como “composição” (Freud 1900).

A proposta de Freud (1900) acerca da *Co-Presença de pensamento e não-pensamento nos sonhos* levanta, mais uma vez, questões de uma complexidade inegável. Por um lado, o autor diz-nos “O que é reproduzido pelo aparente pensamento no sonho é o tema dos pensamentos do sonho e não as relações mútuas entre eles, cuja asserção constitui o pensamento”, por outro lado, Freud discute ainda: “Não obstante, não negarei que uma actividade crítica de pensamento, que não é uma simples repetição do material dos pensamentos do sonho, tem efetivamente uma participação na formação dos sonhos”. Na primeira transcrição Freud afirma que o pensamento envolve o estabelecimento de relações e aponta para a inexistencia dessas mesmas relações nos sonhos. Ao mesmo tempo, o autor não nega que o pensamento participa no trabalho onírico. Por outras palavras, Freud (1900) acaba por afirmar uma co-presença de pensamento e não-pensamento.

Matte-Blanco (1975) sugere que “pensamento”, para Freud, corresponde ao uso normal de uma lógica bivalente. A presença de “não-pensamento” corresponde, certamente, a um processo inconsciente. Levanta-se, portanto, uma duvida, que remete para aquilo que Freud entendeu por “não-pensamento”, e, qual é o seu determinante. Tal discussão será apresentada posteriormente no presente estudo.

Uma *Profunda desorganização da estrutura do pensamento*, presente no inconsciente, é a décima terceira característica do inconsciente reconhecida por Matte-Blanco (1975), que Freud (1900, p.338) clarificou desde muito cedo:

“As diferentes porções desta complicada estrutura mantêm, é claro, as mais diversificadas relações lógicas entre si. Podem representar o primeiro e o segundo planos, digressões e ilustrações, condições, sequências de provas e contra-argumentações. Quando a massa inteira dos pensamentos do sonho é submetida à pressão do trabalho do sonho, e quando os seus elementos são revolvidos, transformados em fragmentos e aglutinados - quase como uma massa de gelo - surge a questão do que acontece às conexões lógicas que até então formaram a sua estrutura. Que representação fornecem os sonhos para “se”, “porque”, “como”, “embora”, “ou ...ou”, e todas as outras conjunções sem as quais não podemos compreender as frases ou os enunciados?

Num primeiro momento, a nossa resposta deve ser que os sonhos não têm ao seu dispor meios de representar essas relações lógicas entre os pensamentos do sonho. Na sua maioria, os sonhos desprezam todas essas conjunções, e é só o conteúdo substantivo dos pensamentos do sonho que eles dominam e manipulam. A restauração dos vínculos que o trabalho do sonho destruiu é uma tarefa que tem de ser executada pelo processo interpretativo.”

Trauma

Trauma, no seu sentido lato, é uma espécie de ferida. Se dizemos que um evento é traumático, roubamos á antiga Grécia um termo que significava uma perfuração da pele, uma ruptura no envelope corporal. Já em medicina física, trauma remete para um dano num tecido (Garland, 1998). Freud (1920) usou metaforicamente esta palavra para esclarecer como também a mente pode ser perfurada e ferida por eventos, reforçando desta forma a ideia de que a mente também pode ser pensada como tendo um envelope ou uma pele protectora. Freud fundamenta ainda esta sua proposta na necessidade evolutiva do cérebro (e por conseguinte a mente) em criar uma barreira ou filtro para a estimulação, culminando deste modo numa alta selectividade sensitiva para estímulos externos. Ora, se pensarmos, esta selectividade é absolutamente crucial, e Freud (1920) deixou desde logo muito claro a utilidade/função deste género de filtro, onde compreendemos que bloquear tipos e/ou quantidades excessivas de estimulações, é sem duvida mais importante que a capacidade de receber estímulos, se pensarmos em termos de economia psíquica e em manter um equilíbrio interno adaptativo.

Assim como qualquer noção fundamental na teoria psicanalítica, o conceito de traumatismo reúne várias modalidades psicológicas e metapsicológicas, cujas consequências poderão ser significativamente diferentes para a constituição do indivíduo e do seu respectivo funcionamento mental. No seu sentido lato, a palavra traumatismo é usada para designar o impacto psicológico de um qualquer evento (separação, perda, acidente, doença, etc.), que representa uma experiencia desorganizadora para o indivíduo que o vive.

De acordo com Bokanowski (2002) a noção de traumatismo tem, pelo menos, 2 significados. Poderá estar relacionada com a potencialidade traumática na raiz do funcionamento mental que, como resultado, participa na génese e organização dos aspectos infantis do *self*, assim como dos seus impulsos e desejos. Pode ainda referir-se, segundo Bokanowski (2002), às deficiências e défices na maneira como os estados mentais do indivíduo estão estruturados quando este é confrontado com uma experiencia potencialmente desorganizadora. Uma vez que a natureza deste tipo de desorganização pode variar, se usamos o termo “traumático” numa forma inespecífica ou genérica, torna-se, de certo modo, impreciso a que nível o impacto traumático está a operar no funcionamento mental. Haverá certamente uma diferença qualitativa, por exemplo, entre um traumatismo que desorganiza as catexias das relações de objecto, e um traumatismo cujo impacto desorganizador opera no

estabelecimento do narcisismo, afectando, neste caso, o sentimento de identidade, provocando perturbações na subjectividade.

Ainda de acordo com Bokanowski (2002) a palavra “Trauma” parece ser apropriada para designar um fenómeno que actua num nível muito primitivo e carente de um desenvolvimento consolidado. Aqui, os efeitos nocivos podem boicotar as catexias narcísicas e, por conseguinte, a organização do próprio ego.

O paradigma original de Freud (1893) acerca de um evento traumático foi a partir da sedução sexual, sendo o seu original entendimento sobre a ansiedade baseado numa excitação libidinal não descarregada. Contudo, percebemos a sua frustração e inconformismo quando em 1914, ao perceber que muitas das seduções que os seus pacientes descreviam eram maioritariamente produtos das suas fantasias em vez de produtos efectivamente factuais.

Contudo, já nesta altura, o autor clarificou que o trauma era produzido pelo “efeito” de um evento sobre a mente (Freud, 1893, p.41-42):

“Qualquer experiência que possa evocar afectos aflitivos - tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física - pode actuar como um trauma dessa natureza; e o facto de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da susceptibilidade da pessoa afectada.”

O recalçamento aparece então, segundo Freud (1893), quando os sentimentos provocados por uma experiência são sentidos como sendo intensos demais para serem acomodados por uma área da mente preocupada em manter os níveis de excitação ou em manter-se dentro de limites.

A mudança do plano factual para o plano da fantasia, estabeleceu uma verdadeira bifurcação no pensamento Freudiano acerca da temática do trauma. Freud reconhece então que embora as fantasias de sedução sejam universais, experiências actuais de sedução não o são, desviando o seu pensamento do caminho que seguia até à data, acerca da natureza patogénica da experiência externa – “realidade objectiva” – em direcção a uma revolucionária e detalhada exploração do inconsciente – “a realidade psíquica”. Situações traumáticas passaram então a ser observadas primariamente em relação com o mundo interno, permanecendo aqui a sua preocupação central. Contudo, Freud (1915) volta a direccionar mais tarde a sua atenção para o significado do evento externo, provavelmente motivado pelo legado dos campos de batalha da primeira guerra mundial, quando começou a especular sobre o significado dos sonhos traumáticos repetitivos, tão bem como a compulsão à repetição.

Freud (1923) chega então a uma formulação final acerca do modelo da mente, descrevendo a estruturação mental como consistindo na relação entre 3 instâncias, 3 modos de funcionamento mental, nomeadamente o id, o ego (a parte organizada e consciente do id), e o

superego (a parte do ego que se encarrega de julgar toda a sua actividade). Consequentemente, Freud (1923) passa a conceber a actividade mental como uma constante relação, negociação e equilíbrio que se dá entre estas 3 instâncias psíquicas; começando a aproximar-se cada vez mais do moderno conceito sobre um mundo interno gerido por relações dinâmicas entre objectos e instancias internas.

Seguidamente, Freud (1926) reelaborou a sua visão sobre a origem da ansiedade, acrescentando deste modo uma peça fundamental na compreensão da estrutura tridimensional que compõe a nossa visão actual sobre os efeitos do trauma no seu sentido lato. Quando um evento externo suficientemente extremo se apresenta face á organização mental, o seu efeito é uma autêntica obliteração de todas as defesas contra a ansiedade. Esta ansiedade que, então, ameaça a mente é proveniente do mundo interno, sendo, no entanto, o desencadeador dessa ansiedade um evento externo (Freud, 1926).

Uma vez afastado da noção de que toda a ansiedade derivava de excitação libidinal não descarregado, Freud (1926) recolocou a ansiedade firmemente contida no ego, utilizando o novo modelo estrutural da mente. O ego, portanto, pode reconhecer a diferença entre uma ansiedade experienciada numa situação actual de perigo (ansiedade automática) e uma ansiedade experienciada quando o perigo se aproxima, não tendo ocorrido efectivamente, nomeada de ansiedade/angustia sinal. Este segundo tipo de ansiedade põe o indivíduo alerta para um perigo iminente de desamparo. Esta distinção processada num nível egoico, sob condições favoráveis, permanece operacionalmente adequada, mas, uma vez que o indivíduo se depare com uma ameaça brutal de aniquilamento, algo muda. Segundo Garland (1998) o ego, uma vez traumatizado, deixa simplesmente de “acreditar” na ansiedade sinal em qualquer situação que se assemelhe ao evento traumático ameaçador; o ego passa a comportar-se como se tivesse sido inundado com ansiedade automática. Este parece ser um factor crucial na perda do pensamento simbólico associado á área do trauma, o que parece ser uma forte característica do comportamento dos sobreviventes.

Voltando a Freud (1920, p.40) este impacto e conseguinte desorganização ou desarranjo, tinham já sido apontados pelo autor, embora numa forma altamente enraizada num ponto de vista estrutural/pulsional, vejamos:

“Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de acção. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja

inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar.”

Freud (1920) ao falar-nos da maneira como certos eventos atingem um efeito traumático na mente, forçando o aparelho psíquico a um modo de funcionamento por adaptação reactiva, avança com um conceito que nos parece central na abordagem á teoria do trauma, a “ligação” (“binding”). Torna-se de certa forma complicado perceber perfeitamente o que Freud entendia por ligação, pois o autor usou este conceito de diversas formas e em alturas distintas no seu trabalho (Laplanche et. al, 1990). Contudo, Freud (1920) clarifica, geralmente, o conceito de ligação como uma operação defensiva que limita as “excitações” que circulam livremente, contribuindo com esta clarificação para um cada vez mais completo entendimento dos efeitos do trauma, em geral. Uma vez que um evento traumático “perfure” o envelope psíquico, ou barreira protectora, e o funcionamento mental entrar em colapso e desarranjo, o grande problema resume-se na capacidade de “gerir” a quantidade de estímulos em questão e liga-los (*binding them*), do ponto de vista psíquico, para que possam então reorganizar-se. Parece-nos que esta descrição conceptual contribui grandemente para a a compreensão de quadros psicopatológicos associados a eventos traumáticos, uma vez que, tratando-se de uma reacção defensiva e reactiva, estas ligações poderão, efectivamente, ser defeituosas ou mesmo erróneas, conduzindo provavelmente o indivíduo a um quadro sintomatológico específico.

Seguidamente, Freud (1925; 1934-38) avança com uma nova teoria sobre a ansiedade, enfatizando a relação entre traumatismo e perda objectal. Posto isto, o autor introduz um tópico (relações de objecto) que viria mais tarde a tornar-se um conceito essencial na teoria psicanalítica. Na sua exploração sobre a relação entre traumatismo e narcisismo conclui que uma ferida narcísica conduz a um trauma. Freud (1934-38) deixa claro o facto de que as experiencias traumáticas, que desempenham um papel proeminente no estabelecimento do aparelho mental, o seu funcionamento e organização, podem danificar um ego ainda primitivo e provocar feridas narcísicas.

Um traumatismo, como impacto negativo, desorganiza a mente e cria um enclave, como na geografia, “um estado dentro dum estado”, uma clivagem que previne qualquer transformação pelo processo de elaboração, ou mesmo, acrescentando, de pensamento. Todos os elementos que Freud (1934-38) descreve na sua discussão fornecem o cerne da definição operacional daquilo que podemos nomear de “trauma”.

Perspectiva Clássica sobre as Neuroses Traumáticas

Freud e Fairbairn discordaram fortemente acerca do significado do mundo objectal, e, por conseguinte, dos eventos externos, no desenvolvimento da psique. Ademais, ambos os autores referem-se especificamente aos efeitos do trauma quando este ocorre na vida adulta. Por razões heurísticas, portanto, uma comparação entre as suas posições metapsicológicas oferece-nos uma oportunidade de explorar as teorias clássica e das relações objectais sobre este tópico. As 2 grandes guerras forneceram a Freud e a Fairbairn a oportunidade de resolver as suas incertezas teóricas, ao analisar o impacto que a guerra tinha no psiquismo dos soldados.

Freud (1920, p.23) comenta:

“A terrível guerra que há pouco findou deu origem a grande número de doenças desse tipo; pelo menos, porém, pôs fim à tentação de atribuir a causa do distúrbio a lesões orgânicas do sistema nervoso, ocasionadas pela força mecânica.”

Porem, Fairbairn (1952) alterou a terminologia da até á data chamada “shell shock” para a posterior “Neurose de Guerra”, sendo esta uma conquista científica de alto valor. O autor considerou esta conquista como sendo de alto valor pois esta reformulação implicava que os sintomas do antigo “shell shock” ou fadiga de guerra eram essencialmente psicológicos e não neurológicos. Em semelhança, ambos concluíram que as neuroses de guerra não estavam confinadas ao teatro de guerra, em geral.

Tem sido recentemente sugerido (Clark, 1980; Gay, 1988) que o artigo “Para além do princípio do prazer” foi a tentativa de Freud ter em conta a brutalidade e a perversidade da primeira guerra mundial, ao mesmo tempo que se percebe a pressão que Freud sentiu para reestruturar a teoria da economia psíquica, para que pudesse contemplar o “obscuro e melancólico tema da neurose traumática” (Freud, 1925). A sua familiaridade com alguns dos sintomas reactivos ao trauma é evidente na sua discussão sobre os sonhos repetitivos e o evitamento de eventos que lembravam os sobreviventes do trauma original. Os pesadelos repetitivos que os veteranos de guerra sofriam noite após noite foram a primeira oportunidade que Freud (1925) teve para anotar uma excepção á sua proposição inicial de que os sonhos eram uma espécie de preenchimento dos desejos do inconsciente, como já observamos anteriormente. Freud (1925) propôs então que os sonhos traumáticos eram uma parte da compulsão á repetição conduzida pelo instinto de morte. Por um lado, a repetição constante das memórias traumáticas nos sonhos pode ser encarada, segundo o autor, como uma tentativa de tomar controlo sobre um evento que o indivíduo experimentou enquanto vítima passiva,

tomando, através da repetição, um papel activo. É através de um profundo conhecimento sobre a fenomenologia da compulsão á repetição que podemos compreender, que na mente, aquilo que não pode ser elaborado tende para a repetição.

Anna Freud (1967, p.229), a respeito da ligação do evento traumático com o conceito, introduzido pelo seu pai, de instinto de morte, diz-nos:

“External traumas are turned into internal ones if they latch on to, or coincide with, or symbolize the fulfillment of either deep-stated anxieties, or wishes or fantasies.”

Por outras palavras, segundo a autora, dentro duma linha estrutural, um trauma tem de ter as suas raízes em conflitos psíquicos para ser vivido como realmente traumático. Num recente exemplo deste conceito específico, Adams-Silvan & Silvan (1990) descreveram um caso de um veterano da guerra do Vietname, cujos sonhos repetitivos se focavam no terror de explodir enquanto carregava um morteiro. Os autores interpretaram estes sonhos como sendo desejos inconscientes do paciente em repetir insistentemente o prazer proibido e o prazer na culpa de ter defendido a sua mãe contra um padrasto vivido como brutal e tirano na sua adolescência. Ora, para Boulanger (2002), ficam dúvidas no ar acerca da profundidade do conhecimento que o analista em questão tinha da verdadeira experiencia de guerra que o seu paciente experimentou ao serviço do exército.

Contudo, Freud (1925) vai realmente para além do princípio do prazer para procurar explicar as neuroses traumáticas para além de uma teoria centrada exclusivamente no princípio do prazer, que é claramente servido pelo controlo activo ou pela realização de desejos inconscientes. O autor introduz assim a ideia de um segundo, “mais primitivo”, instinto, o instinto de morte que se deixa transparecer através dos próprios sonhos traumáticos. Devido, como já observámos, á sua barreira protectora o sistema consciente é geralmente menos impressionável a estímulos externos, mas é extraordinariamente sensível a estimulações internas vindas do sistema inconsciente. Uma vez que o sistema seja “penetrado” por uma força externa imprevisível, conseqüentemente, os sonhos repetitivos procuram, como que, “masterisar” esse estímulo retrospectivamente (Freud; 1925). O princípio que conduz a esta compulsão á repetição, sugeriu o autor, tem de ser independente do princípio do prazer, porque aquilo que está a ser repetido põe o ego em sofrimento. O instinto de morte exemplificava o carácter conservativo e regressivo do instinto em geral, isto é, a tendência do instinto em procurar a descarga e, daí, reduzir a excitação ao nível zero. Isso assume a forma de regressão a níveis cada vez mais simples e arcaicos. Freud (1925, p.177-178), a respeito da natureza do instinto de morte, explica:

“Todo desprazer deve assim coincidir com uma elevação e todo prazer com um rebaixamento da tensão mental devida ao estímulo; o princípio de Nirvana (e o princípio de prazer, que lhe é supostamente idêntico) estaria inteiramente a serviço dos instintos de morte, cujo objetivo é conduzir a inquietação da vida para a estabilidade do estado inorgânico, e teria a função de fornecer advertências contra as exigências dos instintos de vida - a libido - que tentam perturbar o curso pretendido da vida.”

Afastando-nos então de uma teoria do instinto, e os problemas particulares que uma metapsicologia fundada em redor destes constructos engloba, um modelo psicanalítico que permita uma maior pertinência dos eventos externos no desenvolvimento psíquico, poderá acomodar melhor o impacto do trauma. No entanto, por si só, a mudança de um princípio de procura de prazer (ou instinto de morte) para uma procura objectal não oferece muito recurso para o adulto sobrevivente de um trauma psíquico. (Boulanger, G; 2002).

Fairbairn (1952), psiquiatra e psicanalista durante a segunda grande guerra, lidou com vários combatentes que haviam tido “esgotamentos” ou colapsos durante a guerra. No final desta segunda guerra mundial, o autor concluiu perspicazmente que os colapsos que observou durante este serviço eram causados por uma extrema “dependência infantil nos objectos” que os soldados pareciam evidenciar. Fairbairn (1952) aponta então para uma estrutura endopsíquica, que, diz ser adquirida em resposta a experiências traumáticas que a criança sofre nos cuidados prestados pelo seu objecto primordial (o prestador de cuidados), estabelecendo desta forma uma teoria sobre um sistema fechado onde qualquer experiência traumática vivida enquanto adulto é não mais que um reflexo de padrões comportamentais de excitação ou frustração das quais o sujeito foi alvo na sua relação infantil com os prestadores de cuidados. O autor teoriza portanto que uma vez formada, a personalidade não pode ser alterada, e que a estrutura endopsíquica é um sistema fechado que não pode ser permeável aos eventos do exterior. (Fairbairn; 1952). Esta visão estabelece portanto que eventos traumáticos experimentados na vida adulta têm um impacto tão traumático quanto o seu nível de correspondência com experiências primordiais estruturadas em padrões relacionais objectais.

Para Fairbairn (1952), tão bem para quem segue ainda este racional teórico, os eventos externos têm de possuir um grau de significância com memórias recalcadas que estão associadas á relação com maus objectos, forçando a libertação destes objectos dentro do funcionamento consciente, para que a experiência se torne traumática. Quando uma libertação dos maus objectos ocorre, o sujeito encontra-se confrontado com situações terríveis que eram outrora inconscientes, mas que por significância com o evento externo ganham um significado que é deste modo atribuído por padrões relacionais com os objectos primordiais do sujeito (Fairbairn (1952). Parece-nos que esta teorização se aproxima fundamentalmente daquilo que

mais tarde havia sido proposto por Melanie Klein a respeito da identificação projectiva e de toda a psicopatologia associada a este mecanismo, assunto este que merecerá um olhar mais cuidadoso adiante.

Segundo a metapsicologia proposta por Fairbairn, na experiência humana tudo está subordinado a padrões relacionais com os objectos e a falhas características dessa mesma relação. Como Greenberg (1991, in Boulanger, 2002) aponta, o sujeito para Fairbairn é caracteristicamente um sujeito passivo na sua raiz, tanto a criança como o adulto apenas precisam de alguém que deles tome conta, hipótese esta que clarifica uma mudança clara de uma economia psíquica que funciona por uma procura de prazer para uma que procura o objecto (Fairbairn; 1952). Deste modo, não nos surpreende que, a título de exemplo, o soldado que descompensa durante o serviço militar seja descrito mais em termos de uma criança carente do que um homem que tenha sido feito prisioneiro de guerra e que vive dia após dia na incerteza da continuidade da sua vida. Concluindo, e num ponto de vista prático, o psicanalista para Fairbairn é como que um “exorcista” cuja tarefa é “expelir os demónios do interior do sujeito”.

Como podemos observar, quer se trate de uma teoria baseada no instinto/pulsão quer se trate de uma teoria baseada na relação de objecto, parece haver um determinante central, que a existência de uma estrutura, e o ponto de partida que coloca o sujeito da experiência traumática condicionado pelo processo desenvolvimental psíquico que percorreu. Contudo, recentes propostas teóricas procuram desviar a acessão psicanalítica do trauma, e das perturbações associadas a este, do campo estrutural para um campo relacional, e, como já discutimos anteriormente, despreocupados sobre a existência ou não de uma estrutura de personalidade que possa de algum modo ditar o tipo de resposta a um evento traumático. Boulanger (2002) propõe uma abordagem ao trauma psíquico fundamentada numa teoria relacional, contestando activamente a insistência da psicanálise em pressupor a existência de uma estrutura que de algum modo inviabiliza o impacto de um evento traumático *per se*, ou seja, independente de uma estrutura individual presente no indivíduo.

Parece-nos, certamente, razoável uma crítica na insistência de um princípio estrutural para explicar toda a fenomenologia dos quadros psicopatológicos, mas, contudo, negar essa mesma existência de uma estrutura de personalidade, seja ela entendida do ponto de vista do impulso ou do ponto de vista da relação objectal, parece-nos por de parte toda uma investigação teórica e clínica cujas implicações fenomenológicas e compreensivas não podem ser desprezadas. Mais importante que este tipo de preocupação é, como veremos posteriormente, compreender que existem modos de funcionamento mentais reservados a

diferentes sistemas no psiquismo, e que não nos parece de todo infundada a hipótese do funcionamento conjunto, ou nuclear, destes diferentes modos de funcionamento.

Trauma Psíquico Catastrófico e Morte Psicogénica

Do ponto de vista dinâmico poderíamos definir um trauma psíquico catastrófico como um evento externo repentino que perfura o aparelho psíquico, que não tem como evitar a sua confrontação, não conseguindo de facto contê-la (Grotstein, 2000); ou como nos diz Blanchot (1986) trata-se de uma “desastrosa e silenciosa afirmação do exterior”. A imagem que provavelmente descreveria melhor esta realidade psíquica seria a de uma explosão, desintegrando o que quer que esteja no seu epicentro. Outro modo de explicar este acontecimento é como que uma quebra no próprio sentimento de existência, um instante em que nada existe. Grotstein (1999) dá o nome de “estado traumático puro ou absoluto” a este acontecimento, onde a capacidade para elaborar a experiência fica como que inactiva. Winnicott (1989) fala-nos de “morte fenomenológica”, apontando para o paradoxo que se encontra no cerne da reacção a um trauma, afirmando que a “morte fenomenológica” é “a morte como fenómeno, não sendo um tipo de facto que possa ser observado”, ao que Blanchot (1986, in Tarantelli, 2003) metaforiza como sendo uma experiência que destrói tudo e que ao mesmo tempo deixa tudo intacto, ou mesmo uma não-experiência que não pode ser esquecida.

Como já podemos observar, Para Freud (1926) um trauma ocorre sempre que o ego se encontra indefeso face a uma situação ameaçadora, ou seja, quando se instala uma situação de economia psíquica desarranjada por uma estimulação que não pode ser gerida ou descarregada. O protótipo para esta situação de perigo é o violento trauma do nascimento, onde a criança se encontra numa situação violentíssima e estruturalmente incapaz de gerir a tensão associada a este acontecimento. Posteriormente, numa situação de perigo, o ego lembra-se e espera desencadear o mesmo tipo de resposta que teve a traumas anteriores (Tarantelli; 2003). Basicamente, para Freud, a questão central é se a situação egoica de desespero físico – a incapacidade de evitar a situação traumática e a ameaça que esta representa – se pode ou não tornar em desespero psíquico, ou a incapacidade para estruturar uma defesa que possa remover o ego da situação que o ameaça. Se, de facto, não for possível criar uma defesa e a estimulação não poder ser gerida ou descarregada, então o trauma ocorrerá. Segundo Tarantelli (2003) o modelo Freudiano serve como uma base essencial para a compreensão do trauma em adulto, sugerindo que, quando o evento traumático encontra

uma cabal ausência de defesas e, portanto, um total desespero psíquico instalado na mente, então estará aberto o caminho para a vivência traumática profunda.

Através dos trabalhos de Spitz (1965, in Tarantelli, 2003) sabemos que o perigo dos estados traumáticos pode ser muito extremo, por exemplo, no caso das crianças que observou que foram sujeitas a largos períodos de privação parental enquanto hospitalizadas, sofriam de marasmo e autênticas depressões anaclíticas. Segundo Krystal (1988, in Tarantelli, 2003), as severas consequências desenvolvimentais que este tipo de impacto provoca são irreversíveis porque, se este padrão infantil de emergência, no seu sentido estrito, se prolonga por largos períodos de tempo, altera permanentemente funções corporais, modificando a própria regulação de afectos e mesmo sistemas reguladores vitais. Como nos mostrou Spitz (1965, in Tarantelli, 2003), em casos extremos, esta privação pode conduzir ao total desvanecimento de funções vitais, ou seja, pode provocar uma autêntica morte psicogénica, que comprovou nos estudos que desenvolveu em crianças das ex-colónias francesas em África.

Gaddini (1992, in Tarantelli, 2003), na sua teoria sobre a actividade mental primitiva, formulou uma explicação metapsicológica para aquilo que Spitz investigou fenomenologicamente, concluindo que no período imediatamente a seguir ao nascimento, na mente, os processos são intrinsecamente elementares e não podem ainda considerar-se uma estrutura mental ou um ego primitivo. Por outras palavras, os mecanismos de regulação psíquica para repor a homeostase interna ainda não estão ainda formados, incapacitando o recém-nascido de se defender contra uma acumulação de tensão. Nesta etapa do desenvolvimento mental, se a energia acumulada, que é normalmente descarregada por intervalos regulares através da actividade oral, não for descarregada externamente (através da sucção ou mamada) tenderá para se descarregar internamente, que, segundo Gaddini (1992, in Tarantelli, 2003), numa altura muito precoce da vida, provocará uma desorganização nas respostas orgânicas, ou seja, desarranjos funcionais mais ou menos sérios a um nível orgânico.

O que acabámos de explorar foi uma abordagem desenvolvimental á problemática do trauma, mas, contudo, o que levanta mais questões é que, em casos extremos, a reacção adulta a um evento traumático também pode conduzir a uma morte psicogénica. Krystal (1988, in Tarantelli, 2003) afirma que este tipo de morte psicogénica pode ocorrer se a vítima de um trauma psíquico catastrófico se render completamente á situação, não podendo prever qualquer tipo de reacção possível. Se esta “rendição” ocorrer, o individuo encontrar-se-á então num estado de imobilidade, talvez próxima da catatonia, e abandona toda a actividade preservadora da sua vida. O autor avança ainda dizendo que uma vez que este processo de

submissão total ao evento traumático aconteça, não poderá ser travado voluntariamente, podendo conduzir á morte da vítima a não ser que sofra a intervenção de um prestador de cuidados (Krystal; 1988, in Tarantelli, 2003).

Esta proposta teórica a respeito de uma morte psicogénica torna-se, de facto, virtualmente impossível de observar num nível fenomenológico, sendo ela o resultado mais extremo do impacto traumático e catastrófico de um evento, contudo, Tarantelli (2003) recolheu, a título ilustrativo, exemplos dos sobreviventes de campos de concentração Nazis, onde eventos deste foro ocorreram em larga escala. O autor diz-nos que para além daqueles (prisioneiros) que eram imediatamente seleccionados para as câmaras de gás, uma larga percentagem de prisioneiros mostravam uma verdadeira desistência e morriam passados poucos dias da sua chegada. Outros sobreviveram mas ficaram posteriormente aniquilados psicologicamente antes de morrerem fisicamente. Estes últimos eram chamados de *Muselmanner* ou, segundo Bettelheim (1960), “Cadáveres Andantes” (*Walking Corpses*). Levi (1979) descreveu estes *Muselmanner* da seguinte como sendo “aqueles que por uma incapacidade básica, por puro azar, ou por um qualquer incidente (...) eram ultrapassados antes de conseguirem adaptar-se”. Estes prisioneiros deixavam de exhibir comportamentos auto-preservadores; deixavam de economizar as suas energias; deixavam de procurar alimento (algo absolutamente essencial para alguém que estava destinado a trabalhos forçados durante todo o dia); deixavam de se desviar das agressões violentas que os guardas lhes provocavam; e deixavam de olhar os outros prisioneiros nos olhos; até mesmo a percepção parecia estar afectada nestes prisioneiros, uma vez que deixavam de se desviar das pessoas ou objectos que se apresentavam no seu caminho (Krystal, 1968; Niederland, 1968, in Tarantelli, 2003).

Do ponto de vista psicológico, aquilo que Levi parece ter observado como uma ausência de qualquer traço de pensamento nos *Muselmanner* não era simplesmente um bloqueio na passagem do interior para o exterior, de pensamentos para palavras, mas sim uma completa destruição de toda a actividade mental e, portanto, de toda a individualidade, subjectividade ou sentimento de existência (Tarantelli, 2003).

Como podemos observar, a situação de morte psicogénica representa o resultado mais extremo da reacção a um trauma psíquico catastrófico. Consideramos que a descrição que Tarantelli (2003) nos apresenta dos relatos de Levi acerca dos *Muselmanner* é altamente esclarecedora do conceito em questão. Como podemos calcular, esta realidade não se verifica apenas em ex-prisioneiros de campos de concentração nazis, alias, isso seria reduzir o espectro de eventos potencialmente traumáticos a uma realidade muito específica a nosso entender. Poderíamos observar o mesmo tipo de sintomatologia, por exemplo, em vítimas de

maus tratos; vítimas de violações; ex-combatentes em guerras especialmente violentas; ou vítimas de acidentes de diversos tipos. Contudo, o que acabámos de analisar foi exactamente uma consequência extrema do impacto traumático catastrófico de um dado evento que, como veremos, atravessa primeiramente todo um percurso que procuraremos compreender seguidamente de um ponto de vista metapsicológico.

Função Simbólica e Pensamento

Após toda uma atenção dirigida ao tema do inconsciente, estrutura psíquica e o possível impacto catastrófico de um evento traumático nessa mesma estrutura, consideramos absolutamente essencial um olhar cuidadoso sobre a noção de símbolo e a sua respectiva função.

Freud (1900) compreendeu que os sintomas histéricos, que o preocupavam nessa altura, tinham um significado simbólico ligado á vida mental e a fantasias recalçadas. O autor teoriza, portanto, que é por via do simbolismo que o inconsciente se faz manifestar, seja por sintomas, sonhos ou através das relações humanas correntes e naturalmente conflituais. Na altura em que escreve o seu artigo “A Interpretação de Sonhos” o autor introduz o termo “representação indirecta”, e começa então a diferenciar aquilo que chamou de “Símbolos” de outros tipos de representações indirectas (Freud, 1900). Sumarizando, os símbolos são quase totalmente universais; podem variar ocasionalmente dependendo das culturas em questão; são dados e não formados; e derivam de um passado muito arcaico.

Como resultado da sua longa discussão com Jones a respeito da diferença entre a sublimação e o simbolismo, tão bem como a discussão sobre a quantidade de significados que podem estar representadas por um símbolo, Freud (1900, p.385) explica:

“Frequentemente, eles [os símbolos] possuem mais de um ou mesmo vários significados e, como ocorre com a escrita chinesa, a interpretação correcta só pode ser alcançada, em cada ocasião, partindo-se do contexto. Essa ambiguidade dos símbolos vincula-se à característica dos sonhos de admitirem uma “superinterpretação”, de representarem num único conteúdo pensamentos e desejos que são, muitas vezes, de natureza amplamente divergente.”

A introdução de Freud á temática do símbolo levantou questões que motivaram discussões a respeito da natureza do simbólico e da sua respectiva função. Como questiona Segal (1991), será que os símbolos têm realmente apenas um significado? Não haverá também símbolos que necessitem de um trabalho de elaboração psíquica e, portanto, não são meramente fornecidos? E, finalmente, será que os símbolos apenas aparecem no material onírico e nos sintomas?

A resposta a estas questões teve, no nosso entender, o seu grande primeiro momento através do trabalho de Melanie Klein com crianças. Klein (1930) utiliza o conceito de simbolismo da mesma forma que Freud utilizou na sua proposta inicial, compreendendo o jogo da criança na sessão como uma expressão simbólica de conflitos, desejos e fantasias inconscientes.

Para Klein (1923) tornou-se claro que a expressão simbólica não se dava apenas em termos de sintomas, mas também no dia-a-dia das crianças, começando a prestar uma atenção especial a esta problemática. Ao debruçar-se sobre as inibições intelectuais nas crianças, deparou-se com a pertinência da função simbólica e da sua formação na raiz dessa problemática, onde associou as inibições intelectuais com uma inibição na própria função simbólica (Klein, 1930).

Segundo Klein (1930) na génese da formação de símbolos está a agressividade primária dirigida ao objecto primordial, geradora de ansiedade e culpa. Os instintos epistemológicos da criança, carregados de componentes libidinais e agressivas, dão origem a desejos e fantasias de explorar o corpo materno. Ansiedade e culpa proveniente da orientação destes impulsos conduzem, resumidamente, a um redireccionamento destes impulsos para outros objectos, dando um significado simbólico ao mundo que rodeia a criança. Contudo, Klein (1930) clarifica que, se a ansiedade tomar proporções excessivas todo o processo ficará inibido.

Para ilustrar a forma como uma inibição na formação de símbolos tem efeitos catastróficos no desenvolvimento do ego, Klein (1930) descreveu uma criança autista que não sabia falar ou brincar, não mostrava sinais de afecto ou ansiedade, não mostrando qualquer interesse pelo que o rodeava a não ser maçanetas de portas, comboios e respectivas estações, que pareciam fascina-lo. Da análise deste caso Klein (1930) concluiu que se a simbolização não ocorre, todo o desenvolvimento do ego está comprometido, associando a excessiva ansiedade desta criança em relação ao corpo materno, e a eminente emergência de uma culpa também ela excessiva, com a estruturação de um edifício defensivo que bloqueava toda a função simbólica. O excesso de sadismo presente nesta fase que conceptualizou como sádico-oral, dá origem a ansiedade e põe em movimento os métodos de defesa mais arcaicos do ego, sendo o mais relevante o mecanismo da identificação projectiva. O grau de sucesso com que o indivíduo consegue passar por esta fase vai determinar até que ponto poderá ter acesso a um mundo externo que corresponda à realidade. Para Klein (1930) a primeira realidade da criança é caracteristicamente fantástica, onde partes de objectos animados e inanimados são igualados uns aos outros, e só á medida que o ego se desenvolve se vai estabelecendo uma verdadeira relação com a realidade, dependendo este desenvolvimento egoico da capacidade do indivíduo em tolerar a pressão das primeiras situações ansiogenas. Será necessário um equilíbrio ideal entre os factores envolvidos, onde uma certa quantidade de ansiedade é a base necessária para que a formação de símbolos possa ocorrer, favorecendo um bom desenvolvimento do ego (Klein, 1930).

Segundo Segal (1978), numa linha teórica claramente seguidora do racional Kleiniano, poderíamos diferenciar 2 tipos de formação de símbolos e por conseguinte 2 tipos distintos de funções simbólicas. O primeiro tipo a autora chamou de equação simbólica, característico do pensamento concreto presente na esquizofrenia (e não só), onde o símbolo é de tal forma equacionado ao objecto simbolizado que os dois se tornam indistintos, dando o exemplo de um paciente que se recusava a tocar violino em publico argumentando violentamente que não o fazia pois não se queria masturbar em publico. Aqui, um violino é um pénis, e, portanto, tocar um violino era sentido pelo paciente como estando a masturbar-se, logo, a não ser feito em público. O outro tipo de função simbólica chamou de representação simbólica, onde o símbolo representa o objecto mas não está inteiramente equacionado com ele, e que caracteriza o modo mais evoluído de função simbólica.

Segal (1997) chegou á conclusão que os dois modos de simbolismo supracitados estão intimamente ligados com as posições esquizo-paranoide e depressiva descritas por Melanie Klein. Simbolismo, por si só, diz respeito a uma relação tripartida entre o símbolo, o objecto que este simboliza e a pessoa para quem o símbolo é o símbolo de um objecto. Na ausência de uma pessoa não pode haver um símbolo, e, portanto, esta relação tripartida não existe quando a identificação projectiva impera no funcionamento mental. A parte relevante do ego está identificada com o objecto, não havendo uma diferenciação suficiente entre o ego e o próprio objecto, os limites tendem a desaparecer, uma parte do ego é confundida com o objecto, e o símbolo, que é uma criação do ego, é confundido com o que é simbolizado. Concluimos, portanto, que só com o estabelecimento da posição depressiva, a experiencia da separação e perda que a representação simbólica se torna possível.

Resumindo, Segal (1997, p. 157) explica finalmente a diferença dos dois tipos de função simbólica, e o seu papel na vida mental do indivíduo da seguinte forma:

“Na equação simbólica, o símbolo substituto é sentido como *sendo* o objecto original. As propriedades próprias do substituto não são reconhecidas ou admitidas. A equação simbólica é usada para negar a ausência do objecto ideal ou controlar um objecto persecutório. Ela pertence aos primeiros estágios do desenvolvimento.

O símbolo propriamente dito, disponível para sublimação e propcionador do desenvolvimento do ego, é sentido como *representando* o objecto. Suas características próprias são reconhecidas, respeitadas e utilizadas. Ele surge quando os sentimentos depressivos predominam sobre os esquizo-paranoides, quando a separação do objecto, a ambivalência, a culpa e a perda podem ser vivenciadas e toleradas. O símbolo não é usado para negar a perda, mas para superá-la. Quando o mecanismo de identificação projectiva é usado como defesa contra ansiedades depressivas, os símbolos já formados, que funcionam como símbolos, podem reverter a equações simbólicas.

A formação de símbolos governa a capacidade de comunicação, já que toda a comunicação é feita por meio de símbolos. Quando ocorrem perturbações esquizoides nas relações objectais, a capacidade de comunicação é similarmente perturbada: primeiro, porque a diferenciação entre o sujeito e o objecto é borrada; segundo, porque faltam os *meios* de comunicação, uma vez que os símbolos são sentidos de modo concreto e, portanto, não estão disponíveis para fins de comunicação. (...) Os símbolos são necessários não apenas para a comunicação com o mundo externo, mas também na comunicação interior.”

Partindo de Freud, em relação a toda a sua teoria sobre os dois princípios do funcionamento mental, e apoiando-se em Melanie Klein, no que diz respeito aos processos de clivagem, de identificação projectiva e os fenómenos da passagem da posição esquizo-paranóide à posição depressiva (PS↔D), Bion (1962) permite uma nova abordagem do funcionamento mental, numa teoria onde procurou a origem, o desenvolvimento e a natureza do pensar, sempre a partir da sua prática clínica, sobretudo com pacientes psicóticos ou *borderline*. O termo “Pensar” designa dois processos diferentes: há um pensar que dá origem aos pensamentos e outro pensar que consiste em usar os pensamentos epistemologicamente pré-existentes (Bion, 1962). Segundo o autor, o pensamento evolui para a abstracção e para a complexidade a partir de fontes experimentais rudimentares, explicando que para além de existirem os pensamentos, sendo eles genética e epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar, deverá haver aquilo que chamou “o aparelho para pensar os pensamentos”, que consiste num modelo funcional e dinâmico com dois mecanismos basilares: o primeiro, representado pela inter-relação entre algo que se projecta, um “conteúdo” (♂) e um objecto que o contem, um “continente” (♀); o segundo representado, dada a sua raiz teórica, pela relação complexa entre as posições esquizo-paranóide e depressiva (PS↔D), pelo inter-jogo permanente entre a dissociação (ou dispersão) e a integração (Bion, 1962).

No entendimento do termo “pensamento”, Bion (1962) insere os proto-pensamentos, as pré-concepções, as concepções e os conceitos. Quando uma pré-concepção (inicialmente a expectativa inata do seio) se une com uma “realização” (a experiência real com o seio), nasce uma “concepção”; quando a essa pré-concepção não se encontra com o seio real, ou seja, uma realização negativa, provocará uma frustração (ausência de seio – seio mau) que poderá levar, se existir uma capacidade inata de tolerância à frustração e/ou se o aparelho psíquico materno dispuser de uma suficiente capacidade de tolerar, conter e transformar essa frustração, a uma identificação projectiva (I.P.) normal que, por conseguinte, levará à transformação dos “proto-pensamentos” ou, como lhes chamou Bion, “elementos β (beta)”, à produção de “elementos α (alfa)” e ao surgimento do pensamento *per se*, podendo este juntar-se a uma nova realização,

dando origem á matriz de um novo pensamento e, portanto, á abstracção. Quando a incapacidade de tolerar esta frustração é demasiadamente grande, a personalidade tende, como entendemos através das teorias de Melanie Klein, tende a fugir através da evacuação dos elementos β , que permanecem no domínio do factual, sentidas como coisas em sí, provocando uma tendência para uma hipertrofia duma I.P. caracterizada pela onipotência e irrealista. Uma mente deste tipo funciona como um mero musculo que descarrega insistentemente elementos β , sendo incapaz de aprender com a experiencia e de crescer (Bion, 1962).

Como observámos, para Bion (1962), na origem do pensamento está, como para Melanie Klein, uma frustração. O bebé, após o “trauma do nascimento” tende de uma certa forma a expulsar as suas angústias de morte no aparelho psíquico materno sob a forma de elementos β , que não podem ser pensados, sonhados ou recordados, podendo apenas ser evacuados pela motricidade ou, como sabemos, pela via somática. Estes elementos β vão ser recebidos pela capacidade de pensar da mãe, também denominada pelo autor de “função α ” ou capacidade de “*rêverie*” (devaneio), que opera sobre as impressões sensoriais e as experiencias emocionais percebidas, transformando-as em elementos α . Os elementos β após serem digeridos e transformados serão restituídos á criança, numa relação de I.P., dita normal, que a mãe tem com ela. Sabido é, ainda, que existem elementos que, numa relação saudável, não são restituídos á criança, sendo o caso da inveja, que será contida pela mãe em condições favoráveis. Além disso, juntamente com esses elementos β desintoxicados, a mãe vai projectar na criança uma certa quantidade de elementos α , saídos da sua própria função α ou “capacidade para pensar os pensamentos”. Bion (1962) segue explicando que só quando a criança, inicialmente suportada pela função α materna, puder transformar a sua experiência emocional, é que poderá começar a tolerar a demora e a ausência, tornando-se capaz de transformar o seio mau presente num seio bom ausente (ou não-seio), logo, o símbolo.

Torna-se esclarecedor que, segundo Bion (1962), o aumento progressivo, no aparelho psíquico do bebé, de elementos α , isto é, imagens, modelos auditivos ou olfactivos, que serão armazenados e utilizados para a formação de pensamentos oníricos, inconscientes de vigília, sonhos ou recordações, formará aquilo que o autor nomeou de “barreira de contacto”, protótipo da função α , que nos parece ocupar o lugar tópico geográfico do sistema Pcs. de Freud. É através desta “barreira de contacto” que se constituem, por um lado, as *fantasias inconscientes* e, por outro, a própria *consciência* que, para Freud, como pudemos observar, seria o órgão encarregado da percepção das qualidades psíquicas.

Como já percebemos, esta barreira de contacto resulta da introjecção de algo do espaço psíquico da mãe, e funcionará progressivamente como um continente (♀)

relativamente autónomo para as actividades psíquicas que constituem o seu conteúdo (α). Segundo Bion (1962) a personalidade alimenta-se dos dados da experiência sensorial e emocional (ou interna), desenvolvendo-se na medida em que conseguir assimilar mais ou menos esses dados. Uma incapacidade de tirar proveito da experiência emocional provocaria, portanto, uma deterioração catastrófica no aparelho mental, que o autor observou em sujeitos gravemente perturbados e que denominou como situações de “morte psíquica”, uma vez que estes sujeitos eram incapazes de “digerir” os factos da realidade interna e externa.

Se a função α é perturbada há, logicamente, um defeito no registo e na notação da experiência, permanecendo as emoções e as impressões dos sentidos cruas e inalteradas, não transformadas, não digeridas e não simbolizadas, ou seja, elementos β sentidos como coisas em si e não como fenómenos. Este racional depreende-se quando Bion (1962, cit in Cabral, 1998, p. 129) nos diz:

“A experiência emocional que acontece durante o sono não é diferente da que acontece no estado de vigília porque, nos dois casos, as percepções da experiência emocional devem ser elaboradas pela função α antes de poderem ser utilizadas nos pensamentos do sonho. A função α opera sobre todas as impressões dos sentidos e todas as emoções de que o paciente tem consciência”

Estes elementos β não serão postos á disposição do pensamento, não poderão ser recalçados, não poderão ser armazenados na memória, tendo como única saída uma evacuação através do mecanismo da I.P. ou na produção de *acting outs*.

A função α designa, segundo Bion (1962), uma função simbólica, essencial para registar, elaborar e comunicar as experiências favoráveis ao crescimento, existindo quando certos factores intervêm concertadamente. Se isto não acontece, a personalidade encontra-se impossibilitada de produzir elementos α e, portanto, de ter pensamentos oníricos, de estar consciente ou não, e de tirar proveito da experiência, o que esclarece a posição limítrofe e variavelmente caótica do funcionamento mental de sujeitos que padeçam de perturbações a este nível. Esta incapacidade é dramática porque, para além dos inconvenientes claros da impossibilidade de tirar sentido da experiência e de criar vínculos e símbolos, o uso evacuatório da I.P faz com que o sujeito se encontra ainda rodeado e perseguido por objectos bizarros. A tomada de consciência duma experiência emocional é tão necessária e vital como a tomada de consciência dos objectos concretos (totais), realizada por meio das impressões sensoriais (Bion, 1962).

Resumindo, do pensamento de Bion (1962), percebemos que a função α pode ser considerada como uma estrutura, designando uma verdadeira capacidade de abstracção e,

como vimos, de tirar partido e sentido da experiência emocional e ambiental. O conceito de “barreira de contacto”, aliado com a teoria da função α , parece-nos fundamentalmente importante, uma vez que nos remete para uma noção estrutural que acompanha o indivíduo na sua relação com o mundo externo e interno, tornando-o capaz (ou não) de elaborar ou transformar, como já entendemos, elementos β em elementos α . Parece-nos ainda muito importante compreender toda esta dinâmica, e uma vez que falamos de barreira de contacto, como estabelecendo uma espécie de limiar de elaboração psíquica, variável de indivíduo para indivíduo.

Simetria e Assimetria – Uma Teoria Bi-Lógica

Uma teoria particularmente importante, a nosso ver, na compreensão fenomenológica dos estados traumáticos e suas respectivas organizações psicopatológicas, é a teoria bi-lógica proposta por Ignacio Matte-Blanco. O autor, através duma escrita muito complexa (dada a exigência teórica da sua proposta), dedicou-se profundamente a detalhes particulares acerca das ideias que Freud (1915) propôs sobre a natureza processual do sistema ics.

Freud (1915), como já percebemos, desenvolveu as suas ideias em torno de um princípio central que concebe a mente como sendo dinâmica, constituída por impulsos, instintos e desejos que poderão, evidentemente, entrar em conflito. Matte-Blanco (1975) jamais põe de parte qualquer assunção teórica basilar na teoria Freudiana, contudo, posiciona-se num ponto de partida conceptual distinto. O autor vê a mente não apenas como dinâmica mas também como um sistema discriminador e classificador, utilizando a teoria matemática dos conjuntos como pano de fundo conceptual. Um conjunto não é mais que uma colecção de qualquer coisa, podendo conter qualquer item ou um número infinito. Quando temos um conjunto de coisas que têm um atributo em comum, estamos então na presença de uma classe. É portanto sobre este racional que Matte-Blanco (1975) avança com a sua revisão do sistema ics. Freudiano e posterior teoria bi-lógica do funcionamento mental.

Para Matte-Blanco (1975) a mente está em constante actividade de reconhecimento, fazendo proposições acerca de uma coisa, de outra coisa e sobre a relação entre essas “coisas”, e é neste constante e continuo funcionamento mental que Matte-Blanco (1975) diferencia a lógica simétrica da lógica assimétrica.

Comecemos com alguns exemplos de possíveis proposições mentais acerca de possíveis relações assimétricas ocorrendo no pensamento consciente a qualquer momento:

- 1 – “Eu estou a escrever este livro”
- 2 – “O Carlos é o pai do Sérgio”
- 3 – “B é mais pequeno que, ou antecede, 15”
- 4 – “Tu és um aluno do ISPA”

O que se torna claro em cada uma destas frases é que, o inverso de cada relação não é idêntico á relação original, e é isso que justifica, para cada uma delas, uma assimetria a favor duma lógica que ficaria comprometida se simetrizássemos as suas relações, por exemplo, “O Sérgio é o pai do Carlos”.

Na sua discussão sobre o pensamento no inconsciente, Matte-Blanco (1975) conclui que o pensamento normal (ou consciente) lida apenas com coisas que de alguma forma são discerníveis umas das outras e com as relações existentes entre elas. Esta actividade usa uma lógica bivalente e portanto usa relações assimétricas. O autor avança então com a ideia de que, realmente, a descoberta fundamental de Freud não foi a descrição das características do sistema ics., mas sim as bases sobre uma forma de lógica simétrica dominante neste sistema.

O conceito de lógica simétrica é usado por Matte-Blanco (1975) referindo-se a uma operação lógica que é governada por aquilo que o autor denominou como *Princípio da Simetria* (PS), que, como já vimos, se trata dum princípio que ignora todas as leis da lógica bivalente, ou seja, sempre que alguém ou qualquer coisa (**A**) tem uma relação específica com outro alguém ou qualquer coisa (**B**), então este último terá de ser tratado como se tivesse exactamente a mesma relação com o anterior (**A**), ignorando, neste caso, o princípio da mútua exclusividade ou contradição. Sabemos que, numa lógica normal de pensamento, relações simétricas só são normalmente aplicadas a um número muito restrito de situações, como por exemplo a relação entre irmãos, mas, segundo o autor, o que realmente se passa no inconsciente é que, este PS é aplicado a qualquer que seja a relação inerente a um pensamento. Por exemplo, na frase “A Maria é mãe da Joana” se o PS estiver a operar, então é como se estivessemos também a dizer que “A Joana é mãe da Maria” (Matte-Blanco, 1975).

Sabendo que este PS caracteriza e define o sistema ics. tal como Freud o formulou, poderemos perceber, segundo Matte-Blanco (1975) que o PS é incompatível com os conceitos de tempo, espaço e movimento, porque, este princípio é verdadeiramente incompatível com aquilo que os matemáticos chamam de *ordem total*. Podemos dizer que o inconsciente, ao usar uma lógica simétrica, trata frequentemente o inverso de qualquer relação como idêntico á relação original; trata relações assimétricas como sendo simétricas (Matte-Blanco, 1998).

Se o PS é aplicado ao conceito de tempo, então temos que: se um momento (**A**) precede um momento (**B**), quando intervém o PS, o momento (**B**) também precede o momento (**A**). Uma vez que a concepção temporal é não mais que uma ordem (uma *ordem total*) ou sequência de momentos, onde cada momento precede ou segue qualquer outro momento (uma relação assimétrica), se ocorre um PS não podemos construir uma sequência temporal. Somos confrontados com a intemporalidade (Matte-Blanco, 1975).

Ao dizermos que o PS é incompatível com o conceito de espaço, queremos dizer, segundo Matte-Blanco (1975) que: se um ponto (**A**) no espaço antecede um ponto (**B**) e se ocorre um PS, então (**B**) também antecede (**A**). Tal como no conceito de tempo, ao ocorrer um PS, o conceito de espaço, que se justifica por uma sequência de pontos, deixa de ter validade.

Existe ainda um outro corolário do princípio de simetria que gostaríamos de explorar no nosso estudo. Quando o PS entra em vigor, segundo Matte-Blanco (1975), uma parte de qualquer coisa é igual á totalidade dessa mesma coisa, e, portanto, é indistinguível dela. Num ponto de vista mais formal, se (**a**) é uma parte de (**A**), se ocorre um PS, então (**A**) é também uma parte de (**a**). Pela simetriação um conjunto e os elementos ou partes desse conjunto tornam-se idênticos, tornando-se homogeneizados pelo PS, uma vez que os elementos ou partes que constituem o conjunto se tornam indistintos entre si e indistinguíveis do próprio conjunto. O conjunto, por si só, pode ser definido em termos de uma lógica bi-valente, como já foi referido, mas, as características do “interior” desse conjunto, e.g. todos os elementos que este aglomera, são, paradoxalmente, governados por um PS. Poderíamos dizer, portanto, que quando a mente consciente (assimétrica) “espera” uma sequência lógica bivalente, mas uma simetriação foi “inserida”, temos então aquilo que Matte-Blanco (1975) chamou de funcionamento ou estrutura bi-lógica.

Matte-Blanco (1975) diz-nos que o PS intervém normalmente na actividade lógica consciente do dia-a-dia, funcionando, contudo, como pano de fundo ou mesmo “escondido”. É apenas quando a simetriação, anormalmente, se sobrepõe ao funcionamento segundo uma lógica bivalente assimétrica que entramos num registo bi-lógico, ou, num ponto de vista freudiano, no domínio do inconsciente.

As características do sistema ics. á luz da teoria bi-lógica

Retomando um pouco o conteúdo explorado no primeiro capítulo da nossa recensão, gostaríamos de rever as características do sistema ics., propostas por Freud (1915) no seu artigo “O Inconsciente”, cruzando-as com o contributo de Matte-Blanco (1975) a respeito da teoria bi-logica.

Por *Ausência de contradição mútua e negação*, Freud (1915) referia-se a elementos da vida interna que, na lógica da mente consciente, são distintos, mas que, contudo, não se contradizem no domínio do inconsciente. Por exemplo, consideremos duas experiencias internas, que, para serem consideradas contraditórias têm de ser conscientemente sentidas numa relação onde uma *opõe* a outra, sendo o inverso dessa relação impossível á luz da lógica assimétrica. Mas, quando a simetrização ocorre, só e apenas as semelhanças entre essas duas experiencias são tidas em conta, desaparecendo a assimetria e, por conseguinte, a lei da contradição (Matte-Blanco, 1975).

No que diz respeito ao *Deslocamento*, parece, segundo Matte-Blanco (1975), tratar-se de uma característica crucial, uma vez que está na base da simbolização, da projecção, da introjecção, da sublimação e provavelmente da condensação. Sabemos que, para Freud (1915) o deslocamento é uma transferência de investimento de um objecto para outro objecto mais secundário, contudo, Matte-Blanco (1975) aponta para uma simetrização neste processo, uma vez que, no funcionamento inconsciente os 2 objectos são idênticos, pelo mesmo principio que referimos na característica anterior. Resumindo, os 2 objectos estão registados como pertencendo á mesma classe e, portanto, pela simetrização passam a ser concebidos como idênticos.

Relativamente à *Condensação*, parece-nos que seja um mecanismo muito idêntico ao do deslocamento, uma vez que, a condensação parece implicar deslocamentos. Como sabemos, neste mecanismo, ideias derivadas de diferentes alturas e de diferentes relações objectais são experienciadas como pertencendo a um objecto ou ideia. Isto, segundo Matte-Blanco (1975) pode ser visto como uma consequência da simetrização, onde, duma forma específica, a noção de tempo e espaço desaparece. Como sabemos, tanto o tempo como o espaço estão dependentes de relações assimétricas

Temos então que, a *Intemporalidade*, como acabámos de perceber, se deve também ao processo de simetrização, que rompe o principio lógico bivalente inerente á noção de

tempo, ou seja, a noção de uma sequência ordenada. Segundo Matte-Blanco (1975) com uma simetrização, a ordem, que por si só é assimétrica, desaparece, assim como a noção de tempo.

Por *Substituição da realidade externa pela realidade interna*, sabemos que a consciência da realidade externa envolve a concepção de espaço e de limites, de interior e de exterior. Segundo Matte-Blanco (1975), tanto o espaço como os limites implicam relações assimétricas, onde, através duma simetrização, tendem a desaparecer, tornando o mundo interior e o mundo exterior idênticos para o sujeito que os experimenta.

No que concerne às restantes 8 características do sistema ics., que, como nos diz Matte-Blanco (1998), acabam por estar contidas nas 5 características principais que acabámos de analisar, procuraremos explorar sucintamente os pontos que mais nos parecem relevantes para a compreensão do nosso problema.

Relativamente à *Alternância entre ausência e presença de sucessão temporal*, a simetrização parece alternar-se com uma presença contínua de relações assimétricas, servindo esta característica como exemplo do funcionamento bi-lógico, assim como duas outras características, *Conexões lógicas reproduzidas no tempo como simultâneas* e *Causalidade como sucessão*, que, segundo Matte-Blanco (1975) parem ser um exemplo deste mesmo funcionamento bi-lógico. Nestas duas características o tempo parece estar simetrizado, contudo, o tempo parece continuar intacto. O que parece evidente, segundo o autor, é que o pensamento consciente necessita de um funcionamento assimétrico, mas, com a introdução das simetrizações provenientes do pensamento inconsciente, instala-se um princípio de não-pensamento, fundamentando a característica da *Co-Presença de pensamento e não-pensamento*. A simetrização parece funcionar num autêntico princípio de ascendência, tal como Freud (1915) concebia a influência do inconsciente no sistema consciente. À medida que a simetrização aumenta, o pensamento e a consciência tendem a desaparecer, instalando-se uma *Profunda desorganização da estrutura do pensamento* (Matte-Blanco, 1998).

Metodologia

Como já havia sido referido anteriormente a título introdutório, neste estudo, a nossa problemática central assenta na hipótese de um modo de funcionamento específico, reservado á vivencia interna da experiencia traumática, que contraria as leis da lógica bivalente, num registo caótico onde noções como tempo, espaço e mutua exclusividade não existem. Falamos, portanto, de um modo de funcionamento interno associado á experiencia traumática que é governado pelas leis do princípio de simetria, dando origem, desta forma, á sintomatologia característica da PSPT.

Temos ainda como objectivo, dada a incidência teórica e clínica da presente dissertação, a compreensão psicanalítica da PSPT e toda a sua sintomatologia, ilustrada através dos dois estudos de caso clínicos seleccionados e seguidamente apresentados no nosso estudo.

Sobre o Estudo de Caso

Como Pedinielli (1999) nos esclarece, o estudo de caso é um dos procedimentos privilegiados de recolha in vivo de informação do método clínico. Também nesta temática, Simões (1999, p. 156) diz-nos que “a apresentação e discussão de casos ajuda (...) a fazer a integração prática da teoria com a avaliação e a identificar os tipos de dilemas que os testes psicológicos (e outros instrumentos) tentam ajudar a resolver (...). [Assim, o estudo de caso] modela o processo de interpretação dos testes, a formulação de hipóteses e a tomada de decisão”

Marques (1999), por sua vez, relembra-nos que o estudo de caso terá sido determinante para a afirmação da psicologia clínica enquanto científica, pois representa um estilo metodológico, bem como um projecto epistemológico que lhe é próprio e específico, que permite aceder e conhecer o seu objecto de estudo, o sujeito psicológico.

Sobre as origens do «estudo de caso», Pedinielli (1999) diz-nos que este provém das especialidades médicas, nomeadamente da neurologia e da psiquiatria, onde fenómenos raros eram descritos a partir de observações clínicas, que designavam por «casos». O autor lembra, porém, que o termo não está isento de ambiguidades, pelo que se, por um lado, “procura estabelecer a singularidade de um problema (...), por outro, transforma o sujeito em portador de uma doença ou de uma situação particular” (Pedinielli, 1999, p. 76). Continuando, ele diz

que o estudo de caso será um método de reflexão sobre os problemas colocados por determinado sujeito, até porque, na prática clínica, a recolha de elementos, bem como sua interpretação, realizam-se tendo a história singular do indivíduo como referência.

Marques (1999) fala-nos de um ponto de partida sobre o que é o estudo de caso em psicologia clínica, segundo o qual o procedimento de estudo de caso começaria na observação directa do caso psicológico, e a partir do qual surgiram duas centrações epistemológicas, uma sobre a conduta a ter, e a outra sobre o uso da matematização.

Marques (1999, p.107) recorre a Rey (1966, 1970) e a Anastasi (1954) quando afirma que “a observação directa, singular e concreta do caso, se funda (...), na psicologia diferencial e comporta uma parte descritiva em que há um registo objectivo e comparativo das reacções, que se faz, com o recurso ao método dos testes”.

Huber (1993, cit in Pedinielli, 1999) diz-nos que o estudo de caso “visa não só dar uma descrição de uma pessoa, da sua situação e dos seus problemas, mas também procura esclarecer a origem e o desenvolvimento, tendo a anamnese como finalidade a identificação das causas e da génese desses problemas”.

Também D’Allonnes (1989, cit in Pedinielli, 1999) nos fala do estudo de caso, que, segundo diz “procura evidenciar a lógica de uma história de vida singular, a braços com situações complexas que precisam de leituras a diferentes níveis, com utilização de instrumentos conceptuais adaptados”.

Parece-nos pertinente a clarificação de Pedinielli (1999), sobre o que é um estudo de caso. O autor diz-nos que, apesar de tudo, o estudo de caso é uma construção realizada pelo clínico, baseada em diversos tipos de dados – entrevista, observação, informações da anamnese – que, têm como função permitir ao clínico a formulação de hipóteses sobre a génese, função e consequências do(s) problema(s) em questão.

Continuando, Pedinielli (1999) lembra-nos também das limitações do estudo de caso, sendo que aponta como maior ponto de discussão, a questão da fiabilidade das informações recolhidas, que podem sofrer enviesamentos nos diversos momentos. Sendo as informações recolhidas a partir do sujeito (informações subjectivas), ou mesmo a partir de terceiros (informações objectivas), estas são sempre provenientes da memória de quem as fornece, que sabemos hoje não ser inalterável.

No entanto, não é só o sujeito possível fonte de enviesamento, pois também o clínico pode perder informação aquando da recolha, que pode variar segundo diferentes metodologias que, por sua vez, podem ser mais ou menos dependentes da memória, ou mesmo interpretar excessivamente a informação recolhida (Pedinielli, 1999).

Surge-nos então, o estudo de caso como uma situação em que se procura recolher informações, que serão relacionadas com o indivíduo, tentando evitar a sua fragmentação, procurando sempre, manter a sua individualidade e subjectividade (Pardinielli, 1999).

Instrumentos

Os seguintes dois estudos de caso consistiram em exames psicológicos para despiste de PSPT efectuados nos serviços clínicos da Associação dos Deficientes das Forças Armadas (A.D.F.A), tendo sido efectuada inicialmente, para os dois casos, uma recolha das histórias de vida e das detalhadas histórias militares (anamnése), sendo os examinandos posteriormente submetidos à aplicação das provas: Toulouse Pieron, FCRey, BSI, I.D. Beck, STAI, IES-R e Rorschach.

Procedimentos

Primeiramente, no que diz respeito á recolha da nossa amostra, seleccionámos dois casos clínicos pelo seu forte qualidade ilustrativa do corpo teórico que pretendemos aplicar na nossa dissertação, e, portanto, foram escolhidos por conveniência para o nosso estudo. Trata-se de casos de exame psicológico para despiste de PSPT, que, concluíram com um diagnóstico positivo da mesma perturbação.

Procurámos, através dos resultados obtidos nas provas aplicadas, para além da nossa incidência central nas anamnéses, extrair informação pertinente que pudesse auxiliar-nos na compreensão dinâmica dos 2 casos de PSPT, numa óptica claramente explorativa. Incidimos maioritariamente nos dados recolhidos das anamnéses e numa análise qualitativa de todas as provas aplicadas aos sujeitos, o que nos cingiu, no caso da prova projectiva Rorschach, apenas a uma análise qualitativa cartão a cartão e do protocolo em geral, não incidindo, para aquilo a que nos propusemos, na análise do psicograma da prova em questão.

Contudo, é de notar que, todos os dados que permitissem a identificação dos sujeitos dos estudos de caso foram ou rasurados, ou substituídos por nomes fictícios.

Casos Clínicos

Para cada um dos seguintes casos clínicos, começaremos por fazer uma apresentação inicial da anamnese e dos dados recolhidos nos diversos instrumentos de avaliação psicológica, seguindo para uma discussão inerente a cada caso.

Apresentação do Caso I - Adérito

Identificação

Nome: Adérito

Idade: 65 Anos

Naturalidade: Lamego

Estado Civil: Casado

Habilitações Literárias: 3ª Classe

Profissão: Reformado

Anamnese

Nasce no mês de Abril de 1943 em Penêde, sendo o 2º filho de uma fratria de 3 crianças (2 rapazes e uma rapariga) de um casal tradicionalmente trabalhador.

A respeito do seu nascimento, conta que tem a ideia do seu parto ter sido normal, uma vez que sendo feito em casa podia acarretar complicações que não ocorrem nos dias de hoje. Refere desde logo que desde os primeiros meses de vida lhe davam muito vinho para tranquilizar dificuldades em dormir que desde sempre aparentou sofrer, adoptando uma postura muito crítica, revoltada e por vezes maldizente, sobre estes detalhes respeitantes á educação de que foi alvo.

Quando questionado mais directamente sobre a sua educação refere, de novo com uma postura muito revoltada, que “havia muita estupidez, porque me batiam muito com e sem razão, levava por tudo e por nada e batiam-me em vez de baterem aos meus irmãos... é por isso que eu me considero um mártir.” (sic).

O seu pai era pedreiro e muito ausente na vida familiar íntima e afectiva, dada a exigência de trabalhar o máximo para ter fundos que garantissem a subsistência do agregado

familiar. A sua mãe trabalhava numa terra arrendada, esforçando-se todos os dias e noites por explorar o máximo que a terra lhes podia oferecer do ponto de vista da subsistência.

O seu pai tinha graves problemas de alcoolismo, chegando embriagado a casa muito frequentemente, provocando situações de violência que o paciente recorda com muita dor.

Refere, portanto, que a vida conjugal dos seus pais era muito triste e difícil, onde abundava a violência física e verbal como já pudemos perceber. Viu muitas vezes o seu pai agredir fisicamente a sua mãe, ao mesmo tempo que lhe batia a ele e nos irmãos. Ao rememorar estes eventos do seu passado, chora e diz, muito emocionado, ainda hoje se lembrar da tristeza e da raiva que sentia nessa altura.

Diz que a sua mãe era possuída por espíritos malignos, dizendo: “desde que tenho memória de mim, que me lembro da minha mãezinha ser possuída, ficar ‘cacimbáda’ e a torcer-se toda...” (sic).

Conta que por quem nutria um enorme carinho era pela sua avó, “porque ela nunca me batia, e trazia-me sempre 25 tostões quando me visitava”. (sic).

Começou a trabalhar no campo a par de ter entrado para a escola aos 8 anos, contando que não havia maneira de poder completar o ensino primário, uma vez que era constantemente retirado da escola pela sua mãe para ir trabalhar para o campo, acabando por terminar a 4ª classe aquando do serviço militar em Angola.

A respeito do seu trabalho no campo, conta: “o trabalho era muito duro, e eu era muito pequenino quando lá comecei a cavar (...) mas o pior era de noite (...) quando a minha mãe nos fazia ir apanhar trigo no meio daquele nevoeiro todo... eu nem me quero lembrar do medo que eu tinha que até me borrava todo.” (sic).

Aos 11 anos de idade, começa a trabalhar numa pedreira a carregar sacos com pedras às costas, porque a situação revelava-se muito precária em casa, e havia uma grande necessidade de ganhar mais dinheiro.

É apenas com 18 anos que consegue mudar-se com a sua irmã para Lisboa, onde partilharam o arrendamento de uma pequena casa, arranjanho trabalho ainda no ramo da construção civil, onde foi pedreiro até ser chamado para cumprir o serviço militar.

Relativamente á sua saúde, para além dos graves problemas que tinha em dormir, conta que toda a sua infância, e até hoje ainda, teve horríveis dores de barriga que estão associadas a um quadro de Diarreia Crónica, crises de fígado, e que nunca teve oportunidade de ser seguido adequadamente.

(Serviço Militar)

Em Outubro de 1964, assenta praça em Aveiro, onde fez a sua recruta. Desloca-se depois para Santa Margarida onde tirou a especialidade de atirador desde Janeiro até Abril de 1965, quando é mobilizado para integrar um batalhão com destino a Angola. Refere ainda que este período de preparação e recruta correu especialmente bem, nunca foi advertido por qualquer tipo de indisciplina, tendo feito algumas amizades com camaradas seus.

Á chegada a Angola, e após uma permanência de 1 mês no grafanil de Luanda, é destacado com uma companhia para um aquartelamento na zona de *Noque*, perto duma zona conhecida como o “Cabeço da Velha”, onde permaneceu durante um ano e meio. Nesta zona, conta um episódio onde estava integrado num de dois pelotões, a comando de um capitão mais um alferes que resolveram fazer um reconhecimento, a pé, entre a zona de *Noque* e a zona de Cabeço da Velha. No meio deste reconhecimento territorial, entraram numa zona que pertencia já a outra companhia portuguesa, e que, portanto, estava organizada tacticamente de acordo com os parâmetros dessa mesma companhia, havendo minas dispostas segundo esse critério desconhecido pela companhia do Sr. Adérito. Conta que tentou alertar o seu capitão e o seu alferes para este facto que viria mais tarde a tornar-se desastroso, conseguindo fazer com que os dois pelotões parassem a marcha, concordassem com ele, insistindo que não avançavam mais sobre o perigo de poder pisar uma mina. O alferes insistiu em prosseguir e resolveu ir sozinho num acto de heroísmo irreflectido perante todos os soldados, tendo desdenhado dos que ficaram para trás. Poucos metros adiante, rebenta uma mina anti-pessoal por baixo do alferes, criando um cenário que o paciente descreve como sendo horroroso, onde no meio do estrondo e gritos assustados dos soldados, só viu pedaços de carne a voar e a cair em seu redor. Conta que foram ordenados imediatamente para cercarem a área e organizar uma protecção, referindo: “nem deu tempo para perceber aquilo como deve ser, eu tremia por todos os lados e parecia que tinha ficado hipnotizado ou aluado sei lá...” (sic), situação esta que tem imensa dificuldade em recordar, pois refere que não se lembra já dos momentos a seguir.

Conta que nos dias seguintes ao evento descrito, “chorava muito com o meu capitão e amigo, não conseguia dormir de noite com medo de sonhar com aquela coisa toda, mas nunca tive coragem para dizer a alguém (...) Eu penso que houve alturas em que eu apaguei completamente (...) às vezes até dava a impressão que havia cobras de noite que vinham atrás de um gajo, tal era o medo e o cacimbo com que um gajo andava naqueles dias”. (sic).

Refere ter visto naquela altura o alferes, morto pela mina, “a andar pela caserna durante a noite e parava junto á minha cama a olhar para mim, mas o gajo não me dizia nada e

eu às vezes perguntava-lhe o que é que ele queria...”. (sic). Diz ter sentido um medo e um terror avassalador, e que só pensava que este espírito o podia possuir e matar. Relata que: “tinha sonhos que não me lembrava de manhã, mas que depois passado uns dias já não percebia bem se tinham sido realidade ou apenas sonhos. Estava mesmo confuso e cacimbado”. (sic).

Passados quatro meses, conta um episódio em que foi, integrado num pelotão, escoltar um técnico furriel que ia montar uma mina anti-pessoal na terra. O furriel decidiu montar a armadilha por baixo de uma palmeira, mas “Quando começamos a ver que o homem tremia muito a montar a armadilha, mandamo-nos todos para o chão, quando passado uns segundos, a armadilha explodiu, mas o furriel já estava a dois metros, porque quando nos viu deitar também deu logo á sola.” (sic). Refere que teve imensa pena do furriel em questão, pois este ficou bastante triste e envergonhado, e ainda porque: “essa foi a segunda vez que vi a morte à minha frente (...), não morreu ninguém, só que um gajo ficava logo outra vez com o cacimbo a pensar que podia ter morrido ali.” (sic).

Durante este período em *Noque*, efectuou apenas um ataque ao inimigo, onde conta que o seu pelotão (não ele) matou alguns soldados. Contudo não relata este acontecimento com muito colorido emocional, transpirando até uma certa indiferença ao conta-lo.

É seguidamente mobilizado, mais a sua companhia, para um aquartelamento localizado em *Kizau*, onde permaneceu durante meio ano.

Fala de um evento que sucedeu uma visita feita a *Ambuige*, para fazer o exame da 4ª classe, onde na viagem de regresso fizeram uma pausa junto de um rio, recolheram a água necessária, e quando estavam a retirar-se, o inimigo atacou subitamente. Conta que saltaram de imediato para fora das viaturas, e diz ter começado imediatamente a disparar com a metralhadora, que acabou por encravar, referindo que a partir desse momento “perdi o norte. Já não sabia de onde vinham as balas, só via as ervas a mexer. Quando olhei para o lado e vi um camarada meu com um furo enorme na barriga, a chorar e a gritar pela mãe e pela mulher dele, ai Jesus (...) às tantas sinto uma granada bater-me na barriga, mas consegui voltar a manda-la ainda antes de rebentar (...) os pretos até mandava granadas com cavilha posta, tal era a confusão que ia para ali”. (sic). Refere que este episódio dura cerca de 15 minutos, até as tropas inimigas se retirarem. Relata uma reacção idêntica á do anterior rebentamento, referindo uma enorme desorientação, desespero e dias de isolamento no seguimento desse confronto. Conta: “ainda em *Kizau*, houve um colega meu que se matou com o cacimbo (...) e também me aparecia durante a noite, a fazer barulho nos telhados de metal.” (sic).

Termina então a sua campanha, e portanto, o seu serviço militar em 1967, quando regressa a Portugal.

(De volta a Portugal)

Lembra uma enorme alegria sentida, aquando do seu regresso, ao ver a sua família de novo. Conta, desde logo, que passou os dois meses seguinte em casa, pois não podia sair porque se desorientava nas ruas, não podia ouvir foguetes porque se assustava muito e se mandava para o chão fosse onde fosse, tinha muitos pesadelos durante a noite e acordava constantemente sobressaltado.

Volta então a trabalhar na construção civil (uma vez que os soldados tinham o direito de reingressar no emprego que abandonavam ao ir para o ultramar) durante os 2 seguintes anos. Conta que desde logo “me comecei a desorientar no trabalho, ficava com os olhos vidrados em qualquer coisa... e quando me chamavam a atenção virava-me aos meus colegas, ora porque me assustava, ora porque eles discordarem de mim.” (sic).

Passado 1 ano de ter regressado do ultramar é internado no hospital do Porto por uma crise de diarreia, que refere não ter sido resolvida convenientemente.

Abandona então o seu emprego na construção civil e arranja trabalho num armazém a carregar sacos de conteúdo muito pesado durante 2 anos. Conta que as dores que tinha nas costas eram imensas e que começou logo a equacionar abandonar o emprego. Entretanto refere que se candidatou para um emprego numa empresa de transportes públicos e para outro emprego na polícia. Acaba por ser contratado para a empresa de transportes públicos apenas um ano mais tarde, e não por via da sua candidatura, pois um conhecido seu conseguiu que o empregassem como cobrador de passes.

Desde que regressou de Angola refere ter frequentado muitas vezes bruxas e curandeiras espirituais para tentar solucionar o mal-estar que sentia. Refere: “Eu tinha uma desorientação brutal, mas nem as bruxas nem nada resolvia isto” (sic).

Consegue em 1978 passar para a venda de passes, na empresa onde trabalhava, a ganhar um ordenado superior e a fazer trabalho de secretária. “Tive direito a serviço melhorado por causa das minhas diarreias, os atestados médicos eram tantos que acabaram por me sentar quieto numa secretaria.” (sic).

Conhece a sua actual esposa num passeio que fez a Setúbal. Conta que namoraram muito pouco tempo, até terem casado em 1980. Continua dizendo: “eu sempre me dei bem com ela, o que é, é que me arreliaava muito com ela. Creio que por vezes lhe cheguei a bater

(...) coitada, ela também sofreu muito (...) Eu era muito agressivo, veja lá que uma vez ia matando o meu irmão por ele se ter virado ao meu pai..." (sic) e chora ao terminar o seu discurso.

Em 1983, data em que lhe faleceu o Pai, refere ter passado por um processo idêntico ao do rebentamento em Angola. "Fiquei de novo com o cacimbo, desorientado, sonhava com ele e via-o de noite quando me punha a chorar." (sic). Teve de baixa psiquiátrica no seguimento desta recente perda, e quando questionado sobre o sofrimento por que passou quando faleceu o seu pai, chora e conta que o perdoa por todo o mal que lhe causou.

De volta ao seu emprego, permanece como efectivo a trabalhar até 1991, desistindo definitivamente do seu ofício até que em 1994 consegue a reforma por invalidez, uma vez que a juntar às baixas psiquiátricas, havia varias baixas pela diarreia crónica e finalmente uma baixa por ortopedia na sequencia de um tombo que deu na sua terra, tendo partido 4 vértebras.

Quando questionado sobre como reagiu à gravidez da sua mulher e ao posterior nascimento da sua filha, diz ter gostado muito de ser pai, "mas houve um problema, o demónio entrou com ela, tinha ela dois anos e meio punha-se na cama de joelhos a falar e a dizer ai, ai, ai (...), Foi tratada na Estefânia mas ela não melhorou, e uma noite, pôs-se de joelhos na cama, a falar com uma voz que não era a dela. Eu pus-lhe um crucifixo à frente, e ela disse: tira-me esse filho da puta da frente. Levamo-la a um padre que a exorcizou três vezes, e finalmente o problema foi-se." (sic).

Diz que após a sua reforma ainda se ocupou numa escola, como contínuo, mas que desistiu um mês depois, pois a sua agressividade era muito descontrolada, tendo criado graves desacatos com alunos e professores dessa escola.

Conta que ultimamente procura passear e descansar, visto que se tem sentido melhor longe de uma vida conflitual. Contudo, continua com imensos pesadelos associados á sua experiência no ultramar, e permanece um homem muito desconfiado, com medos que, segundo o que sente, transcendem a normalidade.

Análise Clínica e Psicopatológica

O Sr. Adérito aparece na consulta com uma apresentação razoável para o seu estatuto socioeconómico, bastante agitado do ponto de vista motor e com um vocabulário bastante limitado, apresentando por vezes um discurso descontrolado e muito difícil de se lhe retirar sentido, quer seja pela velocidade, ou mesmo pela incoerência verbal. Foi pontual, colaborante e disponível, contudo, transparecendo sempre uma postura um pouco desleixada

que por vezes se convertia numa atitude de dependência algo infantil. Manteve sempre este registo ao longo de todo o exame psicológico, que durou 6 sessões semanais, provocando por vezes uma sensação algo invasiva aquando da sua insistência e persistência em temas pessoais distantes das propostas clínicas do exame.

Clínica, psicométrica e da dinâmica da personalidade

Do estudo biográfico, observação clínica e técnicas de avaliação psicológica aplicadas, constatamos que ao nível da sua concentração da atenção, o Sr. Adérito apresenta na prova de atenção concentrada T.P, valores bastante abaixo dos parâmetros médios populacionais, com um índice de dispersão de 21% e um rendimento de trabalho muito lentificado (RT = 62), deixando desde logo uma evidência de um registo perto da inoperância, com grande dificuldade na sustentação do empenho dirigido a uma tarefa prática, associada a uma fatigabilidade fácil.

Constatamos também que a sua capacidade perceptiva se revelou, pelo teste da Figura Complexa de Rey, um pouco abaixo da média estabelecida para a sua faixa etária (P20), assim como se registaram valores preocupante no que concerne á capacidade de retenção e recuperação mnésica (P10↓), denunciando portanto uma dificuldade em apreender o real numa forma organizada, estruturada e em reproduzi-lo não distorcidamente. Percebemos também o seu esforço em concentrar-se na tarefa pelos tempos elevados na execução das 2 etapas, que vão ao encontro dos valores supracitados no teste de atenção concentrada T.P.

Ligada á sua co-morbilidade, regista-se uma depressão grave (I.D.B = 32), com especial preponderância na subescala cognitivo-afectiva, onde abundam os sentimentos de pessimismo, culpa, fracasso, insatisfação pessoal e vergonha. Note-se ainda, que apesar de um inventário onde se registaram valores muito elevados em quase todos os itens, não ocorreram valores sugestivos de ideação suicidária.

Do questionário sintomático B.S.I, apuramos que das diferentes escalas clínicas, as que registam um valor mais elevado são: Somatização (3,5), Ansiedade (3,6) e Agressividade/Hostilidade (3,8). De novo, voltamos a encontrar um questionário com valores muito elevados do ponto de vista sintomático, onde para além das subescalas já mencionadas,

se registaram valores também elevados para subescalas como: Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, que nos sugerem acima de tudo uma enorme ansiedade de fundo, que encontra a sua expressão por diversas vias, numa estrutura de personalidade altamente frágil.

Falando a respeito da sua ansiedade, encontramos no State-Trait Anxiety Inventory (STAI) valores sugestivos a uma ansiedade vivida como traço (Total = 65), bastante superior a uma ansiedade estado ou sinal (Total = 51), resultado este que também não deixa de ser elevado. Estamos portanto na presença de um tipo de ansiedade de fundo, elevada, mas vivida como egosíntonica, o que não inviabiliza qualquer emergência de uma ansiedade estado aquando da presença na consulta de exame psicológico, ou qualquer outra realidade com que se depare e que, de algum modo, o ponha “à prova”.

Ligados mais especificamente á sua experiencia na guerra do ultramar, tendo em conta as experiencias que por lá passou, observam-se através do questionário IES-R (Impact of Events Scale) valores que apontam para uma intrusividade (3,43) do evento traumático, maior que o seu evitamento (3,25), realidade esta que se torna conducente a um quadro de ansiedade/hiperactividade (Hiperactivação = 3,86) já observada anteriormente aquando da análise dos resultados obtidos no questionário STAI. Deduzimos daqui que, a revivencia actual da sua experiencia passada no ultramar é sentida pelo sujeito como sendo intrusiva e invasiva, sendo consideravelmente difícil evitar esta intrusão de conteúdos na sua mente. O valor elevado, registado na escala de hiperactivação, explica em certa medida a natureza dos comportamentos hetero-agressivos que referiu ao longo da sua história pessoal.

Análise cartão a cartão do protocolo Rorschach

Cartão I – O examinando dá a sua entrada na prova com um tempo de latência adequado, com uma resposta banal (uma borboleta), definida controladamente por uma boa forma, confirmada posteriormente pelo inquérito. Aparece ainda uma segunda resposta RCH global e formal, estando a emergência da projecção sob o controlo de um mecanismo de defesa rígido, a negação, que parece aparecer como reacção á sua entrada numa situação de prova, levando o sujeito a formular a sua resposta de acordo com aquilo que a imagem “não é”.

Cartão II – Há uma ligeira descida no tempo de latência, uma resposta banal, dominada pela forma e por um esforço de atribuição de semelhança com o cartão anterior, onde não aparece a inclusão do vermelho. Aquando do inquérito, percebemos exactamente um esforço em negar a unicidade do cartão, pela atribuição, desde logo, de uma identidade á imagem por influência da resposta ao 1º cartão. O vermelho é referido após alguma relutância e manipulação do material, como sendo “cocó”, evidenciando uma explosão de emoções reservada a um nível primário e regressivo

Cartão III – Novamente uma redução no tempo de latência, denuncia algum aumento de ansiedade ligado á emergência da projecção, num cartão que se caracterizou por respostas sedimentadas em detalhe, formalmente empobrecidas por uma atitude de desconfiança face às suas próprias respostas, onde o nexos entre elas foi absolutamente inexistente. A inclusão da cor é feita de novo de uma forma crua e mobilizada por uma agressividade primitiva (sapato de biqueiro comprido). Os conteúdos foram de novo animais, até ao final da prova onde o Sr. Adérito, de uma forma rigidamente desconfiada se aproxima de uma resposta humana, como “algo parecido a uma pessoa”. A negação volta aparecer como mecanismo de defesa central, quer ao nível do detalhe, quer ao nível da resposta total. Ao nível da sua identidade de género, percebemos que esta não é de todo uma questão nuclear na sua dinâmica interna, aparecendo sem dúvida detalhes mais ligados a uma procura de identidade existencial ou pessoal.

Cartão IV – Neste cartão, há uma clara reacção de angústia e mal-estar, a um estímulo vivido como ameaçador, onde o sujeito, por via de um tempo de latência muito reduzido, se submete passivamente perante uma resposta indefinida quanto á identidade, e vivida com um grande desconforto, forçando-o a pacificar seguidamente o tipo de “bicho” como sendo uma borboleta, não revelando ser suficiente, reaparecendo a desconfiança no detalhe, e finalmente ressurgindo a hostilidade em “cobras que lhe saem de lado”.

Cartão V – Mais uma vez, e dado o valor simbólico deste cartão, observamos o seu sentimento de integridade, conceito de si e a sua unidade egoica muito postos em causa, numa resposta que embora se caracterize numa banalidade formal, não impede a sua contaminação por um detalhe desconfiado, onde o sujeito ao dizer: “mas o morcego não tem chifres...”, esclarece essa mesma fragilidade que está ligada ao seu narcisismo primário.

Cartão VI – Como já poderíamos equacionar, a dimensão simbólica sexual presente neste cartão, foi nada mais que ignorada, onde voltou a aparecer uma reacção de desconforto e sensação de perigo á exigência projectiva inerente à formulação da resposta. Respostas animais, de novo contaminadas pela desconfiança, e todas elas submetidas à negação. O Sr.

Adérito volta a mostrar preocupações primárias, numa prancha que poderia favorecer a emergência de problemáticas ligadas á sexualidade, denunciando, pelas respostas que deu, preocupações ligadas a um registo anterior ao sexual.

Cartão VII – O sujeito organiza para este cartão, com um tempo de latência de novo adequado, uma resposta difusa e tenebrosa, que embora formal e global, deixam transparecer uma carência de uma base segura contentora. Se tivermos em linha de conta o conteúdo simbólico deste cartão, percebemos que a relação com o objecto primordial, ou a relação com a figura materna se encontra tragicamente fragilizada e assustadora, numa resposta carregada de indefinições e duvidas que culminam, na simetria da mancha, em preocupações somáticas aquando do inquérito: “no meio uma espinha dorsal”.

Cartão VIII – A tonalidade emocional positiva aparece nesta prova, onde o sujeito constrói uma resposta banal, atingindo a globalidade com uma segunda resposta, com um tempo de latência adequado. Contudo, os objectos voltam a aparecer desprovidos de relação, o que deixa evidente alguns problemas nos limites, que temos vindo a observar ao longo do protocolo.

Cartão IX – De novo, com um tempo de latência muito elevado, num cartão que favorece especialmente a regressão, o sujeito volta a mostrar preocupações somáticas, numa resposta apontada na simetria da mancha, e em respostas dominadas pela forma e cor pastel que apareceram de novo sob a forma de negação: “flor e plantas não são” e “isto não é animal nenhum”. No inquérito, adopta uma posição defensiva face á regressão, fazendo uma critica ao material que qualifica como “tendo tudo o mesmo feitio à retaguarda.”

Cartão X – Com um tempo de latência reduzido, o paciente entra no último cartão com uma reacção de angústia, focada na dispersão da mancha, onde é visível a sua desorganização ao tentar formular respostas RCH. A duvida, a desconfiança, indefinição e detalhes perto da bizarria, caracterizam o tipo de respostas (todas formais) difusas e o choque vivido do inicio ao fim do cartão, que foi entregue pelo paciente de uma forma sentida como insuportável.

Análise Geral do Protocolo Rorschach

Estamos portanto, na presença de um protocolo dominado por mecanismos de defesa rígidos, como protecção do self face à emergência projectiva, ou realidade interna. A negação e denegação são constantes ao longo de todo o protocolo, que, aliadas às reacções

evidenciadas á cor, mostram conteúdos internos muito desorganizados, crus e carregados por uma enorme angústia de aniquilamento.

Percebemos, da leitura do protocolo, que a grande problemática do paciente se encontra reservada ao seu narcisismo primário, onde constatamos uma grande fragilidade da identidade, não sexual, mas pessoal, um ego muito desestruturado que recorre insistentemente a mecanismos de defesa radicais, uma brutal ausência de relações entre os objectos projectados, que nos remete para o tipo de relação de objecto, também ela visível ao longo do protocolo, persecutória. A fragilidade, também observada, nos limites, que em alguns exemplos se aproximou da fragmentação, esclarece o tipo de relação de objecto difusa, sendo uma relação caracterizada pela ausência de limites bem definidos e ambitendência, o que nos reenvia para uma regressão a uma relação em que a díade ainda não está completamente formada, havendo ainda uma confusão entre o eu e o outro, denunciada pela insistência na semelhança entre as pranchas, referencias a simetrias e, submersão desconfortável em alguns cartões.

Parece-nos que esta ambitendência se reflecte no seu esforço inglório para se separar e individuar, que força o paciente a mergulhar e fundir-se com o objecto, por forma a dispor anacliticamente da sua função contentora, aparecendo os conteúdos anatómicos (preocupações somáticas) aquando das respostas aos cartões que favorecem especialmente a regressão.

Regista-se também, um elevado número de conteúdos animais, o que, segundo Chabert (2003) nos dá conta de uma carapaça social, uma defesa que visa evitar o contacto autêntico, a relação real, traduzindo assim uma estrutura evitante, mesmo distante, a nível emocional, que vai ao encontro das defesas maciças contra a realidade interna e ainda a ausência de relações entre os objectos.

Estamos na presença de um protocolo com um elevado número de respostas, pelo que são na sua grande maioria formais, e com conteúdos que remetem para o controlo, visto que o que se torna preocupante neste protocolo, não é o nível quantitativo, mas sim a dimensão qualitativa desse mesmo elevado número de respostas. A ausência de respostas K, dá conta da falta de mobilização criativa, percebida no Sr. Adérito pela sua deficiente individuação, se partirmos do princípio, que para criar, é necessário perceber bem os limites entre os objectos.

A clivagem e a fragmentação, são percebidas ao olharmos para o número de respostas desprovidas de causalidade entre si, quer seja dentro do mesmo cartão, quer seja, menos gravemente, ao longo do protocolo, onde 2 cães com patas estranhas ao examinando,

que mais tarde se vêm a parecer com um macaco, pertencem ao mesmo cartão onde existe uma resposta “sapato de biqueiro comprido.”

Chamamos ainda a atenção para a natureza paranoide da desconfiança e contaminação das respostas, explicando a natureza dos medos e sensação de perigo que o paciente refere sofrer constantemente. Há evidências de uma percepção do real, contaminada pela realidade interna na atribuição de significado, e portanto contaminada como já referimos aquando da análise dos resultados FCRey.

O aparecimento de respostas C cruas, a ausência de respostas kinestésicas, um equivalente de choque no cartão VII e no cartão IX, e a perseveração evidente ao longo de toda prova, apontam para uma estrutura psicótica, compensada por mecanismos de defesa rígidos como a negação, a denegação, a clivagem e a fragmentação.

Como já esperávamos, o protocolo Rorschach, pouco nos acrescenta directamente acerca da experiencia traumática vivida internamente, mas, contudo, a sua análise revela-se importante, neste caso, para a compreensão do tipo de estrutura deste sujeito, tão bem como o seu estado actual, sendo mais complicado tirar conclusões sobre a origem desta deterioração, que está longe de obedecer a uma causalidade linear ou única.

Discussão do Caso Clínico

O Sr. Adérito revela-nos desde logo uma personalidade muito mal estruturada do ponto de vista dos recursos internos, muito imatura quanto á coesão egoica, e incapaz de transformar saudavelmente uma ansiedade/angustia que aparentam ser eminentes no seu funcionamento. Esta constelação leva o indivíduo para um contacto com a realidade onde toda a sintomatologia fóbica, desconfiada e conseqüentemente hetero-agressiva, se deve a uma atribuição distorcida, do ponto de vista da identificação projectiva, da realidade circundante, por influência de um caos interno (gerador de ansiedade e angustia) contra o qual o indivíduo trava uma autêntica batalha.

Parece-nos, desde logo, que este indivíduo não tem ao seu dispor a capacidade de dispor saudavelmente do símbolo como função canalizadora e transformadora deste estado interno muito instável e descontrolado, como nos referiu Klein (1930).

Temos inicialmente uma vivencia primordial, num seio que apresenta (pela sua descrição) muitos indicadores de disfuncionalidade, desorganização e altamente paradoxal, que se traduziu muito possivelmente na criação de um objecto que, como sabemos segundo

Fairbairn (1952), o sujeito não tem outra escolha senão relacionar-se. Um objecto que pela sua instabilidade, desadequação e dupla intencionalidade cria um vínculo psicotizante com o sujeito, estabelecendo-se como um verdadeiro objecto enlouquecedor, e que de modo algum facilita a separação, a individuação e a criação de uma identidade definida, munida de recursos estruturantes, capazes de retirar um sentido evoluído da experiência, ou, como nos diz Bion (1962), a internalização dum função alfa capaz de transformar os dados da experiência interna e externa, de forma a serem comunicáveis, partilhados e conducentes á relação. No fundo, falamos de uma falha básica ao nível da função simbólica, que impede o sujeito de estabelecer uma barreira de contacto sólida entre aquilo que pertence á sua realidade interna e aquilo que fica reservado á realidade externa, sendo a sintomatologia, mais evidentemente retirada da sua história pessoal, um fruto muito ligado a esta falha que actua como uma ferida primordial, que teceu sem dúvida as linhas definidoras desta estrutura de personalidade.

Contudo, há uma experiência de guerra que não podemos deixar de tomar em linha de conta como tendo sem dúvida um papel preponderante no desencadear da sintomatologia que o paciente apresenta hoje, sendo uma pedra basilar no caos interno que descrevemos há pouco. Á parte de todas as condições desfavoráveis a um crescimento saudável (em todos os sentidos), o Sr. Adérito foi capaz de crescer, trabalhar, viajar para longe do seu local de nascimento e ganhar a sua independência financeira, até ter sido chamado a cumprir o serviço militar. Aquando da sua exposição a eventos potencialmente traumáticos, assistimos a uma verdadeira desorganização para um registo de funcionamento muito rudimentar, á semelhança do que é proposto por Freud (1915) a respeito do processo primário, por Segal (1991) quando nos fala em equação simbólica, ou até mesmo um estado de equivalência psíquica (Boulanger, 2005). Se analisarmos atentamente a descrição que o paciente faz da sua experiência dos relatados eventos, sentimos desde logo o clima de confusão, caos, aleatoriedade e perfuração do envelope psíquico, quer pela falta de coerência temporal/espacial do seu relato, quer pela própria reacção que descreve ter tido na altura, e que, como já percebemos através das conclusões de Tarantelli (2003), parece não deixar dúvidas acerca do impacto traumático destes eventos no Sr. Adérito. É esta mesma confusão espaço-temporal que parece levar o indivíduo a toda esta síndrome actual de constante alarme, sensação de perigo e de queda eminente num abismo sem fim. Como nos explica Matte-Blanco (1988), é muito provável que, dada a estrutura de personalidade do Sr. Adérito, um Principio de Simetria tenha entrado em vigor quando o sujeito vivenciou estes eventos traumáticos, onde, pela característica, do inconsciente, de ausência de sucessão temporal, o sujeito simetrizou o terror experienciado no

momento como sendo idêntico ao vivido muito precocemente, pois, segundo Matte-Blanco (1988), características da experiência traumática foram tratadas como sendo idênticas à totalidade das experiências traumáticas originalmente precoces. Actualmente, o evento traumático desorganizador não está isolado nem tão pouco reservado ao passado, podendo, no inconsciente do sujeito, estar ainda a acontecer, ou vir a acontecer brevemente, consequência da regressão a um modo de funcionamento, governado por uma lógica simétrica, fazendo com que o sujeito viva inconscientemente uma vida de ameaça permanente, que explica grandemente a sua sintomatologia maioritariamente ansiosa (Matte-Blanco; 1988).

Esta regressão a um modo de funcionamento, sem dúvida, mais rudimentar, confusional e desorganizante, dá-se a partir do momento em que o paciente não pode impedir que a sua psiché fosse perfurada autenticamente pela explosão de estimulação inerente aos eventos relatados. A sintomatologia que aparece no pós-guerra, e conduz o Sr. Adérito à sua condição actual, pode ser explicada, segundo Matte-Blanco (1975), por uma simetria associada à sua vivência traumática interna, onde cada vez mais estímulos se associam directamente (ou simetricamente) à reverberação inconsciente do impacto traumático original, desencadeando o mesmo tipo de resposta que o indivíduo teve face ao trauma original. Se pensarmos, a reacção do indivíduo ao se atirar para o chão face aos estrondos dos foguetes, percebemos o modo como o PS entra em acção, ou seja, no inconsciente a mente não confina o estrondo das granadas ou das minas ao teatro de guerra, sendo as explosões inerentes a uma guerra apenas uma parte de um conjunto variado de tipos de explosões, mas, quando o PS entra em acção, segundo Matte-Blanco (1975), a mente trata a categoria “estrondo de foguete” segundo as leis do sistema ics., ou seja, como sendo igual ao conjunto “explosões”, logo, idêntica à categoria “estrondo de granada”, a parte é tratada como idêntica ao todo, desencadeando assim uma resposta idêntica à adoptada durante o ultramar.

As reacções agressivas do Sr. Adérito também podem ser explicadas segundo a influência do PS associado à vivência traumática no inconsciente. As suas reacções violentas face a situações conflituais parecem ser fruto de uma simetria entre um conflito, por exemplo, matrimonial, e um conflito potencialmente mortal numa guerra, onde, mais uma vez, podemos ver o inconsciente, através da influência do PS, tratar uma categoria específica de conflito como sendo igual ao conjunto de todos os conflitos. A reacção que o Sr. Adérito descreve, ainda, ter tido face à morte do seu pai, deixa clara, por si só, dentro duma estrutura aparentemente psicótica, a simetria com a reacção que teve no ultramar face à morte de camaradas seus. Voltamos a ver o inconsciente tratar 2 cenários aparentemente distintos como sendo idênticos.

Toda a sua sintomatologia parece ter fortes raízes no teatro de guerra, especialmente numa estrutura que parecia não possuir recursos internos para “digerir” os estímulos com que foi confrontado no ultramar. Pela característica da intemporalidade, inerente á lógica de funcionamento do sistema ics., percebemos a associação entre a sintomatologia actual do Sr. Adérito e a sua vivencia durante a guerra, sendo a sintomatologia de revivência traumática, sendo os sonhos recorrentes, exemplo do seu funcionamento bi-lógico, onde o PS tem um papel preponderante na vivencia traumática interna do sujeito e na forma como este concebe e se relaciona com o mundo.

Apresentação do Caso II - Carlos

Identificação

Nome: Carlos

Idade: 66 Anos

Naturalidade: Lisboa

Estado Civil: Casado

Habilitações Literárias: 4ª Classe

Profissão: Reformado

Anamnese

O Sr. Carlos nasce em Março de 1942, em Lisboa, de parto normal, tendo a ideia de a sua adaptação á mãe ter sido boa, não havendo registo de complicações pós-puerperais que justifiquem o contrario. É o segundo filho de uma senhora divorciada, e refere portanto nunca ter conhecido o seu pai, a não ser, segundo o paciente, “no dia do funeral dele, porque um amigo de família disse-me que o meu pai tinha morrido. Eu, portanto, fui ao funeral, e se aquele era o meu pai, então eu conheci-o nesse dia.” (sic). Diz que o seu pai foi provavelmente “uma aventura misteriosa da minha mãe que acabou quando ela ficou grávida” (sic), reservando um certo mistério em redor de toda esta história da vida matrimonial do casal progenitor.

A sua irmã, 5 anos mais velha, refere ser tetraplégica desde que tem memória da sua existência, contando que a paralisia foi fruto de uma hipotermia que apanhou quando era muito nova. Refere, portanto, ter sido a sua companhia durante muito tempo, pois a sua mãe necessitava de trabalhar, e havia a necessidade de ficar alguém constantemente a prestar cuidados á sua irmã.

Diz que a sua relação com a Mãe era boa, mas que “havia coisas que nunca mais consegui esquecer (...) como por exemplo o facto de ela me deixar em casa a tomar conta da minha irmã, preso com uma corda ao pé de uma mesa. Ainda hoje não me posso sentir preso, seja de que maneira for!” (sic)

A sua mãe trabalhava como mulher-a-dias, juntando-se mais tarde com um homem (o seu padrasto) com quem refere ter-se sempre dado perfeitamente. “Dava-me melhor com ele do que com a minha mãe (...) ele era um verdadeiro pai.” (sic). O seu padrasto trabalhava

como sapateiro, e junto com a sua mãe garantiam da melhor forma possível a subsistência do agregado familiar, por forma a que o Carlos reconheça nunca ter passado fome.

Relativamente á escolaridade, completou a 3ª classe, apenas durante a parte da tarde, pois refere ter havido uma grande necessidade de trabalhar de manhã para garantir mais alguns fundos de subsistência familiar. Desde a 1ª classe, portanto, que fazia “fretes” na marinha, que consistiam, segundo o Carlos em “favores, os miúdos de manhã punham-se lá de volta dos barcos e eles davam-nos trabalhinhos pra fazer.” (sic). Conta que a partir dos seus 8 anos de idade começou a ser ensinado pelos marinheiros, para quem prestava serviço, a lavar peças de mecânica e a aprender noções básicas sobre a matéria. Após ter terminado a 3ª classe, passou a trabalhar a tempo inteiro no mesmo tipo de serviços (ou favores) para a Marinha, ganhando um pouco mais de dinheiro para entregar em casa, como refere. É aos 14 anos então, que vai tirar o curso de soldador profissional numa fragata pertencente á sociedade reparadora de navios, referindo que “consegui ter acesso a este curso por causa dos conhecimentos e respeito que tinha dentro da marinha” (sic).

Foi trabalhar então, aos 17 anos, após a conclusão do curso técnico, para a construção da actual ponte 25 de Abril, sendo admitido neste emprego por via de um plano pessoal que descreveu como: “Ao inicio quando me candidatei para as obras na ponte, os americanos não me aceitaram porque eu estava agregado á marinha, e então eu resolvi o problema á minha maneira, arranjei emprego num instituto industrial privado como soldador de bancadas durante 1 mês, recebi o meu ordenado, o recibo de vencimento, e despedi-me para ir trabalhar prá ponte, uma vez que já não estava agregado á marinha.” (sic)

Refere que começou logo a trabalhar no dia em que foi admitido, sob um ordenado consideravelmente superior á media da altura, como refere. Passados 2 meses, começa a trabalhar apenas 2 horas por dia e a receber o dobro do ordenado que já recebia, pois estava incumbido de um serviço de alta especialidade, que implicava que trabalhasse debaixo de água, dentro de câmaras de oxigénio, a soldar a estrutura da ponte. Conta que nesta altura “via muita malta cair de lá de cima, e se julga que se voltava a saber alguma coisa deles está muito enganado. Aquela ponte tem muita história lá enterrada, eu passei momentos horríveis fechado naquela câmara (...) até me faltava o ar, ali fechado, era horrível. Olhe, eu próprio deixei lá assinaturas minhas soldadas!” (sic)

A par com a sua acentuada melhoria na qualidade de vida, fruto de um rendimento que conta como sendo muito acima da média, lembra um episódio de vida que o deixa muito emocionado: “a minha mãe não soube durante muito tempo do meu trabalho na ponte, e então um dia, ao ver-me com um casaco de cabedal, insinuou que eu andasse a roubar ou a fazer

negócios ilegítimos. Desentendi-me de tal forma com ela que teve de ser um colega e amigo meu a ir lá casa provar-lhe que eu estava a trabalhar com ele na ponte. A minha mãe queria sempre ter tudo ali aos pés dela, controlar as pessoas, e eu sempre quis ter muita liberdade, nunca, mas nunca me senti bem preso e fechado.” (sic).

(Historia Militar)

Aos 20 anos é chamado a cumprir o serviço militar, tendo feito a recruta em Elvas, referindo que gostou muito dos momentos que lá passou, pois, o espaço livre, o tipo de actividades e os conhecimentos que fez o marcaram imenso. Segue então para a Figueira a Foz, mobilizado pessoalmente pelo seu capitão, onde tirou a especialidade de condutor, sendo integrando posteriormente em Estremoz, num batalhão que embarca a 9 de Maio com destino a Angola.

Após o desembarque em Cabinda, é destacado mais o seu batalhão para a zona de *Dinge*, considerada 100% operacional e onde foram construir o próprio aquartelamento. Nesta zona, permaneceu os seguintes 4 meses, onde eram feitas missões como patrulhas, reconhecimentos de área e escoltas a *Cabinda, Landama, Maçabe, Belize, Dongo* e *Chicuaca*.

Relata um evento, numa destas escoltas feitas a *Cabinda* para irem buscar munições e mantimentos, na viagem de regresso uma das camionetas pisou duas minas anti-carro consecutivamente. O Sr. Carlos conta que por esta altura ia já bastante á frente do rebentamento, uma vez que era o condutor privado do capitão em serviço, tendo apenas sentido a explosão pelas suas costas. “Eu de inicio fiz o que havia para fazer, saíamos todos dos carros, reboávamos para a terra e púnhamo-nos preparados durante cerca de 20 minutos para o caso de o inimigo vir ao encontro do barulho da explosão. O pior foi depois disso, fizeram-nos ir apanhar os braços, as pernas, as cabeças e aquilo tudo para meter dentro de sacos.” (sic). Enquanto relembra este episódio, emociona-se muito descontroladamente, chorando e respirando ofegantemente.

Ainda nesta mesma zona, lembra uma noite em que estava mais um camarada seu a jogar ás cartas dentro dum paiol um pouco afastado do aquartelamento, perto de um riacho, quando ouviram ruídos no exterior. Conta que se levantou, foi espreitar, e diz não ter visto ninguém para além dumas cabras a caminhar sobre o riacho. “eu não achei aquilo muito natural, mas como já tinha passado algum tempo, decidi voltar costas para me voltar a sentar. Bem, nesse preciso momento começam a chover tiros com uma força, eles atacaram-nos, e agora nos 2 deitadinhos do lado de dentro do paiol, alvos daquele fogo todo. Isto demorou

cerca de 2 horas, até que chegaram reforços e os chutaram dali para fora. Ainda morreram lá 2 dos nossos.” (sic)

Quando questionado sobre como se sentia no dia-a-dia, durante o teatro de guerra que presenciou, refere que a sua condição ia piorando de dia para dia, dizendo que “sentia como que um cordão a apertar, a apertar (...), só pensava, será que vou ser eu o próximo?” (sic)

É destacado então, mais a sua companhia, para a zona de *Belize*, durante 6 meses onde fez exactamente o mesmo tipo de missões acima referidas, só que, desta vez, mais perigosas. “Chegámos a estar duas semanas no mato a razão de combate, dormir na selva, onde eu a meio da noite quando acordava, ou quando me calhava a mim ficar de sentinela, só via folhas a mexer por todo o lado em cima de mim, macacos a saltar por todo o lado, e urros que ecoavam pela noite dentro (...) era horrível, horrível.” (sic)

Conta que durante estes 6 meses, as emboscadas eram feitas em grande quantidade, quer por parte da sua companhia, quer por parte do inimigo, referindo portanto, que se torna difícil lembrar um episódio específico que o tenha transtornado especialmente. Após alguma insistência do examinador, chora ao lembrar uma emboscada, no meio dessas tantas que referiu, onde perdeu um primo seu, agregado a outra companhia perto do seu aquartelamento. “A partir daí fiquei completamente abalado, um dia saí sozinho para o mato, de arma na mão a correr por ali a fora, feito estúpido a gritar que mata todos aqueles filhos da puta. Tiveram de ir atrás de mim para me forçar de volta para o aquartelamento.” (sic). Refere ainda que este tipo de comportamentos eram feitos sem qualquer consciência da sua parte, deixando-o muito reticente quanto á sua saúde mental nessa época.

Recorda ainda uma outra situação, onde 2 camaradas seus morreram após o rebentamento duma mina anti-carro debaixo de um jipe, referindo que a sua situação só piorava no seguimento destes eventos, questionando-se constantemente se conseguiria voltar a Portugal “sem ser dentro dum saco”. (sic)

É então, finalmente, mobilizado para a zona do *Maçabe*, que fazia fronteira com o Congo, onde eram feitas, novamente, o mesmo tipo de tarefas. Refere que nesta zona, a sua vida foi substancialmente mais “pacífica”, onde a única situação que recorda como tendo sido mais complicada foi aquando de uma viagem que fez de jipe, mais um colega, distanciaram-se demasiadamente da coluna a que pertenciam, ficando com o carro enterrado no lamaçal e estragado uma peça do carro. Conta que tiveram de passar a noite sozinhos dentro do carro, até que o Sr. Carlos decidiu sair para tentar arranjar a peça. Conta que foi uma noite sentida como muito ansiogena, onde uma captura por parte do inimigo podia acontecer a qualquer

momento, não tendo acontecido, de facto, pois conseguiu arranjar a peça do carro, e viajado de volta para o aquartelamento.

Refere, como missão final de campanha, ter sido destacado mais um pelotão, para ir buscar um indivíduo considerado perigoso, ao Congo Ex-Belga, tendo esta missão corrido muito bem, referindo orgulhosamente que “capturamos o gajo verdadeiramente com as calças no fundo das pernas, com uma pretinha na cama, enrolamo-lo com o manto dela, e veio assim para o nosso aquartelamento. Ninguém deu por nada.” (sic)

Quando questionado quanto ao seu registo de indisciplina no serviço militar, refere que na fase final da guerra, que esteve suspenso por uma conduta violenta contra um negro. Prossegue contando: “aquilo era na altura da guerra psicossocial, e nós naquela altura andávamos de volta das populações para os convencer a juntar-se aos portugueses. Acontece que um dos pretos que já estava metido dentro do aquartelamento, viu-me discutir com o meu camarada, e veio-me propor limpar-lhe o sarampo, ao que eu levei muito mal, virando-me a ele e desfiz-lhe a cara. Naquela altura já não se podia fazer mal aos meninos, fiquei suspenso na prisão, da caca, durante uma semana (...) nada demais.” (sic)

(De volta a Portugal)

Regressa a Portugal em 1966, mencionando que se lembra da sua mãe “á minha espera e a apalpar-me todo quando me viu, para ver se eu vinha inteiro.” (sic), facto que recorda com algum desagrado.

Conta que tentou regressar á empresa que havia abandonado, para cumprir o serviço militar, mas que, dado as obras terem terminado na actual ponte 25 de Abril, teve de procurar trabalho noutra local. “É aqui que eu digo que a guerra me complicou a vida toda, pois eu tinha propostas dos Americanos para ir com eles para as bases de petróleo trabalhar e ganhar rios de dinheiro, e á pala do serviço militar, perdi essa chance.” (sic). Tentou desde logo, então, encontrar emprego no ramo de soldador, tendo conseguido apenas trabalho na construção civil, a dar serventia a pedreiro, cerca de um mês e meio após ter regressado do ultramar. Arranjou, seguidamente, emprego numa fábrica de ar comprimido, onde trabalhou cerca de um ano e meio, altura em que se casa, em 1967.

Diz que a sua esposa foi a sua madrinha de guerra, e que só se casaram depois dele ter regressado do ultramar, pois refere que não se queria comprometer sobre a incógnita de regressar vivo ou morto.

Trabalha seguidamente numa barragem em Salamanca, como soldador profissional, durante cerca de 8 meses, ficando, após esta construção ter terminado, a fazer pequenos trabalhos como soldador para pequenas empresas de construção. Volta então a arranjar outro emprego numa empresa de máquinas de café, como mecânico, tendo sido destacado para ir tirar um curso profissional de mecânico de cofres, pago pela empresa, a Barcelona. Conta que nesta empresa fazia muitos serviços em bancos, na reparação dos cofres, após estes darem avarias, referindo que muitas vezes teve de pedir aos guardas, assinados para vigiar o seu trabalho, para se retirarem ou para removerem as suas armas, pois não conseguia trabalhar na sua presença, “sentia-me mal, enjoado e com tremores ao ver as pistolas e metralhadoras, só trabalhava sem aquilo á minha frente.” (sic)

Por volta da altura da revolução de Abril, sai desta empresa, pois refere que necessitava de ganhar mais dinheiro, sendo que já nessa altura, ainda empregado, fazia de noite algumas horas como taxista. “Como aquela brincadeira naqueles tempos dava muito dinheiro, acabei por lá ficar até me reformar em 2005. Agora os tempos são outros, enfim, é só pretos, ucranianos, brasileiros e monhés, parece que só nos querem tirar o pão da boca.” (sic). Conta, desde logo, que no seu trabalho a tempo inteiro nos táxis, começou a notar em si uma irritabilidade muito frequente com os clientes, respondendo-lhes mal educadamente, agressivamente e acabando mesmo por vezes envolvido em desacatos que refere como absolutamente evitáveis, mas mantendo sempre no seu discurso, uma posição muito crítica contra aquilo que atribui às diferentes etnias como comportamentos “tipo”. Refere ainda que terminava as noites num estado de nervos tal, que eram muito poucas as horas que conseguia dormir.

Conta que tentou suspender o seu trabalho como taxista, tendo comprado dois espaços de venda num mercado local, e montado uma loja onde vendeu peixe mais a sua esposa. Diz que o negócio não durou muito tempo, pois “os indianos tomaram conta do mercado todo, vendiam as coisas muito baratas, e nós coitados ficamos de mãos a abanar (...) tivemos de lhes vender o nosso espaço.”

Volta então a trabalhar como taxista, mas desta vez como empregado, fazendo apenas poucas horas por semana, uma vez que refere não aguentar mais o sufoco que é para si suportar os clientes.

Conta, na consulta, que logo após ter regressado de Angola, irritava-se muito facilmente com quem lhe causasse o mínimo de conflito. Refere que se virava agressivamente ás pessoas, relatando um episodio que passamos a citar: “pouco tempo depois de ter regressado, numa paragem de autocarro perto do hospital, ao ouvir um estrondo no tubo de

escape numa mota, mandei-me para o chão assustado, coisa que me acontecia muito frequentemente nesse tempo, e não é que há um homem que me chama maluco e se começa a rir de mim? (...) Só sei que me joguei á cara dele, e o que fiz eu não sei, nem me lembro sequer, só sei que me tiveram de separar dele, porque eu tenho a impressão que o matava.” (sic).

Quanto ao seu relacionamento com os patrões e colegas que teve ao longo dos diversos sítios em que trabalhou, diz nunca ter tido qualquer tipo de problemas, “porque em todos os sítios em que eu trabalhei me respeitavam, não é como esses pretos e brasileiros que só querem dar cabo deste país, e isso é que eu não aguento.” (sic)

Relativamente ao seu relacionamento com a esposa e filhos, aponta a sua mulher como tendo sido uma santa, dizendo que “eu causei-lhe muito sofrimento e ela aguentou tudo, porque eu andava mesmo muito mal, sempre fui muito mau marido. Toda a vida fui muito vadio, nunca consegui estar parado nem fechado e preso, é horrível para mim, sempre gostei muito da liberdade, é onde eu me sinto bem, ao contrário sinto-me encurralado.” (sic). Hoje em dia diz permanecer um homem muito instável, com muita irritabilidade e que grita muito com a sua esposa. “Veja bem que eu na altura do 25 de Abril, alinhei com os soldados revolucionários e perdi-me (...) só sei que fui parar a Barrancos a um bordel, e isso acontecia-me muitas vezes (...) eu nessa altura perdia-me muito e não dizia nada a ninguém, ficando dias e dias sem por os pés em casa.” (sic)

Relativamente aos seus filhos (dois rapazes), refere que procurou dar-lhes a melhor educação possível, mas confessa, muito penoso, ter-lhes batido exageradamente, “principalmente ao mais velho, eu bati-lhe muito mesmo, era uma coisa que eu não conseguia controlar, era por tudo e por nada, eles metiam a pata na poça e eu dava-lhes com muita força.” (sic)

Análise Clínica e Psicopatológica

O Sr. Carlos, aparece na consulta de psicologia clínica, com uma postura marcadamente ansiosa, irrequieto e com maneirismos que evidenciavam uma instabilidade muito marcada, onde se destacam os seus suspiros repentinos, associados á abordagem de temas mais delicados, e um tremor constante que apresentou no seu braço direito.

Quanto á sua apresentação, aparece-nos adequadamente bem cuidado, demonstrando uma natural preocupação com a sua apresentação, acompanhado, sempre, do jornal diário

desportivo, que referiu como absolutamente indispensável dado o seu gosto pessoal pela área do futebol.

Manteve sempre, durante todo o exame psicológico, uma postura muito crítica relativamente á realidade social que o rodeia, com um discurso marcadamente xenófobo, que aparecia associado aos conflitos que relatou com as diferentes etnias no seu trabalho, utilizando muitas vezes palavrões e uma linguagem grosseira que reflectia uma atitude com vista provocação de choque na situação de exame.

Clínica, psicométrica e da dinâmica da personalidade

Após uma análise da sua anamnese, observação clínica e técnicas de exame psicológico aplicadas, depreendemos que o Sr. Carlos apresenta do ponto de vista do seu rendimento de trabalho, um valor (RT = 89) ligeiramente inferior ao valor médio estipulado para a sua faixa etária, começando a sua prova de atenção concentrada T.P, com alguma produtividade, embora muito instável, acabando por se dispersar cada vez mais até terminar a segunda metade da prova com um rendimento de trabalho muito medíocre, o que explica, e se associa com o índice de dispersão de 31% que apresenta neste teste, evidenciando, quer pela sua instabilidade inicial, quer pelo aumento progressivo da sua dispersão, uma enorme incapacidade em se concentrar produtivamente numa tarefa prática.

Pelo teste da Figura Complexa de Rey, apresenta uma capacidade perceptiva muito inferior ao valor normativo (P10↓), o que denuncia também, pela sua construção da figura, uma muito fraca capacidade de apreensão e estruturação do real, estando reduzido a um esquema mental muito imaturo para a realização da prova. O mesmo se pode verificar quanto á sua reprodução mnésica onde revelou, por valores ainda mais gravemente inferiores á norma (P10↓↓), uma capacidade de organização do material reproduzido muito deficiente, onde se vê um apelo massivo á memoria e uma colocação desadequada dos detalhes da figura. Parece-nos haver, do ponto de vista da sua dinâmica, um enorme esforço em evitar um insucesso que é vivido como insuportável de acordo com um ideal esmagador, levando o sujeito a colocar desmesuradamente todos os elementos que recorda, mesmo que de uma forma distorcida e irregular, muito á imagem da sua conduta na vida social.

Apresenta, de acordo com o Inventário de Depressão Beck, um valore sugestivo de depressão grave (IDB = 39), onde, apesar de valores positivos e elevados na grande maioria das questões, parece haver uma especial preponderância nos sentimentos de fracasso, desilusão, inutilidade e tristeza generalizada, já esperada como co-morbilidade da PSPT.

Ligado á sua vivencia sintomatológica, e segundo o questionário sintomático B.S.I, surgem valores muito elevados em toda a escala, sendo no entanto, as subescalas Ansiedade (3,83), Ideação Paranóide (3,6) e Agressividade/Hostilidade (4), as que apresentam valores mais preocupantes, sugerindo uma vivencia externa de paranóia, fundada numa ansiedade de fundo muito descontrolada e conducente a comportamentos hetero-agressivos.

Relativamente á sua vivencia traumática, para os valores obtidos no questionário IES-R (Impact of Events Scale – Revisited), observa-se uma intrusividade (3,4) maior que o seu evitamento (3,1) em pensar nos eventos ditos traumáticos, com um valor ainda mais elevado na subescala hiperactivação (3,7), que sugere uma reactividade excessiva e explica os seus comportamentos hetero-agressivos, concordante com os valores obtidos no questionário B.S.I, e na impulsividade observada na realização da figura complexa de Rey, que já tivemos a oportunidade de analisar.

Finalmente, do State-Trait Anxiety Inventory (STAI), relativamente á sua ansiedade, percebemos que se trata duma ansiedade traço (65), ou seja, estruturada na sua personalidade, mais do que um estado ansioso reactivo (59), que está de acordo com os resultados supracitados quanto á sua sintomatologia e com a nossa hipótese duma interiorizada relação de objecto parcial, marcada por uma exigência massiva, conducente a um sentimento de invasão e intrusividade por parte do paciente.

Análise cartão a cartão do protocolo Rorschach

Cartão I – O Sr. Carlos, dá a sua entrada na prova, com uma resposta de conteúdo banal, apreendida no geral quanto á sua forma, um morcego, que, por intermédio de um tempo de latência considerado adequado, reflecte a já esperada posição defensiva. Aparece outra resposta, seguidamente, apreendida no geral, mas bastante mais enriquecida do ponto de vista simbólico, onde não deixamos de reparar, desde logo, na emergência da virilidade/agressividade inerente ao seu conteúdo, com 2 leões a agarrar uma presa.

Cartão II – Com um tempo de latência de novo adequado, o sujeito não deixa de evidenciar o impacto sentido com o aparecimento do vermelho, dispersando-se desconfortavelmente com 3 respostas vagas iniciais, mas, de conteúdo violento e revelador de alguma angústia. Segue com uma resposta em G determinada pela forma, e, seguidamente, inclui na próxima resposta o tema de guerra que viveu pessoalmente ao responder, num modo de apreensão geral, “2 partes de mato com um rio no meio (...) com sangue”. De notar será,

que o sujeito manipula activamente o cartão enquanto formula as respostas RCH, o que dá conta da sua angústia no decorrer do protocolo.

Cartão III – o Sr. Carlos entra abruptamente neste cartão, com um comentário que deixa claro o impacto que este teve em si. Dá uma resposta geral, de conteúdo banal, determinada pela forma e pela cor, sendo o seu conteúdo altamente revelador, de novo, da sua angústia e da agressividade que aparece aquando da projecção, embora a cinestesia presente, evidencie, contudo, uma mobilização criativa de que parece dispor. Entre várias respostas vagas, como “sangue” e “morte”, dando conta de uma angústia que começa a parecer gravemente preocupante, aparece uma resposta formal, a um detalhe que refere como sendo “um esqueleto”, estando a temática de morte inerente a ela. Observa-se a indecisão ou indiferença face á identificação sexual pela resposta que dá seguidamente, e a tentativa de controlo da sua ansiedade, quer pela manipulação activa do material, quer pela resposta formal de conteúdo desvitalizado, que mesmo assim só a consegue formular em denegação: “um mapa não pode ser”.

Cartão IV – Formula uma primeira resposta geral, acrescentando pela primeira vez o esbatimento de textura á forma percebida, revelando uma regressão a uma posição primaria de carência face á figura de autoridade, onde, quanto ao seu conteúdo, há uma remoção da pele dum animal, que começa a dar conta da fragilidade da sua própria pele psíquica, sendo os sentimentos de desprotecção e exposição aqui evidentes. A sua ansiedade começa a aumentar progressivamente, acompanhada de uma manipulação exagerada do material e de perguntas desconfiadas quanto ao significado da mancha, aparecendo uma resposta que deixa esclarecida a emergência da angústia claustrofóbica muito primária, ligada a uma temática oral, onde num detalhe formal o sujeito dá: “duas pessoas engolidas com os braços ainda de fora”. Volta ainda a haver uma regressão a uma posição submissa de carência afectiva, com mais uma resposta de esbatimento, que se revela ineficaz contra a emergência insistente da sua angústia claustrofóbica, com tendência para a fragmentação, numa seguinte resposta formal de esbatimento de textura, de novo, revelando muita da natureza da relação com a figura de autoridade, que pelo tipo de angústia provocada não aparenta ser dirigido á imago paterna. Termina a prancha com 2 respostas vagas acerca da aflicção e do horror.

Cartão V – O sujeito revela de inicio, por intermédio de 2 banalidades formais (figuras aladas), a sua satisfatória capacidade de adaptação ao mundo real, mas, aquando da inclusão do esbatimento na resposta seguinte, a angústia não consegue ser travada, aparecendo uma resposta de má forma, onde animais sacrificados estão tapados por alguma coisa, o que mostra, de novo, o cunho claustrofóbico desta angústia. A temática oral volta a

surgir, numa seguinte resposta geral, terminando com uma dispersão vaga que já se torna exageradamente frequente ao longo do protocolo.

Cartão VI – Há um marcado aumento no tempo de latência, com um suspiro profundo, que consideramos ser um equivalente de choque, aparecendo uma resposta formal em esbatimento de textura, onde, pelo seu conteúdo, se percebe de novo a fragilidade no envelope psíquico, como já vimos anteriormente, voltando a aparecer uma remoção da pele a seguir a uma indefinição identitária quanto ao animal apontado. Após ter manipulado o material, e ter-se dispersado com comentários vagos, dá uma resposta formal em G que se associa á temática de guerra que viveu no ultramar, e que não deixa de transparecer uma projecção fálica aquando da resposta “uma arma aberta”, seguida de uma nova resposta geral com uma boa forma, o que volta a indicar-nos a sua capacidade de se adaptar ao mundo real. Contudo, uma angustia muito forte volta a aparecer após ter invertido a posição do cartão, e incluído o esbatimento de textura na sua resposta, sendo a perfuração e a morte os seus temas centrais.

Cartão VII - A angustia provocada por este cartão, que do ponto de vista simbólico remete muito para a relação com a imago materna e o sexo feminino, é muito marcada, com um tempo de latência curtíssimo, e uma tentativa inicial de impedir a inundação massiva pela angústia, com 2 respostas de esbatimento impreciso, surgindo então seguidamente, após manipular a prancha, uns “olhos”, e finalmente “Um animal aberto ao meio, pernas, olhos, braços e corpo”, que deixa evidente a incapacidade de sustentar uma angustia, que por esta altura aparenta ser muito vívida no mundo interno do individuo, talvez despoletada aqui pelo cunho, também simbólico, desta mancha, que remete para o inacabado/desarticulado.

Cartão VIII – O que parece ser de salientar na sua abordagem a este cartão, que com a inclusão das cores pastel dão conta dos afectos e sentimentos que o sujeito está disposto a incluir na relação de troca, é a temática da agressividade e virilidade continuamente presente, onde, apesar da banalidade esperada para este cartão, o sujeito põe os objectos, por via da cinestesia, em cenas violentas de caça. A sua angustia é novamente visível na reacção às cores pastel, dando respostas “sangue” onde as cores menos o sugerem, e uma temática agressiva onde os conteúdos são menos convidativos. Finalmente, a incerteza da identidade das figuras projectadas continua a ser evidente, denunciando uma dificuldade na sua própria criação identitária pessoal, que remete de novo para uma fraca solidez nos limites.

Cartão IX – Talvez por sugestão de algumas cores pastel aqui incluídas, o sujeito acaba por associar este cartão á sua experiencia no ultramar, com respostas formais de esbatimento como “selva” e “mato”, incluindo de novo o sangue na cor rosa, por semelhança

ao vermelho, e a temática de perfuração, que volta a aparecer para dar conta da porosidade e vulnerabilidade do seu envelope psíquico, aquando do contacto com cores sugestivas da regressão.

Cartão X – O tempo de latência volta a subir consideravelmente, com uma abordagem ao cartão marcada na dispersão e fragmentação, onde o sujeito começa por dar respostas formas de boa qualidade, como controlo da emergência projectiva angustiante, que, ao se revelar ineficiente dá uma resposta que poderia simbolizar o penetrar do material no seu mundo interno, quando diz “raízes”, acabando por surgir a fragmentação ligada á angustia, numa ultima resposta formal que apresenta um cariz de preocupações marcadamente somáticas.

Análise Geral do Protocolo Rorschach

O que parece ser de salientar, principalmente, do protocolo do Sr. Carlos, é a sua marcada angústia claustrofóbica aquando do apelo á regressão. O paciente parece viver uma angústia, enormemente desorganizadora e intrusiva, quer seja por sugestão do próprio material á regressão quer seja, maioritariamente, pelo seu próprio recurso a esse movimento, aquando das respostas em esbatimento. Parece-nos evidente haver, pelo protocolo Rorschach, uma relação de objecto que está marcada pela intrusividade, invasão, e carregada fortemente com fantasmas de fusão/destruição, que parecem estar ligados maioritariamente a uma imago materna vivida como perseguidora, muito á imagem daquilo que relata na sua anamnese.

De um ponto de vista ligado ao seu narcisismo, percebemos uma clara fragilidade no envelope psíquico, e geralmente, no que toca aos seus limites, aparecendo imensos temas de perfuração, remoções de pele, muitas vezes conducentes á fragmentação, que estão ligados maioritariamente á falta de solidez do seu narcisismo primário. Contudo, parece existir uma área da sua personalidade, que se encontra capaz de se adaptar ao mundo real, que o exclui do campo da psicose muito embora, a idealização, a clivagem e a sua tendência para um tipo de projecção mais identificativo, muitas vezes difíceis de dissociar, aparecem em larga escala nas suas respostas como mecanismos de defesa algo rudimentares e, portanto, afastados do que seria esperado para uma organização neurótica. A forma extremista como são idealizados ou desidealizados os objectos, aparecendo sempre demasiadamente ligados a temáticas negativas ou positivas; a tendência para se fixar nas linhas divisórias e nas simetrias das manchas; a insistência nos conteúdos dissecados, ligada a toda uma instabilidade, e mesmo ausência, de

identidade dos conteúdos projectados, deixa claro o arranjo limite ou personalidade borderline que parece evidente após a análise do protocolo.

Não podemos deixar de reparar, no seu desconforto sentido ao longo de toda a prova, ofegando demasiadamente durante a observação dos cartões, manipulando insistentemente o material, terminando a prova queixando-se de imensas comichões e de arrepios, coçando-se até ao terminar da consulta em questão. Ora todo este cenário, aponta para uma enorme incontinência de uma angústia que surge aquando do apelo projectivo do teste, levando o sujeito a desencadear várias reacções somáticas, dado o seu limiar de elaboração interna não se revelar eficiente para a erupção de material desorganizado e fantasmas (que parecem ligados á temática de morte/destruição) imbuídos na sua angústia. Poderíamos pensar também em termos de uma inundação de elementos β na mente, como referiu Bion (1962), aquando do convite á projecção, levando o paciente a não encontrar via de elaboração simbólica, como nos explica Segal (1991), ou um continente interno capaz de conter todo esse material em disrupção.

Finalmente, parece existir uma área na sua personalidade, que se encontra investida fálicamente, aparecendo por vezes a temática do poder e da luta, em cartões cuja conotação simbólica remete para essa questão, evidenciando um investimento narcísico compensatório que parece surgir como oposição á falta de estruturação mais primária, que é bastante frequente, como sabemos, em pacientes com arranjos limite. A insistência com que remete os conteúdos para temáticas pessoais (a guerra e a selva), dá conta de uma rápida associação entre estímulos, aparentemente, neutros e o que viveu no ultramar, que pode já indicar uma reverberação interna traumática dominada pelo PS, e simetrizada com o protocolo Rorschach (Matte-Blanco, 1975).

Discussão do Caso Clínico

O Sr. Carlos apresenta-nos uma personalidade que nos parece fortemente afectada pela sua vivencia precoce, sendo a problemática claustrofóbica por demais evidente, ao longo de toda a sua vida, para ser ignorada. Parece-nos haver uma relação de objecto clivada, com um cunho altamente intrusivo e conducente a um superego que não se deve primariamente a uma herança do complexo de Édipo, mas sim, à internalização de um objecto parcial, ligado á imago materna que, pela sua exigência e controlo, se torna intrusivo, esmagador e persecutório que, parece ter um especial contributo na sua instabilidade e falta de concentração, quer seja na vida relacional, profissional, ou mesmo aquando da realização das

provas de exame psicológico em questão. Contudo, uma muito provável vivência traumática interna, parece andar lado a lado com esta estrutura que acabámos de descrever onde, pela equivalência psíquica, ou estado de equação simbólica, segundo Segal (1991), o sujeito é confrontado na realidade com estímulos que se “ligam” directamente a traumas internos e edificantes.

Percebemos, portanto, um retraimento da libido sobre o ego, em detrimento da sua direcção (saudável) para o objecto, se deve a uma recusa da ligação, e, posteriormente, a uma incapacidade de interiorizar o objecto como total, e não apenas parcial e clivado, acabando por deixar claro um arranjo limite que se percebe claramente na forma como relata certos eventos da sua história.

Dada esta estrutura de personalidade, que nega a ambivalência, a totalidade do objecto, e funcionando por conseguinte, segundo os mecanismos da clivagem, idealização e desidealização, aparecem, segundo uma projecção maciça da parcialidade do objecto interno, atitudes como a xenofobia e o racismo. As partes más do objecto interno, dada a incapacidade da sua internalização total, clivado e sujeito á desidealização, é projectado no exterior para livrar a mente duma realidade que não pode ser experimentada internamente. Surge então a questão sobre o que é que está na base do aparecimento deste tipo de atitudes e angústias no pós-guerra, mesmo que elas possam ser explicadas segundo o tipo de relação de objecto deste sujeito (Klein; 1930).

Existe uma experiência, sem dúvida pesada, no teatro da guerra colonial que não pode, de modo algum, ser menosprezada quanto ao seu impacto nesta estrutura de personalidade. Toda a sintomatologia, que relata como tendo sentido durante o tempo que passou em Angola, deixa claro uma desorganização progressiva numa estrutura que por si só já era muito frágil e pouco madura. Observamos várias passagens ao acto durante o serviço militar, que dão conta dessa mesma estrutura muito frágil, e incapaz de elaborar a emergência duma angústia desencadeada numa lógica simétrica por um estímulo externo, ou seja, parece realmente não existir uma função α , como sugere Bion (1962), suficientemente capaz de elaborar o que o sujeito viveu no ultramar, o que explica as passagens ao acto e a certeza de que o impacto destes eventos foi traumático (Tarantelli; 2003). O que já percebemos, é que a sintomatologia actual não parece dever-se exclusivamente ao impacto dos eventos relatados como traumáticos, mas também a uma forte influência da relação com o objecto interno.

Contudo, os comportamentos reactivos que relata como aparecendo no pós-guerra, não deixam de se associar bastante com a própria vivência da guerra em Angola, onde, por exemplo, a sua reacção face a estrondos repentinos, como os dos tubos de escape das motos,

se podem explicar segundo a operação do PS, onde, como já descrevemos para o anterior estudo de caso, o estrondo do tubo de escape da motorizada é tratado no inconsciente como idêntico ao estrondo das minas ou das granadas, como nos explicou Matte-Blanco (1975), que, por intermédio da estrutura inerente ao Sr. Carlos, desencadeia uma resposta de agressividade muito ligada a um sentimento de humilhação e de choque narcísico

É evidente a acção do PS em diversos exemplos da história do pós-guerra deste sujeito, como por exemplo, o facto deste não suportar trabalhar na presença de armas de fogo, que poderia ser explicado como havendo uma ausência de sucessão temporal inerente a esta experiência, onde, no inconsciente, pela acção do PS, o perigo e o stress desencadeado por conseguinte, são sentidos no presente como sendo idênticos ao sentido no passado quando o Sr. Carlos estava na presença de armas de fogo, como sabemos da proposta teórica de Matte-Blanco (1975). Notamos também uma influência do PS na atitude xenófoba do Sr. Carlos, onde, fruto de uma degradação ao longo do tempo, esperada para a PSPT segundo Peterson et. al. (1991), onde o elemento “negro” do conjunto “diferentes raças” é tratado como idêntico a este mesmo conjunto e, portanto, indistinguível entre as suas partes constituintes e do próprio conjunto. Temos que, deixam de ser apenas os indivíduos de raça negra sentidos como ameaçadores, passando todos os indivíduos de etnia diferente sentidos como tal, numa angústia provocada também ela pela simetriação temporal entre o perigo experimentado durante a guerra colonial face aos negros e o contacto actual com os indivíduos desta etnia que, não existindo a característica da temporalidade no inconsciente, onde a reverberação traumática se faz sentir, é desencadeada a mesma reacção (provavelmente controlada, nesta estrutura, por um superego de cariz materno) que era consequente do contacto com os negros no ultramar (Matte-Blanco; 1975).

Relativamente aos misteriosos desaparecimentos, ou fugas, que o Sr. Carlos relata na sua anamnese, sentimos que houve alguma inespecificidade relativamente á natureza destas passagens ao acto. Contudo, consideramos provável que se tratem de *flashbacks*, uma vez que, como refere na história do seu desaparecimento na revolução de Abril, o sujeito entrou num registo comportamental específico quando se encontrou com alguns soldados militantes da revolução comunista. Ora, é altamente provável que um PS tenha entrado em vigor neste exemplo característico, onde vemos o impacto traumático no inconsciente do sujeito ser tratado segundo uma lógica simétrica, como nos explica Matte-Blanco (1975) e, portanto, intemporal. O sujeito comportou-se, face a um movimento militar que interceptou, como se estivesse de novo numa coluna militar em Angola, sendo o mais curioso, o facto de este não ter consciência do que realmente fez durante esse largo período de tempo.

Discussão

Á parte de tudo o que já foi discutido em cada um dos estudos de caso clínicos, parece-nos especialmente importante rever os critérios de diagnóstico de PSPT, propostos no manual estatístico DSM-IV-TR, á luz do corpo teórico que revimos ao longo da presente dissertação.

Relativamente ao Critério A, saber se a pessoa foi exposta a um acontecimento traumático onde experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos, que envolveram ameaça de morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros, tendo a sua resposta envolvido medo intenso, impotência (*helplessness*) ou horror, parece-nos já, a titulo descritivo, bastante claro nas propostas teóricas de Freud (1920), onde percebemos uma perfuração da barreira que Freud definiu como desempenhando o papel de um filtro selectivo, atingindo a mente com uma quantidade tal de estimulações que provocam, mediante uma potencialidade estrutural e individual, um traumatismo psíquico (Bokanowski; 2002). Do ponto de vista dinâmico poderíamos definir este critério como a existência de um evento externo repentino que perfura o aparelho psíquico que, como nos diz Grotstein (2000), não tem como evitar a sua confrontação, não conseguindo contê-la. Trata-se da “Desastrosa e silenciosa afirmação do exterior” que nos propôs Blanchot (1986). O conceito de *helplessness* presente na exposição a este evento externo, parece-nos inerente ao próprio resultado da experiencia traumática, ou traumatismo, que em casos extremos, segundo Krystal (1988), pode provocar uma morte psicogénica, onde o individuo se rende completamente à situação traumática, não podendo prever qualquer tipo de reacção possível. Este processo de rendição parece-nos especialmente ilustrativo daquilo que é chamado de *helplessness* no DSM-IV-TR, e que nos recorda o exemplo dos *Muselmanner* que Tarantelli (2003) recolheu no seu estudo sobre os estados traumáticos. É ainda, na nossa opinião, importante flexibilizar o conceito de morte psicogénica como possível patognomónico do diagnóstico de PSPT, pois, parece-nos que muitas vezes uma reacção menos desistente e, talvez, até aparentemente adaptada, como acontece frequentemente nos casos de guerra, pode também implicar uma perfuração do envelope psíquico e produzir um efeito traumático, sendo o conceito chave aqui, na nossa compreensão, a vivencia incontida de uma experiencia desorganizadora, sendo a reacção de desistência tão provável como a passagem ao acto.

Saber se o acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente diz respeito ao Critério B do presente manual diagnóstico e remete para a sintomatologia de revivência do evento traumático, como lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem os pesadelos recorrentes; o agir ou sentir (subitamente) como se o evento traumático estivesse a reocorrer, que se caracteriza muitas vezes por episódios de *flashbacks* e respectivas dissociações; intenso sofrimento psicológico com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a aspectos do acontecimento traumático; e a uma reactividade fisiológica quando o individuo é exposto a esses mesmos estímulos. A teoria bi-lógica de Matte-Blanco (1975) oferece, na nossa compreensão, uma forte e esclarecedora abordagem a estes critérios de diagnóstico da PSPT onde, para qualquer uma das alíneas subordinadas a este critério, a característica da intemporalidade, tão bem como a ausência de referências espaciais, no inconsciente que, como sabemos, é o território onde a reverberação traumática se movimenta, explica a raiz desta revivência do evento traumático. Partindo do princípio que o indivíduo sofre um traumatismo, aquando do impacto com o evento, por uma insuficiência na função simbólica em elaborar os estímulos em questão ou, talvez, como nos explica Segal (1978), dada a violência do evento traumático, a mente funciona em equação simbólica, onde o símbolo é equacionado directamente ao objecto e vivido como sendo idêntico a ele. As angústias mais primárias do sujeito, basilares da sua edificação estrutural, são directamente equiparadas ao estímulo que está a ser vivido, como nos explica Boulanger (2005) a respeito do estado de equivalência psíquica, ou “estado traumático absoluto” proposto por Grotstein (1990). De acordo com o pensamento de Bion (1962), podemos perceber que a mente é alvo daquilo que o autor chamou de inundação de elementos β , quer seja pela estimulação exterior, quer seja pelo espelhamento que o estímulo externo tem no mundo interno do sujeito da experiência, não havendo, portanto, uma função α capaz de elaborar o que é imposto pela experiência traumática. Posto isto, o trauma fica reservado no mundo interno como algo que não foi elaborado, perdido nos confins do inconsciente, fruto do impacto de uma experiência que tudo destruiu e que ao mesmo tempo deixou tudo intacto, como nos refere Blanchot (1986), e, como nos refere Matte-Blanco (1975), sujeito às leis do funcionamento ics. em constante movimento ascendente ao mundo consciente, onde, por via do PS se manifesta pela sintomatologia descrita, por exemplo, neste critério de diagnóstico do DSM-IV-TR, como vimos nos 2 estudos de caso escolhidos, o trauma parece não ficar isolado nem tão pouco reservado ao passado, podendo, no inconsciente do sujeito, estar ainda a acontecer, ou vir a acontecer brevemente, consequência do PS que veicula a vivência traumática inconsciente no

sentido do mundo consciente, fazendo com que o sujeito viva inconscientemente uma vida de ameaça permanente, num registo que o autor denominou como bi-lógico.

É aqui que consideramos a noção de estrutura como sendo especialmente importante na abordagem a esta temática, onde, parece haver uma forte associação entre o surgimento de sintomatologia específica da PSPT e o tipo de estrutura inerente ao sujeito. Através dos estudos de caso clínicos que apresentámos na presente dissertação, podemos ver 2 estruturas bastante distintas onde a vivencia traumática interna se manifesta de formas diferentes, dependentes de características na estrutura do indivíduo, como sendo a capacidade de aceder ao mundo simbólico ou de utilizar uma função α capaz de metabolizar elementos β provenientes da vivencia traumática inconsciente, como nos explicou Bion (1962). Não sendo, estes elementos β , transformados ou elaborados em elementos α , manifestam-se no mundo consciente como elementos crus e desorganizados que, parecem estar na base daquilo que Matte-Blanco (1975) chamou de PS, onde as leis da lógica bivalente não se aplicam. As Lembranças intrusivas e os pesadelos recorrentes são um exemplo de como a vivencia traumática interna emerge ao mundo da consciência segundo um PS, onde impera a intemporalidade, que explica, como já pudemos perceber, os episódios de *flashback* presentes na PSPT. Toda a reactividade fisiológica e o intenso sofrimento ansioso associado a estímulos internos ou externos que se liguem, em conteúdo, com a vivencia traumática, são fruto dessa mesma intemporalidade, como já vimos no critério anterior.

O Critério C, tanto como o seguinte Critério D, parece-nos uma consequência de todo o modo de funcionamento psíquico que acabámos de descrever, onde de um lado temos uma sintomatologia marcada pela inibição e que remete para o esforço que o sujeito faz para evitar persistentemente estímulos associados ao trauma e entorpecimento/embotamento (*numbing*) da reactividade geral (ausente antes do trauma), e por outro lado temos uma sintomatologia caracteristicamente hiperactiva, que está carregada de impulsos de agressividade, resumindo os sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma).

Mais uma vez, o que parece ser central aqui, é a vivencia de uma experiencia desorganizadora e incontida, pelo que Bion (1962) chamou de aparelho para pensar os pensamentos. Quando há pouco procurámos flexibilizar a reacção do indivíduo face ao trauma e o conceito de morte psicogénica, destacando, na nossa opinião, a ideia de uma experiencia desorganizadora incontida, foi porque essa mesma flexibilidade parece ser evidente no pós-trauma, especificamente, observada nestes 2 últimos critérios de diagnóstico. Parece particularmente interessante o facto da variabilidade assistida mediante uma estrutura em

relação á predominância do Critério C ou do Critério D, não pondo de parte um interjogo entre os 2 critérios, estar associada a um funcionamento mais ou menos rudimentar ou, talvez, mais ou menos assente nos mecanismos da identificação projectiva e da clivagem, como avançou Klein (1931) a respeito das consequências da inibição da função simbólica. Se repararmos, encontramos indicadores de sentimentos como a vergonha e a culpa presentes nas alíneas do Critério C, que nos dá uma perspectiva de um funcionamento mais maduro, embora nuclear, do que nas alíneas do Critério D, onde imperam características agressivas de passagem ao acto, o que nos leva a associar esta variabilidade com a proposta de Melanie Klein a respeito da movimentação PS↔D. Relativamente à dificuldade de concentração e à dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, verificadas no Critério D, concluímos que estão fortemente enraizadas num quotidiano individual que é dominado pelo funcionamento que descrevemos anteriormente no Critério B, onde a sensação de perigo eminente, fruto da vivencia traumática interna e dum PS inerente á sua movimentação no sentido da vida consciente, impede o indivíduo de ter a tranquilidade necessária para dormir ou se concentrar bem.

A PSPT parece acentuar-se ao longo do tempo e, na presente dissertação observámos 2 casos clínicos com um historial de PSPT bastante longo, implicando, para cada um deles, uma verdadeira solidificação funcional ou comportamental em redor da vivencia traumática ou, como nos explicou Peterson et. al (1991) a respeito do agravamento da generalização com o passar dos anos, o que não nos deixa qualquer duvida quanto ao mal-estar causado ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante na vida do individuo, como nos diz o Critério F no diagnóstico de PSPT segundo o DSM-IV-TR.

A proposta do nosso trabalho assentava na compreensão fenomenológica da PSPT de um ponto de vista psicanalítico, utilizando 2 estudos de caso clínicos para nos auxiliar nessa compreensão. Sentimos que, relativamente ao que nos propusemos, conseguimos concretizar aquilo que era a nossa principal preocupação, a de um contributo teórico e clínico para a compreensão de uma síndrome psicopatológica que está, como pudemos perceber, longe de ser simples e pragmatizável. Achamos que se tornou possível compreender a complexidade da PSPT segundo um racional teórico psicanalítico que, como vimos, se revelou à altura daquilo que foi inicialmente propusemos para a presente dissertação.

Realmente, aquilo que concluímos é que na base da PSPT, de acordo com o racional teórico que seguimos, parece estar um modo de funcionamento específico que deriva da reverberação interna do traumatismo, que se manifesta sintomatologicamente por via de um Principio de Simetria que actua segundo as características do sistema ics. como a

intemporalidade; a ausência de contradição mútua e negação; e a substituição da realidade externa pela realidade interna, explicando a sintomatologia maioritariamente ansiosa da PSPT.

O facto dos estudos de caso escolhidos para o presente estudo terem sido seleccionados por conveniência de um leque variado de casos de exame psicológico para despiste de PSPT, dos Serviços Clínicos da A.D.F.A, tornou-se, de certo modo, limitador, pois embora os casos possam ter-se revelado ilustrativos da problemática que pretendíamos explorar, uma possível metodologia de exame psicológico direccionada especificamente para essa problemática teria sido sem dúvida mais proveitosa.

Para a elaboração desta dissertação seguimos, como se tornou claro, uma linha teórica que concebe a noção de estrutura como factor chave no impacto traumático e na PSPT, não tendo muito em conta as propostas de autores que rejeitam esta hipótese. Seguimos esta linha teórica pois foi, como explicámos, a que mais nos fez sentido, dada a nossa proposta de trabalho, tão bem como a problemática que queríamos explorar, não descurando, contudo, a pertinência de um trabalho feito numa linha menos centrada na influencia da estrutura e mais centrada numa psicologia relacional, como por exemplo os estudos de Boulanger (2002), os estudos de Blum (2003), ou mesmo a proposta teórica de Schore (2002) numa linha teórica claramente relacional, marcada pelo contributo importantíssimo de Heinz Kohut a respeito da Psicologia do *Self*.

Parece-nos que seria interessante desenvolver, também, um estudo mais empírico que pudesse, com a metodologia adequada, responder a esta problemática ligando-a com os contributos recentes da neuropsicanálise, já que, como foi possível compreender da nossa recensão, os conceitos de principio de simetria e principio de assimetria parecem, num primeiro olhar, coadunar-se bem com os mais recentes contributos deste ramo psicanalítico.

Deixamos ainda uma outra sugestão para futuras investigações, que remete para a compreensão da sintomatologia psicossomática em pacientes com PSPT, dentro da linha teórica que revimos na presente dissertação, pois consideramos que o contributo teórico de Ignacio Matte-Blanco pode oferecer aqui uma mais-valia para a compreensão desta comorbilidade psicossomática da PSPT, que, como sugere a prática clínica com esta população, parece ser frequente.

Pensamos que o nosso trabalho se apresenta como uma mais-valia no que concerne à concepção da PSPT como fenómeno, e á compreensão desta síndrome psicopatológica á luz de um racional teórico que parece ter vindo a demitir-se, ao longo dos anos, da compreensão dos estados traumáticos. Tanto a linha teórica compreensiva da função simbólica, e do

pensamento, como a teoria bi-lógica de Ignacio Matte-Blanco, revelaram ser poderosos instrumentos de compreensão teórica da problemática que levantámos no presente estudo, tornando possível a sensação de cumprimento relativamente ao que nos propusemos objectivamente.

Referências Bibliográficas

- Adams-Silvan, A. & Silvan, M. (1990). A Dream is the Fulfilment of a Wish: Traumatic Dream, Repetition Compulsion, and the Pleasure Principle. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 513-522.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., Lopes, F. (1992). Distúrbio pós-traumático do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar, Número especial*, 399- 407.
- Amaro, F. (1988). Aspectos socioculturais dos maus tratos e negligência de crianças em Portugal. *Revista do Ministério Público*. 35 / 36, 85 – 90.
- Andreasen, N. (1985). *Posttraumatic stress disorder*. In Comprehensive Textbook of Psychiatry IV. (Kaplan, H Ed), 918-924.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*, London: Karnac Books.
- Blum, H. (2003). Psychic Trauma and Traumatic Object Loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 415-431.
- Bokanowski T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*. 66, 743-55.
- Boulanger, G. (2002). The cost of survival: Psychoanalysis and adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38, 17 – 44.
- Boulanger, G. (2005). From Voyeur to Witness: Recapturing Symbolic Function After Massive Psychic Trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 21-31.
- Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in na urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1015-1019.

Breslau, N., Davis, G.C. Andresky, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Cabral, M. (1998). *Pensar a Emoção*. Lisboa: Fim de Século

Clark, R. (1980). *Freud: The Man and the Cause*. New York: Random House.

Fairbairn, W.R.D. (1952), *Psychoanalytic Studies of Personality*. Boston, MA: Routledge Kegan Paul.

Fink, K. (2003). Magnitude of trauma and personality change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84(4), 985-995.

Fink, K. (1989). From Symmetry to Asymmetry. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 481-489.

Freud, S. (1893) Estudos sobre a Histeria. In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. II.

Freud S. (1900) A interpretação dos sonhos (Parte I). In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. IV.

Freud S. (1900) A interpretação dos sonhos (Parte II). In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. V.

Freud, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: ESB das obras completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XII, pp. 233-244.

Freud, S. (1915). O Inconsciente. In: ESB das obras completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XIV, pp. 165-209.

Freud, S. (1920). Além do Principio de Prazer. In: ESB das obras completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XVIII, pp. 17-75.

Freud, S. (1923) O Ego e o Id. In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XIX.

Freud, S. (1926) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XX.

Freud, S. (1933) *New Introductory Lectures in Psycho-Analysis*. SE 22.

Freud, S. (1934-8). *Moses and monotheism: Three essays*. In SE 23, pp. 3-140.

Freud, S. (1940[1938]) Esboço de psicanálise. In: ESB das Obras Completas de Sigmund Freud. Imago, Rio de Janeiro, 1969. v. XXIII. pp. 168-246.

Freud, A. (1967), *Comments on Psychic Trauma*. In: *The Writings of Anna Freud*, Vol, 5. New York: International Universities Press, pp. 221 – 241.

Friedman, M.J. (1988). Toward rational pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: an interim report. *American Journal of Psychiatry*, 145, 281-5.

Fairbairn, W.R.D. (1952), *Psychoanalytic Studies of Personality*. Boston, MA: Routledge.

Garland, C. (1998). *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. New York: Routledge.

Gay, P. (1988). *Freud: A Life for Our Time*. New York: Doubleday

Grotstein, J. (2000). *Who is the Dreamer who Dreams the Dream?* Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.

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

Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.

Horowitz, M.J. (1979). *Psychological response to serious life events*. In V. Hamilton and D. M. Warburton (Eds.), *Human Stress and Cognition: An information processing approach*. New York: Wiley.

Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.

Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.

Kardiner, A.(1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.

Kardiner, A.(1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.

Klein, M. (1930). The importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego. *In International Journal of Psycho-Analysis*, 11,24-39.

Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L., Von, J.M. (1987). Criminal victimisation: Lifetime prevalence reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33,479-489.

Krupnick, T., Horowitz, M. (1980). Victims of violence: psychological responses, treatment implications. *Evaluation Change, (Special Issue)*, 42-46.

Kubany, E.S., Haynes, S.N., Leisen, M.B., Owens, J.A., Kaplan, A.S., Watson, S.B. & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-424.

Laplanche, J; Pontalis (1990), *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laufer RS, Gallops MS, Frey-Wouters E. (1984). War stress and trauma: The Vietnam veteran experience. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 68–72.

Levi P (1979). *If this is a man*. London: Abacus.

Lindy, J. D. (1988). *Vietnam: A Casebook*. New York: Brunner/Mazel.

Maia, A, Fernandes E.M. (2003). Epidemiologia da perturbação pos stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma. In *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi.

Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, Feeling and Being: Clinical Reflections on the Fundamental Antinomy of Human Beings*. London: Routledge.

Matte-Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets*. London: Duckworth Press.

Marques, E. M. (1998). Para uma discussão sobre a ética no exame psicológico em psicologia clínica. In *Actas do colóquio europeu de psicologia e ética* (pp. 165 – 168). Lisboa: ISPA.

Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.

Norris, F. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1704-1718.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.

Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B. & Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-476.

Schore, A. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 433-484.

Segal, H. (1991). *Sonho, Fantasia e Arte*. Rio de Janeiro: Imago.

Segal, H. (1978). On Symbolism. *International Journal of Psycho-Analysis, 59*, 315-319.

Tarantelli, C. (2003). Life within death: Towards a metapsychology of catastrophic psychic trauma. *International Journal of Psycho-Analysis, 84*(4), 915-928.

Van Der Kolk, Bessel A. (1984). *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Winnicott, D.W. (1989). *Fear of breakdown*. In *Psycho-analytic explorations*, London: Karnac Books .

ANEXO A

Protocolo Rorschach Adérito

<p>I 14'' Uma borboleta Um morcego não é...</p>	<p>G F+ A Ban - As asas e aqui a parte da frente... antenas G F- A Ban</p>
<p>II 12'' Também pode ser uma borboleta, é quase idêntico áquele. Pode ser cocó dela, tá atrás</p>	<p>D F+ A Ban - Como a outra, os vermelhos é que é o camandro. D CF Escr - o traçado e a cor, porca.</p>
<p>III 7'' 2 cães... ou não... o cão não tem assim a pata... que espécie é esta? Deve ser uma borboleta... Esquisito... Borboleta, e uma flor no meio Abelhas não são. Aqui isto encarnado é que parece mesmo um sapato de biqueiro comprido Parece algo parecido com uma pessoa</p>	<p>D F- A - É capaz de ser macaco D FC A - Verm. É uma borboleta ?? – Eles tão em cima de qualquer coisa D F- A D F+ Vest G F- H</p>
<p>IV 5'' Ui... epá... este é que é um bicho, parece também uma borboleta, mas não tem isto aqui... que parecem cobras de lado</p>	<p>G F- A → clob Dd FE A</p>
<p>V 7'' Esta é que tem mesmo parecenças com um morcego, mas o morcego não tem chifres. Para mim é um morcego</p>	<p>G F- A Ban</p>
<p>VI 8'' Carças... Será peixes? Não... não é.. (Ref Sim) Nunca vi disto... Tartaruga não é porque o pescoço não é tão comprido Pássaro também não é... Não sei</p>	<p>G F- A – Aqui assim em cima, mas não... G F- A – Faz lembrar aqui no meio a carapaça, só que o pescoço... G F- A</p>

<p>VII 12'' Aquelas pontes nas grutas que há... Faz-me é impressão a parte de traz. Parece aquelas pedras das grutas... que crescem com as gotas e humidade.</p>	<p>Gbl F- Geo Só que não é na gruta.... Porque para crescer é para baixo não é pra cima. D FE Geologia --> No meio... espinha dorsal. D F+ Anat</p>
<p>VIII 12'' Um camaleão, aqui outro. Uma borboleta, duas, três borboletas Esta tem o rabo comprido</p>	<p>G F+ A Ban DG F+ A</p>
<p>IX 30'' --> Equiv Chq Isto não é animal nenhum Uma coluna dorsal. Nunca vi animal nenhum destes. Flor e plantas não são Tem aqui uma coluna dorsal... realmente</p>	<p>D F- Anat - Simetria Tem tudo quase o mesmo feitio á retaguarda D FC Bot - Flores do mar em cima.</p>
<p>X 9'' Ui... Uns bichos... Ratos Ái não são ratos, são grilos, um de cada lado Um as aranhas, não, são outros bichos... devem ser aranhas. Mas os grilos não têm rabo... os ratos não têm antenas... Que confusão!!! Tome!</p>	<p>D F+ A – a parte de cima D F+ A D F+ A</p>

Prova de Escolhas

Escolha +	Escolha -
<p>I e V Chamam-me mais a atenção... porque são morcego e Borboletas, eu já os vi por aí.</p>	<p>VII e X Porque não sei o Significado. São estranhas.</p>

I.D.BECK

Doente. Adérito

Avaliação... 32... Data 3/3/08

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações
Sublinhe a resposta que melhor descreva a forma como hoje se sente.

A 0- ~~Não me sinto triste.~~

- 1- Ando "neura" ou triste
- 2- Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
- 2- Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim. *Humor*
- 3.- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

B 0- Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.

- 1- Sinto-me com medo do futuro.
- 2- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- 2- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- 3- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar. *Sentir-se Frustrado Pessimista*

C 0- Não tenho a sensação de ter fracassado

- 1- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
- 1- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
- 2- Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos. *Sentir-se Frustrado*
- 3- Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, marido, mãe, mulher).

D 0- Não me sinto descontente com nada em especial.

- 1- Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- 1- Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
- 2- Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
- 3- Sinto-me descontente com tudo. *Inchada*

E 0- Não me sinto culpado de nada em particular.

1- Sinto grande parte do tempo, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.

Sinto-me bastante culpado.

2- Agora, sinto, permanentemente que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.

3- Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.

sento culpa

F 0- Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.

1- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.

Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.

3- Sinto que mereço ser castigado.

3- Quero ser castigado.

*sento a dor
dos meus*

G 0- Não me sinto descontente comigo.

Estou desiludido comigo mesmo.

1- Não gosto de mim.

2- Estou bastante desgostoso comigo.

3- Odeio-me.

Odeio a mim

H 0- Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.

1- Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros.

Culpo-me das minhas próprias faltas.

2- Acuso-me por tudo de mal que acontece.

auto-acusado

I Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo.

1- Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.

2- Sinto que seria melhor morrer.

2- Creio que seria melhor para a família se eu morresse.

2- Tenho planos concretos sobre a forma de como hei-de pôr termo à vida.

3- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

*sem desejo
suicida*

J 0- Actualmente não choro mais do que o costume.

1- Choro mais agora do que costumava.

2- Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.

3- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.

Choro mais

K 0- Não ando agora mais irritado do que o costume.

1- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2- Sinto-me permanentemente irritado.

3- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente.

Imbécil

L 0- Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.

1- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.

2- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por eles.

3- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.

afectado

M 0- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.

1- Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.

2- Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.

3- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

Incluído

N 0- Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.

1- Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.

2- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.

3- Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo. ○

em geral

O 0- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

1- Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.

1- Não consigo trabalhar tão bem como costumava.

2- Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for.

3- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja. 0

P 0- Consigo dormir tão bem como antes.

1- Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.

2- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.

3- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 h.

Q 0- Não me sinto mais cansado do que é habitual.

1- Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.

2- Fico cansado quando faço seja o que for.

3- Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R 0- O meu apetite é o mesmo de sempre.

1- O meu apetite não é tão bom como costumava ser.

2- Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.

3- Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S 0- Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.

1- Perdi mais de 2,5 quilos de peso.

2- Perdi mais de 5 quilos de peso.

3- Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

T 0-A minha saúde não me preocupa mais do que habitualmente.

1- Sinto-me preocupado com dores, ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre, ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo.

2- Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.

Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.

U 0- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.

2- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.

3- Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

TOTAL: 32

Folha de Cotação STAI Y1 e Y2

ANSIEDADE ESTADO					ANSIEDADE TRAÇO				
*1	4	3	2 X	1	*21	4 X	3	2	1
*2	4	3	2	1 X	22	1	2	3 X	4
3	1	2	3	4 X	*23	4	3	2 X	1
4	1 X	2	3	4	24	1	2	3	4 X
*5	4 X	3	2	1	25	1	2	3 X	4
6	1	2 X	3	4	*26	4 X	3	2	1
7	1	2	3	4 X	*27	4 X	3	2	1
*8	4	3	2	1 X	28	1	2	3	4 X
9	1	2	3	4 X	29	1	2	3 X	4
*10	4	3	2 X	1	*30	4	3 X	2	1
*11	4	3 X	2	1	31	1	2	3	4 X
12	1	2	3	4 X	32	1	2	3 X	4
13	1 X	2	3	4	*33	4 X	3	2	1
14	1	2 X	3	4	*34	4 X	3	2	1
*15	4	3 X	2	1	35	1	2 X	3	4
*16	4	3	2 X	1	*36	4	3 X	2	1
17	1	2	3	4 X	37	1	2	3	4 X
18	1	2	3 X	4	38	1	2	3	4 X
*19	4	3	2 X	1	*39	4	3 X	2	1
*20	4	3	2 X	1	40	1	2	3	4 X
TOTAL				51	TOTAL				65

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Nome Adérito

N.º Processo _____

Data 3 / 3 / 08

STAI Form Y-1

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	nada	um pouco	moderamente	muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	X	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	quase nunca	algumas vezes	frequente-mente	quase sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Estou "calmo e concentrado"	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Estou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

Folha de cotação B.S.I.

A - Somatização	B - Obsessão / Compulsão	C - Sensibilidade interpessoal	D - Depressão	E - Ansiedade
2-84 3 23-84 4 29-84 3 Total: 24 ²¹ ÷ 6 = 4 3,5	5-84 3 15-84 3 26-84 3 Total: 26 ²⁰ ÷ 6 = 4,33 3,33	20-84 4 21-84 3 22-84 3 42-84 3 Total: 21 ¹³ ÷ 4 = 5,25 3,25	9-84 10 16-84 4 17-84 4 Total: 24 ¹⁷ ÷ 6 = 4 2,8	1-84 3 12-84 4 19-84 4 Total: 22 ÷ 6 = 3,6 3,6

F - Agressividade / Hostilidade	G - Ansiedade Fóbica	H - Ideação Paranóide	I - Psicoticismo
6-84 4 13-84 4 40-84 3 Total: 24 ¹⁹ ÷ 5 = 4,8 3,8	8-84 3 28-84 2 31-84 4 Total: 16 ÷ 5 = 3,2 3,2	4-84 2 10-84 3 24-84 3 Total: 15 ÷ 5 = 3 3	3-84 3 14-84 3 34-84 3 Total: 15 ÷ 5 = 3 3

G.S.I = 205 + 53 ⇔ G.S.I = ~~38~~ 2,92

Sub - escalas significativas:

21
 20
 13
 17
 22
 15
 16
 15
 15
 158

Agressividade - 3,8
 Ansiedade - 3,6
 Somatização - 3,5

B. S. I.

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num espaço à direita de cada sintoma aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Não há respostas certas ou erradas, seja breve e não deixe nenhuma pergunta por responder. Obrigado.

Em que medida foi afectado nos seguintes sintomas :

0 1 2 3 4
Nunca Poucas Algumas Muitas Múltiplas
vezes vezes vezes vezes vezes

	0	1	2	3	4
1 - Nervosismo ou tensão interior				X	
2 - Desmaios ou tonturas				X	
3 - Ter a impressão que as outras pessoas controlam os seus pensamentos				X	
4 - Ter a ideia que os outros são culpados pela maior parte dos problemas			X		
5 - Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes				X	
6 - Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					X
7 - Dores sobre o coração ou no peito				X	
8 - Medo na rua ou praças publicas				X	
9 - Pensamentos de acabar com a vida	X				
10 - Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas				X	
11 - Perder o apetite		X			
12 - Ter um medo súbito sem razão para isso					X
13 - Ter impulsos que não se podem controlar				X	
14 - Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas				X	
15 - Dificuldade em fazer qualquer trabalho				X	
16 - Sentir-se sozinho					X
17 - Sentir-se triste					X
18 - Não ter interesse por nada				X	
19 - Sentir-se atemorizado					X
20 - Sentir-se facilmente que ofendido nos seu sentimentos					X
21 - Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si				X	
22 - Sentir-se inferior aos outros				X	
23 - Vontade de vomitar ou mal estar consigo mesmo					X
24 - Impressão de que os outros o costumam observar ou falar mal de si				X	
25 - Dificuldade em adormecer					X

26 - Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz				X	
27 - Dificuldade em tomar decisões				X	
28 - Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro			X		
29 - Sensação que lhe falta o ar				X	
30 - Arrepios ou afrontamentos					X
31 - Ter de evitar certas coisas ou actividades por lhe causar medo					X
32 - Sensação de vazio na cabeça					X
33 - Sensação de anestesia (formigueiro no corpo)					X
34 - Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados				X	
35 - Sentir-se sem esperança perante o futuro				X	
36 - Ter dificuldade em se concentrar					X
37 - Falta de forças em partes do corpo					X
38 - Sentir-se em estado de tensão ou aflição					X
39 - Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer				X	
40 - Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém				X	
41 - Ter vontade de destruir ou partir coisas					X
42 - Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas				X	
43 - Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou reuniões				X	
44 - Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa				X	
45 - Ter ataques de terror ou pânico					X
46 - Entrar facilmente em discussões					X
47 - Sentir-se nervosos quando tem que ficar sozinho					X
48 - Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					X
49 - Sentir-se tão desassossegado que não consegue sentar-se quieto				X	
50 - Sentir que não tem valor				X	
51 - Ter a impressão que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si				X	
52 - Ter sentimentos de culpa				X	
53 - Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.				X	

$\Sigma_{30} = P_{20}$

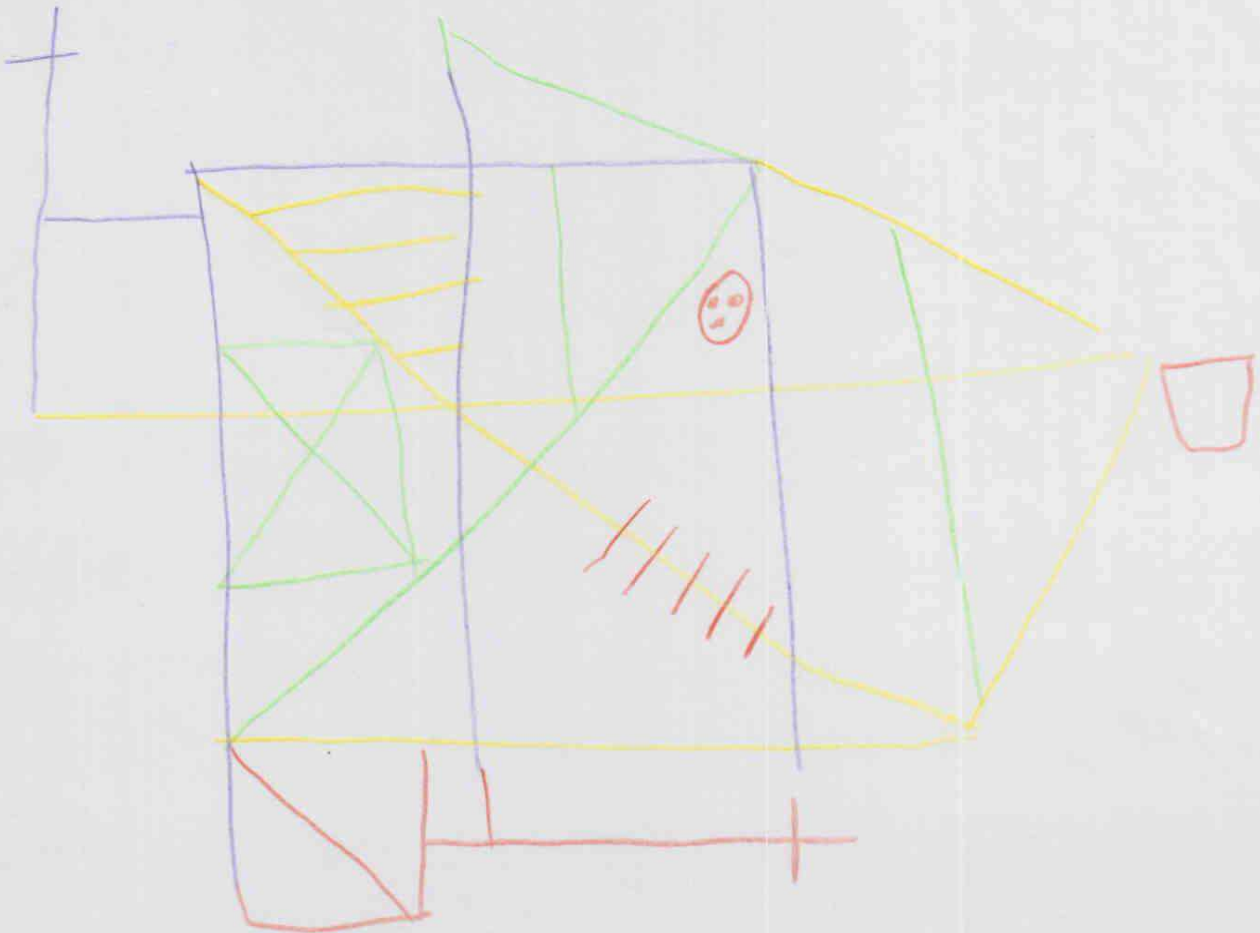
II/III

TP - 5'20" - Parcela - 10

03/03/08

5'20" TP -
C'Pas

Adérito

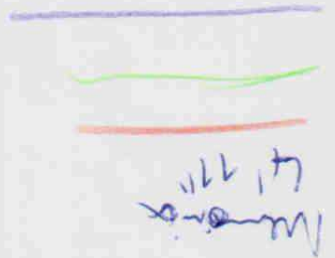


Tipu. II/III

$\Sigma = 11$ - P. 101

$\Delta p = 4''''''$

4 - 03/03/08



Adérito



Nome: Adérito

Idade: _____ Sexo: _____

Local: _____ Data: _____

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
PONTUAÇÃO	EXACTIDÃO	LOCALIZAÇÃO
2	Boa	Bem
1	Boa	Mal
1	Deformada ou incompleta, reconhecível	Bem
0,5	Deformada ou incompleta, reconhecível	Mal
0	Irreconhecível ou ausente	Mal

Elementos	CÓPIA	MEMÓRIA
1. Cruz exterior, ângulo superior esquerdo do rectângulo grande	2	2
2. Rectângulo grande, armação da figura	1	1
3. Cruz de Santo André, diagonais do rectângulo grande	1	1
4. Mediana horizontal do rectângulo grande 2	1	0
5. Mediana vertical do rectângulo grande 2	2	1
6. Rectângulo pequeno dentro do rectângulo grande	2	0
7. Segmento pequeno sobre o rectângulo 6	0	0
8. 4 linhas paralelas no triângulo superior esquerdo	2	0
9. Triângulo rectângulo sobre rectângulo grande (à direita)	2	0
10. Pequena perpendicular no quadrante superior direito	2	0
11. Círculo com 3 pontos no quadrante superior direito	2	2
12. 5 pequenas linhas paralelas no quadrante inferior direito	2	0,5
13. Dois lados iguais que formam um triângulo isósceles, exterior ao lado direito do rectângulo 2	2	1
14. Pequeno losango no extremo do vértice do triângulo 13	1	1
15. Segmento vertical no interior do triângulo 13	2	0
16. Prolongamento da mediana horizontal, altura do triângulo 13	2	0
17. Cruz no extremo inferior do rectângulo 2	2	0,5
18. Quadrado e diagonal no extremo inferior esquerdo	2	1

Perfil das Pontuações Transformadas

PC	CÓPIA	MEMÓRIA	PC
99			99
90			90
80			80
75			75
70			70
60			60
50			50
40			40
30			30
25			25
20			20
10			10
1			1

PONTUAÇÃO DIRECTA

(Pont. máx. = 36)

PERCENTIL

30

11

20

70

25

Autor: André Rey.

Copyright ©1959 by Centre de Psychologie Appliquée, Paris

Copyright ©1988, 2002 by CEGOC-TEA para adaptação Portuguesa.

Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar n.º 21 - 2º 1050-012 LISBOA.

Proibida a reprodução total ou parcial. Todos os direitos reservados.

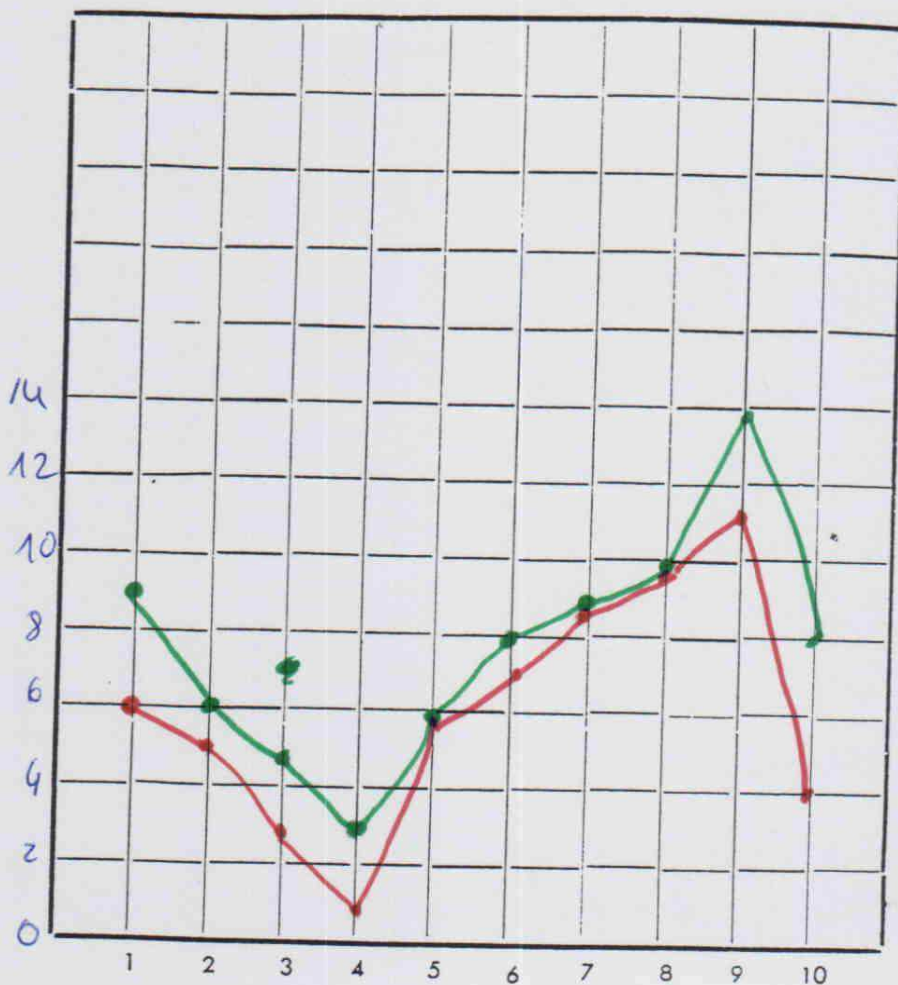
Este exemplar está impresso a tinta azul. Se lhe apresentarem um exemplar apenas a negro é uma reprodução ilegal. Não a utilize.

Depósito Legal: 186047/02


 Reg. 226
 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
 TESTATECA

Folha de Cotação Toulouse Pieron

	A	E	O	
1	9	-	3	6
2	6	-	1	5
3	5	-	2	3
4	3	-	2	1
5	6	-	-	6
6	8	-	1	7
7	9	-	-	9
8	10	-	-	10
9	14	-	3	11
10	8	-	4	4
Total	78	-	16	



$$ID = \frac{E + O}{A} \times 100 = 20,5\%$$

-A
-RT

$$RT = A - (E + O) = 62$$

Pouco sustentada

NOME			DATA
Adérito			24/03/08
IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	PSICÓLOGO:

Nome: _____

Adérito

Em _____

3/03/08
(data)

vivenciou _____

(acontecimento)

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações feitas por pessoas depois de terem tido uma experiência de muito *stress*.

Por favor preste atenção a cada um dos itens e indique com que frequência essas afirmações foram verdadeiras para si durante os últimos 7 dias.

Se não ocorrerem durante esse tempo, por favor assinale na coluna de "nunca".

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz de novo as emoções que eu senti	0	1	2	3	4
2. Tenho dificuldades em manter-me adormecido	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar nisso	0	1	2	3	4
4. Sinto-me irritável e zangado	0	1	2	3	4
5. Evito aborrecer-me quando penso ou me lembro disso	0	1	2	3	4
6. Penso nisso mesmo não querendo	0	1	2	3	4
7. Sinto como se aquilo não tivesse de facto acontecido ou não fosse real	0	1	2	3	4
8. Evito tudo o que me possa fazer lembrar disso	0	1	2	3	4
9. Imagens acerca disso têm surgido no meu pensamento	0	1	2	3	4
10. Estou inquieto e facilmente sobressaltado	0	1	2	3	4
11. Tento não pensar nisso	0	1	2	3	4
12. Estou consciente que ainda me emociono com isso mas não lido com esses sentimentos	0	1	2	3	4
13. As minhas emoções acerca disso estão como que entorpecidas	0	1	2	3	4
14. Dou comigo a agir ou a sentir como se estivesse de novo naquele momento	0	1	2	3	4
15. Tenho dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4
16. Tenho fases em que me sinto muito emocionado com isso	0	1	2	3	4
17. Tento tirar isso da memória	0	1	2	3	4
18. Tenho problemas em concentrar-me	0	1	2	3	4
19. Lembranças disso causam-me reacções físicas, como suores, dificuldades respiratórias, náuseas ou palpitações	0	1	2	3	4
20. Sonho com isso	0	1	2	3	4
21. Sinto-me vigilante ou alerta	0	1	2	3	4
22. Tento não falar disso	0	1	2	3	4

ANEXO B

Protocolo Rorschach Carlos

<p>I 10'' Um morcego ← ↓ 2 leões a agarrar uma águia ou outro animal qualquer ← é tudo</p>	<p>G F+ A Ban G Kan A D med – presa F</p>
<p>II 10'' Um assassinato Sangue Luta ← ↓ → ↑ 2 animais 2 partes de mato com um rio no meio... com sangue.</p>	<p>Os 2 animais a lutar D C Sg - O sangue foi aqui o vermelho G F- A G FC Geo</p>
<p>III 11'' – ui... é horrível 2 mulheres a desfazer um corpo. Sangue Um esqueleto Isto é a morte... ↓ ↑ 2 pretas ou 2 pretos ↓ 2 arvores, mas ao contrario Um mapa não pode ser.</p>	<p>G K H Ban D C Sg - Vermelho D F- Esqueleto Vag G F+ H Ban G F+ Nat G F- Map</p>
<p>IV 11'' Um animal escalpado, tiraram-lhe a pele → ← ↑ o que é isto?! 2 pessoas engolidas com os braços de fora. E se voltarmos atrás um animal felpudo Cabeças debaixo duma pele Que aflição ← ↓ Horror</p>	<p>G FE A G Fclob G FE A G FE ->clob Vag Vag</p>

<p>V 6'' Uma borboleta negra Outro morcego ↓↑ animais tapados, sacrificados. Parece que... um animal a engolir um bebé É horrível</p>	<p>G F+ A Ban G F+ A Ban G FE A – Tapados com um manto G Fclob cena - mas em cima engole um bebe. Vag</p>
<p>VI ...Suspira 21'' Uma raposa, ou um urso escalpado ←↓ um horror ↑ tem aqui uma cena..., dá a impressão duma arma aberta. É um insecto →↓ ao contrario parece duas criaturas, ligadas e metidas numa estaca... tem ali a cabeça e o braço.</p>	<p>G FE A Vag G F+ Armamaneto – Foco Simetria G F+ A G F- A – até parece que estão coladas...</p>
<p>VII 2'' MATO!! Nuvens ↓ ← Olhos ↑ Um animal aberto ao meio, pernas, olhos, braços e corpo. Horrores. ↓ É só</p>	<p>G FE Mato - muito capim aqui com lagos pelo meio G FE Nuvem Dd F- Anat G F- A – aqui pot todo o lado... eich... Vag</p>
<p>VIII ...cena feia... 10'' Manchas de sangue 2 animais a subir a uma serra, esfarelam uma ave que caçaram com as garras. Parecem 2 ursos ←↓↑ lutar por ganhar a presa, luta sangrenta.</p>	<p>D FC sg - Em baixo G Kan C A Ban G F+ A Vag</p>
<p>IX 9'' Mais Mato! Selva Sangue Algo espetado no solo Figura sangrenta.</p>	<p>G FC Mato - Todo o verde e laranja G FC - Mato D C sg D F- ->clob – Foco na Simetria Vag -> Clob</p>

<p>X 19'' Vejo 2 insectos em cima a pegar em qualquer coisa 2 Caranguejos 2 raízes ←↓ Entrenhas... ↑ talvez de algo. Carnificina.</p>	<p>D F+ A - Cinza D F+ A - Azul D FC bot – Aqui as ramificações todas Dd FC Anat - Só as cores do meio, por causa da cor sangrenta. Vag</p>
---	--

Prova de Escolhas

Escolha +	Escolha -
<p>V e VI Armas, lembra-se os bons momentos da guerra.</p>	<p>III e II Horrores, é horrroso...</p>

I.D.BECK

Doente Carlos Avaliação 39 Data 16/6/08

**Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações
Sublinhe a resposta que melhor descreva a forma como hoje se sente.**

A 0- Não me sinto triste.

- 1- Ando "neura" ou triste
- 2- Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
- 2- Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
- 3.- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

B 0- Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.

- 1- Sinto-me com medo do futuro.
- 2- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- 2- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- 3- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C 0- Não tenho a sensação de ter fracassado

- 1- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
- 1- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
- 2- Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.
- 3- Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, marido, mãe, mulher).

D 0- Não me sinto descontente com nada em especial.

- 1- Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- 1- Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
- 2- Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
- 3- Sinto-me descontente com tudo.

E 0- Não me sinto culpado de nada em particular. X

1- Sinto grande parte do tempo, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.

2- Sinto-me bastante culpado.

2- Agora, sinto, permanentemente que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.

3- Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.

F 0- Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.

1- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal. X

2- Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.

3- Sinto que mereço ser castigado.

3- Quero ser castigado.

G 0- Não me sinto descontente comigo.

1- Estou desiludido comigo mesmo.

1- Não gosto de mim.

2- Estou bastante desgostoso comigo.

3- Odeio-me. X

H 0- Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.

1- Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros. X

2- Culpo-me das minhas próprias faltas.

2- Acuso-me por tudo de mal que acontece.

I 0- Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo.

1- Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.

2- Sinto que seria melhor morrer.

2- Creio que seria melhor para a família se eu morresse. X

2- Tenho planos concretos sobre a forma de como hei-de pôr termo à vida.

3- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

J 0- Actualmente não choro mais do que o costume.

1- Choro mais agora do que costumava.

2- Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. X

3- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.

K 0- Não ando agora mais irritado do que o costume.

1- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. X

2- Sinto-me permanentemente irritado.

3- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente.

L 0- Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.

1- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.

2- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por eles.

3- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada. X

M 0- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.

1- Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.

2- Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas. X

3- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N 0- Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.

1- Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.

2- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente. X

3- Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.

O 0- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

1- Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.

1- Não consigo trabalhar tão bem como costumava.

2- Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for. X

3- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P 0- Consigo dormir tão bem como antes.

1- Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.

2- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.

3- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 h. X

Q 0- Não me sinto mais cansado do que é habitual.

1- Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. X

2- Fico cansado quando faço seja o que for.

3- Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R 0- O meu apetite é o mesmo de sempre.

1- O meu apetite não é tão bom como costumava ser.

2- Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.

3- Perdi completamente todo o apetite que tinha. X

S 0- Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum. X

1- Perdi mais de 2,5 quilos de peso.

2- Perdi mais de 5 quilos de peso.

3- Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

T 0-A minha saúde não me preocupa mais do que habitualmente.

- 1- Sinto-me preocupado com dores, ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre, ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo.
- 2- Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
- 3- Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto. X

U 0- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

- 1- Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar. X
- 2- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- 3- Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

TOTAL: 39 Del Gravel

Nome CarlosEm _____ vivenciou _____
(data) (acontecimento)

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações feitas por pessoas depois de terem tido uma experiência de muito stress.

Por favor preste atenção a cada um dos itens e indique com que frequência essas afirmações foram verdadeiras para si durante os últimos 7 dias.

Se não ocorrerem durante esse tempo, por favor assinale na coluna de "nunca".

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz de novo as emoções que eu senti	0	1	2	3	4
2. Tenho dificuldades em manter-me adormecido	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar nisso	0	1	2	3	4
4. Sinto-me irritável e zangado	0	1	2	3	4
5. Evito aborrecer-me quando penso ou me lembro disso	0	1	2	3	4
6. Penso nisso mesmo não querendo	0	1	2	3	4
7. Sinto como se aquilo não tivesse de facto acontecido ou não fosse real	0	1	2	3	4
8. Evito tudo o que me possa fazer lembrar disso	0	1	2	3	4
9. Imagens acerca disso têm surgido no meu pensamento	0	1	2	3	4
10. Estou inquieto e facilmente sobressaltado	0	1	2	3	4
11. Tento não pensar nisso	0	1	2	3	4
12. Estou consciente que ainda me emociono com isso mas não lido com esses sentimentos	0	1	2	3	4
13. As minhas emoções acerca disso estão como que entorpecidas	0	1	2	3	4
14. Dou comigo a agir ou a sentir como se estivesse de novo naquele momento	0	1	2	3	4
15. Tenho dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4
16. Tenho fases em que me sinto muito emocionado com isso	0	1	2	3	4
17. Tento tirar isso da memória	0	1	2	3	4
18. Tenho problemas em concentrar-me	0	1	2	3	4
19. Lembranças disso causam-me reacções físicas, como suores, dificuldades respiratórias, náuseas ou palpitações	0	1	2	3	4
20. Sonho com isso	0	1	2	3	4
21. Sinto-me vigilante ou alerta	0	1	2	3	4
22. Tento não falar disso	0	1	2	3	4

Euta - 3,1 - 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
 Intensei - 3,4 - 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20
 Hiponactivat - 3,7 - 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Nome Carlos N.º Processo _____ Data 16/6/08

STAI Form Y-1

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	nada	um pouco	moderamente	muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	quase nunca	algumas vezes	frequente- mente	quase sempre
21. Sinto-me bem	①	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	③	4
23. Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	②	3	4
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	④
25. Sinto-me falhado	①	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	②	3	4
27. Estou "calmo e concentrado"	1	2	3	④
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	③	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	④
30. Estou feliz	①	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	③	4
32. Falta-me auto-confiança	1	2	③	4
33. Sinto-me seguro	①	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	②	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	④
36. Estou contente	1	②	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	④
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	④
39. Sou uma pessoa firme	1	②	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	④

FOLHA DE COTAÇÃO STAI

Nome: Carlos

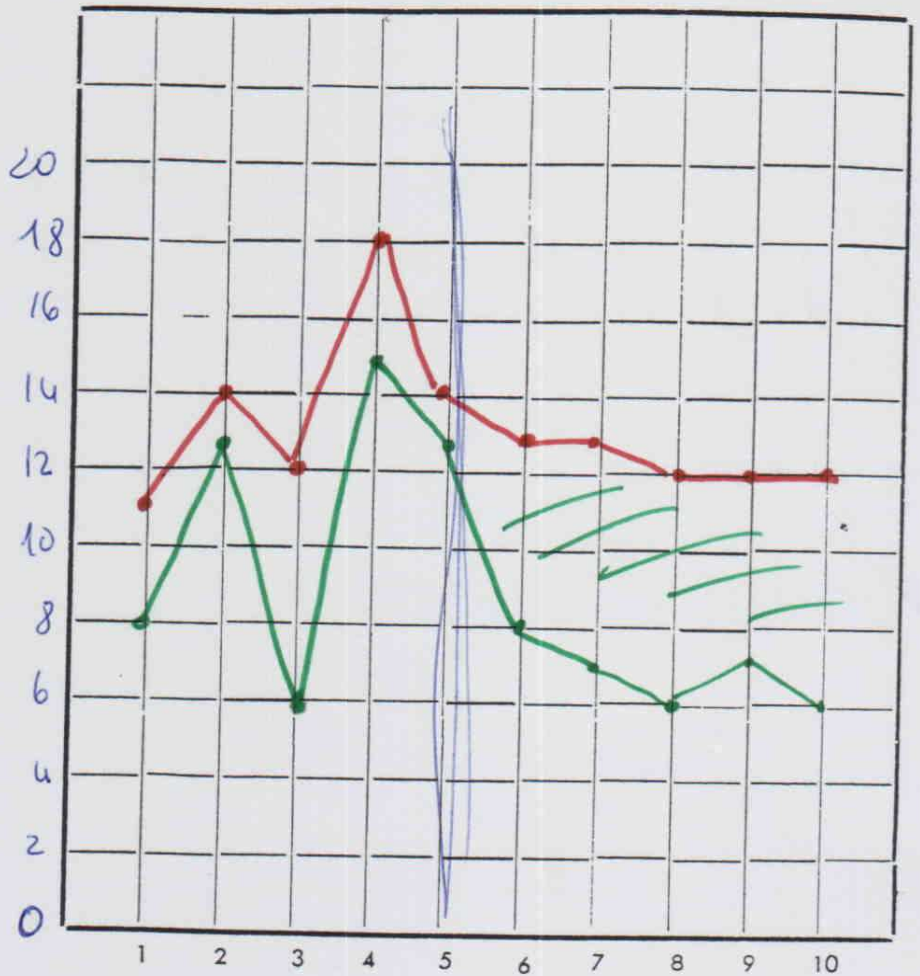
N.º Proc.: _____

ANSIEDADE ESTADO					ANSIEDADE TRAÇO				
*1	4	3	2	1	*21	4	3	2	1
*2	4	3	2	1	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	*23	4	3	2	1
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
*5	4	3	2	1	25	4	2	3	4
6	1	2	3	4	*26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	*27	4	3	2	4
*8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
*10	4	3	2	1	*30	4	3	2	1
*11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	*33	4	3	2	1
14	1	2	3	4	*34	4	3	2	1
*15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
*16	4	3	2	1	*36	4	3	2	1
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	4	2	3	4	38	1	2	3	4
*19	4	3	2	1	*39	4	3	2	1
*20	4	3	2	1	40	1	2	3	4
TOTAL				59	TOTAL				65

* - Ausência de resposta

Data: ____ / ____ / ____

	A	E	O	
1	19	-	3	8
2	14	-	7	13
3	12	-	6	6
4	16	-	7	15
5	14	-	7	13
6	13	-	5	8
7	13	-	6	7
8	12	-	6	6
9	12	-	5	7
10	12	-	6	6
Total	129	-	40	89



$$ID = \frac{E + O}{A} \times 100 = 37,00\%$$

$$RT = A - (E + O) = 89$$

— A
— M

— Relato de prova com o
(4 teste de inteligência) concentra-se,
do início em perde — (u/tixo)

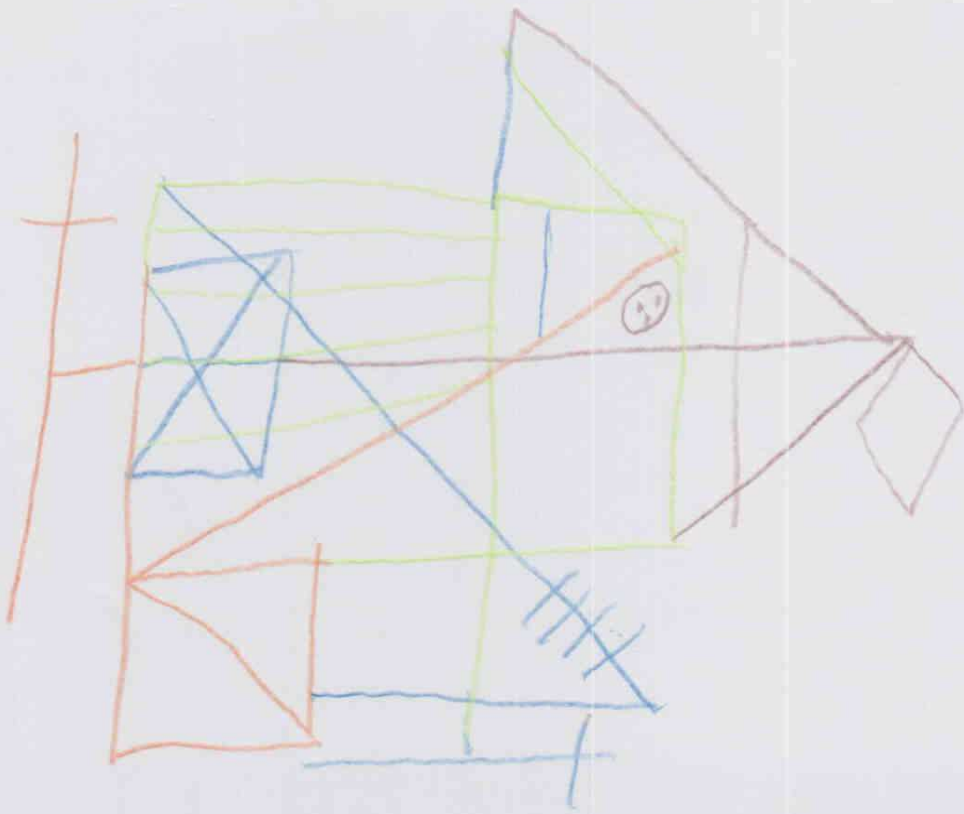
NOME	Carlos	DATA	16/6/08
IDADE	66	PROFISSÃO	TRABALHADOR
ESCOLARIDADE		PSICÓLOGO	



CPA S, 2511

Carlos

16/6/08



16/6/08

Carlos

3,08"



Murphy

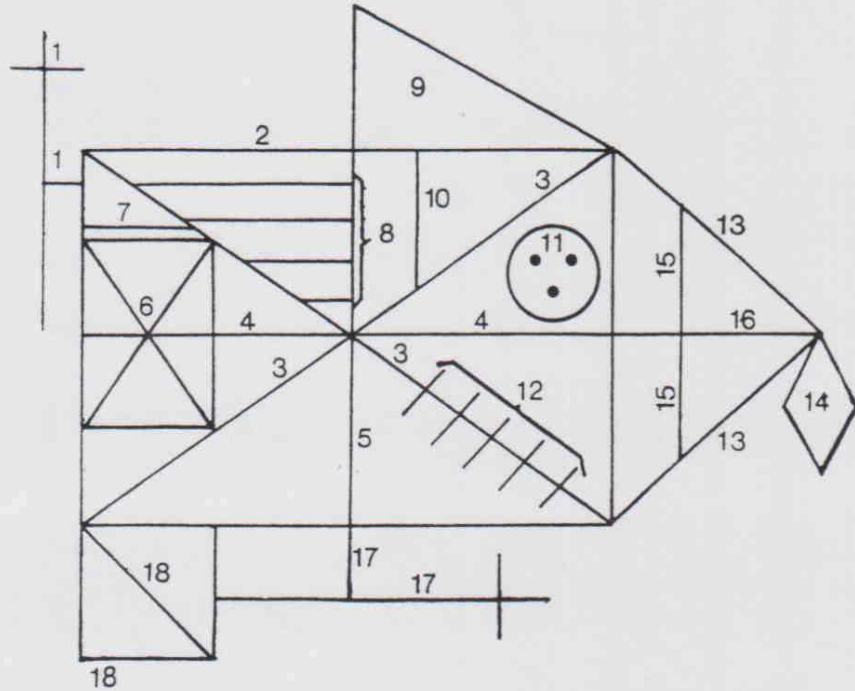


Carlos

NOME _____ PROFISSÃO _____

HABILITAÇÕES _____ IDADE _____

DATA 16, 6, 08



CÓPIA	
1	21
2	2
3	1
4	2
5	1
6	2
7	0
8	1
9	1
10	2
11	2
12	1
13	1
14	2
15	2
16	2
17	1
18	2
Total	25
Perc	100%

Tipo II/I/I
 Tempo 5'25"
 Perc. 10
 Obs. _____

REPRODUÇÃO	
1	0,5
2	1
3	0
4	1
5	2
6	1
7	0
8	0,5
9	0,5
10	0
11	0,5
12	0
13	2
14	2
15	0
16	0,5
17	1
18	1
Total	19
Perc	100%

— os ele/ua Tem ordem
 faz apelo à memória e coloca
 os elementos
 Tipo II/(IV) s/ordem
 Obs. _____ s/conssequin
1p-3108" Ne proclama
 local comedi

Folha de cotação B.S.I.

A - Somatização	B - Obsessão / Compulsão	C - Sensibilidade interpessoal	D - Depressão	E - Ansiedade
2- 3 7- 4 23- 3 29- 3	5- 3 15- 3 26- 3	20- 3 21- 4 22- 4 42- 2	9- 2 16- 4 17- 4	1- 4 12- 3 19- 4
Total: $16 \div 6 = 2,66$	Total: $17 \div 6 = 2,83$	Total: $70 \div 4 = 2,5$	Total: $18 \div 6 = 3$	Total: $23 \div 6 = 3,83$

F - Agressividade / Hostilidade	G - Ansiedade Fóbica	H - Ideação Paranóide	I - Psicoticismo
6- 4 13- 4 40- 4	8- 3 28- 2 31- 4	4- 4 10- 3 24- 4	3- 3 14- 3 34- 2
Total: $20 \div 5 = 4$	Total: $13 \div 5 = 2,6$	Total: $78 \div 5 = 3,6$	Total: $15 \div 5 = 3$

G.S.I = $150 \div 53 \Leftrightarrow$ G.S.I = 2,83

Sub - escalas significativas: $F_1 \rightarrow H_1 \rightarrow F$

B.S.I

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num espaço à direita de cada sintoma aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ULTIMA SEMANA**. Não há respostas certas ou erradas, seja breve e não deixe nenhuma pergunta por responder. Obrigado.

Em que medida foi afectado nos seguintes sintomas :

Nunca Poucas Algumas Muitas Múltiplas
vezes vezes vezes vezes vezes

	Nunca	Poucas	Algumas	Muitas	Múltiplas
	vezes	vezes	vezes	vezes	vezes
1 - Nervosismo ou tensão interior					X
2 - Desmaios ou tonturas			X		
3 - Ter a impressão que as outras pessoas controlam os seus pensamentos				X	
4 - Ter a ideia que os outros são culpados pela maior parte dos problemas					X
5 - Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes				X	
6 - Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					X
7 - Dores sobre o coração ou no peito		X			
8 - Medo na rua ou praças publicas				X	
9 - Pensamentos de acabar com a vida			X		X
10 - Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11 - Perder o apetite				X	
12 - Ter um medo súbito sem razão para isso				X	
13 - Ter impulsos que não se podem controlar					X
14 - Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas				X	
15 - Dificuldade em fazer qualquer trabalho				X	
16 - Sentir-se sozinho					X
17 - Sentir-se triste					X
18 - Não ter interesse por nada				X	
19 - Sentir-se atemorizado					X
20 - Sentir-se facilmente que ofendido nos seu sentimentos				X	
21 - Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					X
22 - Sentir-se inferior aos outros		X			
23 - Vontade de vomitar ou mal estar consigo mesmo			X		
24 - Impressão de que os outros o costumam observar ou falar mal de si					X
25 - Dificuldade em adormecer					X

Carlos

16/16/08

26 - Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz				X
27 - Dificuldade em tomar decisões			X	-
28 - Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro			X	-
29 - Sensação que lhe falta o ar				X
30 - Arrepios ou afrontamentos				X
31 - Ter de evitar certas coisas ou actividades por lhe causar medo				X
32 - Sensação de vazio na cabeça				X
33 - Sensação de anestesia (formigueiro no corpo)				X
34 - Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados			X	
35 - Sentir-se sem esperança perante o futuro				X
36 - Ter dificuldade em se concentrar				X
37 - Falta de forças em partes do corpo				X
38 - Sentir-se em estado de tensão ou aflição				X
39 - Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer				X
40 - Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém				X
41 - Ter vontade de destruir ou partir coisas				X
42 - Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas			X	
43 - Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou reuniões			X	
44 - Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa				X
45 - Ter ataques de terror ou pânico				X
46 - Entrar facilmente em discussões				X
47 - Sentir-se nervosos quando tem que ficar sozinho			X	
48 - Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades				X
49 - Sentir-se tão desassossegado que não consegue sentar-se quieto				X
50 - Sentir que não tem valor			X	
51 - Ter a impressão que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si				X
52 - Ter sentimentos de culpa				X
53 - Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.				X