

DM
SANT/MMA

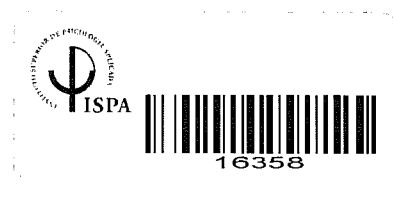
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Tese de Dissertação no
Mestrado em Psicossomática
Edição 1999/2001

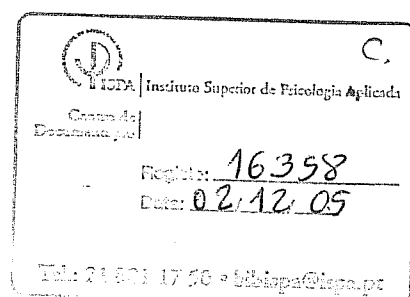
por

Mafalda M. V. Santos
nº 1570

Impasse e Cancro da Mama:
Uma questão de *tempo*?



Seminário de Dissertação: Prof. Doutor António Mendes Pedro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Desejo manifestar o meu apreço e agradecimento ao Prof. Dr. António Mendes Pedro pelos ensinamentos adquiridos no decurso das suas aulas, a sua orientação, sugestões, esclarecimentos, interesse, apoio e incentivo que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

Agradeço ao Dr. José Moisés o seu incondicional apoio ao longo destes anos na recolha da amostra. Agradeço ainda as suas sugestões e ensinamentos, disponibilidade e paciência. E principalmente o partilhar da sua experiência hospitalar.

Ao Prof. Machado Pais principalmente por ser um mestre e um exemplo, mas também pelo incentivo e amizade.

E muito especialmente:
à minha amiga Paula,
por estar sempre comigo nos momentos mais difíceis
mas também nos outros;
ao Cá, por umas agulhas milagrosas e pelo resto;
ao G. por tudo;
à Isménia e ao Raul por tudo e sempre.

E à Laura, Isabel, Maria e Sara
por terem tornado possível esta investigação.

Resumo

Hoje em dia está bem presente o facto de a Psicossomática não se referir a uma doença do imaginário como era defendido, no geral, pela Escola de Paris. Assim, o que importa perceber é o funcionamento das pessoas que apresentam uma patologia orgânica, isto é, tentar compreender como vivenciam o seu corpo e as suas especificidades: ritmos, espaço, tempo. Importa igualmente perceber qual é o lugar do imaginário neste processo.

Os objectivos específicos desta investigação serão os de aprofundar em casos de mulheres com cancro da mama, nomeadamente a existência de uma situação de impasse, a vivência de uma temporalidade própria (Sami-Ali, 1992, 2000), a existência de uma depressão falhada (Coimbra de Matos, 1999), a problemática da identidade.

Participaram neste estudo quatro mulheres com diagnóstico de cancro na mama, com idades que variam entre os trinta e os cinquenta anos. Os instrumentos utilizados neste estudo incluíram a entrevista clínica, a Prova Projectiva de Rorschach e o Desenho da Figura Humana.

Verificou-se, ao longo deste trabalho, que todas as mulheres apresentavam situações de vida compatíveis com o conceito de Impasse, definido por Sami-Ali (1997, 2000). Não só um impasse relacional, que põe em causa todo o ser, como também uma vivência própria de temporalidade que encerra em si mesma o impasse.

A depressão *falhada* de Coimbra de Matos (2003), pode ser igualmente utilizada na explicação do que sucede nestas mulheres. Mas a conclusão desta investigação prende-se, acima de tudo, com um novo questionamento sobre o que está realmente em causa nesta doença.

Índice

	Pag.
Capítulo I — Teoria	1
1. Introdução	2
2. O cancro da mama: da Biologia à Psicologia	8
2.1 Biologia do cancro da mama	8
2.2 Sistema nervoso, endócrino e imunitário: sistemas de influências mútuas	9
2.3 Modelos de stress	14
2.4 Os sistemas imunitário e endócrino no cancro da mama	18
2.5 O tempo reinventado	20
2.6 Cronobiologia: os ritmos	22
2.7 Cronobiologia e psicossomática	26
3. Cancro da mama e psicossomática	27
3.1 Considerações gerais	28
3.2 A proposta psicossomática de Sami-Ali	33
3.3 O lugar do sonho na psicossomática	36
3.4 Impasse, Depressão e Afecto	42
3.4.1 Impasse	42
3.4.2 Impasse no cancro da mama: uma questão de tempo?	46
3.4.2 Impasse: outras visões	48
3.4.3 Depressão	49
Capítulo II — Método	
1. Apresentação do problema	57
2. Delineamento	59
2.1 Sujeitos	61
2.2 Procedimento	61
2.3 Instrumentos	62
2.3.1 Entrevista	62
2.3.2 Prova Projectiva de Rorschach	63
• A imagem do corpo no Rorschach	64
• Rorschach em psicossomática	66
2.3.3 Desenho da Figura Humana e Auto-Retrato	69

Capítulo III – Casos Clínicos	70
• Apresentação	71
• Caso I – Laura	72
• Dados de observação	72
• Antecedentes pessoais (infância e adolescência)	73
• O pai	76
• A mãe	76
• Acontecimentos relacionais marcantes	78
• A doença	80
• História actual	82
• Ritmos biológicos e corporais	85
• Sonhos	86
• O Tempo	87
• Rorschach	88
• Escolhas	94
• Psicograma	95
• Desenho da Figura Humana	96
• Auto-Retrato	98
• Análise do Caso	
• Rorschach	100
• Desenhos	104
• Discussão do caso I	104
• Caso II – Isabel	109
• Dados de observação	109
• Antecedentes pessoais (infância e adolescência)	110
• Acontecimentos relacionais marcantes	111
• A doença	113
• História actual	115
• Ritmos biológicos e corporais	117
• Sonhos	118
• Imagem corporal	118
• Rorschach	119
• Escolhas	121
• Psicograma	122
• Desenho da Figura Humana	123
• Auto-Retrato	125
• Análise do Caso	127
• Rorschach	127
• Desenhos	130
• Discussão do caso II	130

• Caso III – Maria	131
• Dados de observação	131
• Antecedentes pessoais (infância e adolescência)	131
• Acontecimentos relacionais marcantes	131
• A doença	136
• História actual	138
• Ritmos biológicos e corporais	141
• Sonhos	142
• Imagem corporal	143
• Rorschach	144
• Escolhas	145
• Psicograma	146
• Desenho da Figura Humana	147
• Auto-Retrato	149
• Análise do Caso	150
• Rorschach	150
• Desenhos	152
• Discussão do caso III	153
 • Caso IV – Sara	 156
• Dados de observação	156
• Antecedentes pessoais (infância e adolescência)	156
• Acontecimentos relacionais marcantes	161
• A doença	163
• História actual	164
• Ritmos corporais, biológicos e outros	165
• Imagem corporal	166
• Sonhos	167
• Rorschach	168
• Escolhas	171
• Psicograma	172
• Desenho da Figura Humana	174
• Auto-Retrato	176
• Análise do Caso	178
• Rorschach	178
• Desenhos	180
• Discussão do caso IV	181
 Conclusões	 183
Bibliografia	188

Capítulo I - Teoria

1. Introdução

O cancro da mama é uma doença que atinge um elevado número de mulheres em todo o mundo, surgindo mais de 5000 novos casos por ano em Portugal. No entanto, os dados referentes à realidade portuguesa incluem apenas as mortes causadas por esta doença e não a sua incidência na população. Deste facto, podemos supor que o universo de mulheres e homens (pois não se trata de uma doença exclusivamente feminina, apesar de ser maioritária entre as mulheres) afectados por esta patologia é em número muito superior. A importância da investigação na área da cancerologia é proporcional ao crescimento do número de novos casos por ano. É compreensível que a prioridade seja dada a estudos genéticos (em linha com a actual tendência geneticista¹) e biológicos sobre o aparecimento, e mais importante ainda, controlo e tratamento da doença. Mas, o orgânico nunca deve ser desligado do psíquico e do mental. A par do sofrimento físico surge o sofrimento psicológico, mais acentuado ainda numa doença que tem sido (embora cada vez menos) sinónimo de morte.

As doenças da mama são muito frequentes e não têm, na maioria das vezes, qualquer gravidade. As glândulas mamárias estão sujeitas a influências hormonais e portanto a ritmos, e podem modificar-se não só nas várias fases da vida (período menstrual, gravidez, etc.), como também em situações de stress.

Contudo, à mulher com um diagnóstico de cancro da mama colocam-se vários problemas: sofre, na grande maioria dos casos, de uma doença crónica, incurável e fatal. Esta é uma doença cuja evolução é simultaneamente invisível e invasiva, com resultados imprevisíveis e, na pior das hipóteses conduzindo à morte (Pizer, 1998). Para além disto, esta doença pode implicar mutilações corporais, atingindo o corpo real, e causando sofrimento.

O cancro, tal como outras doenças orgânicas crónicas, é habitualmente estudado de uma de duas perspectivas principais: perspectiva médica e perspectiva da psicologia.

A Psicologia tem consagrado, desde há longos anos, um espaço para o estudo das doenças orgânicas. Em particular na Psicanálise, encontramos vários autores que se dedicaram à compreensão dinâmica do adoecer somático e do sentido dos sintomas (Sousa, 1992, Grodeck, 1992, Alexander, 1987, entre outros). No entanto, múltiplas variáveis têm sido alvo do interesse da psicologia quando se trata da doença oncológica. Por exemplo, encontramos

¹ O que não significa que estejamos de acordo com a explicação genética de toda e qualquer patologia, orgânica ou mental, posição essa que nos parece muito reducionista e que tal como refere Oppenheim (1994) retira qualquer responsabilidade ao sujeito na construção e desenvolvimento do seu percurso contra a evolução da doença.

um número considerável de trabalhos relacionando a depressão (Epping-Jordan et. al., 1999, Glinder & Compass, 1999, Poole et. al., 1999), os acontecimentos de vida (Pettigrew et.al., 1999), o apoio psico-social (Pistrang et. al., 1999), os mecanismos de coping, ou o stress com a doença oncológica. Verifica-se, contudo, que a perspectiva destes estudos incide numa tentativa quantitativa de abordar o assunto, numa insistência de certa forma epidemiológica, tentando abranger o maior número de sujeitos, com vista a chegar a generalizações. Mas vários destes estudos têm-se revelado inconclusivos.

Fazemos aqui um parêntesis para falar de questões metodológicas. Tradicionalmente, as investigações na área da psicossomática, recorrem a técnicas quantitativas que avaliam determinadas dimensões da experiência do sujeito. Estas metodologias assentam numa concepção particular do sujeito que sofre de doença orgânica, enquanto alguém que recorre essencialmente ao pensamento operatório, que apresenta grandes dificuldades em aceder ao imaginário, sofrendo uma falha psíquica e uma incapacidade de elaboração mental. É neste contexto que muitas investigações, de carácter essencialmente quantitativo, recorrem a escalas que pretendem medir, por exemplo a alexitimia. Por outro lado, verifica-se na investigação em psicossomática, várias tentativas para relacionar doenças, como por exemplo o cancro, a determinados acontecimentos de vida. Nestes casos, os métodos quantitativos são mais uma vez os escolhidos, por recurso a escalas de acontecimentos de vida (Paykel, 1987). Da mesma forma, os estudos que tentam relacionar a depressão à eclosão da doença levaram a uma valorização de instrumentos de medida quantitativos - tais como escalas de depressão - para uma avaliação desta dimensão em várias doenças orgânicas. De facto, e segundo Fava & Wise (1987), tem-se verificado na psicossomática uma tendência para utilizar várias escalas de auto-preenchimento que muitas vezes medem o mesmo constructo, na mesma investigação. Este tipo de instrumentos, é frequentemente adoptado com o objectivo de detectar “diferenças significativas” entre grupos distintos, sendo orientado pela premissa de que nada será deixado ao acaso com uma estratégia tão bem sustentada em medidas “objectivas”. Mas até mesmo uma interpretação cuidadosa dos dados estatísticos assim obtidos, pode não conseguir evitar conclusões deturpadas que, por vezes, se escondem por detrás destas metodologias.

Sem querer retirar a importância empírica de tais investigações, deve referir-se que o subjectivo da experiência psicológica não é passível de ser alcançada por tais métodos. Na verdade, tal como é referido por Janesick (1994, p. 215) *“Os mitos prevalecentes sobre a agregação de números e, mais trágico ainda, a agregação de indivíduos em conjuntos de números, afastou-nos da nossa compreensão da experiência vivida.”* Para a autora, um dos

aspectos positivos da investigação qualitativa assenta na apresentação de dados descritivos sólidos, de forma a que o investigador conduza o leitor numa compreensão do sentido da experiência que está a ser objecto de estudo (op.cit.).

A complexidade destas relações só pode ser alcançada, a nosso ver, a partir de uma metodologia essencialmente qualitativa, com recurso a técnicas projectivas que permitam aceder ao imaginário. O imaginário enquanto função, enquanto meio de ligação entre físico e somático, é central para abordar o seu papel na vivência do indivíduo, para desvendar a sua subjectividade. Os métodos qualitativos permitem, de facto, "... decompor a realidade para melhor compreender o sentido da sua totalidade" (Machado Pais, 1999, p. 12), ao dar uma particular importância à biografia do indivíduo, esta transforma-se numa "história tecida de acontecimentos" (Lebovici, 1995, p. 3100), que permite dar um sentido aos comportamentos e às vivências daquela pessoa. Dá-se, assim, significado à sua subjectividade própria.

Então, quando se investiga a doença somática deve auscultar-se as opiniões e os sentidos subjectivos que os sujeitos dão à sua própria vivência. A subjectividade do sujeito surge naquilo que é dito e na forma como é expresso, nos saltos e silêncios, nas repetições e insistências.

Uma anamnese obtida a partir da entrevista, situa o indivíduo no contexto da totalidade da sua vida, em relação directa com a história do seu tempo, com a sua temporalidade e também com a sua espacialidade, com o seu imaginário, com o seu corpo. Por isso, e citando novamente Machado Pais (1999, p. 22) "... a nossa insistência em que os contos são mais vibrantes do que as contas".

Nos últimos anos, têm surgido investigações que, pelo contrário, privilegiam uma abordagem mais qualitativa, encarando o sujeito na sua subjectividade (Langellier & Sullivan, 1998; Pizer, 1998; Weihs & Reiss, 2000; McDougall, 2002), ainda que adoptem perspectivas de análise diferentes.

Com os recentes desenvolvimentos, em particular nas áreas da imunologia, neuroendocrinologia e neurofisiologia, quer a psicologia quer a medicina vêm-se confrontadas com a necessidade de integrar as várias disciplinas. De facto, a medicina começa a levar em conta pensamentos, emoções e factores ambientais como dimensões biológicas nos processos de saúde e doença. Cada vez existem mais provas que o cérebro e órgãos periféricos estão interligados através de relações complexas reagindo também a alterações do ambiente, não só físicas como sociais (Zegans, 1982). Por outro lado, a psicologia e a psicossomática em particular, começam a interessar-se por aspectos biológicos tais como a secreção de hormonas, os ritmos, ou a adaptação ao stress por parte do ser humano.

Uma das questões que se insinuam com maior insistência, quer para os portadores de doenças (tais como o cancro ou patologias auto-imunes) quer para os investigadores, é a das causas da doença. A procura do sentido é uma das primeiras reacções perante a confrontação com o diagnóstico (Oppenheim, 1995). Se é certo que 80% das mulheres com cancro da mama não apresentam factores de risco conhecidos (Moyer, 2000) e que as certezas relativamente a outros agentes causadores desta patologia carecem ainda de ser comprovadas irremediavelmente, então o que é que provoca o surgimento da doença?

Não será certamente a psicologia ou os estudos na área da psicossomática que vão resolver o enigma. Mas podem sim, ajudar a perceber o funcionamento destes sujeitos e o viver particular do seu corpo. Particularmente importante nesta óptica, é a relação que as novas abordagens da psicossomática fazem da relação entre os níveis biológico, imunológico e relacional (Mendes Pedro, 1997). Se definirmos a Psicossomática como a área que procura estudar as interacções entre factores psicológicos e efeitos biológicos, que podem influenciar o desenvolvimento e evolução das doenças somáticas (Jasmin, 1990), verifica-se que o que está aqui em jogo, é a compreensão das relações entre vários níveis, nomeadamente, o biológico, o genético, o imunitário, o relacional e o corporal (Mendes Pedro, 1997). Procura-se, a partir do corpo real e das suas manifestações, analisar a intersubjectividade da pessoa que sofre de doença orgânica. Por outras palavras, partindo do biológico, isto é, da doença, procura-se tentar perceber o funcionamento do sujeito e as suas particularidades.

O que está em causa no estudo da doença orgânica, e em particular do cancro da mama, não é a sua génese nem mesmo a sua progressão, mas antes uma abordagem psicossomática do cancro, na qual implica perceber o que está em causa a nível relacional, naquela pessoa, naquela altura, possivelmente relacionando esses aspectos com outros factores importantes tais como os estados afectivos, os ritmos biológicos, os ritmos corporais, o espaço, o tempo...

Em psicossomática, não é possível desligar os aspectos físicos, sejam eles biológicos, imunológicos ou hormonais, da compreensão do indivíduo sofredor. Vários autores têm contribuído com a sua reflexão e trabalho empírico para este novo olhar sobre o adoecer somático (Sami-Ali, Coimbra de Matos, Mendes Pedro). É nesses trabalhos que se apoia o presente estudo.

O diagnóstico de uma doença crónica cria, por um lado, a necessidade de mudanças comportamentais, e por outro lado, provoca várias mudanças emocionais que requerem alguma atenção. Os efeitos adversos que comporta este tipo de doenças incluem dor, desconforto, medo e incerteza quanto ao futuro, e uma variedade de estados emocionais tais

como a ansiedade e depressão. Por outro lado, a insegurança e a tristeza são reacções frequentes face a acontecimentos de vida dolorosos, de ameaça ou perda, particularmente num contexto de saúde e de doença, em que um aspecto que adquire grande relevo é a ameaça à vida. A vida, a morte, a mudança, a perda, o luto encontram-se no centro da experiência humana, mas é no corpo que são vividas. O corpo é o contentor visível e palpável de todos estes fenómenos (Pizer, 1998). É pelo corpo que passam as mudanças físicas mas também é no corpo que se vivem afectos e emoções.

Torna-se então importante investigar quais os estados emocionais dos doentes de forma a compreender a sua vivência psicológica da doença, que passa pela vivência do seu corpo lesado. A estes estados emocionais junta-se um conjunto de afectos que vão tornar única a vivência do indivíduo. É essa vivência subjectiva que se pretende tentar abarcar e analisar, uma vez que considera-se o ser humano como ser unitário e é no corpo que se vivem todos estes aspectos.

Os objectivos específicos desta investigação e decorrentes do que foi referido acima, serão os de aprofundar questões presentes em casos de mulheres com cancro da mama, nomeadamente a existência de uma situação de impasse, a vivência de uma temporalidade própria (Sami-Ali, 1992, 2000), a existência de uma depressão falhada (Coimbra de Matos, 1999), a problemática da identidade.

Do referencial teórico iremos recorrer a concepções de diferentes autores nesta área nomeadamente Sami-Ali, Coimbra de Matos e Mendes Pedro, que em nosso ver permitem alcançar uma compreensão mais profunda destes casos. Além disso, esperamos conseguir uma reflexão que se pretende aberta sobre os conceitos utilizados e a sua aplicabilidade no material clínico recolhido. Assim, e como o biológico e o psicológico se entrecruzam, tal como afirma Coimbra de Matos (1996, pág. 85) “... o subsistema biológico influencia o sistema psíquico, assim como o supersistema social influencia o biológico, por mediação (...) do intersistema afectivo-psicológico”, o primeiro capítulo desta revisão será dedicado aos aspectos biológicos do cancro da mama, revendo as relações existentes entre sistemas (nervoso, endócrino e imunitário). Serão também referidos os modelos de stress que podem ajudar à compreensão do que está em causa nesta doença. Um outro factor de grande significado, no nosso entender, prende-se com os ritmos biológicos, pelo que a cronobiologia será igualmente merecedora de uma breve abordagem. Tentar-se-á dar uma visão superficial dos estudos de âmbito geral elaborados na área da psicossomática e oncologia com destaque para as perspectivas mais marcantes da psicossomática. As propostas teóricas em que enraiza esta investigação serão

alvo de uma abordagem mais sistemática, com especial ênfase para o sonho, a depressão, e o impasse.

O capítulo 2 deste trabalho trata da metodologia utilizada, incluindo a descrição dos instrumentos escolhidos, enquanto que no capítulo 3 serão apresentados os quatro casos que constituem a amostra, bem como o material obtido através dos instrumentos aplicados. Finalmente, chegaremos às conclusões.

Começemos, então...

2. O cancro da mama: da Biologia à Psicologia

Optou-se por iniciar o capítulo teórico pela abordagem de alguns aspectos sobre o funcionamento biológico do corpo humano, dada a importância que estes assumem na Psicossomática. Assim, serão abordados aspectos da biologia desta doença, dos sistemas nervoso, imunitário e endócrino, bem como uma breve introdução à cronobiologia e aos ritmos, que assumem particular relevância nesta patologia. Estas disciplinas permitem lançar alguma luz sobre as complexas relações entre sistemas, entre mental e biológico.

2.1 Biologia do cancro da mama

O cancro da mama é um tumor do epitélio da glândula mamária, e que ocorre predominantemente em mulheres. Apesar das causas exactas desta doença ainda serem desconhecidas, o cancro da mama tem sido relacionado com factores endócrinos, agentes ambientais, anomalias genéticas, entre outros. Estas neoplasias são complexas e revelam uma grande heterogeneidade quanto à composição celular, dependência hormonal, cariotipo, genotipo, potencial metastático e prognóstico (Brooks & Pauley, 1991).

A glândula mamária humana é um órgão complexo. Sob a influência do crescimento corporal e da estimulação hormonal, a sua estrutura glandular sofre mudanças contínuas desde o nascimento até à senescência. A puberdade dá início às mudanças mais dramáticas nesta glândula, que começam com o crescimento do tecido glandular e do estroma circundante. Na mulher adulta, o epitélio mamário normal sofre variações cíclicas na sua proliferação. Estas variações estão directamente relacionadas com um *ritmo biológico* importante: o ciclo menstrual e as variações hormonais daí resultantes (vide adiante “2.6 Cronobiologia e os ritmos”, p. 22).

A duração média de um ciclo menstrual nos humanos é de 28 dias, podendo variar de mulher para mulher, com a idade ou devido a outros factores (Hampson & Kimura, 1992). Neste ciclo, podem ser identificadas três fases principais: *fase folicular*, fase esta de preparação para a ovulação; *fase luteal*, durante a qual ocorre a preparação para o acolhimento do óvulo fecundado; e a *fase menstrual*, caracterizada por uma hemorragia uterina (menstruação), em que se dá a renovação da mucosa uterina sempre que não ocorre a fecundação. Estas fases são acompanhadas por mudanças ao nível da produção e libertação de hormonas do ovário que também varia de mulher para mulher e de ciclo para ciclo.

Na glândula mamária, verifica-se uma variação do ADN-L1 (índice de classificação do ADN), que diminui durante a fase folicular do ciclo menstrual e sofre, posteriormente, um aumento significativo na fase luteal. A proliferação celular e a morte celular estão aparentemente equilibradas no seio quiescente. No entanto, o desenvolvimento mamário induzido pelas hormonas ováricas ao longo do ciclo menstrual, nunca retorna ao nível do ciclo anterior. Da mesma forma, cada ciclo estimula levemente o desenvolvimento mamário com o aparecimento de novas estruturas que ocorrem continuamente até aos 35 anos. Por outro lado, é durante a gravidez que este órgão atinge o auge do seu desenvolvimento (Brooks & Pauley, 1991).

Sabe-se que a frequência do cancro da mama aumenta com a idade. Este aumento de idade está, por sua vez, relacionado com mudanças marcadas nas secreções hormonais e com uma diminuição da actividade do sistema imunitário (Stoll, 1986).

Daqui pode perceber-se a importante relação entre estes aspectos biológicos e o sistema neuro-endócrino. Ou seja, os ritmos biológicos organizam temporalmente o substrato que se encontra na base da endocrinologia comportamental (Morin & Dark, 1992).

2.2 Sistema nervoso, endócrino e imunitário: sistemas de influências mútuas

As relações entre o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário revelam-se complexas. O sistema nervoso central, e nomeadamente o diencéfalo – com o eixo hipotálamo-hipófise – sofre influências corticais e periféricas, influenciando por sua vez o sistema endócrino e o sistema imunitário, que dão feedback ao sistema nervoso, influenciando outra vez a sua actuação. Desta forma, revela-se difícil abordar um destes sistemas sem acabar por mencionar um dos outros. E será possível não falar de ritmos biológicos? Vejamos...

Quer o sistema nervoso quer o sistema endócrino interagem através de neurotransmissores. No entanto, nos mamíferos, o centro de controlo do sistema endócrino – o hipotálamo – situa-se e é parte integrante do sistema nervoso central. Apesar do seu tamanho (é relativamente pequeno), o hipotálamo apresenta um grande número de núcleos especializados (grupos funcionais de neurónios). Estes núcleos estão envolvidos na regulação e integração de funções e comportamentos endócrinos e fisiológicos, como é o caso dos núcleos supra-quiasmáticos, que se encontram envolvidos na manutenção e coordenação dos ritmos biológicos (Becker & Breedlove, 1992).

Um exemplo desta interacção complexa pode ser encontrado nos comportamentos agonísticos. Estes comportamentos são influenciados também pelo sistema regulador de secreções internas através de uma complexa interacção das hormonas entre si, com os centros diencefálicos e com o ambiente exterior (Soczka, 1994). Por outro lado, o sistema hormonal, mediado pelo eixo hipotálamo-hipofisário, age sobre as tendências agressivas a partir das variações de concentração das diversas secreções internas, quer sejam cíclicas (circadianas, circanuais, sazonais, etc.) ou não (por exemplo, situações de stress). A partir daqui, são efectuadas retroacções e reaferências neuro-endócrinas que decidem das disposições agonísticas num dado período de tempo. No caso particular do ser humano, a complexidade revela-se ainda maior visto que, além de poder receber estimulações de todos os níveis do aparelho neuro-psíquico (planos corticais, estruturas límbico-temporais, hipotálamo), sofre também a influência das emoções e outros estados psicológicos (Damásio, 2001). As interacções sociais não são alheias a este mecanismo regulador complexo.

Uma glândula endócrina de extrema importância é a hipófise. Esta é controlada pelo hipotálamo que a partir da informação que recebe de outras regiões do cérebro controla a secreção de hormonas nesta glândula. As hormonas da hipófise são libertadas na corrente sanguínea e actuam nas glândulas endócrinas periféricas de forma a estimular ou inibir a secreção de hormonas. Estas, por sua vez, dão feed-back quer ao hipotálamo quer à hipófise. Desta forma, a produção de hormonas pelas glândulas endócrinas é constantemente monitorizada e regulada pelo cérebro (Becker & Breedlove, 1992).

Hormonas e neurotransmissores influenciam aspectos da reprodução tais como a ovulação, o comportamento maternal e a amamentação, e podem da mesma forma influenciar o comportamento sexual das fêmeas. Um determinado neurotransmissor ou hormona pode ter diferentes acções quando está presente em diferentes locais do cérebro. Também é comum que num determinado momento uma hormona possa activar um determinado comportamento, inibindo o mesmo comportamento noutra momento diferente. Este fenómeno pode ficar a dever-se a diferenças na fisiologia do receptor mas também pode ser causado por alterações no meio de circulação das hormonas que alteram o substrato neural sobre o qual hormonas e neurotransmissores actuam (Carter, 1992).

Hoje em dia, é um dado adquirido que a química do corpo pode alterar o humor, o comportamento e a percepção. Os efeitos contrários são também verdadeiros, e assim o humor, o comportamento e as percepções podem induzir a alteração de determinados estados endócrinos (Oliveira, 1991). Verifica-se que as interacções sociais influenciam os níveis

hormonais, e assim, existem exemplos que demonstram como os sentidos (visão, audição, cheiro e tacto) podem alterar a função endócrina.

Um dos exemplos que podem ser referidos diz respeito aos efeitos dos estímulos olfactivos no ciclo menstrual das mulheres. Estudos efectuados com estudantes revelaram que, após algum tempo a viverem juntas, verificava-se uma sincronização dos ciclos menstruais. Apesar de ainda não se saber ao certo o que determina esta sincronização, as experiências feitas com odores corporais levam a pensar que os estímulos olfactivos (ferohormonas) desempenham um papel não negligenciável neste processo. Roenneberg e Asschoff (citados por Silver, 1992) estudaram os ciclos anuais da reprodução humana, integrando dados relativos ao clima e à luz em 380 localizações geográficas. Verificaram, que a uma escala global, o fotoperíodo influencia a fisiologia da reprodução humana. Assim, as taxas de concepção são maiores durante o Equinócio da Primavera nas altitudes mais elevadas, onde as diferenças na duração do dia são mais acentuadas. A temperatura também parece ser um factor importante. As taxas de concepção encontram valores acima da média anual quando a temperatura varia entre os 5° C e os 20° C, e a concepção decresce quando as temperaturas recaem para além destes valores extremos.

Um dos contextos mais fáceis e importantes de demonstrar que um estímulo externo afecta a produção de hormonas na reprodução humana, ocorre durante a amamentação. A produção de leite começa dois a três dias após o nascimento. Quando o bebé chupa o mamilo, a informação táctil do mamilo é transmitida através dos nervos do seio até ao cérebro provocando a libertação da oxitocina e da prolactina que circulam no sangue. Estas atingem o seio estimulando a produção e libertação do leite. Se o bebé não mama, a mãe deixa de ser capaz de produzir leite. Se tal não acontece a mãe pode continuar a produzir leite por muitos anos (Silver, 1992).

No indivíduo adulto, as hormonas podem actuar no sistema nervoso, por exemplo, nos mecanismos sensoriais pela alteração dos processos de percepção, nos mecanismos motores/efectores, modificando as respostas aos estímulos e/ou a produção de estímulos, e nos mecanismos centrais actuando sobre os sistemas motivacionais. Por outro lado, podem ainda influenciar estruturas somáticas com significado social, pela alteração dos estímulos que o indivíduo envia aos seus pares (Oliveira, 1991). Verifica-se ainda que certas regiões precisas do sistema nervoso central têm uma sensibilidade particular para determinadas hormonas (Soczka, 1994).

E o sistema imunitário?

Este constitui o sistema de defesa contra os agentes patogénicos (Roitt, et. al., 1998). Daniel Goleman (2001), refere-se ao sistema imunitário como a mente do corpo. Está patente nesta designação os inegáveis vínculos existentes entre os vários sistemas aqui abordados. Aquilo que se passa a um nível psicológico, representado fisicamente pelo cérebro, reflecte-se no sistema imunitário e na forma como este reage às ameaças do exterior. Assim, é possível medir o impacto dos vários estados psicológicos sobre o sistema imunitário, pelo aumento ou diminuição do número de células imunológicas ou da sua eficácia.

Varela (2001) faz mesmo uma analogia entre o sistema nervoso e o sistema imunitário. Para este autor, este último é chamado de “segundo cérebro” (op. cit. pág.53) e possui a capacidade de auto-regulação do primeiro. Além disso, possibilita o controlo de reacções do corpo ao ambiente e a capacidade de adaptação fisiológica.

O sistema imunitário inclui órgãos como o timo e a medula óssea, e as suas células constituintes são os glóbulos brancos e nomeadamente os linfócitos. A maioria dos linfócitos são produzidos na medula óssea – linfócitos B. Os linfócitos – T são fabricados no Timo. Estas células são identificados pelos receptores das células. Estes receptores celulares são marcadores que permitem identificar a função específica de uma célula, de uma forma semelhante à que permite reconhecer um neurónio do sistema nervoso. Entre esses marcadores encontram-se os anticorpos, que identificam os linfócitos. O linfócito B que circula na corrente sanguínea liga-se a qualquer célula, bactéria, ou matéria estranha que se encontre no sangue, e que tenha uma forma molecular específica e adequada. A partir das uniões e desuniões então produzidas, é transmitida informação importante para o linfócito e para o sistema imunitário.

Pode, assim, estabelecer-se um paralelo com o que acontece no sistema nervoso, nomeadamente na comunicação que se estabelece entre neurónios através de impulsos eléctricos. Quer o sistema nervoso quer o sistema imunitário possuem órgãos sensoriais que fornecem informação. De forma semelhante, os dois sistemas possuem órgãos motores. No sistema nervoso são tipicamente os músculos que se contraem para produzir o comportamento, entre outros. O equivalente no sistema imunitário é a maturação dos linfócitos B, e a rápida produção de anticorpos para combate aos agentes externos ao organismo.

Segundo Varela (2001), o sistema imunitário constitui o eu do corpo, ou seja, a sua identidade. Tal como o sistema nervoso reage a uma ameaça vinda do exterior com um comportamento, por exemplo, de fuga ou ataque, - ainda que este esteja ligado a outros

factores tais como a memória, as emoções, etc. -, o sistema imunitário funciona de uma forma idêntica. A acompanhar uma reacção defensiva urgente - por exemplo, uma infecção - existe um mecanismo de reconhecimento do que é parte integrante de uma unidade corporal e do que é externo a esta. Mas, tal como outros sistemas biológicos, a resposta imunitária está sujeita a uma série de diferentes mecanismos de controlo (Cooke, 1998). Assim, quando o sistema imunitário não se encontra a combater nenhuma situação urgente encontra-se a estabelecer uma comunicação entre as suas células de forma a criar uma identidade própria. Desta forma, as células e tecidos possuem uma identidade como um corpo devido à rede de linfócitos B e T que estão em constante movimento unindo-se e desunindo-se a cada perfil molecular do corpo. Também se unem e desunem entre si. É assim construída uma rede de interacções mútuas, uma rede funcional, que actua como uma afirmação de identidade do sistema. Não se trata de uma reacção defensiva mas antes de uma auto-afirmação. E, segundo Varela (2001), este complexo sistema constitui um *eu* ao nível imunitário, molecular e celular. Através da perspectiva da imunologia de rede, o sistema nada mais é do que um facilitador da constante comunicação entre cada célula do corpo.

Uma resposta imunológica eficaz retira os antígenos do sistema, e os linfócitos B e T retornam a um estado quiescente dada a inexistência de exposição a antígenos necessária à sua actividade. No entanto, por vezes alguns antígenos não desaparecem facilmente e isso conduz a uma resposta imunitária permanente que pode ter consequências patogénicas (Cooke, 1998).

A resposta imunitária de pessoas com tumores malignos, encontra-se frequentemente diminuída e tem sido postulado que isso é resultado da presença de complexos imunológicos em circulação, complexos estes compostos por anticorpos e antígenos de células tumorais. Burnett e Thomas (citado por Beverley, 1998) sugeriram que o sistema imunitário vigiava de forma permanente o organismo humano, de forma a que a aparição de células anormais seria imediatamente detectada e estas destruídas. Acreditavam que a resposta imunológica aos tumores acontecia cedo após a sua aparição, conduzindo à destruição da maioria dos tumores antes que estes se tornassem clinicamente visíveis. Propuseram também que este sistema desempenharia um papel vital no atraso no crescimento ou na remissão de tumores já existentes. No entanto, pesquisas feitas em laboratório sugerem que a vigilância imunitária está mais direccionada para vírus do que para tumores. O que não significa que a resposta ao aparecimento da maioria dos tumores seja inexistente. Significa sim, que para a maioria dos tumores a resposta do sistema imunitário pode chegar tarde e ser relativamente ineficaz.

2.3 Modelos de stress

Uma reacção de stress é uma reacção mental e física a uma situação adversa, que mobiliza os recursos de emergência do organismo, nomeadamente o mecanismo de “lutar ou fugir”. Esta reacção tem ainda o efeito de inundar o corpo de hormonas que o incitam a enfrentar o desafio. Infelizmente a vida moderna desencadeia continuamente esta reacção quando não se pode lutar nem fugir, o que é passível de provocar um aumento crónico da pressão sanguínea e da tensão muscular, irritabilidade, ansiedade e depressão, além de uma diminuição da eficácia imunológica (Brown, 2001).

De facto, para complicar ainda mais estes mecanismos, verifica-se que o que se define como uma provocação ou ameaça para o homem pode ser extremamente inespecífico, isto é, a situação não tem um valor em si mesma, já que depende do significado que a pessoa lhe dá (Lazarus, 1999, citado por Serra, 1999). E isto está ligado à extrema complexidade do cérebro humano. A interpretação dos sinais vai estar dependente do contexto cognitivo em que surge a provocação, uma vez que, a conflitualidade pensada e imaginada pela pessoa é suficiente para activar o stress no cérebro. Esta activação dá-se ao nível das estruturas hipotalâmicas, estando dependente das estruturas cognitivas mais elevadas do cérebro humano.

Em 1966, Hans Selye propôs que o stress seria o resultado inespecífico (ou seja, comum) de qualquer exigência feita sobre o corpo. E esse resultado poderia ser mental ou somático. Segundo o autor (1982), diferentes situações – reacções emocionais, esforço, fadiga, dor, medo, concentração, humilhação, perda de sangue, ou até mesmo o sucesso inesperado – podem causar stress; de tal forma que um único destes factores não pode ser apontado como a única causa de tal reacção. Investigações médicas demonstraram que os corpos respondem num padrão estereotipado em certos e determinados aspectos, apesar das diferentes situações que estão na sua origem. Ou seja, mudanças bioquímicas idênticas permitem-nos lidar com um aumento da exigência sobre as actividades vitais. No decurso das suas investigações, Selye detectou alguns sinais invariáveis de danos no corpo, quando este é confrontado com as exigências do combate a uma doença. Estes sinais ficaram conhecidos como índices objectivos de stress e incluíam uma subida da adrenalina, úlceras gastrointestinais e diminuição timicolimfática. Esta reacção ficou também conhecida como Síndrome Geral de Adaptação, um síndrome que seria causado pela acção de vários agentes nocivos. O autor propôs também que a fase inicial deste processo fosse denominada de *reacção de alarme*, dado que representaria a expressão somática de uma reacção generalizada das defesas do

organismo. Nesta fase, as células do córtex supra-renal segregam as hormonas para a corrente sanguínea, libertando-se dos corticóides. Esta fase seria seguida por um *estadio de resistência* cujas manifestações diferem daquelas encontradas na reacção de alarme, na medida em que as células corticais ficam particularmente enriquecidas por grânulos. A seguir a uma maior exposição ao agente, a adaptação adquirida perde-se. O organismo entra então, numa *fase de exaustão*, desde que a exigência seja suficientemente severa e seja aplicada por período de tempo suficientemente longo. A natureza trifásica do Síndrome Geral de Adaptação demonstrou que a adaptação do corpo (ou a energia de adaptação) é finita, uma vez que quando exposto a um stress constante, surge a exaustão.

A descarga de hormonas, a involução dos órgãos linfáticos, o aumento da adrenalina, a sensação de fadiga, e muitos outros sinais de stress podem ser produzidos por ferimentos ou por qualquer actividade em qualquer parte do corpo. Após o confronto com a situação ou o agente que provocam a reacção de alarme, são enviados sinais para o hipotálamo que atingem células neuro-endócrinas. Estas são transformadas em factor de descarga de hormonas corticotróficas (um mensageiro químico). Desta forma a mensagem é enviada à glândula pituitária, causando uma descarga de hormonas adrenocorticotróficas na circulação. Quando estas hormonas atingem o córtex supra-renal, desencadeiam a secreção de corticóides, principalmente glucocorticóides tais como o cortisol e a corticosterona. Através da glucogénese, estas substâncias fornecem uma fonte de energia imediata para as reacções adaptativas necessárias para o confronto com o agente. Os corticóides também facilitam muitas outras respostas enzimáticas e suprimem a reacção imunitária e a inflamação, ajudando assim o corpo a coexistir com potenciais agentes patogénicos.

Em simultâneo com estes processos, é utilizado outro importante mecanismo que também está envolvido na mediação da resposta ao stress. Este mecanismo consiste na libertação de hormonas tais como as catecolaminas que activam mecanismos de adaptação extremamente úteis. A adrenalina, em particular, é segregada para fornecer energia, para acelerar o batimento cardíaco, para elevar a tensão arterial e a circulação sanguínea nos músculos, e para estimular o SNC. Várias outras mudanças químicas e hormonais ocorrem durante a reacção de stress com vista a aferir e equilibrar o funcionamento e estabilidade do corpo, constituindo um “verdadeiro arsenal de armas” com o qual o organismo se defende a si próprio (Selye, 1982, p. 10).

Contudo, com a excepção das situações extremas e ameaçadoras, nenhum estímulo pode ser considerado um agente de stress universal. Quando se trata de dar sentido a um acontecimento, tudo depende do contexto, do humor, e da experiência (Zegans, 1982). Os

agentes que provocam estas reacções podem ser físicos ou psicológicos, tais como emoções (amor, alegria, raiva, desafio e medo) ou até mesmo pensamentos. De facto, as reacções psicológicas são os activadores mais frequentes da reacção de stress. Para Lazarus (1999, citado por Serra, 1999) a reacção de stress é activada pelo significado psicológico que o indivíduo constrói sobre determinada situação.

Em geral, as respostas nervosas e hormonais referidas acima ajudam na adaptação a mudanças e estímulos ambientais. No entanto, algumas vezes, estas são causadoras de doenças especialmente se o estado de stress é prolongado ou intenso (Selye, 1982).

A doença poderia ser o resultado de uma multiplicidade de características do organismo, que interagem com uma variedade de factores interdependentes, incluindo o contexto social e agentes patogénicos (Zegans, 1982).

Quanto mais difíceis e em maior número forem as mudanças encontradas, maior a probabilidade de falha adaptativa que conduz a desorganização e à exaustão. O colapso do sistema de adaptação central (que medeia as respostas cognitivas, afectivas e fisiológicas) representa um esforço não específico em todo o eixo psicobiológico. Este activa respostas neuroendócrinas e autonómicas anormais; os ritmos diurnos são interrompidos; o equilíbrio entre excitação e inibição é quebrado; e tornam-se necessárias as respostas de emergência do eixo hipotálamo-pituitária-supra-renal. Qualquer fragilidade num tecido, quer seja constitucional ou adquirida, pode ser estimulada por esta reacção intensa e generalizada. Quando o limiar de tolerância de um dado órgão é penetrado, então estão presentes as condições para o aparecimento da patologia (Zegans, 1982).

Ao activar todos estes sistemas, o stress pode causar doenças seja por:

- suprimir ou aumentar a resposta imunitária, criando problemas endócrinos causados por hiper ou hipo actividade;
- alterar o equilíbrio do controlo autonómico, que pode provocar alterações nos sistemas cardiovascular, respiratório, secretório e visceral;
- alterar os padrões do sono, com impacto no metabolismo das proteínas, secreção de hormonas e outras funções vegetativas;
- afectar as funções neurotransmissoras, neuromoduladoras, e neuroendócrinas do cérebro, que podem ter um profundo impacto na saúde através de vários mecanismos incluindo hábitos alimentares e hábitos de saúde (Zegans, 1982).

Verifica-se, assim, que no caso específico do ser humano, o stress pode surgir em todos os contextos em que é percebido um conflito por um determinado sujeito.

A base neurológica do stress a curto prazo é o sistema nervoso autónomo (SNA), cujos terminais estão distribuídas por todo o corpo (vasos, órgãos, músculos, etc.), utilizando a adrenalina como neurotransmissor. A glândula supra-renal, mais concretamente a zona medular, segrega adrenalina e, ao receber os estímulos do SNA amplifica a sua resposta.

Por outro lado, o SNA controla funções como a tensão muscular e o ritmo cardíaco. Controla também as reacções vasomotoras ao controlar os músculos em volta dos vasos sanguíneos fazendo com que estes se expandam ou se contraíam para redireccionar o sangue através do corpo em momentos diferentes. Numa situação de stress, o SNA é um sistema de defesa de emergência. Quando é percebida uma ameaça, dá-se geralmente uma estimulação e um aumento da tensão muscular para preparar a pessoa para fugir, para lutar, ou para se defender. Nestas situações, o ritmo cardíaco acelera, e os vasos sanguíneos na pele contraem-se. O sangue é redireccionado para os músculos e para o cérebro a fim de tornar o organismo mais alerta para se preparar para a acção. Qualquer situação de stress causa, então, uma reacção no SNA.

Em presença de um acontecimento gerador de stress, a activação do sistema nervoso autónomo provoca mudanças a partir do estado normal das funções do ritmo cardíaco, do fluxo de sangue e da tensão muscular. Quando o estímulo é interrompido o SNA é desactivado, e após um período de descanso regressa novamente ao normal. De facto, em qualquer situação de stress para um dado indivíduo ocorre um padrão de activação, desactivação ou descanso, e um retorno ao estado normal (Brown, 2001). Quando a situação de stress desaparece, os níveis de cortico-esteróides voltam à normalidade.

Apesar dos mecanismos do stress terem uma função protectora contra situações potencialmente perigosas, quando o stress é prolongado, a pessoa pode colocar-se em situação de risco. Isto porque a ligação hipotálamo-hipófise pode provocar alterações na segregação de hormonas específicas que vão estimular a supra-renal a produzir cortico-esteróides. Na realidade, quando as situações geradoras de stress são em grande número, o organismo experimenta um nível de estimulação ininterrupto. No caso destas situações se prolongarem por um período longo de tempo, pode atingir-se um ponto de exaustão que obriga ao descanso para repor o equilíbrio. Assim, uma situação de stress crónico pode provocar um desequilíbrio no funcionamento do SNA, de modo que um alto nível de activação tem lugar com muito pouco estímulo. As células do SNA tornam-se hiperactivas e reagem à menor provocação.

Mas, uma vez que o sistema imunitário é influenciado pela produção de corticóides, o stress pode ter um papel de imuno-depressor. Assim, a vulnerabilidade à doença é maior (Brown, op. cit.). No entanto, nem todas as pessoas vivenciam a mesma situação como sendo

causadora de stress. Entra aqui em jogo a forma como a mente interpreta e lida com o acontecimento. A resposta ao stress vai aumentar a susceptibilidade às infecções, podendo o tipo de infecções ser determinado pela história pessoal do indivíduo.

Em consequência deste processo dá-se uma diminuição imunitária que pode levar ao aparecimento de diversas patologias.

2.4 Os sistemas imunitário e endócrino no cancro da mama

Pensa-se que factores psicoimunológicos e psicoendócrinos podem estar envolvidos na regressão espontânea do cancro. Os factores psicoendócrinos são particularmente verosímeis, de acordo com as já conhecidas remissões nos cancros da mama e da próstata, e isto devido a mudanças na secreção hormonal associadas ao stress psicológico (Stoll, 1986). Ir-se-á de seguida explicar o funcionamento destes dois sistemas, no caso específico do cancro.

Actualmente considera-se que muitas doenças de etiologia desconhecida, como o cancro da mama, apresentam uma disfunção imunológica de base. Austen (1978, citado por Rogers, 1989) defende que o sistema imunitário tem um papel fundamental na manutenção da homeostasia corporal e da saúde, e como tal pequenas flutuações neste sistema podem ter implicações directas no desenvolvimento da doença.

A principal acção do sistema imunitário é a de oferecer protecção contra agentes nocivos tais como vírus, bactérias, células anormais e alergénios. Este sistema entra em acção quando as defesas externas do organismos são transgredidas. Assim, o sistema imunitário tem que distinguir entre aquilo que pertence ao próprio corpo, isto é, aquilo que faz parte do Eu, e aquilo que é um intruso, isto é, aquilo que é “não-Eu”. Estes agentes “não-Eu” são geralmente denominados de *antigénios*. Células cancerosas, bactérias, vírus e até o pólen são exemplos de antigénios que provocam uma resposta do sistema imunitário.

Tal como já foi referido, o papel mais importante do sistema imunitário é o reconhecimento e combate da matéria “não-Eu”. Se as funções do sistema imunitário não estiverem a funcionar em pleno, devido a factores psicológicos, este sistema pode falhar na detecção de células estranhas ao organismo, falhando assim, no seu combate, e permitindo a sua proliferação (Carrol, 1992).

Segundo Rogers (1989), os factores psicológicos são de grande importância no início e percurso de uma grande variedade de doenças tais como, cancro, alergias, doenças infecciosas e doenças auto-imunes. Da mesma forma, a capacidade do indivíduo para lidar, psicológica e

socialmente com o stress causado pela doença é uma dimensão importante a ter em conta neste processo.

No que diz respeito ao cancro em seres humanos, é comum considerar-se que o ponto de partida desta doença reside nos defeitos genéticos das células, que instigam mutações no desenvolvimento celular. No entanto, o corpo não é apenas um hospedeiro passivo do cancro. Os tecidos reagem especificamente à ameaça de crescimento e invasão da doença, e por vezes modulam o seu percurso. Recentemente verificou-se que estas reacções envolviam factores relacionados com a actividade hormonal e das enzimas, e não só reacções do sistema imunitário (Stoll, 1986).

As hormonas que regulam o tecido mamário já estão identificadas. Assim, nos humanos é o estrogénio que tem um papel essencial no desenvolvimento do epitélio, enquanto que a progesterona é necessária para o ácino. Durante o ciclo menstrual - que como já se explicou anteriormente, é o ritmo biológico não negligenciável nesta doença - a secreção das hormonas *estradiol* e *progesterona* é muito baixa durante a fase menstrual. Nesta altura, a secreção de estrogénio começa a aumentar atingindo o seu auge momentos antes da ovulação. No caso de não se dar a fecundação, tanto os níveis de estrogénio como os níveis de progesterona vão aumentando progressivamente na semana consequente à ovulação para baixarem a seguir até aos níveis que tinham antes da fase menstrual (Hampson & Kimura, 1992).

Enquanto que a natureza exacta do envolvimento hormonal na versão humana desta doença é ainda desconhecida, algumas extrapolações podem ser feitas a partir de experiências laboratoriais com animais, bem como a partir da cultura em laboratório de células cancerosas do tecido mamário. Por exemplo, verificou-se que numa raça específica de ratos, o estrogénio tem de estar presente para a iniciação e crescimento de tumores mamários induzidos por químicos carcinogéneos. O crescimento e progressão de tumores da mama para estados mais avançados, pode ser influenciado por hormonas ou anti-hormonas. Existe também evidência directa e indirecta de que as hormonas têm um papel não negligenciável na etiologia do cancro da mama (op. cit.).

Sendo o hipotálamo a base do sistema endócrino, pode afirmar-se que este órgão constitui a chave para os mecanismos psicossomáticos que podem influenciar o crescimento do tumor. Existem mecanismos pelos quais o stress emocional e factores psico-endócrinos actuam através do hipotálamo. Este estimula a produção das hormonas que podem afectar o crescimento de cancros sensíveis a estas substâncias. A mera existência de tais trajectórias, no entanto, não prova que factores psicogéneos influenciem activamente o desenvolvimento e crescimento do tumor. Distúrbios psico-endócrinos podem indirectamente estimular o

crescimento de cancro pela inibição do sistema imunitário. Os dois sistemas estão, portanto, interligados.

De facto, vários factores de risco associados a um aumento da incidência de cancro da mama, são aparentemente de origem endócrina e incluem: a) primeira gravidez depois dos 30 anos; b) menarca antes do tempo usual ou menopausa tardia; c) ausência de filhos. Esta lista justifica-se porque todas estas situações implicam uma maior exposição da glândula mamária ao estrogénio que, como já foi referido, está relacionado com este tipo de cancro. Por outro lado, um factor genético pode estar envolvido numa percentagem pequena, na ocorrência desta doença, uma vez que existem provas da existência de uma tendência familiar (Brooks & Pauley, 1991)

Pensa-se que as influências hormonais estão envolvidas em grande proporção em tumores tais como o cancro da mama. Na sua acção estimulante, as hormonas podem influenciar as actividades e metabolismo dos carcinogénios, bem como influenciar as actividades do núcleo celular, que controla o crescimento e a agressividade das células (Stoll, 1986).

Os seres humanos são regidos por ritmos biológicos que determinam a secreção de hormonas, como foi acima referido. Ao conceito de ritmo está ligada a noção de tempo. Assim, para compreender o papel dos ritmos no sistema imunitário e endócrino e a importância destes na psicossomática, vamos começar por fazer uma breve viagem pelo tempo...

2.5 O tempo reinventado

“Viajei. Julgo inútil explicar-vos que não levei meses, nem dias, nem outra quantidade qualquer de qualquer medida de tempo a viajar. Viajei no tempo é certo, mas não do lado de cá do tempo, onde o contamos por horas, dias e meses; foi do outro lado do tempo que eu viajei, onde o tempo se não conta por medida. Decorre, mas sem que seja possível medi-lo. É como que mais rápido que o tempo que vimos viver-nos”

In Bernardo Soares, Livro do Desassossego, vol. II, p. 143

Ao longo da história, o tempo conheceu várias definições que foram sendo alteradas.

Segundo Hawking (2000), o conceito de tempo só ganha significado após o começo do universo. No domínio da Teologia, também Santo Agostinho já havia referido que o tempo, sendo uma propriedade do universo de Deus não existia antes da sua criação. No entanto, a partir do momento em que se coloca a hipótese da existência do *big bang*, e a verificação de que o universo está em expansão, o tempo e o espaço ganham uma nova dimensão. Pode

então afirmar-se que o tempo iniciou-se com o *big bang*, uma vez que antes disso o tempo não pode ser definido e as suas consequências podem ser ignoradas visto não serem observáveis (op. cit.).

Na mesma obra, Hawking refere que a teoria da relatividade de Einstein veio demonstrar que o tempo não é independente do espaço, antes combinando-se com este para formar um objecto – o espaço-tempo. Assim, um acontecimento é qualquer coisa que ocorre num determinado ponto no espaço e num determinado momento. De acordo com estas descobertas, cada pessoa tem a sua medida própria de tempo e esta depende do local onde está e da forma como se move. Por outro lado, visto que o espaço e o tempo são quantidades dinâmicas, quando um corpo se move ou uma força actua a curvatura do espaço-tempo é afectada e por sua vez a estrutura do espaço-tempo afecta o movimento dos corpos e o efeito das forças. Então, o espaço e o tempo afectam tudo o que acontece no universo e são igualmente afectados por estes acontecimentos.

Destas considerações no âmbito da Física, Filosofia ou Teologia, é obrigatório fazer-se a passagem para o campo da Biologia. De facto, é na natureza que os efeitos do tempo se tornam mais visíveis. E o exemplo mais evidente desta realidade são as árvores e as mudanças que sofrem na sua folhagem, na passagem do Verão para o Outono, ou do Inverno para a Primavera. As estações, assim como as variações de luz ao longo do dia, constituíram desde sempre marcadores temporais importantes. No entanto, esta importância era algo restrita, na medida em que estas variações serviam essencialmente como organizadoras de actividades diárias, na agricultura, organização do trabalho, etc. É relativamente recente a importância da interacção entre estes organizadores externos e o funcionamento dos seres humanos.

Mas, os chineses há muito que consideram as questões do tempo e das alterações cíclicas na sua visão do ser humano. De facto, o *yin* e o *yang* constituem um exemplo da representação cíclica do tempo (Reinberg, 1994), mas também da interacção entre tempo, ritmos, mente, corpo. Trata-se, na verdade, de um sistema espaço-temporal. Na medicina chinesa, o *yin* e o *yang* são dois aspectos da ordem que se manifestam no mundo, opõem-se e complementam-se, são inseparáveis e sem existência individual. Assim, há sempre *yang* no *yin* e *yin* no *yang*. Enquanto que o *yang* é o Céu, o Sol, a luz, o calor, a actividade, o homem; o *yin* representa a Terra, a Lua, a obscuridade, o frio, a passividade, a mulher. Ligadas ao *yin* e *yang* existem cinco energias (sopros) que correspondem a orientações no espaço, a elementos, a cores, a sabores, etc., e a órgãos principais. A esta dimensão espacial do *yin* e *yang* está associada uma dimensão temporal, um ritmo, já que em qualquer escala do tempo irá manifestar-se para qualquer fenómeno, uma fase forte activa alternando com uma fase fraca, passiva. O sopro da

energia – o *chi* – circula no corpo segundo doze linhas ou meridianos. Cada uma delas corresponde a um dos doze meses do ano e também a uma das doze horas do nictémero (antiga hora chinesa que corresponde a duas horas ocidentais). Esta ritmicidade é representada pelas vinte e quatro horas da alternância dia-noite e pelo ciclo anual das estações. Não se pode observar um equilíbrio perfeito entre o *yin* e o *yang*, oscila-se entre um e outro de forma suave, sendo estes ciclos considerados naturais para a tradição chinesa e podendo durar tanto tempo quanto se queira imaginar. Sendo esta uma tradição milenar, os médicos chineses desde aí aceitam a ideia de que o corpo tem os seus ritmos integrados nos do Céu e da Terra. Neste sistema todas as variações fisiológicas e biológicas de cada órgão obedecem a ritmos, e podem ser situadas numa hora e num local no *Tai Chi*² e no corpo. O problema consiste em observar se os ritmos internos do sujeito estão sincronizados com os ritmos externos da Terra e do Céu.

No Ocidente, a interacção entre estes aspectos começa a ganhar uma maior importância desde os anos 70, e nomeadamente na Medicina (Reinberg, 1994).

Tempo, espaço, ritmos, são dimensões que interagem na natureza e naturalmente no ser humano. Assim, não é possível olhar para a pessoa sem levar em conta estas diferentes, mas complementares, realidades.

2.6 Cronobiologia: os ritmos

Segundo Reinberg (1994, p. 18), a cronobiologia pode ser definida como “... o estudo da organização dos seres vivos no tempo, dos mecanismos que a controlam e das alterações passíveis de a perturbar.” Na realidade, para além de uma estrutura espacial, representada pela anatomia do corpo humano, há a considerar uma estrutura temporal ou, como lhe chama o autor uma anatomia do tempo, que é constituída pelos ritmos biológicos. A um ritmo cósmico anual ligado à rotação da Terra em torno do Sol, junta-se um ritmo cósmico nictemeral (Reinberg, 1998), este ligado à rotação da Terra sobre o seu eixo (24 horas da noite e do dia). Ambos são de importância vital para todos os seres vivos.

O ritmo biológico refere-se a um movimento ou função que ocorre de uma forma regular no tempo. Assim, num sistema fisiológico, um acontecimento biológico que ocorre a intervalos

² *Tai-Chi*, princípio supremo do sistema espacio-temporal da medicina chinesa. é representado por um disco no qual se inscrevem duas vírgulas invertidas e imbricadas que pode ser visto como um mostrador de relógio.

regulares, é *rítmico* (por exemplo, o batimento cardíaco). Desta forma, a ritmicidade é uma característica de todos os sistemas biológicos (Morin & Dark, 1992).

Em 1936, Bunning (Morin & Dark, 1992, Reinberg, 1998) propôs que a sazonalidade da reprodução seria consequência de uma interacção entre um relógio endógeno que determina diariamente os ritmos, e um relógio sazonal que determina as mudanças sazonais percebidas ao longo do dia enquanto existe luz. Isto permitiria aos organismos situarem-se no tempo do ano, a fim de saberem quando florir ou quando se reproduzir. A partir das investigações de Bunning, o relógio endógeno tornou-se o cerne da biologia do ritmo circadiano, enquanto que a capacidade para responder a mudanças sazonais na relação luz/obscuridade ficou conhecida por fotoperiodismo. Estas descobertas de Bunning forneceram igualmente a base para a compreensão dos acontecimentos neuro-endócrinos que modulam a reprodução nos animais.

Nos mamíferos, um relógio circadiano anatomicamente definido é representado pelos núcleos supra-quiasmáticos do hipotálamo (Reinberg, 1994), sendo o hipotálamo o centro de controlo de todos os sistemas endócrinos. Apesar do seu tamanho, o hipotálamo apresenta um grande número de núcleos especializados (grupos funcionais de neurónios) que, como já foi referido anteriormente, estão envolvidos na regulação e integração de funções e comportamentos endócrinos e fisiológicos, desempenhando um importante papel na manutenção e coordenação dos ritmos biológicos (Becker & Breedlove, 1992). No entanto, outros centros de controlo dos ritmos foram identificados, tais como a glândula pineal que segrega a melatonina, ou a glândula pituitária que segrega a hormona do crescimento. Assim, o cérebro e o sistema endócrino revelam uma relação estreita mediada por ritmos circadianos.

Cada ritmo é caracterizado pelo seu período (ou frequência), pela sua fase e amplitude. **Período** é a quantidade de tempo que demora a concluir um ciclo completo de ritmo (por ex. 24 horas). **Frequência** refere-se ao número de recorrências ou ciclos durante um dado período de tempo (por ex. um ciclo cada 24 horas). **Fase** refere-se à localização do segundo marco temporal num ritmo, relativamente a uma referência arbitrária. Durante o período de um ritmo, a variação da média pode ser determinada (Becker & Breedlove, op.cit.). Há ainda a possibilidade de determinar a *acrofase* (fase mais elevada) e a *batifase* (a fase mais baixa) do ritmo (Reinberg, 1994). **Amplitude** descreve a magnitude da variação em relação à média das fases do ritmo. Assim, quanto maior a variação maior a amplitude.

Um ritmo biológico verdadeiro tem de ser auto-sustentável e endógeno ao animal. No entanto, a ritmicidade pode também emergir como uma interacção complexa de processos endógenos e estímulos exógenos. Estes últimos devem estar intimamente ligados, na função e na base

fisiológica, a ritmos estritamente biológicos e endógenos. Para demonstrar que um ritmo é endógeno, este deve manter-se mesmo depois de todos os indicadores temporais exteriores ao organismo deixarem de existir no ambiente. Na vida da maior parte dos organismos o principal indicador temporal é o ciclo diário da luz.

Os ritmos puramente exógenos são aqueles que podem ser provocados no animal através de um estímulo periódico, como por exemplo, a síntese da vitamina D na resposta da pele humana à exposição diária ao sol (Becker & Breedlove, 1992).

Os ritmos biológicos são classificados de acordo com a duração do seu período ou domínio. Quatro grupos são geralmente considerados: 1) *circadiano*; 2) *ultradiano*; 3) *infradiano*; e 4) *circanual*:

Ritmo circadiano: O sufixo *diano* de origem latina, significa dia. *Circa*, também de origem latina, significa aproximadamente num dia. Para que um ritmo de 24 horas possa ser considerado *circadiano*, este deve ser auto-mantido e endógeno e deve ter um período de aproximadamente 24 horas. (Morin & Dark, 1992). Exemplos de ritmos circadianos são o sono-vigília, a temperatura corporal, o peso ou a força (Reinberg, 1994).

Ritmos ultradianos, são aqueles que apresentam uma maior frequência do que os ritmos circadianos. Ex. batimento cardíaco, respiração, libertação de hormonas, horas de refeição e ondas regulares do electroencefalograma. A medida dos períodos é muito grande e varia dos milisegundos até às horas.

Ritmos infradianos são aqueles que são menos frequentes do que os ciclos circadianos mas mais frequente do que os ciclos circanuais. O ciclo menstrual é um exemplo.

Ritmos circanuais nos animais selvagens estes ritmos estão tipicamente sincronizados com acontecimentos ambientais que vão ocorrendo ao longo do ano, mas são alterados sob condições laboratoriais.

A regulação dos ritmos foi denominada de *homeokinesis*. Este termo é usado para indicar a interacção dinâmica entre acontecimentos fisiológicos que estão configurados para mudar de uma forma rítmica.

Algumas das vantagens dos sistemas de controlo dos ritmos incluem: 1) predição de acontecimentos ou homeostase preditiva; e 2) aumento da eficácia dos sistemas biológicos.

Quando a ritmicidade está inserida em sistemas fisiológicos, as características temporais do sinal podem tornar-se um aspecto importante da regulação fisiológica. Por exemplo, no caso do sistema endócrino, a modulação da frequência de um ritmo hormonal pode tornar-se um método para, subtilmente, controlar uma função fisiológica. A magnitude da resposta depende

da frequência do ritmo hormonal e não da quantidade de hormona a ser recebida. De facto, os ritmos biológicos influenciam a expressão de quase todos os sistemas hormonais. Uma hormona não é necessariamente descrita por um só ritmo. Na realidade, uma hormona pode apresentar variações circadianas, ultradianas, bem como mudanças sazonais na sua produção e libertação sistemática. Um ritmo que é observado na produção de uma hormona não significa necessariamente que este seja comandado directamente por um relógio biológico. A libertação da hormona pode ser comandada por outros factores tais como comportamentos específicos (por exemplo, o sono e a hormona do crescimento), ou condições ambientais (por exemplo, temperaturas baixas e a hormona da tiróide).

Os ritmos biológicos influenciam a expressão de quase todos os sistemas hormonais. Ainda no caso deste sistema, verifica-se que uma importante função dos ritmos biológicos é o controlo do momento de produção e libertação de hormonas, quer se dê numa base diária, mensal, ou anual. Igualmente importante é a mudança induzida pelos relógios biológicos na capacidade de resposta dos tecidos alvo às hormonas. Na ausência de alterações da existência das hormonas, a sensibilidade alterada dos tecidos às hormonas numa base diária ou anual pode ter um grande impacto no comportamento (Morin & Dark, 1992).

Como já referimos, os ritmos biológicos são caracterizados de acordo com a duração do seu período, sendo que o ciclo menstrual é considerado um ritmo biológico endógeno e infradiano (aqueles que são menos frequentes do que os circadianos e mais frequentes do que os circanuais). Apesar deste ser um ritmo auto-sustentável e endógeno, a sua ritmicidade pode ser influenciada por um conjunto de interacções complexas de processos endógenos e estímulos exógenos (Morin & Dark, 1992).

Quanto ao ritmo do sono-vigília, verifica-se que este segue parâmetros bem determinados desde o nascimento. Este ritmo no recém nascido apresenta uma periodocidade de cerca de 60 minutos, que alterna com a alimentação, dando-se esta no período de vigília. Com cerca de 1 mês, os momentos de sono tendem a concentrar-se durante a noite e os de vigília durante o dia, e isto devido a um processo de maturação do sistema nervoso. Verifica-se ainda que o ciclo de 60 minutos do sono do recém nascido (mais rápido que o dos adultos que tem cerca de 90 minutos) apresenta as características do sono REM, este associado ao sonho. Verifica-se, além disto, que este padrão de sono já ocorre na vida intra-uterina. Nos primeiros tempos de vida, o bebé passa cerca de metade do tempo que está a dormir, em sono REM ou sono activo (Lavie, 1998). Este irá decrescer de forma gradual no primeiro ano de vida até estabilizar nos 25%-30% aos doze meses. O ritmo do sono do adulto estabelece-se por volta

dos 20 anos, mantendo-se, no entanto, ciclos de 90 minutos de sono, que podem ser mais ou menos, consoante o tempo de sono.

Para além desta ritmicidade própria, o sono desempenha um papel importante na regulação das secreções hormonais (Lavie, op.cit.). De facto, a hormona do crescimento é segregada nas fases 3 e 4 do sono profundo, pela glândula pituitária.

Apesar da sua ligação com o ciclo do sono não ser tão clara como acontece para a hormona do crescimento, também a secreção do cortisol apresenta relações com o sono. É no início da manhã, com o despertar, que é atingido o pico de secreção desta substância. Esta visa preparar o organismo para o período de vigília já que uma das suas principais funções é a mobilização de energia (Lavie, 1998, Reinberg, 1994)

Pode, então, constatar-se que muitos aspectos do funcionamento do ser humano obedecem a ritmos que é importante levar em conta quando se estudam as doenças orgânicas.

2.7 Cronobiologia e Psicossomática

Em Psicossomática, os ritmos assumem um papel destacado. Não só porque como se viu atrás, estão implicados no funcionamento do ser humano e logo na doença orgânica, mas também pela forma como o tempo e o espaço são integrados nesta análise.

Para Sami-Ali (1990), o tempo, assim como o espaço, começa por ser uma relação com o outro. No entanto, esta relação é mediada pela função materna e é a mãe ou o seu substituto, que vai organizar o tempo do bebé. O tempo é assim um tempo corporal, que pode mesmo ser confundido com um ritmo fisiológico.

Na teoria elaborada por Sami-Ali (op.cit.), o relacional assume uma enorme importância e é esta relação que permite questionar os problemas psicossomáticos. Para Sami-Ali, a relação existe antes do nascimento, ou seja, está-se em relação desde a concepção e é esta relação que permite questionar e compreender o funcionamento do indivíduo e nomeadamente a problemática psicossomática. Assim, o que existe em primeiro lugar é uma relação sem sujeito e sem objecto (Coelho et. al., 1996), seguida de situações determinadas pelo relacional e pelo biológico em que sujeito e objecto são já os actores deste processo.

Nesta relação é fundamental considerar a integração das dimensões do espaço e do tempo. De facto, para se compreender o que se passa no plano relacional, os ritmos biológicos, corporais e relacionais são dimensões fundamentais. No que diz respeito ao ritmo biológico, existe a alternância entre dois estados essenciais: o sono e a vigília, enquanto que entre os ritmos

corporais encontra-se a temperatura e a respiração, por exemplo. A mãe constitui-se como o principal regulador destes ritmos, tendo um papel fundamental no seu estabelecimento, especialmente nos de sono-vigília e na regulação térmica (op. cit.).

Cady (1992), sobre a problemática psicossomática na criança, refere que um dado essencial para perceber esse aspecto, diz respeito à organização espacial que, por sua vez, está relacionada com o funcionamento temporal. Na realidade, o perceber e o perceber o dentro e o fora são duas funções espaciais que, de acordo com Sami-Ali (1977), são essenciais à construção de uma representação de corpo próprio. Assim, para se compreender o relacional seria fundamental tomar em consideração os ritmos biológicos, e os ritmos fisiológicos.

Como foi referido anteriormente, a relação do tempo e do espaço, introduzida por um ritmo, é mediada pela função maternal. A mãe é, com efeito, a pessoa que detém o papel de organizador do tempo. E o tempo é aqui o tempo do corpo, confundindo-se com o ritmo fisiológico (Sami-Ali, 1990). Os cuidados maternos introduzem uma cadência feita de cargas e descargas de tensões, de relaxamentos, de movimentos activos e passivos, nos quais é necessário reconhecer o esboço de uma temporalidade (Cady, 1992). O ritmo do tempo é, portanto, dado por estas trocas precoces. A organização social face ao tempo é, assim, transmitida pela mãe. Esta, actualiza o registo temporal que sustém a organização rítmica da sociedade. Assim, o funcionamento materno oscila entre dois eixos: um deles é determinado pelo biológico e o outro pelo social. O sujeito, articulando estes dois eixos, coloca no seu devido lugar uma inserção gradual do tempo do corpo, no tempo objectivo da sociedade. É por esta abertura espaço-temporal ao social e à relação com o outro que se criam ou se restituem as formas originais de funcionamento psíquico e somático. Efectivamente, é a pessoa que detém o papel de mãe que deve organizar o corpo e o tempo. Por consequência, e segundo a autora, este quadro referencial pode ser encontrado em toda a organização pessoal da estruturação psicossomática, evolutiva ou regressiva, do registo psicossomático ao quadro da patologia do banal.

3. Cancro da mama e psicossomática

De uma forma geral, para as mais recentes abordagens da psicossomática, o importante é perceber o que está em causa a nível relacional, na pessoa doente, possivelmente relacionando

esses aspectos com outros factores importantes tais como os estados afectivos, os ritmos biológicos, os ritmos corporais, o espaço, o tempo... Mas nem sempre foi assim. Os primeiros modelos da psicossomática defendiam uma lógica causal, em que se discutia a génese e o sentido da doença física. De seguida serão apresentadas diferentes perspectivas do estudo da doença orgânica na psicologia. As propostas psicossomáticas que suportam esta investigação, nomeadamente de Sami-Ali (1992, 1997, 2000), Coimbra de Matos (1999) e Mendes Pedro (1997), serão abordadas a finalizar esta revisão de literatura.

Do nosso ponto de vista, dimensões como a depressão, os afectos e aspectos relacionais, não poderão deixar de ser alvo de uma cuidada referência. Aliás, estas dimensões não deixaram de ser abordadas pelos autores acima citados e merecem-nos uma atenção especial pela importância que julgamos terem nesta patologia.

A partir da proposta psicossomática de Sami-Ali, apresentamos a perspectiva de outros autores, que mais não são do que olhares diferentes sobre o sofrer somático.

3.1 Considerações gerais

Nos países ocidentais, muitas pessoas sofrem de doenças crónicas, tais como, artrite reumatóide, diabetes, asma, doenças cardíacas e cancro. Uma vez que as doenças crónicas não apresentam a possibilidade de uma total recuperação e são de longa duração, os doentes vêem-se obrigados a viver com todas as limitações que são impostas pela doença. De um ponto de vista psicológico, a confrontação com a doença crónica reveste-se de uma enorme importância na vida das pessoas, sendo frequentemente acompanhada por outros factores de stress, tais como dor e mutilações físicas (De Ridder & Schreuers, 1996).

Várias perdas acompanham o diagnóstico de doenças crónicas como é o caso do Cancro da Mama. Estas perdas podem ser reais ou imaginadas, experimentadas ou antecipadas. Com o diagnóstico de cancro da mama, as pessoas podem sentir a necessidade de se adaptarem a uma nova realidade, isto é, ao facto de estarem doentes, o que implica também uma adaptação do seu auto-conceito e imagem do corpo a essa realidade. Assim, as pessoas que sofrem desta doença necessitam de se adaptar a ameaças de vida e ao medo da morte, ao medo da perda da integridade corporal e conforto (medo de incapacidades, mudanças físicas permanentes e dor), e ameaças ao equilíbrio emocional.

Do ponto de vista da Psicossomática, o aspecto mais investigado sobre o cancro da mama, tem sido o papel dos acontecimentos vitais e a importância do stress no despoletar da doença.

A investigação que pretende relacionar variáveis psicossociais com o desenvolvimento e progressão da doença crónica, continua a apresentar como interesse principal, relações gerais entre personalidade e resultados da doença, bem como relações entre traços específicos da personalidade e doenças específicas. Em termos de etiologia, estados emocionais negativos têm sido relacionados com várias doenças e vários estudos sugerem que é útil investigar os estados emocionais positivos como factores possivelmente protectores contra estas perturbações (Taylor & Aspinwall, 1990). Assim, temos que a personalidade, por um lado, pode ter um papel importante no desenvolvimento do cancro, bem como na exposição do indivíduo a factores potencialmente cancerígenos, e por outro lado, ao causar mudanças no ambiente interno do corpo, estas podem contribuir para uma predisposição para o aparecimento do cancro como, por exemplo, alterações hormonais (Stoll, 1986).

Outra preocupação dos estudos que versam sobre as doenças psicossomáticas, tem sido a investigação da presença de acontecimentos de vida significativos no início e evolução destas doenças. Também aqui os resultados encontrados são contraditórios: enquanto que vários autores verificaram que a perda de alguém emocionalmente significativo pode estar relacionado com a eclosão da doença (LeShan, 1959; Greene, 1966; Becker, 1979, citados por Stoll, 1986), outros não conseguiram estabelecer qualquer relação entre essas perdas e o aparecimento da patologia. A investigação no âmbito dos acontecimentos de vida defende que é possível fazer previsões sobre o stress e diferentes susceptibilidades a um leque alargado de doenças, sejam estas infecciosas, neoplásicas ou auto-imunes, baseado na determinação da magnitude das mudanças de vida críticas que ocorrem num determinado período de tempo (Zegans, 1982).

De facto, várias investigações relatam que o aparecimento da doença e o seu agravamento estão relacionados com episódios de stress psicológico, acentuando a importância de factores de personalidade e acontecimentos vitais, entre outros. Em relação ao cancro da mama, este também é o caso. LeShan (1963, citado por Guex, 1989) verificou que numa amostra de pessoas com este tipo de doença, todas relataram ter experimentado acontecimentos vitais perturbadores algum tempo antes da eclosão da patologia. Algumas destas investigações levadas a cabo com seres humanos, têm demonstrado que existe uma relação entre acontecimentos provocadores de stress e um aumento do risco de cancro. Por exemplo, um episódio de depressão parece poder aumentar o risco de cancro durante as décadas posteriores a esse episódio, e isto independentemente da idade, alimentação e outros factores de risco (Sapolsky, 1992).

No entanto, várias críticas são apontadas aos defensores da relação entre doença orgânica e

acontecimentos de vida, nomeadamente o facto de serem ignoradas variáveis tais como os mecanismos de coping ou reacções de antecipação. Estes críticos defendem que o impacto de um acontecimento de vida deve levar em conta a susceptibilidade biológica do indivíduo, o significado das mudanças e a capacidade de coping em relação ao stress, assim como outras variáveis tais como a existência de uma rede social de apoio, etnia, antecedentes culturais e estatuto socio-económico (Zegans, 1982). Numa meta-análise, Pettigrew et. al. (1999) avaliaram todos os estudos que tentaram relacionar cancro da mama com acontecimentos de vida. Destes escolheram apenas os 46 estudos que consideraram de maior qualidade. Concluíram que não podia ser estabelecida tal relação de forma irrefutável.

Outra linha de investigação procurou estabelecer uma relação entre o tipo de personalidade e o aparecimento de doenças oncológicas, à semelhança das relações encontradas entre doentes cardíacos e personalidade Tipo A. Assim, foi levantada a hipótese da existência de uma personalidade Tipo C (Temoshok, 1987). As pessoas com este tipo de personalidade seriam mais reservadas, mais conformadas e com propensão para desenvolverem doenças cancerígenas. No entanto, a existência de uma personalidade Tipo C e da sua relação com o cancro ainda não recebeu comprovação empírica irrefutável.

A literatura médica dos anos 50 e 60 inclui vários artigos psicodinâmicos que descrevem o cancro como uma doença psicossomática, que é desencadeada por distúrbios psicológicos ou por stress emocional. Nesses estudos sugere-se que as pessoas com cancro são as responsáveis pela sua própria doença. Estas teorias incluem-se numa visão que procura uma causalidade linear psicógena para a explicação das doenças. Nesta linha de orientação, Reznikoff (1955, citado por Stoll, 1986) defende que as mulheres com cancro da mama demonstram uma proporção anormalmente elevada de distúrbios na identificação feminina, e sugere que este distúrbio psicológico pode estar relacionado com um distúrbio hormonal. Estes modelos inscrevem-se numa busca de causa - efeito, que já não se encontra nas teorias actuais da psicossomática.

As explicações psicodinâmicas para o cancro incluem ainda uma relação entre a depressão e o aparecimento da doença. A tendência dominante destes estudos é a de afirmar uma correlação entre factores psíquicos e o cancro. Assim, uma relativa ausência de ansiedade, um pessimismo de base, a repressão dos conflitos, a dificuldade de expressão dos afectos e a agressividade - características de uma personalidade pré-mórbida - e, por outro lado, o papel de traumatismos afectivos tais como o luto ou a separação estariam, para estes autores, correlacionados com o aparecimento desta doença (Schwab, 1996). Resumindo, para a psicanálise a doença psicossomática seria a tradução simbólica de um conflito psíquico

(Coimbra de Matos, 1999).

Mas, a depressão pode ter uma etiologia multifactorial, sendo provável que esta perturbação seja devida a uma interacção de factores biológicos, psicológicos e relacionais.

Nesta linha, Groddeck (1992) adopta uma concepção pessoal da díade psíquico-orgânico, ao conceber o ser humano como um todo que pode ser visto como um símbolo. Nesta forma de olhar a doença, esta torna-se na expressão de uma crise existencial recalcada, à qual é necessário dar um sentido. Para Groddeck, o sintoma torna-se o meio essencial para aceder ao inconsciente, tendo este, tal como o sonho em Freud, um conteúdo manifesto e um conteúdo latente. O autor sugere que quando se considera a investigação sobre o cancro, deve-se levar em conta o que ele denomina de "... hereditariedade psíquica, causas psíquicas das doenças e inter-relações psíquicas com todas as manifestações de vida" (op.cit. p. 295). Além disto, para Groddeck, a hereditariedade está relacionada com aspectos tais como a concepção, a gravidez e o parto, aspectos estes que estão em íntima relação com certas partes do corpo. É a partir daqui que Groddeck chama a atenção para os elevados graus de incidência de cancro da mama e cancro do útero que afectam precisamente órgãos que têm um importante papel no desenvolvimento da criança. Logo, segundo o autor, o aparecimento destas doenças (deste tipo de tumores) pode estar relacionado com a relação mãe-filho. Sugere também que as causas psíquicas desta doença têm a sua origem em aspectos de ordem moral, e nomeadamente no "complexo de culpa" e "necessidade de penitência" (p.292). De acordo com esta concepção, o ser humano procura castigar as partes do corpo onde se localiza o pecado e que nas mulheres que não têm filhos, seria os seios e o útero. Groddeck encara a doença como uma criação do organismo, daquilo a que ele chama "Isso" (e que tem correspondência no inconsciente da 2ª tópica de Freud). Assim, Groddeck vê a doença como uma manifestação desse "Isso" inconsciente e logo, a doença tem que ter um sentido, uma explicação. Para o autor, o sentido da doença é "...em primeiro lugar a advertência..." (op.cit., p. 99), isto é, é um sinal da necessidade de uma mudança obrigatória que deve ser feita na forma de vida do indivíduo. Esta mudança pode significar também o desejo de retornar a um estado livre de tensões e responsabilidades, ou seja, retornar a um estado livre de culpa. Assim, o sentido da doença teria um valor de punição, de penitência, de expiação da culpa. O ser humano deseja, sem o saber, inconscientemente a morte, o seio materno. O "isso" tenta expressar por meio da doença aquilo que não é capaz de exprimir de outro modo.

Nos anos 50 e nos Estados Unidos, Alexander (1987) e a sua Escola de Chicago procurou estabelecer uma relação entre determinados estilos de vida e o aparecimento de certas doenças

orgânicas. Tratava-se de uma explicação neurofisiológica dos processos internos do organismo baseada nas inter-relações entre os vários componentes do sistema nervoso. No entanto, para o aparecimento da doença era condição necessária a presença de um conflito intrapsíquico específico que iria revelar-se através da doença, dada a incapacidade da sua resolução pela componente mental. O autor tenta estabelecer uma relação causal entre a psicopatologia e o aparecimento de determinadas doenças orgânicas.

Em 1972, Sifneos introduz o conceito de alexitimia, ou seja, uma perturbação cognitivo-afectiva que se traduz por uma redução importante ou mesmo ausência de pensamento simbólico e consequentemente dos sentimentos e desejos internos. A alexitimia refere-se a uma deficiência na vida emocional dos seres humanos e caracteriza-se ainda por uma pobreza de fantasias e por uma perturbação das vivências afectivas (Haynal, Pasini & Archinard, 1998). Segundo Sifneos (1995), esta perturbação corresponderia a um déficit de afecto em relação aos sentimentos e teria um papel importante na denominadas doenças psicossomáticas. As pessoas alexitímicas demonstrariam uma incapacidade para identificar e descrever sentimentos, apresentariam pobreza de imaginário e de sonhos e seriam incapazes de distinguir emoções e sensações corporais (Sifneos, 1995).

Já a Escola Psicossomática de Paris, na qual se destaca Pierre Marty, desenvolveu um modelo em que ganhava relevância o valor simbólico da doença psicossomática. Para este autor, a falha dos meios de simbolização era um dos aspectos presentes em pessoas com doença psicossomática. De facto, o que caracterizaria estes doentes seria a grande colagem à realidade, ao factual, ao prático - o chamado pensamento operatório -, ao mesmo tempo que revelariam uma distância afectiva. Mais, detectaram além disto, uma pobreza na vida onírica e capacidade de fantasiar destas pessoas (Coelho et. al., 1996; Haynal, Pasini & Archinard, 1998). Para Marty a doença somática grave estaria ligada a um estado de depressão dita essencial. Haveria uma incapacidade de mentalização de determinados aspectos da vida do indivíduo que seriam corporalizados, dando origem à doença orgânica. Para estas teorias de insuficiência psíquica, a doença é interpretada como o equivalente de um vazio fantasmático que tem uma função de defesa, evitando a elaboração de um conflito inconsciente.

Verificamos que o imaginário ou talvez a falta deste sempre pontuaram nos diferentes modelos que procuraram estudar a doença psicossomática. Apesar de adoptarem diferentes denominações - a fantasia ou a ausência desta encontra-se presente em todas as descrições de doentes psicossomáticos apresentadas pelos autores acima referidos. Verifica-se ainda que todos estes modelos encontram-se encerrados num círculo de causalidade linear, em que se

procura a psicogénese das doenças, uma relação de causa - efeito entre a insuficiência psíquica e os sintomas orgânicos.

Para McDougall, (1992), a matriz psique-soma, onde se origina a estrutura psíquica pode, nas primeiras interações mãe-bebé, ser um factor determinante na tendência para reagir, de uma forma mais somática do que psíquica, a todas as situações de stress. Para qualquer pessoa o risco de somatização é maior em circunstâncias que mobilizam um aumento das pressões afectivas (tanto as que têm origem na vida pulsional como aquelas que têm origem em acontecimentos externos).

Segundo Schwab (1996), até há pouco tempo, a investigação psicossomática tem evitado introduzir nos seus estudos, a dimensão do corpo lesado pelo cancro. De acordo com a autora, encontra-se nessas investigações e de uma forma dominante, a procura da psicogénese da doença. Assim, o desenvolvimento do campo da psiconeuroimunologia, tem sido marcado por inúmeros estudos que relacionam acontecimentos vitais, perdas e depressão com alterações do sistema imunitário. No entanto, é necessário evitar uma explicação simplista tal como a que defende que o stress e experiências psicológicas são a causa da doença. Deve-se antes, considerar que o stress tem uma interacção complexa com a personalidade e a biologia da pessoa e, por esse motivo, com a expressão do adoecer somático.

3.2 A proposta psicossomática de Sami-Ali

Sami-Ali (1992), ao propor um modelo multidimensional, está a preencher uma lacuna que levava a que a análise da patologia psicossomática se desse num movimento de vai e vem entre o aparelho psíquico e o corpo, sem grande continuidade. Este modelo rompe com os anteriores modelos da psicossomática propostos por Marty ou McDougall que se baseiam essencialmente na falha da elaboração psíquica ou simbólica.

O modelo proposto por Sami-Ali (1992), coloca a patologia psicossomática num continuum em que existe um constante balancear entre o orgânico e o psíquico, mediado por uma intercomunicação entre o imaginário (projectão) e o somático. Neste contexto, o conceito de projecção vai além daquele meramente psicopatológico, com um sentido essencialmente defensivo: a projecção é vista, não apenas e só, com um valor clássico de defesa, mas sim como todo um conjunto de funcionamento psicossomático. De facto, o imaginário torna-se no motor de todas estas patologias, mas não no sentido referido pela Escola de Paris, modelo

esse reducionista, que admitia que os doentes psicossomáticos careciam de imaginação, isto é, careciam de capacidade de elaboração mental.

Na concepção de Sami-Ali (1992), dois conceitos fundamentais são, por um lado, o *imaginário* e, por outro lado, o *corpo*, que deve ser encarado em relação à “... sua dupla pertença ao imaginário e ao real.” (pág. 7). O imaginário é entendido enquanto função, correspondendo ao sonho e aos seus equivalentes (o fantasma, o afecto, a crença, o delírio...) no estado de vigília. De acordo com esta teoria, a própria concepção de patologia é definida relativamente ao imaginário enquanto função.

Assim, Sami-Ali propõe uma nova abordagem em que esta “imaginação” ou “falta de imaginação” é encarada de um ponto de vista original e unificador, que permita uma análise integrada das pessoas.

Todo o ser humano sonha. O que acontece é que algumas pessoas não têm memória do sonho, uma vez que a sua actividade onírica desapareceu, podendo-se dizer que existe um recalçamento da função do imaginário. É nestes casos que se fala de uma possível ligação entre este tipo de organização da actividade do sonho, que deixou de fazer parte do funcionamento psíquico, e a doença orgânica. É neste sentido que se pode afirmar que a actividade onírica determina o funcionamento, seja porque está presente em alguns casos - neurose -, seja porque está ausente noutros casos - patologia da adaptação. Este recalçamento da função do imaginário corresponde, assim, a uma falta de comunicação entre o sonho (a consciência onírica) e a consciência vigil (Coelho et.al., 1996).

Para Sami-Ali (1992), a somatização inscreve-se numa patologia da adaptação em que persiste um recalçamento completo da função do imaginário, marcando uma ruptura com o inconsciente. Da incapacidade de fazer recurso ao imaginário, de fazer apelo aos sonhos, do desinvestimento da vida onírica, isto é, do recalçamento da função do imaginário e seus equivalentes, resultaria a patologia. Nesta formulação encontra-se presente uma possível ligação entre esta organização da actividade do sonho (que deixou de existir) e a doença orgânica, uma vez que esta patologia se refere ao corpo real e não ao corpo imaginário. Perdida, assim, a subjectividade individual, o sujeito pode apenas ser aquilo que o meio social e familiar dele espera, aparecendo então totalmente adaptado às normas, sendo que o conflito é, então, inexistente.

É notória a importância que toma para este autor a relação entre corpo e somatização. Na sua teoria, o corpo deve ser compreendido como uma totalidade, na qual os sintomas físicos e psíquicos devem ser compreendidos dentro deste sistema (Sami-Ali, 1990).

Sami-Ali parte de uma concepção de corpo muito global, em que este é assumido como unitário, qualificado de “espaço primordial indiferenciado”, sobre o qual ele afirma: “no limite do dentro e do fora, da percepção e do fantasma, o corpo encarrega-se de estruturar a experiência do mundo ao nível consciente, pré-consciente e inconsciente” (Sami-Ali, 1977, pag.86). O corpo, através das relações e trocas entre mãe e bebê e do mecanismo da projecção, é construído graças a integrações subtis e estruturantes do real e do imaginário, criando laços entre percepção, sensação, afecto, fantasma, representação (Vaysse, 1996).

Por outro lado, segundo Vaysse (op.cit.), o imaginário tem um papel importante na economia psico-corporal do indivíduo e contribui para a manutenção de uma homeostasia face às vicissitudes internas (exigências da sua própria personalidade) e externas (o contexto de vida). O conceito de projecção permite renovar este quadro conceptual e de considerar uma dialéctica entre o corpo real, fisiológico e o corpo imaginário. Para Sami-Ali, a projecção é mais do que um simples mecanismo psicológico, coincidindo sim com o próprio imaginário (Sami-Ali, 1990). A função do imaginário corresponde à transformação do vazio corporal em representações. A subjectividade é, assim, mediada pelo corpo próprio que constitui, ao projectar-se, um espaço, um tempo e um objecto. A subjectividade e a identidade definem-se na capacidade de tomar o corpo como esquema de representação. No sonho, espaço projectivo por excelência, a dissociação fragmenta o sujeito em imagens do corpo que representam os núcleos de identificação à volta dos quais este se constituiu. Introduce-se assim uma dialéctica entre real e imaginário que passa pela experiência do corpo erigida em esquema de representação (Sami-Ali, 1977).

Pode referir-se que, depois de analisar a “falência” dos modelos de outros autores, Sami-Ali (1992) propõe um modelo que pretende ser ao mesmo tempo descritivo e explicativo sem, no entanto, constituir um sistema fechado de compreensão do somático. Assim, em contraste com os anteriores, é proposto um modelo multidimensional baseado num conjunto de opostos dialécticos que explicam e descrevem o funcionamento psíquico. Esta explicação é baseada em três níveis fundamentais: o neutro, o literal e o figurado.

Torna-se, então, possível elaborar um modelo teórico que se apresenta sob a forma de doze pólos dialécticos, que constituem as dimensões fundamentais do fenómeno da somatização: corpo real, corpo imaginário; sentido primário - sentido secundário do sintoma; imaginário (projectão) - banal (ausência de projecção), etc.

A interpretação deve ser feita a partir de uma dupla correlação positiva e negativa que rege o campo da psicossomática. A doença orgânica pode ser analisada, tendo por base uma relação entre o imaginário e a somatização e assim, temos que:

- correlação positiva entre projecção e somatização, que dá origem a uma patologia por excesso de imaginário, como na histeria de conversão;
- correlação negativa entre somatização e projecção, que leva a uma patologia somática não conversiva, por defeito de imaginário.

Este modelo vem abrir um vasto campo de análise, permitindo um olhar abrangente sobre o somático e o psicológico, em que um dos aspectos fundamentais passa inevitavelmente pelo sonho.

3.3 O lugar do sonho na psicossomática

Por que razão tem o sonho um papel tão importante na compreensão da patologia orgânica?

O sonho antes de mais, é um ritmo biológico que surge periodicamente todas as noites, cinco vezes por noite. Este ritmo é provocado por oscilações neuronais regulares de origem endógena (Jouvet, 1992). Fenómeno fisiológico mas também psíquico, todos os seres humanos experimentam 100 minutos de sonho por noite, cujo início não podemos desencadear e cujo conteúdo não podemos controlar. O sonho dá-se na fase de sono paradoxal, fase esta em que se verifica em simultâneo uma actividade cerebral próxima do estado de vigília e um sono profundo em ruptura total com o meio envolvente, com perda de tónus muscular. E tal como afirma Jouvet (1992), o sono paradoxal ao manter-se activo durante toda a vida de uma pessoa, tem certamente uma função fisiológica para além de outras funções, entre estas uma função psicológica.

Em psicossomática, a importância do sonho prende-se com o facto de ser esta uma actividade criativa que permite construir uma realidade que pode escapar à contradição, podendo assim responder a esta. Como refere Sami-Ali (1992b, p.29), "... fenómeno psíquico e ao mesmo tempo biológico, o sonho permanece o único exemplo de uma actividade criativa onde podemos imaginar o inimaginável e reconciliar o irreconciliável". E esta possibilidade têm todos os seres humanos regularmente, durante quatro ou cinco períodos de intensa actividade cerebral todas as noites.

Segundo o autor, a projecção, e é de projecção que se trata, é um mecanismo essencial e é o que constitui o psiquismo. Além disso, permite criar uma realidade que é construída no sonho, realidade esta eminentemente afectiva.

Esta abordagem do sonho enquanto ritmo biológico que é comum aos seres humanos mas também às aves e a quase todos os mamíferos, afasta-se da função atribuída ao sonho por Freud. Para Freud (referência), o sonho era o guardião do sono, possibilitando a expressão de desejos inconscientes. Assim, o desejo de sonhar não determina o sonho, segundo a formulação de Freud, já que o sonho é determinado por um ritmo universal que não se encontra limitado à esfera humana, mas que se estende também a alguns animais. Na formulação de Freud, o sonho existiria enquanto fenómeno psíquico, tanto que o seu equivalente na psicose seria o retorno do reprimido através da formação sintomática. Para Freud, sonho era a projecção no exterior de um aspecto interno.

No seguimento da concepção de Freud, que entendia o sonho como a realização de um desejo reprimido, Marty considerava que os sonhos colados à realidade eram sinal de uma carência elaborativa, já que os acontecimentos no sonho eram a repetição da realidade, revestidos de total transparência.

Afirmar que o sonho é um ritmo coloca desde logo a problemática dos ritmos no centro da questão da psicossomática.

Como já foi referido, parâmetros fundamentais da organização psicossomática são o espaço e o tempo. Assim, a psicossomática inscreve-se por um lado num ritmo espaço-temporal e por outro lado numa relação original, que começa desde a concepção (relação sem sujeito e sem objecto), e que engloba o psíquico e o somático.

As pessoas que não têm sonhos cortam a relação entre o biológico e o psíquico. Não ligam os sonhos, não sonham e logo os fenómenos existem dissociados.

Como conceber o sonho nesta perspectiva? Sami-Ali (1992b) considera que a actividade onírica, já existente na actividade intra-uterina pela alternância sono lento sono paradoxal no feto, constitui o núcleo mesmo do ser humano, e representa o primeiro funcionamento do homem que o liga ao reino animal.

Assim, se o sono pode ser definido pelas suas funções, estas não se esgotam na realização do desejo e salvaguarda do sono, como postulou Freud. Antes, as funções do sonho são múltiplas: o sonho pode ser fonte de inspiração, pode ser sinal premonitório, mensagem telepática, tentativa de ultrapassagem de um traumatismo, instrumento de diagnóstico (op.cit.).

O imaginário tem no sonho o símbolo por excelência. Mas este imaginário revela-se também nos equivalentes do sonho no estado de vigília. Estes equivalentes do sonho são outros fenómenos que resultam de uma actividade onírica, mas que se revelam noutras condições que não durante o sono: o fantasma, o afecto, a ilusão, o jogo, a crença, a transferência, o comportamento mágico, etc. Neste sentido, o imaginário é concebido como mais do que o sonho. De facto, trata-se de um funcionamento onírico que oscila constantemente entre o corpo real e o corpo imaginário, e que constitui a função do imaginário. A doença psicossomática pode, então, ser abordada pela consideração deste conjunto de fenómenos que definem o funcionamento onírico e que oscilam entre o sono e a vigília.

Para Sami-Ali (1974), o espaço imaginário é definido como “Nos confins do «interior» e do «exterior», da representação e da expressão, do afecto e da percepção, o espaço imaginário corresponde a uma gama extensa de fenómenos, patológicos tanto quanto normais, cuja estrutura íntima tem a marca desta mesma ambiguidade fundamental.” (p. 15). O espaço do sonho é também o espaço do imaginário.

Por sua vez, o funcionamento onírico pode ser colocado em relação com a patologia orgânica de uma forma negativa ou positiva, através de uma diversidade imensa de sintomas, e este funcionamento onírico encontra-se preso num impasse do qual procura libertar-se

Mas, segundo Sami-Ali (1992b), o que torna o sonho um fenómeno único é que este é acima de tudo a criação de uma realidade que se assume como real enquanto dura o sonho, mas que se torna ilusória assim que acordamos. Daqui virá a crença de que os sonhos abrem uma porta para outro mundo no qual se integram numa realidade objectiva. E isto porque sonhar é criar uma realidade, que é mediatizada pela projecção. Por sua vez, esta projecção é mediatizada pelo corpo próprio funcionando como esquema de representação, dando lugar a um mundo que representa o próprio sujeito. Logo, torna-se importante não esquecer o papel do corpo próprio na génese do sonho, uma vez que o corpo é um espaço de sonho. Na verdade, o sonho transborda da vida nocturna para a diurna sendo o corpo o seu veículo.

Quando se fala do sonho, é inevitável falar da memória. Verificamos, então, que o sonho só existe desde que nos lembremos dele, dependendo esta recordação dos traços que são deixados na memória. Estes traços podem apagar-se imediatamente ou após algum tempo, desaparecendo o sonho enquanto entidade vivenciada. Esta particularidade do sonho confere-lhe uma característica essencialmente humana e que é a capacidade de recalçamento do sonho. O facto do sonho só existir através da memória introduz, no plano humano, a dimensão do esquecimento, a dimensão do recalçamento persistente e sem falha (Sami-Ali, 1992b).

Assim, o que é específico do homem não é o sonho mas sim a força interna que pode culminar no apagamento total do sonho, tornando-o perfeitamente inacessível, ou colocando-o no domínio do banal, da adaptação.

Por outro lado, o facto de o sonho ser mediatizado pela memória implica que não existe uma experiência directa deste fenómeno, mas também que ele só existe a partir do momento em que deixou de existir. Daí que Sami-Ali (1992b) chame a atenção para o paradoxo: é impossível dizer que se sonha no presente.

Entre o sonho enquanto acontecimento psíquico e o sonho enquanto acontecimento biológico, existe a extensão do esquecimento que é a face visível do recalçamento, recalçamento este que em determinados casos chega ao ponto de ocultar toda a vida onírica. Nos casos em que o sonho desapareceu completamente, deve considerar-se a possibilidade da existência de um recalçamento que impede toda a possibilidade de aceder à vida onírica, deixando esta de pertencer ao funcionamento psíquico. Nesta situações, o recalçamento existe sem falha, não sobre um conteúdo específico, mas sim sobre a totalidade da função do imaginário que é constituída pelo sonho e pelos seus equivalentes diurnos.

Mas, o recalçamento caracterial não se caracteriza apenas pela ausência de memória dos sonhos, pode acontecer também que exista uma falta de interesse por esta e pelas outras componentes da função do imaginário. Esta é precisamente a diferença entre uma actividade onírica que interessa e intriga uma vez que está ligada em outras ocasiões ao recalçamento caracterial, e uma mesma actividade que se mantém externa no recalçamento caracterial.

Uma outra forma de modificação do funcionamento onírico devida ao recalçamento caracterial, mas que é compatível com a presença de sonhos de prazer, consiste em isolar perfeitamente o real e o imaginário. Assim, sem ligação, sem balancear possível entre real e imaginário, o real mantém-se real e o imaginário mantém-se imaginário.

A última forma de recalçamento caracterial, consiste na produção de sonhos, e isto quando existe memória dessa actividade, sonhos esses sem qualquer sentido, inúteis, que não podem, por essa razão, ser integrados no real, real este que se traduz pelo racional.

Estas formas de funcionamento caracterial pertencem todas elas ao registo do banal. Este é definido não só como uma perfeita adaptação ao real, mas é também marcado pela dificuldade de conceber que pode existir um conflito interno, sendo todos os conflitos considerados externos. É por esta razão que, neste modo de funcionamento, o psíquico se encontra isolado do somático. O que se verifica é que o que se passa no corpo é atribuído apenas a causas orgânicas, enquanto que aquilo que se passa ao nível do psíquico só pode ser causado pelo psíquico, sendo o somático a causa do somático.

Os aspectos fundamentais do recalçamento da actividade onírica, acima apresentados, mediatizam a modificação do funcionamento caracterial, traduzindo não só a ausência de lembrança dos sonhos, mas também a ausência de interesse por esses sonhos.

A ausência de sonho e de afecto são dois aspectos complementares de um mesmo funcionamento resultante do recalçamento. A falência do recalçamento pode provocar sonhos traumáticos e repetitivos, sonhos de angústia. Estes sonhos marcam, na realidade, a falência não só do recalçamento, mas também da função do sonho e do conteúdo do sonho. Assim, de paradoxo em paradoxo, a actividade onírica em vez de ser a forma de ultrapassar o traumatismo torna-se ela própria no traumatismo. Pode afirmar-se que os sonhos traumáticos revelam a sua origem contraditória recriando o impasse que os originou. A repetição é total, restituindo o impasse e a reacção ao impasse que toma a forma de eliminação de toda a actividade onírica.

Os doentes psicossomáticos são as pessoas que, em certas circunstâncias particulares, são obrigadas a esconder o sonho e o afecto, funcionando com uma carapaça. A pessoa abstrai-se da sua subjectividade, tornando-se conformada e adaptada, sem afecto e sem vida relacional. Assim, a doença orgânica pode surgir em pessoas bem adaptadas ao meio social e familiar, mas que, de repente, são confrontadas com situações excessivas, muito dolorosas. Há pessoas que têm meios para enfrentar estas situações, mas outras, porque recusam a vida onírica, tornam essas situações insolúveis.

Pereira (1999) afirma sobre isto que a activação de defesas contra o retorno do mundo do sonho sobre o mundo vigil, ou a introdução do espaço onírico no corpo real, transporta o retorno de objectos não pensados sobre o corpo, como resultado de um recalçamento da função do imaginário "...que literalmente congela o espaço imaginário, dando-o como não existente e impossibilitando assim a sua organização interna e a sua capacidade de acolhimento e transformação" (p. 216).

Na medida em que biológico e relacional são encarados como dois aspectos complementares de uma mesma realidade, verifica-se que biológico e relacional são duas realidades em interacção. Assim, em toda a patologia de cariz psicossomático está presente uma causalidade circular entre os funcionamentos e as situações conflituais, tanto a nível biológico como a nível relacional.

No seguimento desta interacção, Sami-Ali afirma que o imaginário reforça as defesas imunitárias. Assim, as defesas são reforçadas à medida da riqueza do imaginário das pessoas.

É consensual nos modelos da psicossomática a importância do sonho.

Para Coimbra de Matos, a dificuldade de sonhar presente na maioria dos doentes psicossomáticos traduz uma incapacidade de ler o corpo e os seus sinais que encontram no sonho um meio de penetrar na vigília. De facto, o sonho a partir de memórias somáticas e emocionais não conscientes é veículo de elaboração de pensamentos, de uma re-significação do sentir corporal e emocional que não está acessível à consciência. Ou, nas palavras do autor (1999, p. 159) “É o invisível revelado”, ou seja, é a revelação de sentimentos, sensações, emoções que ficaram inscritas no corpo mas às quais é necessário dar um significado e trazê-lo à consciência, o que é trabalho do sonho.

Para os doentes psicossomáticos o acesso às mensagens do corpo, à ligação entre afectos e soma encontra-se dificultado e pode mesmo revelar-se impossível de levar a cabo. Esta dificuldade seria resultado de uma incapacidade de rêverie da mãe, uma falha na função alfa, uma incapacidade de dar sentido às angústias do seu bebé e de transmitir-lhe afecto. Estas pessoas, por não terem sido sonhadas, no sentido em que não foram investidas enquanto objecto de desejo, não teriam a capacidade para sonhar, não se veriam a si próprias enquanto sujeito sonhador, não dariam importância aos sonhos e ao sonhar, teriam dificuldades nessa actividade criadora e na criação de relações de objecto.

O autor fala do par dialéctico depressão falhada/sonho falhado (vide cap.I, p. 51), em que um não existe sem o outro. Não tendo sido desejado, o sujeito vê-se impossibilitado de desejar. E sem desejo não existe objecto. Não existindo objecto, não é possível fazer o luto em caso de perda. Surge então a depressão falhada, uma depressão que não é sentida nem elaborada. O sonho falhado representa aquela parte da mente do psicossomático que não é capaz de desejar. Sem desejo e sem sonho, resta apenas a conformidade às normas pré-estabelecidas, a normalização. Assim, resta apenas o soma e o adoecer ...

A essência do sonho pode então apresentar-se pela capacidade de projectar um mundo interno, de criar uma realidade, ao longo de determinadas fases do sono, durante as quais todas as ligação com o meio envolvente se encontram cortadas. Visto deste ponto de vista, qualquer sonho representa sempre um processo criativo (Coimbra de Matos, 1999).

Os sonhos são uma realidade biológica, um ritmo. Para Mendes Pedro (1997), os sonhos são também uma projecção, e logo uma realidade psicológica, relacional. Os sonhos são, não só um ritmo, mas também um conteúdo, logo são uma realidade criada pelo sujeito sonhador e colocada fora dele. São assim, uma realidade eminentemente corporal. E o facto de algumas pessoas se lembrarem dos sonhos enquanto que para outras tal não é possível, confere uma subjectividade própria a cada sujeito. Assim, de um ponto de vista externo, o sonho expressa a

identidade genética da espécie, mas de um ponto de vista interno, o sonho é uma projecção da identidade de cada um e reforça essa identidade. O sonho existe do ponto de vista biológico, enquanto realidade objectiva, mas do ponto de vista relacional, enquanto realidade subjectiva ele pode existir ou não – na medida em que só existe se houver memória deste.

3.4 Impasse, Depressão e Afecto

3.4.1 Impasse

Sami-Ali introduz na sua proposta psicossomática o conceito de *impasse*. Sendo este um aspecto fundamental na obra do autor e na presente investigação, será útil fazer uma breve referência a este conceito bem como à relação deste com a doença orgânica, e em especial com o cancro, até porque trata-se de um conceito utilizado por outros autores.

O conceito de *impasse* é definido como uma situação conflitual insolúvel em que, faça-se o que se fizer, não há solução. Podem ser consideradas quatro formas de impasse: 1. círculo vicioso (todas as situações se revelam uma só, mantendo o problema); 2. contradição (em que todas as soluções se anulam mutuamente); 3. dilema (ou é uma solução ou é outra, nunca se podendo decidir por nenhuma delas); 4. alternativa absoluta (quando não existe a possibilidade de compromisso) (Sami-Ali, 1992).

O conceito de impasse escapa à dicotomia psique-soma, na medida em que designa uma situação ao mesmo tempo interna e externa, que engloba a totalidade do ser humano, e aplica-se a toda a patologia, desde que esta possa ser considerada como uma somatização. Para compreender a somatização é necessário, por um lado, compreender o tipo de relação entre esta e o imaginário, isto é, correlação negativa ou positiva entre as duas dimensões. Por outro lado, é necessário compreender a estrutura lógica do conflito, que pode implicar ou não uma contradição. É possível combinar de várias formas estes factores. É a ultrapassagem do impasse que determina qual o equilíbrio final do sujeito que pode ser caracterial, neurótico, psicótico, de doença ou de saúde.

No que diz respeito à psicossomática, a função do sonho encontra-se intimamente ligada à elaboração do impasse, dada a possibilidade de se desligar de determinados conflitos que assumem uma forma excessiva em que qualquer solução parece impossível (Sami-Ali, 1992b).

Para o autor, a depressão longe de ser apenas um estado interno, modulada quimicamente, é antes de tudo uma situação de impasse que se caracteriza por todos os aspectos consideráveis terem exactamente o mesmo valor, e este valor é negativo. Tanto o sonho como o conflito estão excluídos nestas situações.

Para Sami-Ali (1997), a patologia orgânica enquanto resposta ao impasse, vem demonstrar a persistência de uma depressão subjacente, tratando-se essencialmente de uma situação relacional tanto interna como externa e que se produz num dado momento da vida de um indivíduo. Este estado carrega consigo o não reconhecimento do recalamento caracterial que provoca o desaparecimento do afecto e da função do imaginário, isto é, da vida onírica. Assim, estando-se em presença de uma depressão, mas também de uma situação de impasse, a única saída possível para este estado de coisas é a doença orgânica. Isto passa-se sem, no entanto, ser possível determinar para que patologia evoluirá este impasse, nem qual a mediação biológica e fisiológica presente. Sami-Ali propõe que não existe nenhuma relação imediata entre a depressão e a doença orgânica, uma e outra sendo dois aspectos complementares da mesma situação de impasse.

Na continuidade desta linha de pensamento, é proposta uma abordagem algo diferente do stress. Para o autor, um estímulo torna-se fonte de stress, não apenas devido à sua intensidade e persistência, mas sobretudo porque o sujeito que se encontra nessa situação, não é capaz de a resolver. Assim, a situação de stress encerra nela mesma um impasse. O conceito de stress é a descoberta de que tais conflitos insolúveis existem e que têm efeitos ao nível do sistema imunitário e fisiológico, baixando as defesas do organismo. Sami-Ali propõe, então, que o stress é parte do conceito global de impasse constituindo uma forma particular deste, não podendo ser compreendido fora desta relação. Assim, para o autor, o stress não tem valor em si mesmo, mas existe apenas na relação. O sujeito não reage a um acontecimento isolado mas, reage sim à significação que esse acontecimento tem, pelo simples facto que tem um lugar na sua vida. O stress coloca-se ao lado do afecto e pertence a um imaginário original que se liga ao biológico, constituindo a essência do ser humano. De facto, a ponte entre o biológico e o imaginário é feita pelo relacional.

Sabe-se que o stress exerce sobre o sistema imunitário uma dupla acção, estimulante e depressora, estando esta polaridade próxima daquela que caracteriza o desenvolvimento da angústia e da depressão, no interior de uma situação de impasse determinada. Existe a necessidade de voltar constantemente ao impasse de forma a explorar as suas possíveis ligações com uma patologia orgânica particular.

Segundo Sami-Ali (1997), só os factores genéticos decidirão quais as doenças associadas, introduzindo, assim, outro importante nível a ter em consideração nesta área de investigação - o nível genético. Isto não permite dar um sentido simbólico ao órgão doente, uma vez que, o que importa aqui, antes de tudo, é o disfuncionamento do sistema imunitário, terminando com o síndrome em questão.

No caso do cancro, e mais especificamente, do cancro da mama, a dificuldade sentida abrange o todo, traduzindo-se numa nova forma de impasse que exprime, não a impossibilidade de ser diferente, mas a impossibilidade de simplesmente ser.

Em relação ao sistema imunitário, no cancro, a mutação genética acaba por converter o *eu* em *não-eu*, sem que o sistema imunitário reconheça o *não-eu* como estranho a si próprio. Neste caso, a neoplasia não provoca a formação de anti-corpos. A identidade pessoal parece, assim, abalada nas suas fundações biológicas, colocando-se a questão da distinção entre *eu* e *não-eu*, isto é, a questão da diferenciação. Segundo Sami-Ali, ainda não existe uma certeza quanto à existência de uma equivalência deste processo para um nível relacional. No entanto, em certas formas de cancro, e nomeadamente no cancro da mama, a questão da identidade, formulada em termos de filiação, pode ser encontrada de uma forma explícita. Por outro lado, parece provável que, para além dos factores de risco e dos determinantes genéticos, esta patologia possa aparecer numa situação de impasse ligado à perda, não apenas pressentida na angústia, mas realmente vivida na depressão.

Um dos aspectos mais originais desta patologia (do cancro) é que o impasse é susceptível de reenviar a uma perda real, tal como o prova a depressão, sem que esta perda corresponda a um acontecimento externo preciso, ao qual se aplicaria o conceito de stress. Existe aqui como que uma total coincidência entre o impasse e a forma de vida que se escolheu (Sami-Ali, 1997).

A exemplificação é feita a partir do caso de J., uma mulher que está prestes a ser sujeita a uma cirurgia por metástases na coluna, na sequência de um cancro da mama. Nas sessões com o autor, foi possível aperceber-se de que existe um primeiro impasse que diz respeito a uma mãe presente pela sua ausência.

O impasse nesta mulher incita precisamente a explorar a relação de J. com o espaço, começando pelo espaço corporal. Em detrimento de uma formação técnica extremamente forte, J. não consegue distinguir a direita e a esquerda: de facto para ela, tudo é igual. No caso da depressão grave, da criança e da mãe, entre outros, esta aquisição fundamental do espaço de representação não se opera, sendo substituída por regras adaptativas, por marcas externas, que permitem um funcionamento consonante, mas que não eliminam a dificuldade. Noutros termos, a solução coexiste com o problema porque situa-se no exterior do sujeito, ignorando a

sua subjectividade. O espaço não é criado mas emprestado e as coordenadas espaço-temporais obtêm-se por colagem. No caso de J. o ajuste ao espaço faz-se em relação a qualquer coisa ou a qualquer pessoa, tal como acontece na criança. Está-se em presença de uma patologia da adaptação.

Por outro lado, J. tem o sentimento de não ter limites sobretudo pare se poder situar no tempo. Aqui intervém de uma forma decisiva a imagem de uma mãe muito exigente, nunca satisfeita, expondo a criança a um clima depressivo homogéneo onde tudo é igual e onde nada é possível. As marcas faltam no plano afectivo, exactamente como na relação com o espaço. Verifica-se aqui a importância da mãe enquanto sincronizador de ritmos e organizador do espaço próprio (op. cit.).

Em “Le Rêve et l’Affect”, Sami-Ali (1997), refere que no caso particular do cancro da mama, é muito comum estar-se em presença de situações de impasse. Apresenta o caso da jovem Q., que no decurso de uma análise anterior, desenvolve um cancro da mama, que foi operado e estabilizado. O impasse nesta situação está presente e ligado, por um lado a uma depressão, e por outro lado, à patologia orgânica. Trata-se neste caso de uma pessoa que demonstra dificuldades relacionais, com um forte receio de rejeição. A antecipação desta rejeição toma a forma de uma realidade projectada, que passa pelo corpo. A análise do caso demonstra que existe um compromisso da temporalidade, uma vez que para Q., o presente não passa de uma imagem do passado, enquanto que o futuro é estático. Este tempo suspenso é o resultado de uma relação precoce com uma mãe deprimida que foi sentida como rejeitante. Esta situação é actualizada por altura de uma nova aproximação ao terapeuta. Esta mãe ausente provocou um sentimento de desespero, um “... estar à deriva, sem limites...” (Sami-Ali, 1997, pág. 196), como o que acontece com uma pessoa que, tendo perdido as suas referências temporais, não se consegue situar. O desespero é, assim, ligado a um apagamento temporal, facto que é fundamental na problemática da depressão: a relação profundamente ancorada no corpo, e a estrutura irreversível da temporalidade, da qual Q. tenta consolar-se, imaginando-a modificável à sua vontade, esta também pouco consistente (op. cit.).

Assim, os comportamentos adaptativos, impelidos ao limite, constituem uma resposta possível ao impasse que, por outro lado, continua a existir mas mascarado, contornado, integrado numa vida.

Por conseguinte, no caso desta patologia específica, o impasse parece estar relacionado com a questão não da diferença, como no caso da alergia, mas sim com a questão de ser.

3.4.2 Impasse no cancro da mama: uma questão de tempo?

No seu livro *“L’Impasse Relationnelle. Temporalité et Cancer”* (2000), Sami-Ali considera a questão do tempo como central numa doença como o cancro da mama. Na realidade, e como demonstra o autor, nesta doença, o tempo remete em primeiro lugar para a questão da finitude da vida, e assim o impasse pode ser encarado como forma última de destino. Ora, esta nova abordagem considera a questão do tempo enquanto forma de impasse, ao invés de colocar o tempo enquanto representação, enquanto uma dimensão que era estruturada em função de normas socioculturais em detrimento de uma subjectividade própria, como é paradigma da patologia da adaptação. Estas duas abordagens da temporalidade, ao contrário de serem mutuamente exclusivas, mais não são do que as duas faces do mesmo fenómeno. Sami-Ali refere que, de facto, estas duas formas de experimentar o tempo podem coexistir, permitindo estudar a dimensão afectiva do tempo.

De acordo com o autor, a doença orgânica deve ser pensada em função de um impasse relacional a descobrir. Uma vez descoberto, o trabalho deve concentrar-se na sua resolução. Assim, deve tentar compreender-se como foi constituído este impasse, quer no presente quer no passado, através de acontecimentos que acabaram por modificar o carácter. Esta modificação de carácter, pode ser apreendida pela forma como os sonhos e os afectos são vividos, que nos casos extremos do funcionamento psicossomático acabam mesmo por desaparecer. Nestes casos extremos predomina o recalcamento caracterial, colocando à distância a experiência afectiva, ao mesmo tempo que a consciência onírica permanece oculta em detrimento da consciência vigil. Verifica-se, então, que em relação à actividade onírica esta pode estar organizada de quatro formas distintas, como foi anteriormente referido: a) os sonhos têm uma presença significativa na vida do indivíduo, b) os sonhos podem não existir na memória do indivíduo, c) podem existir, tratando-se, no entanto, de sonhos sem consistência e esporádicos ou, finalmente d) aparecem tão raramente que são encarados como uma curiosidade, uma vez que não são sentidos como fazendo parte do próprio sujeito sendo, pelo contrário, uma projecção fora de si. Pode, assim, definir-se o funcionamento psicossomático em relação à actividade onírica, que pode ser presente, pode ser ausente ou pode alternar entre a presença e a ausência. Esta dinâmica encontra correspondência em quatro formas principais de funcionamento que vão desde o conflito solúvel (alternativa simples), ao conflito insolúvel, ou seja, o impasse.

É verdade que a adaptação ao real surge pelo desaparecimento da função do imaginário. Por

sua vez, este recalçamento da actividade onírica passa a ser o aspecto mais importante da adaptação que, ao ser perseguido, conduz a uma subjectividade sem sujeito (Sami-Ali, 1980, 2000). E isto porque o recalçamento da actividade onírica, permite manter afastados traumatismos não ultrapassados, situações de luto que não foram resolvidas e até mesmo conflitos precoces que podem ainda estar activos. Na medida em que a ausência de sonhos permite um sono reparador, esta também mantém o passado à distância, consentindo apenas imagens de um presente banalizado (Sami-Ali, 2000).

Sami-Ali (op. cit.), como resultado da sua investigação clínica com mulheres que sofrem de cancro da mama, colocou a hipótese de conceber o impasse em termos de temporalidade, constituindo a patologia cancerosa uma entre muitas variações sobre a experiência do tempo. O autor sugere quatro formas de impasse que definem, da mesma forma, quatro temporalidades, e que por vezes podem coexistir na mesma pessoa:

1. temporalidade circular, implica um constante regresso ao ponto de partida que pode, eventualmente, tomar a aparência de círculo vicioso (como acontece na toxicomania), ou de um balancear constante entre dois extremos (como acontece no síndrome maniaco-depressivo);
2. Temporalidade linear, marcada pela necessidade de se adaptar em detrimento da subjectividade, sempre com o risco de, na ausência de qualquer outra alternativa, conduzir ao esgotamento;
3. Temporalidade repetitiva, “que consiste em fazer todos os dias a mesma coisa, a negar a mudança e que finalmente se confunde com a imobilidade: está-se fora do tempo que assim foge sem retorno. Paradoxo da reversibilidade e da irreversibilidade” (Sami-Ali, 2000, pág. 9);
4. Temporalidade discordante, constituída por dois sistemas, um subjectivo e um objectivo, que se anulam mutuamente sem obterem um equilíbrio, uma vez que o indivíduo está envolvido num esforço adaptativo que persegue imperturbavelmente.

Sami-Ali, ao conceber a temporalidade como a forma essencial do impasse, coloca a questão do tempo no cerne da patologia cancerígena. Será isto porque o cancro constitui uma brusca confrontação com a morte, revelando a finitude da vida? Talvez, mas isso faz coincidir a questão do tempo com a descoberta da doença. No entanto, os casos analisados parecem indicar a presença de uma temporalidade paradoxal que existe há muito tempo, possivelmente desde a infância. Para o autor é a este nível que importa questionar “como se a forma de vida

que se escolheu encerrasse desde logo a possibilidade de evoluir com o tempo, através do tempo, em direcção ao impasse, constituindo uma temporalidade que não é mais do que a vida e que é o impasse” (Sami-Ali, 2000, pág. 9). Na realidade, o processo cancerígeno implica o tempo, não no sentido banal de uma patologia que se desenvolve por etapas mas, porque a vida e o cancro constituem as duas faces de uma mesma moeda, as duas correndo para o mesmo fim. Nestes casos, parece ser possível estabelecer um paralelo entre um mesmo processo que evolui quer ao nível relacional, quer ao nível biológico, tal como acontece na alergia e na doença auto-imune, levantando uma e outra, se bem que de formas diferentes, a mesma questão essencial da identidade do próprio em relação ao outro. A principal diferença é que, no caso do cancro, a referência à temporalidade revela-se o factor determinante.

Em relação ao impasse, existem afectos que o podem revelar e nomeadamente o sentimento de desespero. Trata-se de um sentimento de vazio que nada consegue preencher, e em que tudo tem o mesmo valor, colocando em pé de igualdade o negativo e o positivo. Verifica-se, como atrás se mencionou, que o afecto é indissociável da depressão, e que é não só um estado interno, mas também a expressão de um encerramento relacional

A partir da compreensão do funcionamento dos indivíduos, da sua organização espacial e temporal, dos seus afectos, vida onírica... , é possível aceder ao impasse.

3.4.2 Impasse: Outras visões

Coimbra de Matos (2003, p. 127) refere-se a um “impasse afectivo e relacional”, o que significa que a pessoa psicossomática apenas está. Isto é, trata-se de uma pessoa que não é capaz de se implicar afectivamente nas relações, e assim não é capaz de amar ou odiar. As relações não são vivida plenamente, com todos os sentidos e com todos os órgãos. O que ressalta nestes indivíduos é a normalidade, a conformidade às normas, as rotinas, o “como deve ser” imposto externamente quer pelos outros, quer por normas sociais. Quando estas pessoas revelam algum tipo de emoção, este “pisar o risco” é imediatamente compensado por um retorno ao caminho do qual não se deveriam ter desviado, regressando o mais depressa possível ao registo da normalidade.

Assim, e tal como refere o autor (p. 128) “vivem um impasse dos afectos e o impasse na relação.

3.4.3 Depressão

Para compreender o papel da depressão no funcionamento característico de indivíduos que sofrem de patologia orgânica, é necessário, em primeiro lugar, clarificar conceitos e nomeadamente os conceitos de angústia e de depressão. Segundo Sami-Ali (1997), a angústia constitui-se enquanto possibilidade de perda de si mesmo e do objecto, mediatizada pela depressão. No caso da depressão, pelo contrário, tudo acontece como se essa possibilidade fosse já uma realidade, isto é, como se a perda fosse uma coisa real. A depressão é geralmente a consequência da angústia, na medida em que é uma resposta a uma perda, até aí simplesmente antecipada.

Para o autor, a depressão, para além de estar ligada a uma perda real, tal como já foi referido anteriormente, é uma perturbação de ritmos. Neste sentido, a depressão é um estado iminentemente relacional e, portanto, interno.

Os ritmos são um factor essencial a ter em conta na explicação do síndrome depressivo, particularmente o ritmo da luz/obscuridade que parece revestir-se de grande importância no caso da depressão.

O tempo constitui a essência do síndrome depressivo que se apresenta como uma perturbação do ritmo biológico. A depressão não é um estado estático que perdura no tempo, antes sofre oscilações, estreitamente associados às horas do dia e da noite. Não se trata, portanto, de uma simples coincidência entre um estado interno e o ciclo circadiano, mas mais de uma verdadeira relação de dependência durante a qual a duração e a intensidade luminosas influenciam directamente o humor.

Mas esta significação não deve reduzir-se aos dados biológicos. Porque o que caracteriza a depressão é a relação com um objecto perdido, do qual se experimenta a perda a todo o momento, ou em certos momentos privilegiados como o fim do dia, por exemplo. Isto significa que a experiência da luz não pode ser dissociada de um plano relacional onde, na origem, tudo é ritmo e tudo passa pela mãe enquanto sincronizador dos ritmos. Os fenómenos físicos fazem parte integrante dos ritmos, o que os torna particularmente aptos a serem correlatos dos afectos, constituindo a face aparente de uma relação com o outro. A luz, pela sua alternância com a obscuridade, parece simultaneamente real e imaginária. Se existe aqui simbolização, esta depende em primeiro lugar de uma sensibilidade que informa e que existe desde sempre - o corpo.

Mais uma vez o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma mesma realidade que o tempo estrutura.

Verifica-se, então, que a depressão está essencialmente ligada à função maternal enquanto sincronizadora de ritmos, e também ao papel de uma mãe que pode estar ausente estando presente. A mãe constitui-se, então, como o grande referencial na construção de um tempo e de um espaço corporal que tem a sua aplicação na vida do dia-a-dia (Sami-Ali, 1997). É à volta deste dois aspectos (os ritmos e a presença/ausência da mãe) que se pode analisar a depressão, quer esta seja uma antecipação da perda devido a uma mãe presente mas ausente, quer esta se dê devido a uma perda real na vida do sujeito. Tudo isto é feito através da projecção. Projecção esta que faz com que não exista uma relação entre a consciência onírica e a consciência vigil, isto é, o real expande-se a todos os aspectos da vida do indivíduo.

Sami-Ali (op.cit.) introduz o conceito de uma perda em expansão para referir o sentimento depressivo, posterior a uma perda e que se alarga impregnando toda a realidade, que passa a ser vista em função dessa perda. É a perda do objecto, do próprio e de todos os outros, que acontece num continuum relacional. Dá-se um movimento de vaivém que implica não só o sujeito como o objecto, e este movimento é feito a partir da projecção. Neste sentido a depressão baseia-se numa projecção negativa que apresenta uma estrutura circular.

Para ilustrar este aspecto da depressão o autor recorre novamente ao caso de Q., em que a antecipação refere-se à antecipação de uma rejeição, não simplesmente da ordem da expectativa mas sim da ordem de uma realidade projectada e que passa pelo corpo real.

A depressão constitui uma resposta a uma perda real ou a uma potencialidade interna que acontece na vida do sujeito e que adquire uma realidade e uma força incomparáveis, mas nos dois casos trata-se de uma impossibilidade ligada a uma perda, isto é, construída à volta de um objecto ausente e que representa o sujeito e toda a realidade.

Se a depressão constitui a experiência subjectiva de uma situação de impasse na qual a projecção intervém negativamente, torna-se possível descrever quais os aspectos eventuais de tal conclusão. Trata-se menos de estabelecer quais os laços de causalidade linear, do que de demonstrar as diferentes formas de elaborar o impasse, no momento em que, sem saída possível, o sujeito decide-se, enfim, a enfrentá-lo. Está-se ao nível de uma resposta global a uma situação global, que implica a alma e o corpo. Uma das soluções possíveis para a saída do impasse é a patologia orgânica.

Para Coimbra de Matos, encontra-se com frequência em doentes psicossomáticos uma perturbação a que chamou depressividade. Os elementos que a caracterizam podem ser agrupados em quatro ordens de factores: “a) submissão a um supereu disperso e infiltrante, não integrado, unificado e delimitado (supereu primitivo e imaturo); b) abatimento geral, desânimo e propensão à desistência; c) inibição fóbica; d) baixa auto-estima.” (Coimbra de Matos, 2003, p. 33).

A depressividade pode ficar a dever-se por um lado à carência afectiva (perdas recorrentes ou significativas durante a infância) ou, por outro lado, à repressão precoce (proibição excessiva de comportamentos espontâneos). Este conceito tem conotações com a *depressão à priori* de Sami-Ali, na medida em que é um sentimento que alastra a toda a vivência e que é resultado de perdas sentidas ou antecipadas.

Disposição que pode ser encontrada principalmente, mas não só, em patologias do foro gástrico, a depressividade traduz um sentimento difuso de dependência e opressão, um medo de ficar só, uma incapacidade de autonomia, sentimentos estes que não são consciencializados. Como refere Coimbra de Matos (2001, p. 64) a depressividade é “uma impossibilidade de verdadeiramente se deprimir, ou seja, de perder o seu objecto”.

Nos pacientes com doença somática encontra-se frequentemente uma depressão. Contudo, nestes casos a depressão reveste-se de características próprias. Daí Coimbra de Matos (2003) ter proposto a existência de uma *depressão falhada*. Esta é uma depressão sem objecto e organiza-se devido a uma desarmonia na relação afectiva mãe-bebé. Segundo o autor, pode dizer-se que a depressão falhada instala-se antes mesmo de existir uma representação unificada do objecto de vinculação.

É, então, uma perturbação na relação objectal mãe-bebé, que pode ser encontrada na origem da depressão falhada. A pessoa com predisposição para a doença somática, não tendo sido suficientemente investida pelos pais como ser excepcional e único, não é capaz de ter uma identidade própria que a identifique e diferencie. Um bebé tem que ser olhado com desejo e com amor, tem que se ver reflectido no olhar da mãe ou dos pais com esse afecto e esse desejo para, mais tarde, poder vir a ser capaz de desejar e de amar. Quando tal não acontece, quando falha esta relação básica, na falta de um olhar/espelho que o reflecta investido como ser único, a pessoa não é capaz de criar um olhar e um rosto próprios. O bebé fica privado de um rosto que lhe dá uma identidade única, que lhe dá unidade e coesão, que lhe permite ser diferente e ser ele próprio. Tudo isto passa também pelo corpo, pois a falha dá-se igualmente ao nível do investimento no seu corpo erótico, sexual.

Ter rosto significa então ser amado e ser reconhecido, isto é, ser aceite tal como se é e amado incondicionalmente. Sem um tal olhar que possibilite a identidade, não há vida mental. Assim, e segundo o autor, na patologia psicossomática verifica-se um não investimento na realidade objectal devido a uma falha básica na díade bebé-prestador de cuidados. Tendo falhado esta ligação preferencial a um objecto que lhe daria um reconhecimento, um rosto próprio e uma existência própria, o sujeito vê-se na impossibilidade de existir visto não ter sido desejado, amado e reconhecido. Por outras palavras, não existe constância do sujeito no interior do objecto. O sujeito que cresce assim não tem uma identidade própria e não conhece o objecto real, sendo este uma projecção do objecto ideal. Este objecto assim idealizado, serve o propósito de esconder a malignidade que é nele sentida. Ora os confrontos com o objecto real provocam culpa, que ao acumular-se, vai-se canalizando para o corpo.

Não se reconhecendo a si próprio, o sujeito não sabe diferenciar-se dos outros, não sabe quem é verdadeiramente. As relações que estabelece com os outros são relações funcionais sem substrato afectivo, carentes de imaginação, normalizadas, adaptadas às normas, sem paixão e sem zanga, conformistas.

Estas pessoas têm uma identidade que se funde na identidade do outro, ou então moldam-se pelo outro. Da mesma forma, criam relações de dependência que são mascaradas com a necessidade de satisfazer e cuidar do outro, numa lógica parental. São pessoas muito inseguras, mas esta insegurança encontra-se escurada pelas normas exteriores.

O que se verifica, então, é que a personalidade assim constituída fica aquém da depressão, num estado de depressão larvar ou depressividade. Em momentos de descompensação, a pessoa faz uma depressão falhada, por não ser capaz de se deprimir mentalmente.

A depressão é *falhada* na medida em que o psicossomático não mentaliza os afectos, não vive verdadeiramente as perdas, logo não as pode sentir. E isto porque não tendo existido afecto, a sua perda também não pode ser sentida. A insuficiência de afecto e a inconstância e condicionalidade de um bom objecto interno, geram um clima afectivo interior que, na impossibilidade de ser elaborado através da depressão, é negado surgindo o adoecer somático, visto que neste medir de forças é o corpo que cede. De facto, ou a depressão é aceite e pode ser elaborada, ou não é aceite e faz sofrer o corpo.

O indivíduo psicossomático vai responder à falha básica por um duplo comportamento; por uma lado submissão e conformismo e por outro lado, adaptação ao real. Sem capacidade simbólica, sem desejo, vive no literal, no neutro, não havendo lugar para a fantasia e o afecto.

Os doentes psicossomáticos não vivem a depressão, não sentem os sentimentos e estes escoam-se pelo corpo. A insatisfação não é percebida como estado afectivo e muito menos reconhecida como estado afectivo ligado a um acontecimento insatisfatório. Há uma falência da elaboração dos afectos que é, nestes casos, essencial.

Encontra-se nestas pessoas uma incapacidade de elaborar a dor, os sentimentos e as emoções que não lhes permite experimentar plenamente a raiva, a dor, a tristeza ou a culpa, sobrevivendo assim uma falta de ressonância à perda e à carência afectivas. Como refere Coimbra de Matos nota-se igualmente uma dificuldade de “mentalização e de expressão da zanga” (op. cit., p. 34).

A falha básica que pode ser encontrada no self destes pacientes, na impossibilidade de ser preenchida, cria um vazio insuportável que não é reconhecido ou elaborado. Como resultado, surgem estados difusos de insatisfação, de raiva que pode ser sentida como tensão, desconforto, irritabilidade, e que se espalham por todo o corpo. Este desconforto, esta desregulação relacional vai, por sua vez, desregular a homeostasia biológica.

Na opinião de Coimbra de Matos, sempre que o sofrimento psíquico não é expresso quer por meio dos afectos e emoções, quer por meio dos pensamentos, quer por meio de palavras ou actos, este sofrimento pode vir a ser descarregado pelo soma, abrindo caminhos à doença orgânica.

Não conseguindo reagir adequadamente ao mundo objectal e às interações com o outro caracterizadas por uma falta de afecto e agressividade, a sua incapacidade de utilizar uma mediação psicoafectiva nestes encontros, leva o indivíduo a agir através do corpo, do biológico. Este impacto, que pode ser excessivo ou duradouro, aumenta os níveis de stress e de tensão, podendo conduzir a uma desregulação ou diminuição das funções adaptativas dos sistemas nervoso, endócrino e imunitário.

A depressão falhada é acompanhado de um abatimento das funções biológicas, nomeadamente do sistema imunitário. Ao invés de ser sentida e elaborada mentalmente, é uma depressão que ocorre no nível biológico, em que se verifica uma diminuição da capacidade de reacção dos sistemas biológicos de adaptação e um disfuncionamento da homeostasia. Verifica-se que a não elaboração da falta de afecto provoca desregulações de sistemas interligados como é o caso dos sistemas imunitário, endócrino e neurovegetativo. Dá-se uma inevitável diminuição das funções imunitárias de defesa. Nos casos em que a frustração não é vivida nem a raiva é expressa, dá-se um acumular de tensões no organismo que, quando se mantém por muito tempo, tem efeitos nos sistemas acima referidos. Ao conter

o desejo e a raiva, a saída que resta é um *acting-in*, ou seja, um acto realizado dentro do soma, descarregado no corpo.

Assim, a depressão falhada representa uma reacção de desistência, depressão que se estende a todo o organismo.

Para viver o amor é necessário antes ter a experiência de ser amado. Sem essa vivência afectiva plena, ao indivíduo não resta senão subsistir numa lógica de adaptação, privilegiando o desenvolvimento cognitivo em detrimento dos afectos que não puderam ser vividos. No desenvolvimento da vulnerabilidade somática encontra-se a primazia da razão e o hiperinvestimento no real e lógico em detrimento dos afectos, da emoção e do sonho. O pensamento não cria, limita-se a tratar a informação. O afecto é reactivo, nunca espontâneo. Está-se no registo do banal. O corpo é um corpo sem desejo, nem desejado, desinvestido, deslibidinizado. Simplesmente adaptado. A falha de empatia constante conduz a uma incapacidade de sonhar e de amar: sonho falhado, depressão falhada.

Coimbra de Matos sugere então o que ele denomina de tríade psicossomática: depressão falhada, sonho falhado, e a raiva amordaçada. O psicossomático perante situações novas, principalmente aquelas que implicam amor ou ódio, opta pela “zanga contida, pelo amor de superfície” (op. cit., p. 167). Se por um lado, este funcionamento não permite ao sonho ser veículo do afecto e ser espaço de elaboração mental, por outro lado vai de igual forma conter a raiva e suprimir a “expressão da zanga” (op. cit. p. 34).

A perda afectiva que é ignorada e vivida como luto, e não elaborada mentalmente através da depressão, ou seja, com tristeza, infelicidade, etc., é uma das grandes causas do adoecer somático. Assim, na etiologia e patogenia do adoecer somático encontram-se implicados factores afectivo-relacionais. Ou no dizer de Coimbra de Matos (2003, p. 141) “A desregulação relacional desregula os afectos e, por sua vez, esta desregulação desregula a homeostasia”.

Capítulo II – Método

1. Apresentação do problema

A relação entre fenómenos psicológicos e biológicos é estreita e quando o sofrimento surge numa das esferas, física ou psíquica, vai necessariamente provocar um efeito na outra, na medida em que o psicossoma funciona como um todo. O indivíduo ao construir para si uma representação do seu corpo, que inclua os sinais que este envia, pode comunicar essa sua vivência que constitui o resultado da relação entre o psíquico e o somático. A expressão psicossomática traduz a resposta do corpo a estímulos da psique e afecta tanto as doenças orgânicas como as funcionais. A linguagem das emoções e dos conflitos elaborados no cérebro pode ser lida e interpretada pelos órgãos do corpo de forma a alterar a sua funcionalidade (Machado et al, 1996).

O cancro da mama é uma doença que coloca sérias ameaças à integridade física, tanto pelas cirurgias como pelos tratamentos implicados no seu combate.

A confrontação com um diagnóstico de cancro da mama é uma experiência marcante e traumatisante, e a mastectomia que é, na grande maioria dos casos, a terapia mais frequente, constitui um choque adicional (Guex, 1989). A ablação da mama, pode constituir para a mulher um atentado à integridade e à imagem do seu corpo (Haynal & Pasini, 1984), e pode implicar uma perda do valor de si mesmo e um importante trabalho de luto.

A angústia, o sentimento de desvalorização e a depressão são as reacções clássicas, não só ao receio da modificação da imagem corporal, como também à ideia de se sofrer desta doença. A forma de reagir ao stress psicológico causado por esta situação, varia de mulher para mulher, e factores como o equilíbrio entre o desenvolvimento de si e a imagem corporal, as aspirações de juventude e de realização e o apoio afectivo de que dispõem têm um papel muito importante (Guex, 1989).

Anthi (1989) afirma que existem várias observações de mudanças na imagem corporal como resultado de circunstâncias patológicas somáticas. Comparativamente, poucos analistas tornaram explícito o papel das fantasias da imagem corporal em relação à eclosão da patologia psíquica e somática. Neste seu artigo, o autor procura exemplificar a forma como as fantasias de um paciente sobre os seus órgãos se podem constituir como objectos organizadores centrais no desenvolvimento da representação da imagem corporal e como essas fantasias podem influenciar processos físicos e somáticos.

Face a todos os problemas que esta doença coloca torna-se pertinente o estudo da representação do corpo nas mulheres que são atingidas por este tipo de cancro, não no sentido

mais comum da avaliação das mudanças daí resultantes, mas antes com o intuito de compreender melhor o que caracteriza estas mulheres. Esta abordagem pretende, assim, partir de uma compreensão do afecto em presença, e que se inscreve numa dupla dimensão biológica e psicológica (Schwab, 1996). No entanto, no modelo multidimensional utilizado na psicossomática, a problemática do corpo é indissociável da problemática do espaço e do tempo. Nesta abordagem, um factor importante é a lateralidade. Tal como é referido pelo autor, esta está relacionada com a lateralização cerebral, tendo sido possível estabelecer uma relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário por um lado, e por outro lado, entre o sistema imunitário e a dominância cerebral. Assim, a lateralidade não se submete a um processo anatómico, uma vez que se encontra no ponto de partida de um processo de projecção que permite a construção do espaço e do tempo. Fica-se assim, perto do corpo próprio, funcionando como esquema de representação e oscilando entre o real e o imaginário. Da mesma forma, o tempo inscreve-se num ritmo corporal (Sami-Ali, 1990).

Para este autor, o conceito de corpo próprio é definido como “...não sendo nem o corpo que possuo na qualidade de sujeito consciente e do qual posso tomar consciência por meio de uma técnica apropriada, nem o corpo que posso apreender em mim e nos outros na qualidade de objecto. Por consequência nem sujeito nem objecto” (Sami-Ali, 1977, p.83).

Partindo do biológico pretende-se, neste trabalho, tentar aceder à forma como o corpo é vivido, nas suas vertentes real e imaginária, o que engloba perceber como funciona o sujeito biológico (ritmos corporais) e o sujeito psicológico (aspectos relacionais e afecto).

Nesta doença a pessoa está doente mas ao mesmo tempo não está, a doença pode representar uma presença silenciosa da morte, sob a aparência de saúde. Este facto pode constituir-se como uma situação de impasse (Sami-Ali, 1990). A pessoa doente vai construir uma representação própria, subjectiva da doença, que passa incontornavelmente por uma representação do seu corpo, real e imaginário.

Quando a pessoa se confronta com procedimentos cirúrgicos que podem modificar profundamente o soma, coloca-se também a questão da manutenção de uma identidade através de uma representação corporal susceptível de sofrer perturbações. Se o soma mantiver uma configuração que respeite o esquema corporal, é necessário ter em atenção os laços internos entre corpo real e corpo imaginário. “O abalo corporal produzido pela onda de choque que partiu do pólo somático...” (Vaysse, 1996, p.73), conduz a uma necessidade de colocar questões sobre a representação corporal e sobre a identidade.

Hoje em dia está bem presente o facto de a Psicossomática não se referir a uma doença do imaginário como era defendido, no geral, pela Escola de Paris. Assim, o que importa perceber

é o funcionamento das pessoas que apresentam uma patologia orgânica, isto é, tentar compreender como vivenciam o seu corpo e as suas especificidades: ritmos, espaço, tempo. Importa igualmente perceber qual é o lugar do imaginário neste processo.

Os objectivos específicos desta investigação serão os de aprofundar em casos de mulheres com cancro da mama, nomeadamente a existência de uma situação de impasse, a vivência de uma temporalidade própria (Sami-Ali, 1992, 2000), a existência de uma depressão falhada (Coimbra de Matos, 1999), a problemática da identidade.

2. Delineamento

Como foi referido anteriormente (vide Capítulo I - 1. Introdução – p. 2/3) a opção por uma metodologia de estudo de caso, com recurso a métodos projectivos complementares, pode ser alvo de crítica. Ultimamente, é recorrente os estudos nesta área utilizarem tal metodologia. Uma dissertação de mestrado requer um grau de originalidade que a identifique. No entanto, foi esta a opção tomada. E porquê? Tendo em conta os objectivos da presente investigação e considerando tratar-se de um estudo exploratório de carácter descritivo, a opção pelo estudo de caso revela-se sempre a atitude mais acertada uma vez que, por muitos questionários que se utilizem, estes nunca aprofundam a informação como a entrevista clínica. Por outro lado, as razões para esta opção residem no facto do presente trabalho não ter por principal objectivo a obtenção de conclusões sólidas, mas antes a formulação de novas hipóteses. Se é verdade que são os modelos teóricos adoptados que determinam a metodologia e as técnicas e instrumentos a utilizar, é também verdade que em psicologia e tal como refere Marques (1999), qualquer que seja a abordagem adoptada, o objecto e o objectivo do estudo são comuns: procura conhecer-se um sujeito e o seu funcionamento.

A partir do momento em que se pensa a doença orgânica, não como consequência de um défice de mentalização, mas sim em termos da diade funcionamento-situação conflitual (Sami-Ali, 2001a), torna-se necessário questionar a explicação quantitativa do fenómeno somático e restituir-lhe uma dimensão qualitativa e dinâmica (Schwab, 2001). Assim, quando se considera o indivíduo na sua dupla pertença psíquica e somática, através de um corpo sempre presente e no centro da relação (Danan, 2001), a abordagem metodológica deve ser pensada em termos qualitativos. Dada a natureza do objecto de estudo nesta área, as metodologias qualitativas destacam-se como sendo aquelas que permitem um melhor e mais

rico acesso à pessoa, à sua problemática e vivência específica.

De facto, a entrevista clínica permite estabelecer uma relação empática que facilita a aplicação de todo o outro material, e em especial o projectivo, e enquadrar estes resultados na história e no sentir daquela pessoa em particular. Ora, o estudo de caso revela-se um método em que a relação clínica é privilegiada, e onde aspectos como a escuta empática, a observação e a descrição de fenómenos adquirem grande importância. Na realidade, esta metodologia consagra a ideia do individual e do singular (Marques, 1999), constituindo uma forma única de aceder à subjectividade do sujeito. Este método permite também uma maior flexibilidade nos instrumentos utilizados para a recolha de dados, de forma a possibilitar uma maior acessibilidade à compreensão do outro e dos mecanismos por ele utilizados no lidar com a doença. Na opinião de Revault d'Allonne (1989), esta metodologia permite aceder à lógica de uma história de vida singular, que possibilita determinar situações complexas da vida da pessoa e que podem ter uma leitura a diferentes níveis. Ao mesmo tempo permite utilizar os instrumentos conceptuais mais adequados ao que se está a estudar.

De facto, quando se investiga em Psicossomática ressalta, desde logo, a absoluta necessidade de efectuar uma anamnese completa do sujeito, de forma a dar um sentido à sua história. Esta abordagem permite, além disso, contextualizar e interpretar os dados obtidos através de outros instrumentos de avaliação, no caso destes serem utilizados. E isto porque a patologia somática implica sempre um sujeito e o seu funcionamento, e por sua vez, o funcionamento em situação. Não se quer dizer com isto que os métodos quantitativos devam ser deixados de lado. Pensamos, sim que devem ser interpretados inseridos na história do sujeito em estudo.

Para aceder ao funcionamento destas mulheres e avaliar dimensões tais como a representação do corpo, a existência e o tipo de impasse, o lugar do espaço e do tempo, será aplicada a Prova Projectiva de Rorschach. Esta prova, devido à riqueza do material que fornece, perfila-se como o instrumento privilegiado para analisar estes aspectos, levando em conta a proposta de este ser abordado a partir de uma perspectiva psicossomática. Este material exige uma resposta a estímulos de natureza sensorial e perceptiva, mas inclui ao mesmo tempo um conteúdo latente que convida o sujeito a deixar-se transportar aos seus fantasmas, que só podem ser encontrados no seu espaço imaginário. Este é um espaço em que o sujeito interiorizou e armazenou imagens e acontecimentos que ocorreram no seu espaço exterior mas que estão em relação com os seus fantasmas originais (Nguyên, 1989).

Em complemento pensa-se que será importante aplicar uma outra metodologia projectiva, nomeadamente o desenho da figura humana e do auto-retrato, com o objectivo de obter um melhor conhecimento da representação do corpo nestas mulheres.

2.1 Sujeitos

Este estudo de caso incidiu numa amostra de quatro sujeitos do sexo feminino. Os casos a serem estudados foram recolhidos num hospital central da cidade de Lisboa (Hospital de Pulido Valente).

Como critério de selecção destes indivíduos foram considerados os seguintes aspectos:

- Diagnóstico de cancro da mama;
- Diagnóstico recente e estadio de evolução muito inicial, isto é, sem metástases;
- Idade superior a 18 anos;
- Ausência de psicopatologia prévia.

Foram ainda consideradas as seguintes variáveis independentes:

- Sexo;
- Estado civil;
- Nível de escolaridade e situação profissional;
- Gravidade da doença.

2.2 Procedimento

Num primeiro momento foram efectuadas sessões (entrevistas clínicas não directivas) com a finalidade de estabelecer uma relação de empatia que favorecesse um clima propício à aplicação dos instrumentos. Num segundo momento, no contexto de uma sessão foram aplicados os restantes instrumentos. Efectuaram-se entre 10 e 20 entrevistas com cada mulher, realizadas em locais escolhidos por elas, tendo as provas projectivas sido aplicadas em gabinetes de consultas de psicologia.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Entrevista

Com cada sujeito foram feitas várias entrevistas não directivas. Na entrevista clínica, a relação é privilegiada, e aspectos como a escuta empática, a observação e a descrição de fenómenos adquirem grande importância, permitindo uma maior acessibilidade à compreensão do outro e dos mecanismos por ele utilizados no lidar com a doença.

A entrevista clínica, em particular, permite aos sujeitos verbalizarem as suas vivências e afectos relacionados ou não com a doença, e com o objectivo de recolher informações importantes sobre a história pessoal do sujeito. A entrevista constitui-se como facilitador da relação dual, possibilitando estabelecer alguma empatia entre os dois sujeitos em situação. Por outro lado, os dados recolhidos a partir da entrevista permitem integrar a informação obtida a partir da aplicação de outras provas (quando aplicadas), na experiência particular daquele sujeito específico. Em psicossomática, há aspectos que têm obrigatoriamente que ser abordados de forma a poder aceder-se ao funcionamento do sujeito.

Em Psicologia Clínica, o melhor instrumento de investigação é sempre o próprio clínico, (com toda a sua subjectividade) e assim, a entrevista clínica constitui-se como um momento fundamental em qualquer processo de investigação nesta área.

Na anamnese a realidade do corpo pode ser apreendida através do sonho, e através dos afectos da vida diurna. Durante a entrevista, ao elaborar a anamnese, é possível aceder ao corpo na sua dimensão orgânica, biológica e fantasmática. Claro que neste processo entra também a memória. De facto, vivemos a memória do passado à luz dos sentimentos do presente. Mas, por outro lado, o passado também determina a memória do presente (Mendes Pedro, 2001-2002).

A anamnese é, neste sentido, uma pesquisa que permite não só estabelecer a história de vida do indivíduo, como também provocar a expressão de emoções que possam estar recalçadas, permitindo estabelecer laços de significado entre os vários acontecimentos de vida e os afectos que lhes estão, ou não associados (Rotbard, 2001).

O material obtido através da entrevista deve ser integrado na narrativa do trabalho, como quem conta uma história (Janesick, 1994). Mais uma vez a implicação do psicólogo e a forma como se estabelece a relação são importantes para aceder à vivência do sujeito. O facto de se estar face a face com a pessoa, permite compreender a sua vida, a forma como esta a expressa, e o sentido que lhe atribui. Assim, este método qualitativo permite, mais do que fazer

predições, compreender o que está em jogo naquela pessoa, sendo um processo que decorre no tempo. De facto, é assim possível compreender a vivência do sujeito e inseri-la na sua história pessoal; procurar associações entre acontecimentos, e a sua distribuição ao longo do tempo; procurar os conflitos. E isto por oposição aos métodos quantitativos em que são agregados dados de múltiplas pessoas, anónimas, sem rosto, sem história (Janesick, 1994).

Mas, para além dos aspectos anteriormente focados e que podem ser abordados numa situação relacional como é a entrevista, deve aceder-se ao imaginário, imaginário enquanto projecção, projecção do corpo próprio, de um espaço e de um tempo. É aqui que as técnicas projectivas ganham particular importância nesta área de investigação, surgindo como complemento da entrevista e da anamnese. Destacam-se dentre elas a Prova Projectiva de Rorschach.

2.3.2 Prova Projectiva de Rorschach

Foi aplicado a cada sujeito a prova projectiva de Rorschach, uma vez que através desta se pode aceder ao repertório de mecanismos psicológicos de que a pessoa dispõe para identificar, tolerar e “resolver os conflitos intrapsíquicos que são desencadeados pelos estímulos ambíguos das pranchas que constituem o teste”. Segundo Coelho et. al. (1996, p.45), os métodos projectivos ajudam “a melhor compreender o funcionamento psíquico na patologia psicossomática”. É através desta prova que se tentará perceber qual a representação corporal destes sujeitos.

Herman Rorschach cria em 1920 uma prova de manchas de tinta que pode ser considerada como uma hipótese de estabelecer um diagnóstico psicológico de personalidade, quer normal quer patológico, tanto em crianças e adolescentes como em adultos (Anzieu, 1986). A sua morte prematura impediu a elaboração de um sólido referencial teórico, bem como a criação de uma grelha interpretativa, o que provocou alguma contestação a esta técnica. No entanto, a teoria psicanalítica e a teoria da percepção são consideradas habitualmente como os quadros teóricos de referência na interpretação dos resultados, parecendo estar assim superada a contestação, uma vez que existe uma teoria psicológica claramente definida que enquadra e atribui um sentido cientificamente útil aos dados recolhidos a partir deste método (Moita, 1983).

O Rorschach é um espaço de interacção entre a actividade perceptiva e a actividade fantasmática, entre a realidade externa do objecto conhecido e a realidade interna do objecto vivenciado. A dupla referência ao percepto e aos fantasmas permite definir um nível de

funcionamento psíquico (Traubenberg, 1983). O interesse e riqueza do Rorschach reside no facto das actividades perceptivas e fantasmáticas não terem inicialmente uma realidade distinta no processo de resposta, antes estão conjuntamente comprometidas no jogo que forja as respostas ao teste.

A organização perceptiva feita pelo sujeito resulta da estrutura do estímulo mas também da sua própria experiência anterior. Segundo Moita (1983, p. 7) “esta dinâmica que vai no sentido de uma adaptação do sujeito à situação, faz apelo não só a factores internos da personalidade - inatos ou adquiridos -, modos habituais de reacção perceptiva de funcionamento do pensamento e do afecto, mas também a factores externos constituídos pelas características objectivas do estímulo e da situação”.

No que diz respeito à composição do material, este é constituído por 10 pranchas com características diferentes e que podem ser agrupadas segundo vários critérios. No que diz respeito à cor, três delas são policromadas (cartões pastel: pranchas VIII, IX e X), duas delas apresentam a cor vermelha (cartões II e III) e as restantes são cinzentas. No que diz respeito à dimensão estrutural, as pranchas diferenciam-se segundo o seu carácter unitário, maciço (pranchas I, IV, V, VI, IX), ou obedecendo a uma configuração bilateral (pranchas II, III, VII, VIII). Podem ainda ser reagrupadas segundo outro critério formal, ou seja, o seu carácter aberto (pranchas I, II, III, VII, VIII IX e X), ou fechado (pranchas I, IV, V, VI).

• A imagem do Corpo no Rorschach

Anne Sanglade (1983) refere que a imagem do corpo pode ser estudada recorrendo a vários e diferentes métodos, uma vez que trata-se não de um *estado*, mas sim de uma *representação*, produto de um trabalho do aparelho psíquico. Assim, as metodologias projectivas, e nomeadamente a Prova Projectiva de Rorschach, surgem como o instrumento privilegiado na investigação do corpo.

A representação corporal é directamente solicitada pela configuração das pranchas, uma vez que as manchas são, por um lado, não estruturadas e por outro lado encontram-se organizadas à volta de um eixo. Estas características espaciais das pranchas induzem o sujeito a tomar o seu próprio corpo como referência: em cima, em baixo, à direita, à esquerda, no centro, sendo o núcleo central da prancha constituído por um eixo vertical que sugere o eixo do corpo, ao mesmo tempo que apela à projecção. O sujeito vai assim, tomar um lugar no espaço e vai dar um corpo à sua resposta. A imagem corporal do sujeito vai-se reflectir na qualidade formal

das respostas (formas bem delimitadas, mal delimitadas ou imprecisas). Chabert (1983) afirma a este propósito que as pranchas compactas solicitam uma projecção do corpo em torno do eixo central, enquanto que as outras podem provocar o aparecimento de uma angústia de desintegração, uma vez que não oferecem resistências estáveis e constituem uma prova à capacidade de unificação do sujeito.

Assim, verifica-se que a Prancha I situa o sujeito face ao teste e ao clínico, enquanto que a referência ao corpo é dada por diferentes características: o aspecto fechado, o traçado definido do eixo central e a presença de uma imagem do corpo construída à volta deste eixo. Por outro lado, a sensibilidade às lacunas intermaculares, aos contornos recortados da mancha ou ainda à abertura superior, podem ser entendidos como uma fragilidade da imagem do corpo próprio. No entanto, dentro do contexto referencial especificamente humano, pode considerar-se uma resposta banal, tal como “borboleta” ou “morcego”, um indicador de uma integração correcta da unidade corporal como um todo.

A Prancha IV também remete para o corpo, mas é mais evocadora de imagens de potência, que serão mais ou menos organizadas consoante a integração de uma construção corporal delimitada e bem definida.

A Prancha V é habitualmente reconhecida como a prancha da unidade e da representação de si, não anulando este facto o significado implícito no que diz respeito à imagem do corpo. Pode acontecer que surjam resistências nesta prancha a um sentimento de desintegração corporal, que podem significar uma manutenção, ainda que frágil, do relacionamento com o real e perceptivo que subsiste mesmo em sujeitos com uma grave perturbação ao nível da representação corporal.

Quanto à Prancha VI, apresentando esta uma mancha compacta, não reenvia directamente para uma imagem do corpo, e isto apesar da sua construção simétrica.

É nas pranchas compactas de configuração bilateral que, segundo Chabert (1983) a imagem do corpo pode ser mais fortemente posta à prova. Tal acontece nas Pranchas II, III e VII, em que podem surgir imagens de corpo não integrado quando se verifica uma tentativa de apreensão global da mancha. Esta necessidade de apreender o espaço globalizante pode indicar uma tentativa desesperada da unidade, face a um material sentido como disperso e fragmentado.

Mais especificamente na Prancha II, quando esta é apreendida como um todo difuso, a lacuna central pode ser sentida como uma abertura interna, uma falha corporal fundamental, em que os pontos de junção presentes ao nível do conteúdo manifesto não são suficientes para

permitir a unificação do todo e a delimitação dentro/fora. Por outro lado, as manchas vermelhas podem apelar para uma vivência destruidora de invasão do interior do corpo.

A Prancha III é aquela cujo conteúdo manifesto mais se aproxima da realidade da representação de figuras humanas, sendo estas consideradas como respostas banais. Logo, quando tais imagens não surgem, ou quando as que são evocadas se encontram impregnadas de uma angústia de desintegração, como acontece quando surgem conteúdos anatómicos, pode-se pensar que é a vivência corporal que está a ser posta em causa.

No que diz respeito à Prancha VII, a sua estrutura bilateral, bem como a presença do branco que está associada ao vazio ou à ausência, podem colocar questões ao nível dos limites dentro/fora.

São as pranchas pastel (Pranchas VIII, IX e X) que revelam geralmente preocupações do tipo hipocondríaco ou de angústia de fragmentação, aspectos estes que são característicos de protocolos de sujeitos psicóticos. Assim, é frequente surgirem na Prancha VIII, respostas anatómicas que refiram aspectos tais como vísceras, ossos, pulmões, etc., ou também associações fragmentárias tais como dedos, pés, mãos, etc. No entanto, é na Prancha IX que aparecem mais frequentemente imagens relacionadas com o interior do corpo, podendo também surgir perturbações do limite dentro/fora, quando se evoca uma transparência que deixaria ver os órgãos internos.

Finalmente, a Prancha X, pela sua fragmentação e dispersão, coloca uma rude prova às capacidades de unificação corporal. O facto de esta prancha ser caracterizada por elementos dispersos pode evocar uma angústia de fragmentação em sujeitos sem capacidade de proceder a ligações.

• Rorschach em psicossomática

Tal como foi anteriormente referido, compreender o pensamento psicossomático implica perceber as relações que existem entre o corporal e o psíquico. Nas várias abordagens da psicossomática, o imaginário tem um papel fundamental. Em particular na concepção de Sami-Ali (1992), a importância do imaginário prende-se com o facto dos conflitos enfrentados pelo sujeito terem consequências em planos diferentes consoante são ou não levados em conta pelo imaginário. Por outro lado, a natureza do conflito também é determinante (Mendes Pedro et. al., 2001). No estudo do funcionamento psicossomático, Sami-Ali (1992) propõe que se considerem factores físicos bem como factores psíquicos e a ligação destes com o imaginário.

De acordo com esta concepção, deve avaliar-se se se está em presença de um recalçamento da actividade do imaginário, se existe ou não projecção, se o sujeito se inscreve numa adaptação às normas sociais, sem subjectividade, se é o corpo real ou o corpo imaginário que está em causa no sofrimento físico (Sami-Ali, 1992). Nesta concepção, o imaginário constitui-se em continuidade com o vivido subjectivo e em particular na relação com o outro. Assim, em psicossomática, a projecção não é apenas uma projecção simbólica, mas igualmente uma projecção corporal.

Os protocolos produzidos por pessoas que sofrem de doença física, reflectem habitualmente a projecção de um corpo real que é vazio de qualquer projecção simbólica (Mendes Pedro, op.cit.), por oposição a um corpo imaginário paradigma do referencial psicanalítico. No entanto, como referem Mendes Pedro et al. (2001), a análise de um protocolo da prova projectiva de Rorschach em psicossomática não pode ser interpretada recorrendo a um outro referencial que não leve em conta as dimensões referidas por Sami-Ali (1992).

A investigação tem revelado que os protocolos produzidos por sujeitos com doença física são extremamente pobres, quer no que diz respeito à projecção de conteúdos, quer no que diz respeito ao número de respostas produzidas. Isso não significa que estes protocolos possam ser considerados pobres. Muito pelo contrário. Uma análise efectuada a partir de um referencial psicossomático, revela que estes protocolos encerram uma riqueza surpreendente, na medida em que permitem, na maioria das vezes, aceder ao funcionamento do indivíduo e aos conflitos subjacentes a esse funcionamento.

Uma das chaves para a compreensão de um indivíduo com doença somática é o impasse, subjacente à sua vivência. Impasse que pode ser definido como um conflito que se revela insolúvel e que coloca o sujeito em risco de somatização. Mesmo que sejam ricos e variados os recursos psíquicos do indivíduo podem não lhe permitir resolver o conflito. Nesta situação, o recalçamento do imaginário torna ainda mais difícil encontrar uma solução pessoal (Mendes Pedro, op.cit.). O impasse pode tomar várias formas: pode ser circular, é o caso de um sujeito que quer resolver o conflito através de meios que mais não fazem do que colocá-lo no ponto de partida, até ao esgotamento. Pode traduzir-se por um funcionamento de tudo ou nada, em que nenhuma das alternativas constitui uma saída para essa situação. Pode ainda traduzir-se por uma fuga para a frente destinada a evitar o conflito, tendo como consequência o stress e todas as complicações que lhe estão associadas (Mendes Pedro et. al., 2001). A partir da análise do protocolo de Rorschach, inserido na história de vida do sujeito, é possível perceber qual a natureza do conflito e qual o impasse para essa pessoa.

Para Sami-Ali, a projecção é mais do que um simples mecanismo psicológico, coincidindo

sim com o próprio imaginário (Sami-Ali, 1990). A função do imaginário corresponde à transformação do vazio corporal em representações. A subjectividade é, assim, mediatizada pelo corpo próprio que constitui, ao projectar-se, um espaço, um tempo e um objecto.

Assim, os conteúdos obtidos através da prova projectiva de Rorschach, devem ser encarados como uma proposta de leitura corporal, e isto porque o corpo tem uma capacidade de projecção, através do espaço e do tempo, o que permite apreendê-lo (Mendes Pedro et. al., 2001). Desta forma, *“... as respostas dadas ao Rorschach tornam-se representações do corpo e a sua interpretação faz-se por meio de uma leitura do espaço e do tempo de percepção que é a prancha. A análise da organização do espaço e do tempo vai permitir decifrar o corpo tal como ele é vivido, ler como este funciona enquanto esquema de representação”* (Mendes Pedro et.al., 2001, p. 309).

A título de exemplo, os autores referem que a patologia do banal, na qual o sujeito se encontra organizado através de regras exteriores a ele ou, por outras palavras, o corpo, para conseguir cumprir o seu papel organizador, necessita recorrer a um quadro de referência exterior - o superego corporal. Neste casos, quando surgem respostas banais, ou cruas com conteúdos corporais, estas reflectem uma vivência sofrida do corpo real. Se pelo contrário, surgem conteúdos mais ricos e que fogem ao banal, verifica-se que o espaço corporal se transformou num espaço relacional, em que surge o corpo imaginário. Este processo revela uma subjectividade reencontrada. Nestes protocolos deve dar-se particular importância àquilo que não é cotado, isto é, aos comentários, pois estes assinalam uma adaptação falhada e o retorno do imaginário recalcado (op.cit.).

Na prova projectiva de Rorschach, a análise do tempo passa em primeiro lugar por apreender uma determinada tonalidade, quer esta corresponda a uma tolerância à regressão afectiva, - quando predomina a labilidade expansiva - quer corresponda a uma intolerância ao outro - quando o movimento se rigidifica e se imobiliza em tensão corporal agida sem poder criar movimentos imaginários (Mendes Pedro et. al., 2001). Desta forma, são reflectidos os ritmos corporais e relacionais, que podem ser harmoniosos ou estar em dissonância com o corpo próprio. Em casos extremos pode produzir uma rítmica exclusivamente mecânica, repetitiva e desencarnada. A temporalidade exprime-se numa relação a dois, e cada protocolo do Rorschach apreende este ritmo relacional de acordo com diferentes formas de funcionamentos em interacção com diferentes situações de vida (op.cit.).

Quanto ao espaço, verifica-se que cada prancha desta prova se constitui como um espaço de projecção que deve ser organizado pelo sujeito. Ora, como é no corpo que a dimensão espaço se encontra organizada, o espaço pode surgir nas respostas dadas claramente organizado ou,

pelo contrário, indiferenciada, e isto de acordo com o vivido corporal daquele sujeito. De facto, o dentro e o fora, em cima ou em baixo, à direita ou à esquerda, horizontal ou vertical, são indicadores espaciais que se projectam no corpo da prancha. Tal como é referido pelos autores, *“todas as respostas que contêm referência espaciais dão a dimensão do corpo tal como este é vivenciado”* (Mendes Pedro et.al., 2001, p.312).

2.3.3 Desenho da Figura Humana e Auto-Retrato

O teste do desenho da figura humana é um teste projectivo, que foi criado por Goodenough (Machover, 1978). O autor, ao criar este teste, defendia que a figura desenhada, representaria a própria pessoa que desenha, enquanto que o papel seria o seu ambiente. Esta concepção parte da noção de imagem corporal, e por essa razão este teste é habitualmente utilizado com o objectivo de estudar a percepção do corpo no espaço. Segundo a autora (op.cit.), a instrução a ser dada oralmente seria “Desenhe uma pessoa”, e posteriormente “Desenhe uma pessoa do sexo oposto”. Há no entanto variações na forma de aplicação deste teste e também na consigne a ser dada. Harris (citado por Machover, 1978), é um dos autores que, para além do desenho da figura humana, utiliza o Auto-Retrato como complemento da avaliação.

Neste trabalho, utilizou-se o Desenho da Figura Humana e o Auto-Retrato. No entanto, pelo facto de se tratar de um trabalho que adopta uma perspectiva psicossomática, tomou-se a liberdade de fazer algumas alterações ao modo de aplicação no seguimento de anteriores trabalhos (Santos, 1998). Apesar deste procedimento poder ser alvo de críticas metodológicas, pensou-se que seria importante não direccionar os sujeitos no seu acto de projecção, de forma a poder aceder ao imaginário e assim, obter resultados mais ricos. Assim, apenas foi pedido que desenhassem uma pessoa e depois disso que se desenhassem a si próprios, sem os condicionamentos de ter que desenhar uma figura de corpo inteiro. Deste modo, pensou-se que talvez surgisse material que pudesse levantar algumas hipóteses sobre o funcionamento destas mulheres, à semelhança do que sucedeu no trabalho anteriormente citado.

Capítulo III – Casos Clínicos

Apresentação

Apresentar-se-á de seguida os casos clínicos que foram analisados no âmbito deste trabalho.

Trata-se de mulheres que receberam tratamento para o Cancro da Mama num hospital central da cidade de Lisboa - Hospital de Pulido Valente, S.A.(HPV). Algumas destas mulheres começaram a ser acompanhadas no período pré-operatório, portanto, durante o internamento, enquanto que outras, tendo já sido operadas há algum tempo, foram sugeridas pelo médico assistente quando das consultas de follow up. As sessões levadas a cabo com elas, prolongaram-se, em alguns casos, por um período de dois anos. Foram realizadas sessões de cerca de uma hora cada uma, com uma periodicidade quinzenal e de acordo com a sua disponibilidade. O objectivo deste procedimento foi o de construir uma anamnese cuidada, e recolher informação sobre os aspectos referentes à doença e sua eclosão, à sua dinâmica afectiva, aos episódios mais relevantes da sua vida, e outros considerados importantes para este estudo. Estas sessões decorreram em locais sugeridos por elas, quando não em gabinetes de psicologia.

Caso I - Laura

Laura tem 39 anos de idade. Nasceu em 1964 numa cidade próximo de Lisboa, onde tem vivido até hoje. É divorciada e não tem filhos. Tem um curso superior na área das Belas Artes e é professora de Educação Visual e Tecnológica (EVT) do 2º Ciclo. Lecciona numa escola na localidade onde vive. Laura tem um carcinoma ductal invasivo da mama direita e foi sujeita a uma tumorectomia³ em 1999. Fez 30 tratamentos de radioterapia a seguir à intervenção cirúrgica e desde essa altura é seguida na Consulta Externa de Patologia Mamária do Hospital de Pulido Valente. Deve tomar Tamoxifene⁴ até Outubro de 2004, altura em que faz cinco anos do diagnóstico e subsequentes tratamentos.

Dados da observação

O contacto com Laura ocorreu na Consulta Externa quando aí se deslocou para uma consulta de follow up. Após a explicação do objectivo do trabalho, acedeu sem hesitações a colaborar. Nessa altura demonstrou uma atitude muito empática e disponibilizou-se para relatar o início e a história da sua doença, logo nesse momento. Emocionou-se muito, explicando que o ambiente hospitalar lhe traz sempre recordações muito fortes desse período da sua vida.

Laura é uma mulher bonita e muito atraente, de estatura mediana, bem constituída, com um aspecto muito cuidado, aparentando ser mais jovem do que a sua idade real. Transmite uma grande alegria e consegue estabelecer uma relação empática imediata. É muito expansiva, nunca demonstrou qualquer tipo de dificuldades em abordar os mais variados temas. Mantém o contacto visual durante as sessões e demonstra-se sempre disponível para participar neste estudo.

³ Extracção cirúrgica da massa tumoral.

Antecedentes pessoais (infância e adolescência)

Laura é filha única. O pai trabalhava numa companhia de seguros e a mãe era recepcionista num consultório médico. O seu pai já tinha sido casado por duas vezes antes de conhecer a sua mãe. Enviuvou do primeiro casamento, do qual teve um filho, 14 anos mais velho que Laura. Quando a mãe de Laura engravidou, os seus pais não se puderam casar porque o pai não se tinha divorciado ainda, apesar de já estar separado. A gravidez foi um acidente e Laura só nasceu por insistência do pai. Certa vez a mãe disse-lhe uma coisa que a magoou profundamente *“Se não fosse o meu pai eu nunca tinha nascido porque ela fazia um aborto”*. Quando Laura nasceu, a mãe teve um parto difícil que demorou muitas horas e Laura pesava mais de 4Kg. Chorava muito e não mamava do peito da mãe porque esta tinha pouco leite. Laura foi, então, amamentada por uma cigana que se encontrava no hospital e que também tinha dado à luz. Laura foi sempre filha de mãe solteira, uma vez que os pais nunca se casaram até à Revolução de 1974, o que constava do seu BI era filha de pai incógnito. Só nessa altura o pai a pode perfilhar, o que fez. Laura tem exactamente o mesmo nome da mãe, escolhido por esta, ao que juntaram o apelido do pai quando este a perfilhou.

Laura vivia com os pais e com o irmão. O pai era extremamente violento. Agredia violentamente a mulher e os filhos: *“Batia tanto, mas tanto que a minha mãe tinha que ser assistida por médicos. E eu vivi com eles até aos seis anos”*.

A mãe dizia que a primeira vez que o pai lhe bateu, Laura deveria ter três meses. A mãe contou-lhe que, nessa noite, Laura chorava se eles apagavam a luz e chorava se a acendiam. À terceira vez que tal ocorreu, o pai bateu-lhe de tal maneira que Laura ficou com o rabo e as pernas todas negras: *“A minha mãe contou-me que eu adormeci imediatamente e que ela chorou a noite toda.”*

Laura não tem boas recordações do irmão. Lembra-se de ele lhe agarrar as mãos com muita força e de a magoar. Tem na memória, uma certa vez em que os seus pais discutiam, e o irmão agarrou nela, levou-a para o quarto, sentou-a na cama e tapou-lhe os ouvidos para ela não ouvir o que se passava.

¹ Tamoxifene: trata-se de um tratamento adjuvante em casos de cancro da mama. É um anti-estrogénio, utilizado de forma rotineira nestes doentes, com ou sem antecedentes de quimioterapia, e no caso de haver presença de receptores para o estrogénio e a progesterona.

Laura recorda-se de passar tardes inteiras – ainda não andava na escola – a preencher cadernos com letras que o pai corrigia quando chegava a casa. Se ela não tivesse os trabalhos feitos, ele zangava-se. Sabe que tinha 4 anos e meio nessa altura porque ainda guarda os cadernos. Diz que estas não são memórias agradáveis. Laura não sabe o que é ir jantar fora com os pais, passar férias com os pais, ou fazer as coisas comuns que qualquer família faz em conjunto.

Recorda-se que após uma *“daquelas tarefas monumentais”* foram para casa da avó materna. Quando isso acontecia – quando o pai batia na mãe – Laura começava a arrumar os seus brinquedos numa caixa e ia à cozinha onde colocava talheres e panos dentro de sacos, porque achava que quando saíssem de casa eram essas as coisas que a sua mãe precisaria. Mas, refere *“Ao fim e ao cabo, quando aconteceu sairmos de casa, saímos com a roupa que tínhamos no corpo”*. Foram viver para casa da avó materna onde Laura sempre se sentiu a mais. Recorda a avó como sendo uma pessoa que não era *“...nem carinhosa nem amável”*.

Aos sete anos mudou de escola e durante três meses chorava todos os dias e queria voltar para a antiga escola, *“apesar da professora ser muito má”*. No fundo, tinha deixado tudo para trás, a casa, os amigos, os brinquedos, a escola, a professora. Contando este episódio a esta distância, Laura pensa que o que a fazia querer regressar para um local onde não estava bem, era a procura das suas referências.

Em casa da avó, Laura convivia com as primas, filhas da irmã de sua mãe. Mas Laura era a *Maria Rapaz* e respondia sempre à mãe e à avó. A mãe cortava-lhe o cabelo rente e as pessoas confundiam-na com um rapaz. Estas diziam-lhe: *“«Ah és igual ao teu pai.» E como a imagem do meu pai era muito negativa e muito violenta, sentia-me muito culpabilizada”*.

Depois da separação dos pais, Laura visitava o pai aos domingos de 15 e 15 dias. Ele ia buscá-la a casa da avó, iam para casa dele, e ela sentava-se num banquinho no quarto, enquanto ele via na televisão o programa “TV-Rural”. Depois almoçavam, ele dormia uma sesta e por fim iam jantar fora. Nesses jantares quer quisesse quer não, Laura tinha que comer uma canja, meio frango e uma mousse de chocolate. Invariavelmente: *“Era um tormento”*. Depois levava-a novamente a casa da avó. Laura detestava os domingos com ele. Foi assim até aos 14 anos. Às vezes o pai deixava de a ir buscar porque se zangava com a mãe. Quando Laura começava a sentir saudades dele, procurava-o, ia a pé até casa dele, e recorda-se de ir com uma angústia enorme, apesar de saber que ele não lhe faria mal. Retomava, então, as visitas. Depois de fazer 14 anos, Laura já tinha autonomia e podia procurá-lo quando lhe apetecia, em casa ou no escritório.

Durante a adolescência, diz que *“o meu estado normal era aborrecida. A minha mãe*

perguntava-me «*Laura, o que é que tens?*» e eu respondia «*Estou aborrecida*». Mais uma vez, olhando para trás, com os olhos de hoje, Laura refere “*Hoje, acho que não era aborrecida, o que havia era um conjunto de vivências passadas e presentes que me faziam ficar deprimida*”.

O único namorado que teve foi aos 18 anos, aquele com quem viria a casar. A mãe teve um certo peso nisso porque era muito controladora e conseguiu passar “*os proibidos todos*”: não podia fumar, não podia ir a festas, etc. Por outro lado, a mãe era adventista o que fazia com que Laura sentisse não só o peso de ter uma mãe solteira como ainda o peso da religião. No entanto, a igreja acabava por proporcionar coisas boas, como saídas para o campo e outras actividades.

Sempre quis ser professora primária. Conta: “*Lembro-me desde miúda de ir com o meu pai no carro e de olhar para as escolas primárias e pensar que era professora que queria ser*”. No entanto, desde o 9º Ano que quis ir para a área das Artes Visuais, o que ia contra a vontade do pai que preferia que ela seguisse Farmácia. Chegou a concorrer a Belas Artes mas não conseguiu entrar, o que considera um aspecto positivo porque “*O que eu gosto mesmo é explorar o potencial criativo que todos os miúdos têm*”.

Como não conseguiu entrar em Belas Artes, candidatou-se a dar aulas de artes visuais no Ciclo Preparatório, visto que tinha habilitações próprias. Gostou da experiência e decidiu que era isso que queria fazer. Como não havia na altura curso de professores do primeiro ciclo, candidatou-se ao curso de Professores Primários, na cidade onde vive. Depois de completar o curso, esteve quatro anos a dar aulas no primeiro ciclo. Concorreu então ao curso de professores do 2º Ciclo e ao mesmo tempo candidatou-se a uma colocação no estrangeiro. Foi seleccionada para os dois. Começou a tirar o curso e foi colocada em França a dar aulas por um ano. Quando regressou foi viver com a mãe: “*Quando vim de França fui-me muito abaixo. Acho que foi porque passei muito tempo isolada lá. Isso emocionalmente foi muito desgastante. Havia dias em que não tinha vontade de fazer nada. Pensava «Levantar-me para quê?»*”. Para sair desta situação Laura começou a tomar anti-depressivos. Entretanto, no curso de professores do 2º Ciclo escolheu Artes Visuais “*pelo espírito de estar sempre a inventar coisas.*” Passou então a dar aulas ao 2º Ciclo.

O pai

Sobre o pai não tem recordações muito nítidas. Lembra-se apenas de episódios. A única recordação positiva que tem dele, refere-se a um passeio na avenida principal da cidade, em que iam os dois a brincar. Na calçada, Laura só podia pisar as pedras azuis e o pai apenas as pedras brancas e tentavam empurrar-se um ao outro para não conseguirem. Recorda-se de 15 dias de férias que passou com o pai, durante as quais ele gritava-lhe tanto que Laura escreveu uma carta à mãe contando-lhe tudo e pedindo-lhe que a fosse buscar. Mas o seu medo era tanto, que no remetente escreveu uma morada inventada por receio que, caso a carta se extraviasse, o pai a pudesse receber e ler. Sobre ele diz: *“Não era por acaso que ele era o melhor amigo do chefe da PIDE. Usava sempre uma arma.”*

Tinha 25 anos quando o pai morreu. Há quatro anos que não falava com ele. Deixou de lhe falar aos 20 anos, porque ele tentou usá-la para atingir a mãe: *“E eu fartei-me. Disse-lhe «Eu tenho 20 anos e estou farta destas histórias»”*. Depois desta conversa que decorreu no escritório dele, Laura saiu sem a decisão formada de lhe falar. Mas um dia em que se cruzaram na rua ele não a cumprimentou e a partir daí se Laura o visse na rua mudava de passeio. Nunca mais se procuraram um ao outro. Não se consegue recordar da data da morte do pai: *“Foi em Janeiro ou Fevereiro. Olha! Desta data não me consigo lembrar! Foi um dia qualquer desses, não sei”*. Ela e a mãe souberam da morte dele porque a mãe passou diante da igreja onde ele estava a ser velado e alguém que a conheceu, chamou-a e disse-lhe. O pai morreu de edema pulmonar. Laura esteve triste um ou dois dias e depois passou.

A mãe

A mãe era uma pessoa muito alegre mas Laura sempre a considerou frágil e fraca porque nunca conseguiu fazer frente ao pai. A mãe confiou muito nela para tudo, sempre. Desde muito cedo que depositava em Laura a responsabilidade das contas bancárias, do pagamento de contas, etc. A mãe era uma mulher que gostava muito de conviver, saía muito aos fins-de-semana e tinha muitos amigos. Depois da separação, não teve relações com nenhum outro homem, excepto quando Laura casou. Foi quando a mãe adoeceu que Laura percebeu que a mãe não era fraca, pelo contrário, era forte pois nem toda a gente aguenta o que ela aguentou. A morte da mãe aconteceu no Verão de 1994, tinha 54 anos. Tinham passado 9 meses desde o diagnóstico a um tumor no estômago. A mãe começou por se queixar de dores muito fortes

que o médico dizia “*ser dos nervos*”. A mãe tinha consciência que não era isso que causava tais dores. Laura recorda que quando a mãe a foi visitar a França, no ano em que esteve destacada nesse país, já nessa altura apresentava queixas. O diagnóstico foi dado em Novembro de 1993. Foi operada em Maio (“*Acho que foi no dia 18 de Maio*”), porque um naturopata que consultou lhe disse que ela tinha que ser operada. Insistiu com os médicos e estes cederam. No entanto, limitaram-se a “*abrir e fechar*” porque já nada poderia ser feito cirurgicamente. A mãe percebeu a gravidade da situação, porque quando acordou da anestesia não tinha qualquer sonda colocada. Laura explica “*Isto é muito doloroso nestas doenças. É a sensação de impotência e frustração porque uma pessoa faz tudo, tudo, tudo, e o que vence é a doença, não somos nós*”. No entanto, após o diagnóstico a mãe deprimiu muito e manteve-se muito deprimida até à morte. Foi a primeira vez que Laura a viu deprimida. A partir daí, a mãe nunca mais sorriu, apesar de ter ainda uma réstia de esperança, que a fazia correr atrás de medicamentos naturais e de profissionais de medicinas alternativas. Depois da cirurgia é que desistiu mesmo de lutar. A mãe trabalhou até poder, e a filha evitou falar da doença até não poder mais. Foi a partir do momento em que percebeu a gravidade do seu caso que a mãe se tornou completamente dependente.

Depois de saber que o que tinha era grave, costumava dizer a Laura: “*Só tenho pena de te deixar a ti e à nossa menina [uma prima]*”. Laura conta “*A partir daí ela entregou tudo nas minhas mãos*”. Sobre a mãe diz que “*Sempre a vi com muita energia, com muita força, dinâmica*” e que “*Tinha orgulho nela*”.

Conta que “*Eu à frente da minha mãe não chorava, mas quando ficava sozinha, lembro-me que as lágrimas caíam, caíam*”. A mãe fez quimioterapia: “*Isso é que foi horrível*”. Recorda-se de um dia depois da mãe ter tomado banho, de ter apanhado todo o seu cabelo que tinha ficado na banheira, sem que ela visse.

Durante este período, viveram juntas até vésperas de Natal em casa da mãe. Nessa altura, a mãe mudou-se para casa da irmã, porque Laura já não conseguia tomar conta dela sozinha e esta precisava de estar sempre acompanhada.

Por fim, quando a mãe já estava no hospital, Laura lembra-se que quando a ia visitar, esta fazia questão de a acompanhar sempre à porta da enfermaria e ficava a dizer adeus até que Laura passasse a porta do corredor. As outras doentes da mesma enfermaria, contaram-lhe depois da sua morte, que depois de Laura sair, a mãe voltava para a cama e chorava convulsivamente. Antes de morrer a mãe pediu desculpas a ela e à avó por qualquer coisa que pudesse ter feito de errado. Laura explica que em relação à mãe “*Sempre senti que se calhar se eu não tivesse existido, ela era mais livre. Porque ela sempre teve o peso de me educar e*

de viver para mim". Em relação à morte da mãe refere que *"não há um dia que passe que não sinta a falta dela"*. Considerava-se muito próxima da mãe precisamente porque esta era a pessoa mais próxima que tinha e por essa razão sente tanto a sua falta. Acrescenta: *"O pior que aconteceu na minha vida foi a morte da minha mãe"*. Ficou muito deprimida com esta perda, a tal ponto que teve de tomar anti-depressivos, novamente.

Após a morte da mãe, mudou de casa, e na casa nova sentia muitas dificuldades em adormecer. Lembra-se que ficava acordada à janela a olhar para os prédios da cidade e contava quantas janelas tinham as luzes acesas. Ao olhar para esses pontos luminosos pensava que não era a única que não conseguia dormir.

Acontecimentos relacionais marcantes

Aos 18 anos conheceu o seu primeiro namorado (A), com quem viria a casar aos 21, ainda frequentava o 12º Ano. Quando se conheceram, A tinha 23 anos e era um jovem yuppie⁵, extremamente responsável e a quem não faltava nada. Laura descreve A *"Era uma pessoa extremamente prepotente."* Considera-o uma pessoa que a protegia e que resolvia tudo na sua vida: *"Naquela altura era muito bom, mas depois sufocou-me, porque aos 24 anos, não sou a mesma que aos 18. A pessoa cresce"*. Era a imagem do equilíbrio, da organização, do sucesso, da protecção. Aliás, a primeira impressão que teve quando o conheceu foi de segurança. No entanto, acrescenta sobre o facto desta ser a sua primeira relação afectiva: *"Eu sabia lá o que é que era o amor, o que é que era uma relação com o sexo oposto. Confundia tudo"*. Mas, reconhece que a relação não era de amor: *"Chegava ao fim do dia e não me apetecia abraçá-lo, beijá-lo."* A relação consistia numa super-protecção da parte dele, desmedida. Mas descreve-o com as seguintes palavras: *"Foi o pai que nunca tive"*. Quando casou e foi viver para casa dele, nunca sentiu que essa fosse a sua casa, como sentia em relação à casa que partilhava com a mãe. O divórcio aconteceu na sequência de um aborto. Laura engravidou inesperadamente. A vida sexual do casal *"... não era nada. Nunca senti desejo por aquele homem."* E Laura já não tomava a pílula há algum tempo. Ele não quis tomar outras precauções e aconteceu a gravidez. Quando numa consulta a que foram os dois, a gravidez foi confirmada, o marido reagiu muito mal e deixou-a sozinha em Lisboa. Quando chegou A regressou a casa, arrumou toda a roupa em malas e saiu. Passados dois dias sem

⁵ Jovem executivo, profissionalmente bem remunerado, e que gasta os seus rendimentos em artigos de luxo e actividades caras (Houaiss, 2002).

notícias, Laura telefonou-lhe e ele disse estar a pensar divorciar-se. Ela concordou. A decisão de fazer o aborto foi dos dois. Aconteceu há 14 anos, numa data que *“nunca vou esquecer”*. Ele tratou de tudo, arranjou o local, fez a marcação e acompanhou-a juntamente com a sogra. Em relação à sua mãe conta que *“A minha mãe nunca me apoiou, mas eu compreendo porque ela sempre me criou sozinha. A minha sogra tratou-me sempre com muita frieza, também não me apoiou.”* Não teve qualquer apoio, ninguém que a incentivasse a seguir em frente com a gravidez. Na altura pensou que essa era a melhor solução até porque emocionalmente não se sentia preparada para ser mãe. Pensava também que *“Como fui criada só com a minha mãe, eu sei as dificuldades que ela teve.”* Sobre a interrupção da gravidez refere *“Isso é uma situação que eu achei que nunca ia passar por ela.”* E que *“Se eu soubesse o que ia acontecer no futuro, se calhar nunca tinha feito isso.”* Lembra-se deste episódio com *“mágoa e com tristeza”*. Mas diz que *“o meu tipo de trabalho como é com crianças, ajuda. Porque há sempre uma compensação afectiva”*. Quando se divorciou, Laura estava ainda a estudar no curso de professores primários. Decidiu ir viver para a casa onde tinha vivido com a mãe, casa essa que estava vazia. O ex-marido fez obras de remodelação porque a casa era antiga e estava desabitada e Laura mudou-se para lá. Esteve lá sozinha até ao último ano do curso quando a mãe foi viver com ela novamente. Enquanto fez o curso, o ex-marido deu-lhe uma pensão. Com a separação, Laura sentiu-se perdida sem saber o que fazer. Conta que foi difícil, principalmente porque passado um mês ele já estava com outra pessoa. Nunca achou que a forma como se separaram fosse correcta. Sentiu-se muito magoada pelas circunstâncias em que ocorreu o divórcio. No entanto, admite que com o divórcio *“Foi como nascer novamente”*.

Passados alguns anos sobre a separação, o ex-marido diz-lhe que *“Se não tivesses feito o aborto eu não me tinha separado de ti”*. Laura desabafa que *“Com o meu pai e com o A aprendi que o nunca e o sempre não existem”*.

Laura teve outras relações afectivas entretanto, que após algum tempo terminam. No entanto, de uma forma geral fica sempre a amizade com os ex-companheiros e com as famílias deles. Normalmente não fica muito tempo sozinha. Ou sente-se muito deprimida ou salta rapidamente para outra relação.

Quando surgiu a doença, Laura namorava com B mas estava insatisfeita com a relação. O namoro terminou entretanto.

A doença

Em 1999, numa consulta de rotina de ginecologia o médico que, por norma não fazia palpação das mamas, nesse dia resolveu fazer. Detectou um nódulo e mandou-a fazer uma mamografia: *“Foi pura sorte. É por isso que eu acredito em Deus”*. Laura não fazia este exame há dois anos. Por norma fazia uma mamografia de controlo todos os anos porque quando tinha 19 anos retirou cirurgicamente um fibroadenoma⁶. Desde essa altura recorda que quando tomava banho e passava com a mão nessa primeira cicatriz pensava *“Oxalá que isto não seja nada”*. Acrescenta *“Era um pensamento inconsciente”*.

Depois de detectado o nódulo, o ginecologista encaminhou-a para um especialista da Maternidade Alfredo da Costa, onde fez uma mamografia. Este especialista disse-lhe para marcar uma consulta no seu consultório, onde lhe revelou o resultado da mamografia. Laura sentiu-se enganada. Se era só para lhe dizer o resultado poderia tê-lo feito na Maternidade. No dia seguinte encontrou uma amiga que já não via há anos. A amiga achou-a em baixo e Laura explicou-lhe a sua situação. Foi esta amiga que a pôs em contacto com o Dr. M (o seu médico actual). A partir daí tudo correu bem. Sentiu confiança no médico. Diz que ele lhe explicou a situação, os procedimentos a partir daí e as probabilidades sobre os passos seguintes a tomar. Ainda hoje lhe faz todas as perguntas que lhe passam pela cabeça porque ele tem muita paciência para lhe explicar tudo e tirar as dúvidas que vão surgindo. A principal informação que o Dr. M lhe passou, foi que esta doença não significa uma sentença de morte. Porque na realidade, existem vários tipos de tumores, várias fases de desenvolvimento e os tratamentos actualmente são muito eficazes.

No início, e principalmente porque tinha vivido todo o processo de adoecer e morte da mãe, foi muito complicado pensar que tinha cancro. Para ela cancro significava aquilo por que a mãe tinha passado. Foi o Dr. M. que lhe explicou que não era assim.

Refere que quando foi internada para fazer a biópsia⁷ *“A primeira vez, eu sentia-me tão bem que eu pensava se era ou não cancro”*. Dos primeiros tempos após o diagnóstico Laura descreve assim a doença *“É muito estranho, mas é viver uma situação que parece que não é real”*. Antes de ser operada, Laura contou a sua situação a um amigo que tinha conhecido pouco tempo antes e que estava a ser muito importante para ela. Ele aceitou a situação e depois de terminar com B (o homem com quem estava na altura), começou a namorar com C.

⁶ Tumor benigno glandular com um componente fibroso.

⁷ Colheita de fragmento de um tecido ou órgão para análise anátomo-patológica.

Esta relação decorreu em simultâneo com a doença e Laura refere que *“Foi Deus que o pôs na minha vida. Esteve enquanto foi necessário e depois foi embora”*. Durante todo este tempo C deu-lhe todo o apoio. C acompanhava-a 24 horas por dia, esteve sempre com ela durante o internamento, ia com ela às consultas, fazer o penso, ao qual assistia. Teve um papel importante na sua vida: *“O Dr. M. e o C foram duas figuras muito importantes para mim. Foi o apoio certo no tempo certo”*.

Quando Laura começou a fazer radioterapia, C decidiu ir para Itália fazer um curso e ela teve que suportar os tratamentos todos sozinha: *“Foi isso que me deitou abaixo”*. Foi este o período mais difícil, mais ainda do que a cirurgia *“Foi porque eu estava bastante deprimida e como eu estava deprimida, estava fragilizada”*. Recorda que não era o facto de ir fazer os tratamentos, era o ambiente que se vivia na sala de espera, com muitas pessoas, com variadas doenças e em diferentes estádios *“Revivi a história da minha mãe só que reflectida em mim”*. Lembra-se da revolta que sentia quando as pessoas se despediam com um *“Então até amanhã. E as melhores”*. Lembra-se de pensar *“Melhoras de quê, se eu não me sinto doente”*.

C nunca se apercebeu disto e segundo Laura nem tinha que se aperceber. Telefonava-lhe todos os dias de Itália e quando regressou as coisas entre os dois estavam bem. Mas passada uma semana C resolveu terminar o namoro porque não estava apaixonado por ela. Sobre C, Laura diz que *“Planta um jardim espectacular de flores, mas depois esquece-se que as plantas têm que ser regadas (...) Emocionalmente também tem os seus desarranjos”*.

Quando terminou esta relação, Laura pensou que podia morrer *“C sempre foi uma pessoa muito próxima e muito solidária comigo. (...) Dei conta que tinha desenvolvido uma relação de grande dependência com ele”*. Aliás, sobre este período em que surgiu a doença diz mesmo que *“É incrível mas a ideia que tenho é que fui feliz apesar de tudo”*. E isto porque *“Tinha um homem ao meu lado de quem gostava muito e que também gostava muito de mim. Nunca senti isto por mais ninguém”*.

História actual

Uma das relações mais significativas foi com D. Conheceu-o há cerca de 3 anos no café que ambos frequentavam. Começaram a conversar e a sair juntos. D tem um passado de toxicodependência de drogas e álcool. Na altura em que se conheceram, D tinha feito uma desintoxicação numa comunidade terapêutica e encontrava-se bem. Laura refere que quando o conheceu, este transmitiu-lhe, tal como o seu ex-marido, uma imagem de segurança que a cativou. Justifica-o, afirmando *“Tem que ver com a infância que eu tive.”* Esta relação teve a duração de ano e meio, mas na realidade Laura sente que se prolongou por mais tempo. Isto porque durante o último meio ano comportou-se como se D pudesse voltar a qualquer momento. Esta relação caracterizou-se por uma grande inconstância e por agressões mútuas, algumas vezes físicas. Ao fim de uma semana de namoro, tiveram logo problemas. Se de manhã estavam zangados e D saía de casa, como se já não tencionasse voltar, à noite regressava como se nada se tivesse passado. D estava sempre a ir embora, acabava tudo, mas voltava sempre. Ao fim de algum tempo, inverteu-se a situação e era Laura que ia atrás dele quando ele resolvia ir embora. D tratava Laura com muita arrogância e ela sentia-se humilhada com isso. Por outro lado, fazia planos futuros que não conseguia cumprir *“Era uma relação de dependência”*. Um dos resultados indirectos desta relação foi que Laura começou a ser seguida numa consulta de psicologia de apoio a familiares de toxicodependentes. Entretanto a relação acabou mas a terapia de Laura continua. Por esta razão, Laura demonstra esta capacidade de compreender e analisar aquilo que se passa com ela. Uma das vezes em que ele saiu de casa, Laura mudou-se para uma casa nova que tinha comprado entretanto, e não o procurou mais porque decidiu que não queria levar complicações para a sua casa nova. Ele também não a procurou. Recentemente, Laura resolveu telefonar a D para poder esclarecer com ele tudo aquilo que a incomodava, numa relação que segundo ela, ficou pendente. Este reencontro serviu para terem uma conversa definitiva que significou o fim da relação para Laura. Depois disso ficou muito deprimida. A sua relação com o D terminou no mesmo mês da morte da sua mãe e isso contribui para que este seja um período em que se sente muito em baixo. Refere que, na verdade ainda não tinha feito o luto, apesar de dizer que foi fazendo vários lutos com as decepções que ia sofrendo. Sobre esta relação diz que sente-se *“frustrada por não ter conseguido tomar conta dele”* e porque também sabia como reagia com ele, desde agressões físicas a psicológicas. Explica *“é uma pessoa muito sofredora e isso mexe muito comigo”*.

Até há pouco tempo, as férias eram um período muito difícil para ela porque fica muito tempo em casa, numa casa vazia. Quando chegava a casa às 18h/18h30 pensava no que é que ia fazer nesse tempo todo.

Quase cinco anos após o diagnóstico, Laura sente-se mais tranquila quanto ao adoecer e aos pequenos sinais que por vezes o seu corpo vai dando. Consegue conter a ansiedade e, passado o primeiro momento, perceber que as alterações corporais não significam mais do que isso.

Agora sente finalmente que a psicoterapia está a ter efeitos permanentes dentro dela. Não anda tão ansiosa, está mais segura de si e sente-se mais forte. Em relação ao facto de estar sozinha, Laura refere que *“Há uns anos atrás tinha uma grande ansiedade por ter uma família, um contexto familiar. Com esta relação que eu tive com o D e com a terapia, essa ansiedade acabou.”* Sente a falta de uma vida familiar mas apercebe-se que as pessoas à sua volta também não estão bem, apesar de serem casadas e terem filhos. Quando pensava em ter um filho com um homem, gostava de ter um rapaz, mas quando pensa agora nisso diz que preferia uma rapariga porque foi essa a realidade que sempre conheceu. Vários homens com quem se relacionou quiseram ter filhos dela, mas como Laura diz *“Não senti nunca segurança nesses relacionamentos para fazer isso”*. De qualquer forma, esse projecto está adiado até fazer cinco anos a tomar tamoxifene, que terminará quando fizer 40 anos. Associa sempre o ter filhos à interrupção da gravidez: *“essa é uma situação que eu achei que nunca ia passar por ela”*. Nesse sentido, incomoda-a pensar em ter filhos: *“Se eu soubesse o que ia acontecer no futuro, se calhar nunca tinha feito isso”*.

Recentemente aproximou-se novamente da família do ex-marido – *“os laços não se quebraram”* - e convive regularmente com a cunhada e os filhos desta. Fala sobre esta nova fase da sua relação com a família do ex-marido dizendo que *“A aproximação aos miúdos da família foi complicada porque penso que o meu filho podia ser primo deles.”*

Mudou mais uma vez de casa (há cerca de dois anos) e finalmente encontrou um espaço em que se sente bem. Por outro lado, retomou um projecto antigo e lançou um atelier de tempos livres para crianças.

Laura convive frequentemente com os seus amigos e tem conhecido vários homens por quem se tem interessado, mas que ao fim de algum tempo decide que não quer aprofundar a relação com eles. Sente-se mais selectiva e refere que antes de fazer psicoterapia *“Eu não era fácil. Era preciso uma pessoa muito estruturada para me aturar”*. Para ela sempre foi difícil estar sozinha, mas finalmente começa a conseguir fazê-lo, o que atribui também à terapia. Sempre teve muitas dificuldades em acabar as relações mesmo quando já tinha percebido que estas

não iam a lado nenhum. Sempre sentiu medo do abandono e medo da solidão. Agora, não. Parte de si a iniciativa de clarificar as situações que não lhe agradam.

Há medida que vai avançando na idade, Laura pensa que as pessoas tornam-se cada vez mais complicadas. Deviam procurar um equilíbrio sem cair em extremos. Desde que está em terapia, que se apercebe que a capacidade introspectiva é muito importante e já não tem tanta paciência para pessoas que lhe parecem desequilibradas. Agora diz *“Eu gosto de mim. Há momentos e alturas em que não”*. Esses momentos são, por exemplo, quando se exalta.

Apesar de não ter religião, Laura conta que *“Eu cresci só com a minha mãe e ia à Igreja (Adventista). E não tenho religião, mas acredito em Deus. Acredito porque há coisas que eu não tenho explicação para elas.”* Por exemplo, ter conhecido o seu médico assistente é uma dessas coisas a que atribui muita importância.

Laura não mantém uma relação de proximidade com a família da mãe com quem cresceu. São pessoas completamente diferentes dela e não têm interesses nem nada em comum. Não conta com o apoio delas quando precisa. Para isso tem amigos de longa data.

Laura gosta muito do Outono, mas também da Primavera, *“Gosto daqueles dias em que o ar está assim, não está muito pesado”*. Gosta mais do Inverno do que do Verão porque no Inverno as roupas são mais confortáveis, tudo é mais confortável, a sopa quente, o leite quente: *“Gosto de pensar que vou lá abaixo ao café e vou beber chá. Quente. Sabe-me bem”*. Acrescenta *“Acho que gosto mesmo é do Outono. Aquela mudança de estação. Mas a Primavera, aqueles dias claros e quentes, o renovar. No fundo é isso, é o renovar”*.

Imagem Corporal

Depois da cirurgia, ainda sente um vazio quando apalpa o seio, apesar de quem não souber não notar qualquer diferença. Conta que *“Em relação a isto que me aconteceu [o cancro] eu dou comigo a olhar para o espelho a ver se este está mais pequeno que o outro. No dia-a-dia não me perturba. Mas quando me visto estou sempre a ver”*. Quando se baixa, por exemplo, olha sempre para o decote para ver se se nota. Sente um vazio. Nos primeiros tempos após a cirurgia conta que *“Só de olhar para a minha imagem no espelho transtornava-me. Agora já não”*. Explica que ficava perturbada porque sentia-se como se tivesse um defeito *“Sentia-se defeituosa. Não me sentia bem com esta minha imagem. Não gostava”*. Antes quando gostava não ligava.

Depois de começar a tomar o Tamoxifene, começou a sentir os efeitos secundários do medicamento. Passados três meses começaram os afrontamentos. Ao fim de oito meses, começou a engordar, a engordar. Agora tem uma vida sedentária e está mais gorda. Sente-se pesada e parece que perdeu a agilidade. Sempre foi magrinha e gostava de ser assim. Por outro lado, gosta muito de comer, tira prazer disso e não gosta de fazer dietas. É difícil quando se gosta de comer, pensar em restrições. Nunca consegue levar muito longe as intenções de fazer dieta. Quanto a praticar desporto diz que é muito preguiçosa. Nunca praticou nada com assiduidade, uns meses na natação, uns meses na ginástica e acabava por desistir. Aos 23 anos não gostava de usar calções porque achava que tinha celulite nas pernas. Outra das coisas que lhe desagradam é o facto de ter muitos pelos. Nunca gostou disso. Também com o Tamoxifene isso piorou.

Na pré adolescência, confundiam-na com um rapaz porque Laura usava cabelo muito curto. Enquanto que as suas primas já tinham peito, Laura não tinha e os adultos gozavam muito com ela. Na praia, enquanto que as primas usavam soutien, ela não usava porque não precisava. Sempre achou que tinha um peito muito pequeno e muito feio. Conta que *“estas coisas com o lado feminino”* sempre foram muito complicadas.

Durante a adolescência achava-se horrível, muito feia *“Na adolescência achava que era tão feia, tão feia... Não gostava de mim”*. Aos 17/18 anos mudou, e começou a gostar. Foi quando arranjou um penteado com franja para tapar as sobrancelhas. Só de há três anos para cá é que deixou crescer o cabelo. Agora já não se consegue imaginar novamente com franja.

Ritmos biológicos e corporais

Laura teve a menarca aos 12 anos. Apareceu, esteve uns tempos sem aparecer e depois apareceu de vez. Começou a ser regular e foi sempre regular. Mas *“Quando comecei a ser menstruada era um desassossego para mim. Ter de usar pensos, ter de usar soutiens”*. Nunca teve dores. Só em três ou quatro ocasiões é que se lembra de ter tido dores muito fortes. Uma delas deve ter sido entre os 18 e os 21 anos. E outra aos 23 pois já era casada.

A única vez que desregulou o ritmo da menstruação foi numa “situação de choque”, quando um ex-namorado lhe fez uma espera à porta de casa, não a deixava fechar a porta, ameaçou bater-lhe e chegou mesmo a bater num amigo que estava com ela.

Laura é diurna *“sou do dia. Ainda ontem deitei-me eram 10h da noite”*. Refere que se não dormir 8h por noite *“já não estou a 100%”*. Gosta de dormir mas só dorme à noite. Às vezes

a seguir ao almoço “*dá-me uma quebra*”, mas não faz sesta. Gosta de se deitar cedo e de se levantar cedo e sempre foi assim.

Sonhos

Laura nunca se lembra dos sonhos. Sabe que sonha porque às vezes acorda de noite e percebe que esteve a sonhar, mas de uma forma geral, nunca se lembra. No entanto, acrescenta: “*Há alguns sonhos que eu me lembro perfeitamente e depois como são mais significativos para mim, faço um esforço para me lembrar deles durante o dia.*” Afirma ainda que por vezes pensa em ter um lápis e um papel à mão para escrever os sonhos, “*porque a minha terapeuta também me pergunta e eu não me lembro. Às vezes gostava de lhe contar. Mas não é por mim*”. Quando se lembra dos sonhos diz que “*os sonhos têm que ver com o que eu estou a viver, com situações que eu estou a viver. É uma versão diferente.*”

Após a morte da mãe, Laura lembrava-se dos sonhos com maior frequência do que seria habitual nela. Sonhava todas as noites com a mãe e não percebia se ela tinha morrido ou não. Às vezes acordava a chorar. Também após o diagnóstico da sua doença isso acontecia. Sonha sempre com a mãe doente.

Conta um sonho em particular, em que estava deitada na cama e “*era como se estivesse fora de mim*”, quando olhava para si própria via o rosto da mãe. Mas tinha o sentimento que, ao contrário da mãe, iria sobreviver à doença. Laura pensa que isto tem que ver com a sua própria doença e com a confusão que às vezes faz com isso. Refere que este sonho era como que um sonho dentro do sonho, pois ela sabia que não era verdade, que a mãe não estava ali com ela, mas era como se sentisse isso.

Outro dos sonhos que recorda, Laura lembra-se de sentir uma angústia enorme e muitas saudades da mãe, e uma grande culpa porque já não a ia ver há muito tempo. E foi até à casa onde viviam e quando olha para a janela vê a mãe atrás dos vidros, com um ar doente, com um lenço na cabeça e de robe. E depois começou a cair, a cair e acordou muito angustiada.

Noutro dos sonhos, sente-se culpada porque não lhe telefona há já muito tempo, lembra-se de pensar no sonho “*eu telefono a tanta gente e à minha mãe não telefono*”. E a angústia é tão grande que lhe telefona e quem atende é um homem que lhe diz que a mãe morreu. Sentiu uma grande angústia a acordar e só passado algum tempo, percebeu que era um sonho. Estes sonhos ocorreram já depois do diagnóstico da sua doença e “*não eram bem pesadelos*”.

Recorda-se ainda de um pesadelo que teve depois de ter feito o aborto. Sabe que via um carro e havia alguém pelo meio o que a incomodava muito. Mas não consegue lembrar-se de mais nada sobre este pesadelo.

Um dos sonhos que marcaram Laura deu-se durante uma recente viagem à Índia. Sonhou com D e nesse sonho o ex-namorado estava numa rotunda da cidade onde vivem, parado com o carro avariado e com o capot aberto. Laura tem a sensação que aquele seria um momento de ruptura entre os dois, mas quando ela o encontra ali fica tudo bem. Laura comenta que este sonho é provavelmente o desejo que sentia, naquele momento, de retomar aquela relação.

Por vezes acorda a rir ou a discutir.

O Tempo

Começou a namorar o seu ex-marido no dia 16 de Abril de 1983. Lembra-se da data porque foi no aniversário de uma amiga sua. Em 1986 casaram.

Laura afirma que sempre se soube localizar no tempo: *“Sei-me localizar muito bem no tempo”*. Por vezes recorre a acontecimentos importantes. Por exemplo, sabe que a doença foi diagnosticada depois da morte da mãe e no início do ano lectivo. Sabe que determinado acontecimento aconteceu antes ou depois de situações específicas e com um significado especial na sua vida. Como é professora diz que *“o ano para mim começa em Setembro”* e geralmente nas férias arruma todos os documentos, toda a papelada para poder dar início a um novo ano.

Conta que na sua vida, os acontecimentos importantes acontecem de cinco em cinco anos: *“Em 1989, o divórcio. Em 1994 morre a minha mãe. Em 1999, acontece-me isto a mim”*. E agora em 2004, o que irá acontecer?

Rorschach – Laura

Prancha I			
10'' ^	Um bicho. Faz-me lembrar um bicho. Com duas garras aqui mesmo Um besouro. Acho que é isso. Parece que tem poeiras em cima das asas e está a soltar-se. É o que isto me parece. Um besouro.	Faz-me lembrar assim uma crisálida, um besouro, um bicho desses (G). Aqui são as asas (D superior). Tem as asas enormes. Mas as asas são abertas, têm furos aqui (Dbl). Não sei se são furos ou manchas.	G F ⁺ A Ban □ Kan
41''			
Prancha II			
15'' ^	Não sei. Quando olhei para isto, isto parece-me uma flor.	Pela forma (D inferior vermelho). Parece-me um antúrio, uma estrelicia ou um antúrio. Parece-me um antúrio, mas depois tem vários....	D CF Planta
	Isto parece-me um caminho a perder de vista com uma construção ali ao fundo.	(Dbl) construção ao fundo	Dbl/D EF Nat
> v < ^	E depois, isto é estranho. Faz-me lembrar os pulmões.	D inferior vermelho	D FC Anat
	Aqui ao lado, imaginando que isto é um caminho, isto parece vegetação densa. Isto é simétrico.		D F ⁺ Nat
> ^			
	Isto assim parece mesmo a Torre Eiffel, assim aqui. Tem ar de construção. Em direcção ao céu.	Dd cinzento interior. Na vertical.	Dd F [±] Obj
<	Quando olho a parte branca, isto assim faz-me lembrar uma raia.	Dbl. Mas isto o que me faz lembrar é um caminho. Tem aqui a cabeça, o corpo e o rabo vai para ali.	Dd F [±] A
^	Visto assim é um caminho que vai estreitando, estreitando e que ao fundo tem uma construção.	R.A- E esta parte aqui dentro da flor, há bocadinho não me lembrou nada, mas agora parece-me uma fotografia do sexo de uma mulher. O interior. (D CF Sex)	
2'10''			

Prancha III 15" ^ ^ > < v v > ^ v 4'02"	É estranho que isto parece-me duas figuras masculinas, mas depois parece que calçam sapatos de salto alto e têm peito como as mulheres. Não percebo se são homens ou mulheres. Mas de início parece-me duas figuras com as mãos dentro de qualquer coisa. Assim, que engraçado! Parece um bicho. Com os olhos muito grandes, pretos. Com as garras aqui, com os dentes ali afiados. Assim parece-me duas figuras masculinas, mas depois tem coisas que me fazem questionar, tem sapatos de salto alto, têm peito, mas têm cara de animal, um focinho de animal. Assim é um bicho. Mas depois vejo outras coisas. Vejo assim duas figuras, só que em vez de estarem de frente estão de costas. Duas figuras de raça negra, não têm cabelo ou então está muito rente. Com os braços para cima a apontarem um para o outro.	São estas partes aqui. Aqui as pernas, aqui os sapatos, aqui o peito e ao mesmo tempo cabeça de animal. Olhos (D inferior). Parece os tentáculos do bicho com umas garras aqui na ponta (D inferior lateral cinzento claro). R.A – Parece um bicho com um laço às costas. Uma carocha. A carocha está com as costas brancas e com um laço. Para além do bicho com os dentes afiados (D inferior) fininhos. (G F - A) □C A cabeça (D inferior) O corpo (D central) Os braços (D lateral) R.A – Isto aqui (D superior vermelho) só me faz lembrar um pingo de sangue. Parece que não tem ligação com o resto. Isolado do resto. (D CF Sangue)	G F + H Ban G F - A □ Clob G K H Ban
---	--	---	---

Prancha IV			
12"	Isto parece-me assim a cabeça de um carneiro ou de qualquer animal que tem assim os chifres. Só que em vez de apontarem para a frente, estão dobrados para baixo.	A cabeça (D superior) Os chifres (D lateral superior). A cabeça como se estivesse espalmada.	D F ⁻ Ad
^			
^v > ^ < v	É isso. Parece uma pele daquelas peles curtidas – acho que é assim que se diz – quando se tiram as peles aos animais e que está assim aberta ao meio. É isso que me parece.	É como se o corpo do animal estivesse todo esticado. (G) Com os tais chifres dobrados para baixo. Quando olho assim parece com uma pele. Se eu pudesse lá mexer era macio. E aqui não (os chifres), é osso ou rijo. Os chifres parecem qualquer coisa dobrada, seca, murcha.	G F E A
2'02"			

Prancha V			
6"	Isto assim parece um morcego, com as patas e as orelhas e as asas abertas. Faz-me tanta impressão os morcegos. Detesto os morcegos.	O todo é um morcego (G). As patas (D inferior) As orelhas (D superior)	G F ⁺ A Ban
^			
^ > v <	Assim parece uma gaivota a voar. Parece quando tem o bico aberto e fazem aquele cantar. Uma gaivota a voar	O que é patas parece o bico de uma gaivota (D inferior).	G Kan A Ban
	Se fosse só assim (tapa os D laterais) era um coelho.		D F ⁻ A
	Mas Quando olho vejo um animal e é uma gaivota.		
^	Só vejo animais.		
	Aqui podia ser um crocodilo. Ou tipo um cão. Agachado.	Com a cabeça junto às patas dianteiras esticado para a frente (Dd lateral)	Dd F ⁻ A
	Só vejo animais nisto		
1'55"			

Prancha VI			
46'' ^ >	Isto assim de lado, faz-me lembrar uma paisagem que se reflecte depois na água.	É a forma global (G).	G F - Paisagem
>	Mas aqui esta parte faz-me lembrar uma cobra, que logo a seguir à cabeça parece que tem guelras como os peixes, barbatanas ou lá o que é isso.	D superior	D F + A
^	Isto faz-me lembrar também um bicho. Os tentáculos. Os olhos e os tentáculos.	Os tentáculos (Dd inferior cinzento claro). Só vejo a cabeça e os tentáculos e os olhos do bicho. Mais nada. (Os olhos) duas bolinhas aqui (Dd inferior no meio)	D F - Ad
^	É estranho, mas isto também me faz lembrar o sexo de um homem. Esta parte aqui.	D superior.	D F + Sexo
	Não vejo mais nada.		
2'35''			

Prancha VII			
18'' ^ < ^	Parte desta imagem fazia-me lembrar um mapa, um hemisfério.	É o todo (G).	D F - Geog.
	Mas faz-me lembrar duas mulheres. Duas mulheres a olharem uma para a outra, com um chapéu, um adereço Qualquer que levanta.	Uma cabeça de uma mulher (D superior). Esta parte será o nariz e a boca. Depois esta parte (D superior) é um chapéu. E aqui (D médio) é pescoço e o corpo. Parece que tem o braço levantado na direcção do ombro, parece que estão apontando para alguma coisa. Só vejo o braço, não vejo a mão.	D K H Ban
√	E assim, parece-me o corpo das mulheres, em vez de ser o corpo da mulher parece um animal que tem uma tromba. Não parece o corpo de um elefante, mas ao mesmo tempo parece um animal que tem uma tromba. Não parece mais nada.	Uma tromba (D central). A mancha branca é o olho que tem uma pintinha	D F + H Ban
^ √ >			
1'56''			

Prancha VIII			
10"	Isto aqui de lado, esta parte vermelha, vejo um animal que tem as patas traseiras assentes no chão e depois as patas dianteiras, uma está assente no chão e a outra está a esgravatar qualquer coisa.	D lateral rosa. Pela forma.	D Kan A Ban
^	Parece um urso. Um urso grande.		D F ⁺ A Ban
∨	A parte de cima parece um casaco. Um casaco feito com vários tecidos, feito de seda. Feito com vários tecidos. Foufinho, macio. Assim com a gola dobrada.	O casaco (D rosa/laranja inferior). A gola é a parte mais laranja. E isto são as mangas que estão assim encolhidas (Dd lateral inferior laranja)	D EF Obj. □ C
1'58"			

Prancha IX			
^	Vejo uma máscara com os olhos abertos. Só vejo os olhos.	Máscara – Dbl central Os olhos – as aberturas no centro.	D/bl F ⁺ Máscara
∨	Parece que vejo aqui outra vez dois animais.		D FC A
	Parece que vejo um papagaio. Dois animais. Estão empoleirados em qualquer sítio.	O papagaio (laranja superior lateral). Faz lembrar o corpo de um papagaio. Se calhar é mais um canário, pela cor.	D FC A □ K
∨ > ^ < ^	E vejo a máscara.		
	Assim, quando vejo assim, também faz lembrar as patas das santolas e as lagostas e esses bichos assim.	Parece o corpo e as patas (laranja central e superior). As lagostas é que têm um corpo assim largo.	Dd FC Ad
1'49"			

Prancha X			
1” ^	Isto faz-me lembrar uma festa com fogo de artifício. Parece fogo de artifício.	Pelo todo, a cor.	G CF Obj. □Kob
	Isto aqui parece daquelas naves em direcção à lua que vão sair assim.	D cinzento.	D Kob Obj.
	Depois parece que vejo uma figura masculina mas com o cabelo vermelho com uns óculos escuros e com um bigode muito grande.	Óculos – o azul central Bigode – o verde central	G F + Hd
^ > v <	Vejo um alicate Parece várias ferramentas assim alinhadas em frente umas das outras.	Os alicates – o verde central e o azul (mas apenas o centro do azul central). O laranja e cinzento (a parte mais esguia) parecem umas pinças.	D F + Obj.
^ > v < v	Consigo aqui ver duas caras. Uma com os óculos escuros. E outra com os olhos laranja com amarelo à volta. Mas esta última parece que está virada de cabeça para baixo.	Só consigo perceber que é uma cara pelos olhos. Parece que está aqui alguém a espreitar com os olhos. Parece que o verde é as sobrancelhas assim arrebitadas para cima. É uma cara que está assim surpreendida, está assim espantada com qualquer coisa. Parece que tem assim os olhos abertos. De surpresa. Está surpreendida.	D F ± Hd D/bl F ± Hd
2”43”			

Escolhas:

++ ⇒ <u>Prancha VIII</u>	Por causa das cores. Gosto das cores dela. E gosto do casaco porque transmite sempre calor, conforto. Se eu vestisse este casaco ficava quentinha. E os ursos. Dá-me a sensação que é um bicho com um pêlo macio.
++ ⇒ <u>Prancha X</u>	A primeira sensação foi de festa, de alegria.
+ ⇒ <u>Prancha II</u>	Porque parecia que tinha um caminho enorme pela frente para andar. É um caminho que se percorre e que se chega a um sítio.

-- ⇒ <u>Prancha IV</u>	É uma imagem cinzenta. E como faz lembrar a pele de um animal morto que já não tem vida. As peles fazem-me sempre pensar nisso.
-- ⇒ <u>Prancha VI</u>	Água, viscoso, húmido. Ter água. Traz-me desconforto. É-me desagradável por isso.
- ⇒ <u>Prancha VII</u>	Parece que estão a falar com arrogância, uma com a outra. E toda a imagem cinzenta.

Psicograma

R = 35

Tempo Total = 19' 51"

Tempo/Resposta = 55"

Tempo de Latência Médio = 4"

Recusas = 0

Respostas Adicionais = 3 (Prancha II e Prancha III)

G = 11

D = 18

D/bl = 2

Dd = 4

Dbl = 2

□ F = 22

C = 0

CF = 2

FC = 4

Fclob = 0

F⁺ = 11

F⁻ = 6

F[±] = 5

E = 0

EF = 2

FE = 1

K = 2

k = 0

kob = 2

kan = 2

A = 14

Ad = 3

H = 3

Hd = 3

Anat = 0

Sexo = 1

Nat. = 2

Planta = 1

Geog. = 1

Paisagem = 1

Máscara = 1

G % = 31% - ↑

D % = 57% - ↓

Dd % = 11% - ↑

Dbl % = 11% - ↑

F % = 63% - =

F⁺ % = 61% - ↓

A % = 48% - ↑

H % = 17% - ↑

Ban = 10 =

T.A. = $\overline{G} \overline{D} \overline{Dd} \overline{Dbl}$

T.R.I. = $2 K / 4 \sum C$ - extratensivo misto

F.C. = $(2 kan + 2 kob + 0 k) / 2,5$ □ E

R.C. % = 37%

I. A. = 0

Ban % = 28% =

Desenho da Figura Humana

Perante o pedido para desenhar uma pessoa, Laura começa por manifestar o seu desagrado: *“para desenhar figura humana não tenho jeito nenhum. Ainda se fosse para moldar, moldar barro, isso tenho jeito. Sou muito boa a pôr os outros a fazerem isso. Mas se calhar é porque eu acho sempre que não tenho jeito para nada.”*

E continua *“É engraçado, Como é que eu consigo transmitir tão bem aos miúdos e eu não consigo”*.

Quando termina, diz *“Tá com uma boca enorme. Está desproporcionado. Isto não está bem, não. Ai que horror! Não gosto disto”*.



Auto-Retrato

Quando é pedido que se represente a si própria, Laura referindo-se ao desenho anterior diz:

“Então não vê que isso é o meu auto-retrato? Essas sobrancelhas são minhas!”

Quando termina, comenta *“Isto não é o meu auto-retrato. Quer dizer, eu não me vejo aqui. Ah, não!! Está horrível. Não tenho a cara assim, tenho mais em bico. Ah, este cabelo, parece um bicho. Esta boca também não está... Não consigo dar expressão.”*

E depois explica que sempre desenhou melhor objectos do que pessoas, porque as pessoas têm expressão própria, enquanto que com os objectos já é diferente.



Análise do Caso

• Rorschach

Laura apresenta-se deprimida no dia combinado para fazer o teste. Parece mesmo um “peixe fora de água”. Transmite a sensação de não estar à vontade num ambiente que não é o seu⁸. No entanto, após estes primeiros momentos acede bem ao processo projectivo.

Durante a aplicação do teste, apesar dos tempos de latência serem baixos, Laura demora algum tempo nas respostas. Dá várias respostas por prancha e explora as pranchas, o que é visível quer pelas manipulações dos cartões quer pela preocupação em perceber mais qualquer coisa, num claro apelo ao imaginário e numa atitude activa e criativa perante o material. Facto confirmado pelo número de respostas que se encontram dentro da média para pessoas do grau de escolaridade de Laura e principalmente da área artística.

Laura recorre essencialmente ao global da mancha para construir as suas respostas. Verifica-se, quanto aos *modos de apreensão*, que os D são sub-utilizados e em contrapartida há um grande recurso aos pequenos detalhes, que Laura utiliza com frequência para construir as suas respostas. Esta insistência nos detalhes pode indicar uma certa meticulosidade, capacidade de análise (Anzieu, 1986).

Os *determinantes formais* encontram-se dentro dos valores normativos o que significa um apoio conveniente no real (Chabert, 1983), uma boa capacidade de adaptação à realidade (Anzieu, 1986), enquanto que as respostas movimento mostram um processo projectivo activo, com recurso à inteligência e ao imaginário inconsciente. O que ressalta neste protocolo, no entanto, são os determinantes sensoriais. Laura faz um grande recurso a referências de textura o que pode significar, segundo Chabert (1983) a reactivação de uma sensibilidade primária muito precoce. Referem-se a uma procura de apoio, a uma procura de continente. Por vezes estas respostas reenviam para desejos eróticos.

O *TRI* extratensivo misto, revela que Laura tem um contacto afectivo fácil, demonstrando uma afectividade imediata, além de uma certa facilidade de perder o controlo emocional face a estímulos externos (Anzieu, 1986), ou seja, uma certa impulsividade. e uma boa capacidade de adaptação à realidade, revelando facilidade de comunicação.

Apesar da predominância de *conteúdos* animais, verificam-se respostas que saem deste padrão e que indicam uma certa implicação na prova. De acordo com Chabert (1983), quando os

conteúdos animais são encontrados em número normativo, estes podem indicar uma certa conformidade às normas sociais. No caso de Laura, encontram-se referências à natureza mas também à arte, área em que se movimenta. Os conteúdos humanos permitem perceber que existe uma boa identificação quer à espécie, quer ao sexo feminino. E isto apesar da ambivalência surgir na resposta à Prancha III (*"Parecem-me duas figuras masculinas (...) mas calçam sapatos de salto alto e têm peito como as mulheres. Não percebo se são homens ou mulheres"*).

Na Prancha I, Laura começa por dar uma resposta banal, adaptada, integrando toda a mancha numa mesma resposta. Esta resposta indica uma imagem corporal unitária. Contudo, as referências a *"garras"* remetem para qualquer coisa de sufocante. Mas há um movimento de transformação ao longo das suas respostas a este cartão, de um bicho com duas garras para um besouro que está a soltar-se. Num movimento de libertação, de mudança corporal. Porque esta resposta parece dar conta da sua própria experiência corporal. Esta referência a um detalhe de conteúdo latente agressivo, indica uma impossibilidade de conflitualizar as relações.

Na Prancha II, Laura dá uma resposta de carácter sexual feminino (*"uma flor"*), segundo Chabert (1983), revelando uma boa identificação a este sexo, confirmada pela resposta adicional em que Laura refere a associação entre a flor percebida em primeiro lugar e o *"sexo de uma mulher"* referido no inquérito. No entanto, quando refere a *"Torre Eiffel"*, tal resposta remete para um simbolismo fálico, masculino. Laura é sensível à cor introduzida neste cartão, que impele a respostas sexuais e anatómicas, podendo significar a angústia provocada pela introdução da cor. Por outro lado, faz uma tentativa de integrar o branco nas suas respostas, numa inversão figura-fundo (*"caminho"* ou *"raia"* ou *"o interior"* do sexo da mulher). A resposta raia, remete para algo que não tem rosto, indefinido, que se esconde nas profundezas dos oceanos.

Quanto à Prancha III, esta no seguimento da anterior, coloca novamente a problemática da identidade que pode ser vista a vários níveis. Em primeiro lugar, Laura dá uma resposta andrógina *"figuras masculinas com sapatos de salto alto e com peitos"*. Trata-se de um movimento disfórico revelando a ambivalência em relação a uma identificação sexual. Movimento este acentuado quando diz que as figuras *"têm um focinho de animal"*. As figuras humanas estão em relação, mas de costas voltadas, e mais uma vez surge a temática das

⁸ Os encontros com Laura ocorriam habitualmente em sua casa. Foi esta a única vez que se deslocou ao meu consultório para a aplicação dos testes.

garras, evocando um retorno do recalcado e da pulsão agressiva, da dificuldade relacional. Nota-se igualmente uma dificuldade de ligar à representação. O choque cor surge na resposta adicional, já no inquérito *“pingo de sangue”*, com uma componente de angústia, desligado de tudo.

Na Prancha IV, Laura começa por dar uma resposta animal, a partir de componentes do corpo. Mas revela a sensibilidade à simetria, quando refere uma *“pele aberta ao meio”*, bem como a sensibilidade ao tátil (*“se eu pudesse lá mexer era macio”*), remetendo para a relação primária e sensações muito corporais de manipulação do corpo do bebé. Por outro lado, são respostas que reenviam para a componente da relação numa procura de apoio e de segurança. Nota-se apesar de tudo, uma desvitalização da imagem dada, quando refere que os chifres são *“qualquer coisa dobrada, seca, murcha”*, surgindo novamente o detalhe das formas aguçadas e agressivas desta vez transformadas e despojadas da ameaça.

Os conteúdos animais surgem na Prancha V, com respostas banais de morcegos e gaivotas. Predomina a unidade corporal mais uma vez, com a apreensão pelo todo da mancha, apesar da ressonância de angústia (*“Faz-me tanta impressão os morcegos. Detesto morcegos”*), que pode evocar um imago materno ameaçador, segundo Chabert (1983). Contudo, surge um certo clima disfórico quando se dá uma tentativa de abordar a mancha na sua simetria, isolando um detalhe lateral e terminando com um animal agachado numa resposta formal de fraca qualidade. O comentário repetido *“Só vejo animais”* é talvez uma forma de lidar contra a dispersão causada por este estímulo, com uma perda de integridade corporal ou somática (Traubenberg, 1970). Ou talvez uma representação de si instável.

Quanto à Prancha VI, aparece a sensibilidade à simetria, reflexo de uma organização espacial própria. No entanto, dá-se uma transformação em animal, pouco definido, misto de vários seres aquáticos. Ao referir *“os olhos e os tentáculos”*, indica que a procura do olhar não compensa. A solicitação sexual do cartão tem ressonância em Laura que invoca a sua dimensão fállica.

Na Prancha VII, surge novamente a simetria. A resposta *“hemisfério”* revela sensibilidade ao carácter de instabilidade e desequilíbrio provocado pela mancha, num primeiro momento, facto este reforçado pelo tempo de latência mais elevado. No entanto, Laura acede à solicitação simbólica do cartão ao projectar figuras femininas em relação *“a olhar uma para a outra”*. Parece existir a procura de um reflexo, de um olhar, de um rosto humano, numa prancha materna por excelência. Não existe, contudo, qualquer intensidade afectiva nesta resposta, em que ressalta a atenção dada aos pormenores corporais. Dá-se depois um movimento de transformação das figuras humanas em animais continuando a ser uma resposta

banal, em que é dada particular importância a um pormenor oligofrénico do olho (no inquérito *“a mancha branca é o olho que tem uma pintinha”*).

A introdução das pranchas pastel, não parece trazer uma reacção à assinalável à côr. Laura começa por dar uma resposta banal, revelando depois a sua grande sensibilidade ao tátil e ao sensorial, o que remete para uma busca de afecto. A resposta é global, mas revela mais uma vez uma atenção ao pormenor, integrando no todo as partes que o compõem.

Numa prancha que faz solicitação à regressão e ao materno, Laura projecta uma máscara, o que pode significar uma ausência de rosto, um rosto sem olhos, incapaz de olhar, onde sobressaem uns olhos vazios (os olhos são as aberturas no centro da prancha), numa relação vazia. Os animais marinhos remetem para a regressão solicitada, mas revelam uma relação disfórica com o materno.

A Prancha X significa o fim da prova e é vivida com alívio pela Laura que projecta nela a festa e o fogo de artifício. No entanto, é nesta prancha que se demora mais tempo, manipulando e procurando várias respostas, o que parece indicar, por outro lado, uma dificuldade de lidar com a perda que representa o fim do teste. Surge novamente a problemática do rosto e do olhar, este sempre indisponível. As figuras compósitas que dá neste cartão remetem para o seu próprio ressentir corporal. Ressalta alguma angústia, um certo desconforto e desolação.

Em conclusão, ressalta deste protocolo uma certa implicação no processo projectivo dada pela constante busca de detalhes. Este protocolo revela também uma grande susceptibilidade ao que é sensorial, remetendo para algo muito regressivo e para uma grande sensibilidade ao vazio afectivo e a uma constante busca de afecto. Este aspecto é revelado igualmente pela busca constante do olhar. O carácter disfórico das respostas convocam uma certa angústia e desconforto na vivência corporal desta mulher. Este aspecto pode remeter para dificuldades ao nível da identidade, do si e do não si. De facto, a inconstância nas identificações sexuais, a ambivalência demonstrada ao longo da prova parecem indicar igualmente essa dificuldade. Revela-se uma agressividade virada contra o próprio e que é sugerida pelas constantes respostas de detalhe em que surgem garras ou dentes afiados. Uma problemática ligada à identidade e ao (não) reconhecimento parece percorrer este protocolo. Esta é invocada a partir das referências ao rosto e ao outro enquanto espelho, por um lado, e pela indefinição sexual, pelo outro.

Verificam-se respostas repetitivas dentro da mesma prancha, mas também entre pranchas, notando-se um retorno ao ponto de partida em algumas delas.

• Desenhos

Nos desenhos de Laura surgem apenas rostos. O que faz pensar na procura constante do reconhecimento de si própria que é dado precisamente pelo rosto e pelo olhar do outro. Se observarmos os dois desenhos, o desenho da figura humana e o auto-retrato, é fácil verificar as semelhanças entre os dois, facto salientado por Laura *“Então não se vê logo que isso é o meu auto-retrato?”*. Como se tudo se resumisse a um só, como se o diferente tivesse que ser transformado em igual. Como uma dificuldade de representar o diferente. Segundo Machover (1978) o desenho do rosto por adultos pode revelar também um movimento regressivo. Estes retratos revelam a propensão de Laura para as artes visuais, sendo desenhos de muito pormenor e cuidado apesar dos comentários depreciativos que fez sobre o resultado do seu desenho. Laura utiliza toda a folha de papel, projectando-se no espaço de forma simétrica e equilibrada.

Desenhar apenas rostos pode demonstrar igualmente uma dificuldade de representação do próprio corpo. Estes desenhos parecem dar conta da dificuldade de projectar um corpo unitário e único, sendo o problema resolvido pelo anulamento total desse corpo.

• Discussão do Caso I - Laura

Laura revelou-se sempre uma pessoa calorosa e emotiva, exceptuando os períodos em que se encontrava mais deprimida. Mas mesmo nessas alturas passa um grande afecto. De facto, o afecto e a emoção marcaram sempre lugar em todos os nossos encontros. Não continha as lágrimas quando se falava da mãe, ou do cancro, ou de alguma situação que para ela é mais difícil de abordar, como o aborto ou a última relação amorosa.

Apesar de todo o sofrimento que perpassa a sua história de vida, Laura fala das situações como se já tivesse tido tempo de as elaborar e integrar na sua forma de ser e na sua vida. A isto não pode ser alheia a psicoterapia de Laura, que decorre há cerca de três/quatro anos. Porque tal como Laura refere, as diferenças são muitas. Antes da terapia era muito impulsiva, tinha um constante sentimento de insatisfação, sentia-se insegura e ansiosa. Agora tudo está

diferente. Laura demonstra uma enorme capacidade introspectiva e de análise das situações. Revela também uma capacidade de lidar com a adversidade e com os outros sem demonstrar agressividade excessiva (o que não acontecia antes) e sem criar ansiedade excessiva. A exceção até há pouco tempo atrás prendia-se com os sinais dados pelo corpo que provocavam em Laura um reviver quer do seu adoecer quer do de sua mãe e uma ansiedade e angústia difíceis de controlar.

A infância de Laura é marcada pela violência e pela falta de afecto. Entre uma mãe que não a desejou e um pai extremamente violento que a assustava e a agredia, Laura foi crescendo sem uma base securizante, sem um ponto de apoio, sem um continente ou como refere Coimbra de Matos “«um útero mental», o funcionamento alfa da mãe, capaz de responder dando sentido/significado às angústias/«perguntas» e aos afectos «pedido» do bebé” (2003, p. 160). Perante esta realidade, apoia-se nas referências externas, mesmo quando estas também se revelam negativas, como retrata o seu desejo de voltar para a antiga escola “*apesar da professora ser muito má*”.

Laura não foi investida nem pela mãe nem pelo pai enquanto objecto de desejo e criação única dos dois. Nem enquanto bebé quando se criam as bases de uma identidade coesa, de um self unificado, nem mais tarde quando a componente feminina necessita de ser investida e valorizada. Por comparação com as primas, Laura sempre foi a “*Maria Rapaz*”, identificada com uma imagem violenta do pai e extremamente culpabilizante. Daí as suas dificuldades no assumir do feminino e de tudo o que está com ele relacionado e também as suas dificuldades em relacionar-se com elementos do sexo oposto. Por outro lado, a mãe foi sempre mãe e pai havendo também aqui uma confusão em relação a papéis.

Laura nunca refere ter sido tratada com afecto pela sua mãe. Também a avó era descrita como uma pessoa “*nem carinhosa nem amável*”. Assim, o vazio afectivo parece caracterizar a sua infância apesar da imagem da mãe se encontrar, de certo modo, idealizada após a sua morte. Porque antes da doença, sente-se em Laura uma raiva contida quanto à incapacidade da mãe a ter defendido de um pai agressivo. Por outro lado, verifica-se como que uma inversão de papéis. Laura era a responsável pelas coisas importantes dos adultos como pagar contas, verificar contas bancárias, etc. Era ela que lidava com os conflitos entre os seus pais. E Laura aceitava pacificamente esse papel e adaptava-se às regras impostas pela mãe bem como aos interditos da religião desta.

Um sentimento difuso “*Estou aborrecida*”, um desconforto sem nome, uma insatisfação constante que podem ser atribuídos às mudanças da adolescência, mas que por outro lado

podiam ser já a presença de uma depressão falhada, de uma depressão não elaborada de todas as perdas ocorridas na infância.

O casamento parece ser uma tentativa de recuperar um pai.

Para todo o lado onde ia Laura tinha a sensação de estar a mais. Era assim em casa da avó e era assim na casa que era sua e do marido. Existe um sentimento de não pertença que perpassa toda a história de Laura, mas também um sentimento de rejeição provavelmente relacionado com o facto de ter sido um bebé não desejado e de se ter sentido sempre um peso na vida da mãe.

Laura ainda anda à procura do pai e da mãe que sente nunca ter tido. A mãe procura-a no olhar dos outros mas também nas relações e o pai procura-o nas relações amorosas. O seu casamento foi uma tentativa de encontrar o pai e a mãe que lhe faltavam, apesar de Laura referir que o seu ex-marido *“foi o pai que nunca tive”*. No entanto, este marido foi em simultâneo pai e mãe pois supriu as suas necessidades de protecção, de contenção de angústias. Para descrever a sua relação com o ex-marido Laura diz *“Eu sabia lá o que era o amor, o que era uma relação com o sexo oposto. Confundia tudo”*. De facto, como seria Laura capaz de amar, se nunca se sentiu amada? Como refere Coimbra de Matos (2003), sem ser objecto de desejo, a pessoa não pode ser sujeito desejante/amante.

Laura parece fazer movimentos de independência e autonomia, como quando deixou de falar com o pai ou quando decidiu que ia trabalhar para França durante um ano, mas acaba por sentir um vazio tremendo, insuportável que desagua invariavelmente em episódios depressivos. Estes episódios de depressão são sempre ultrapassados com recurso a anti-depressivos, o que pode significar que os lutos não são elaborados, as perdas não são efectivamente sentidas.

A perda da mãe é como que a perca de si. Verifica-se uma confusão entre Laura e a mãe que é revelada quer pelos sonhos, quer pela doença (como que uma inevitabilidade ter o mesmo fim que a mãe), quer pelo nome (igual ao da mãe até 1974). Laura refere muitas vezes que *“o pior que aconteceu na minha vida foi a morte da minha mãe”* e que *“não há um dia que passe que não sinta a falta dela”*. Como se a sua relação com a mãe tivesse ficado suspensa. Tal como suspensa ficaram algumas das suas relações amorosas: com o marido e com o último namorado.

As perdas e as separações são sempre vividas com muita intensidade. Laura manifesta sempre um sentimento de perca que é muito doloroso. O sentimento de vazio, insuportável, obriga-a a uma de duas reacções: ou preenche o vazio com outra relação ou deprime saindo da depressão

através dos medicamentos. Este sentimento de vazio é também corporal. Laura sente um vazio no local da cirurgia, apesar de não ter feito a ablação total da mama e apesar de à vista não se notar qualquer diferença entre os seios.

Laura procura sempre a mãe e o pai nas relações. Com C também foi assim. E tem sempre um movimento de anulação do seu próprio desejo e da sua própria identidade “*Não tinha nada que perceber*” em relação ao que se passava com ela. Por outro lado, estabelece sempre relações de dependência. O cuidar dos outros é sempre extremamente importante para Laura. Não tendo sido amada pelos prestadores de cuidados primários, Laura revela uma dificuldade em reconhecer-se e em gostar de si. Revela baixa de auto-estima e a sua aparência e o seu corpo nunca lhe agradaram. Só há pouco tempo nota diferenças, e mais uma vez pensamos que a psicoterapia representa um papel fundamental na reparação da falha narcísica básica que Laura tem.

A vivência do corpo é vazia, é um corpo que não é libidinizado, não é desejado nem tem desejo. Com o ex-marido mantinha uma relação sem desejo que se manteve por três anos. Há uma constante procura do afecto, dada pelas respostas do Rorschach, mas também pela preferência pelo Inverno quando as roupas e as bebidas quentes, aquecem o frio da sua existência vazia.

Quanto aos ritmos, não existem variações significativas. Laura é uma pessoa de ritmos definidos, constantes que só em situações de extrema ansiedade sofrem alterações. Mais uma vez dá-se uma adaptação ao que é normativo. Sendo estes ritmos endógenos, significa que o seu relógio biológico está bem sincronizado, apesar da relação precoce com a mãe se caracterizar por falta de afecto e tratando-se possivelmente de uma mãe também com um fundo de depressividade.

Já em relação ao tempo, Laura situa-se perfeitamente no tempo. Mas será que este é um tempo subjectivo? Para Laura recorda as datas recorrendo a acontecimentos relevantes, sem se relacionar a ela própria com essas datas. O que questionamos aqui é se estes acontecimentos têm um significado subjectivo para ela ou se são apenas marcadores temporais que uma organização deficitária da temporalidade, ou que um tempo corporal não organizado não consegue manter.

Por outro lado, verifica-se um tempo repetitivo nesta mulher. Este é revelado quer pelas respostas do Rorschach quer pelos vários acontecimentos da sua vida: a morte da mãe parece ter ficado parada no tempo, assim como algumas das suas relações.

Os sonhos não são um espaço de elaboração para Laura. De facto, só têm importância na medida em que são importantes para os outros. Laura raramente se lembra dos sonhos.

Outra questão de grande relevância e que surge quer nos sonhos quer no Rorschach prende-se com o rosto e com o olhar. Laura apresenta o rosto da mãe e o rosto da mãe é o seu. Está aqui patente a confusão entre as duas. Por outro lado parece estar sempre à procura desse olhar que lhe confere uma identidade própria. Também o diagnóstico da sua doença é sentido através da doença da sua mãe *“Revivi a história da minha mãe só que reflectida em mim”*, perpassa um sentimento de destino, de inevitabilidade das situações.

O que nos leva a questionar o que se passa a um nível imunitário. Se não existe reconhecimento do próprio, como pode o sistema imune reconhecer o que é seu e o que não é? O impasse neste caso parece estar mais relacionado com a questão mais profunda do ser, isto é, do reconhecimento do *eu* e do *não-eu*, característica do cancro, do que propriamente com a questão de uma temporalidade. E isto porque o que parece estar em jogo neste caso, e que está obviamente estreitamente relacionado com o corpo próprio, é a questão da diferenciação, por um lado, encontrando-se, por outro lado, uma situação de impasse que é vivida na depressão. Este impasse parece estar presente quer ao nível do sistema imunitário, quer ao nível relacional.

Caso Clínico II – Isabel

Isabel nasceu em Nampula, Moçambique há 50 anos. Cerca de metade da sua vida foi passada lá e a outra metade foi passada em Portugal, onde chegou com trinta anos. Nasceu, cresceu, casou e teve o seu primeiro filhos em Moçambique. Isabel tem dois irmãos. Um irmão quatro anos mais velho e uma irmã oito anos mais nova.

É casada e tem dois filhos, um com 27 anos e outro com 22 anos. Vive com o marido e os filhos nos arredores de Lisboa. Isabel trabalha na área administrativa da função pública em Lisboa, tendo já atingido o topo da carreira.

Em 1999 diagnosticam-lhe um tumor ductal invasivo da mama direita. Submeteu-se a quimioterapia antes de ser operada. Foi sujeita a uma tumorectomia e após a cirurgia, voltou a fazer quimioterapia e radioterapia. Desde essa altura que toma Tamoxifene e não teve qualquer complicação relacionada com o cancro.

Dados da observação

Conheci Isabel por altura do seu internamento. Estava bastante prostrada, usava um lenço na cabeça, pois tinha terminado há pouco tempo os tratamentos de quimioterapia, e tinha perdido o cabelo, e no início recusou falar comigo. No entanto, foi falando para dizer que sentia uma grande dificuldade em falar sobre a doença, e que só queria que tudo terminasse. Estava muito deprimida e também revoltada com o surgimento da doença e com a dureza dos tratamentos. Não aceitava o facto de ter de voltar a fazer quimioterapia depois da cirurgia e não sabia se era capaz de voltar a fazê-lo. As sessões com Isabel resumiram-se ao período do seu internamento (três sessões). Depois disso, inteirava-me da sua recuperação quando a encontrava nas Consultas Externas onde se deslocava para fazer o penso. Quando recomeçou os seus tratamentos no Hospital de Dia, Isabel recusou falar comigo e mostrou-se muito ansiosa e emocionada com a perspectiva deste novo período de sofrimento. Isto coincidiu com o meu afastamento do HPV por razões profissionais. Três anos passados sobre este episódio, e estando eu de volta ao HPV, sou abordada nas Consultas Externas por Isabel que se tinha deslocado aí para uma consulta de follow-up. Reconheci-a imediatamente e recomeçou então uma relação como se não tivesse sido interrompida. Isabel aceitou a participar nesta investigação.

Antecedentes pessoais (infância e adolescência)

Da sua infância em Moçambique, Isabel recorda-se da casa térrea onde vivia com os pais e os irmãos. Esta casa tinha um quintal enorme, com muitas árvores de frutos, onde se podiam encontrar também vários legumes. Deste período da sua vida, Isabel gostava do contacto com a natureza e das brincadeiras com os vizinhos. Diz que foi uma vida livre e ao ar livre. Aos fins-de-semana almoçavam cá fora. Viveu nesta casa até aos 18/19 anos.

O seu nome foi escolhido pelo avô. Isabel não gosta do seu nome *“O meu nome é horrível”*. Tem nomes de santos porque a mãe era muito devota de uma determinada santa. Os seus pais são católicos praticantes e Isabel também é. Chegou a ser catequista. Isabel sempre foi católica e ia à missa todos os dias, incluindo ao Sábado. Também fazia o mês de Maria. Recorda-se que ela e a irmã iam passar férias a Maputo ou à Beira e ficavam em casa de familiares.

Sobre o pai, Isabel conta que *“Não dava assim muita confiança, muita conversa. Era muito sério. Foi sempre uma pessoa muito fechada. Tinha-lhe muito respeito”*. E acrescenta de seguida *“Eu tenho o feitio dele”*. Isabel sempre foi muito tímida, muito pouco aberta com as pessoas: *“Ainda hoje sou assim. Quando me querem apresentar uma pessoa, ainda me apetece fugir”*. Na infância descreve-se da seguinte forma *“Era assim um bichinho. O meu pai deitava-me uns olhos assim e uma pessoa retraía-se”*.

A mãe é mais aberta que o pai, mas Isabel sentiu sempre que ela fazia uma diferenciação entre os irmãos: *“Não desculpava tanto as minhas coisas como a eles. Não era imparcial. Ao meu irmão mais velho, não sei se era por ser mais velho. Tinha sempre montes de críticas para mim que não tinha para eles. Então quando comecei a namorar, meu Deus! Que perseguição!”*. Já o pai era imparcial, mas acrescenta *“Daí a minha timidez. O meu pai por ser aquela rigidez e a minha mãe as críticas. Daí a minha insegurança e a minha timidez. Eu era muito sensível, qualquer coisa que ele me dissesse chorava”*. Nessas alturas Isabel refugiava-se no quintal, lia muito e escrevia. Escrevia histórias e publicava-as em publicações locais. Diz ainda sobre a mãe que esta *“Não era aquela mãe a quem se podia fazer aquelas confidências. Que me fez muita falta!”*. Hoje em dia já sente que pode falar com a mãe que mesmo assim ainda a critica. Simplesmente, hoje em dia Isabel já replica, ao contrário da infância e adolescência em que *“calava, sofria”* perante as críticas da mãe.

Em relação à irmã, Isabel refere que esta é muito independente e muito egoísta. Não demonstra afecto. Já com o irmão há mais afecto e mais afinidade.

Isabel teve todos os problemas das crianças normais. Recorda-se em particular de um problema

no nariz. Conta que um vizinho lhe enfiou um feijão no nariz, mas como era muito pequena não soube explicar o que tinha acontecido. Entretanto passou um ano a tomar antibióticos porque purgava do nariz, até que um médico resolveu espreitar e tirar o objecto estranho que já *“estava a criar raízes”*.

Recorda-se ainda de ter tido alergias de pele, por volta dos 10 anos. Atingiam-lhe o corpo *“tipo escamas”*. Foi tratada com produtos naturais por um naturista. Tomava chá e punha uma pomada e a alergia foi passando.

A adolescência foi difícil porque estava sempre fechada em casa e não podia sair para lado nenhum *“Não tive a liberdade que devia ter e isso foi muito prejudicial para mim. Porque devia ter saído, devia ter namorado, devia ter passeado, devia ter experimentado”*.

Conheceu o marido durante umas férias, no casamento de uma prima na Beira. Dançaram um com o outro. Isabel gosta muito de dançar e dança bem. Passados uns meses ele apareceu em Nampula: *“Não foi assim grande história”*. Tinha 23/24 anos. Tinha tido alguns namorados antes, mas nenhum que a entusiasmasse muito. Casou com 25 anos e conta que *“Casei porque foi uma fuga. Para fugir da vida que levava.”* Quando começou a trabalhar ainda solteira continuava a ser vigiada pelo pai que não a deixava sair e divertir-se. O seu marido conheceu primeiro os pais, e só depois a conheceu a ela e o namoro *“foi terrível”*. Refere que se tivesse tido mais liberdade não teria tido tanta pressa em casar. *“Essa parte que eu faço por esquecer, que é uma parte mesmo má da minha vida”*. A iniciação sexual também aconteceu com o marido e Isabel sobre isto conta que *“correu bem. Não foi muito especial. Ele não soube incentivar”*.

Depois do 25 de Abril, Isabel refere que era impensável vir para Portugal. E foi ficando. Pelo casamento escolheu a nacionalidade Portuguesa.

Acontecimentos relacionais marcantes

Isabel casou aos 25 anos (em 1976) porque já estava a chegar a uma idade em que tinha que casar. Durante o namoro percebeu que havia falhas na sua relação, mas nunca pensou que fosse grande coisa *“Naquela minha vida regrada, não cabia separar-me dele.”* Depois do casamento, o que aconteceu foi que enquanto Isabel não conseguia ir a nenhum lado sem o marido, ele ia a todo o lado sem ela. Começou a constatar as diferenças entre os dois, ela mais recatada, ele extremamente extrovertido. Sempre chegou muito tarde a casa e Isabel sentia

que não podia contar muito com ele.

Engravidou logo a seguir ao casamento (em 1977) porque ambos assim o decidiram. O primeiro filho foi desejado e planeado. A primeira gravidez foi boa, *“foi sossegadinha”*. O marido também ficou contente com isso, mas preferia ter uma rapariga. As preferências de Isabel iam para os rapazes, das duas vezes que engravidou. Sempre preferiu ter rapazes a raparigas porque *“as raparigas eram mais difíceis de criar. (...) As meninas são muito complicadas, antes queria ter rapazes.”* O filho nasceu de termo e foi parto normal. Quando viu o bebé pensou que *“era comprido.”* Amamentou apenas cerca de dois meses porque o leite era muito fraco, o bebé chorava muito e decidiu mudar para biberão. Quando recomeçou a trabalhar, o filho ficava com a sua mãe. O seu primeiro filho chorava muito quando nasceu e teve muitas cólicas.

Passados dois anos, o marido foi preso *“A minha vida descambou. O meu filho pequeno (tinha dois anos) e o meu marido preso. (...) A minha tristeza toda foi no dia em que ele foi preso. Começou aí”*. Esteve preso dez meses, durante os quais Isabel não se poupou a esforços para o libertar. Correu todas as instâncias e até recorreu a uma mulher que diziam ter poderes especiais. Teve de vender tudo e mudar-se para Maputo (Lourenço Marques, na altura). Tudo mudou na sua vida e Isabel passou a viver em função da libertação do seu marido. Sentiu-se perdida. Depois de conseguir libertar o marido, veio para Portugal em 1980 e foi colocada na função pública em 1981. Sobre a vinda para Portugal, Isabel diz ter-se sentido triste e que *“Foi chato. Largar tudo”*. Adaptou-se bem ao seu novo trabalho, apesar de se ressentir da correria constante da vida em Lisboa. Quando veio para Portugal foi viver para casa dos seus sogros, até que se mudou para casa dos seus pais em 1982. Nesta data, nasce o seu segundo filho e os seus pais mudam-se de Moçambique para Lisboa.

Esta segunda gravidez foi um acidente de percurso. Foi também desejado, Isabel e o marido queriam outro filho, simplesmente não estavam à espera que acontecesse naquela altura. Foi uma gravidez completamente diferente, em parte porque decorreu em Lisboa, num ambiente diferente de Moçambique e não tão calmo: *“Foi com o stress daqui. Sempre a correr”*. Nessa altura Isabel não tinha apoio de ninguém. Durante esta gravidez Isabel fez uma alergia na cara que desapareceu depois do parto. Apesar de referir que o parto correu bem, este teve que ser induzido porque Isabel não tinha contracções. Quando o bebé nasceu, o marido não aceitou que fosse outro rapaz e ficou muito triste. Isabel, pelo contrário, ficou muito satisfeita porque era um rapaz que queria. Amamentou este filho seis meses. Isabel continuou a morar em casa dos seus pais até o filho mais novo fazer três anos. Só nessa ocasião é que Isabel começou a viver numa casa sua e do marido.

O filho mais novo “*foi um amor de miúdo. O primeiro não.*” Não chorava e não teve cólicas. Mas era muito envergonhado e escondia-se das visitas. Andava sempre com um travesseiro atrás. Foi para o infantário ainda não tinha um ano de idade. Até aí ficava com a avó paterna. Adaptou-se bem ao infantário.

Já o filho mais velho entrou no infantário com quatro anos, quando chegaram a Portugal, e chorava muito. Isabel também chorava. Era o marido que o ia deixar ao colégio para evitar estas separações. Não dormia muito bem, tinha medo do escuro e pesadelos. Nessas alturas ia para a cama dos pais. Chegou a ter sessões com uma psicóloga que perguntou se os pais discutiam muito. Depois foi-lhe passando. Quando isto aconteceu, devia ter umas seis anos, pois estava na escola primária.

O filho mais velho fez a primeira comunhão, mas o mais novo não “*Foi o meu desligamento, mesmo. Dediquei-me à casa e aos miúdos*”.

O filho mais novo teve asma aos três/quatro anos de idade. Levou vacinas durante cinco anos e ficou bem. O mais velho nunca teve problemas respiratórios. Os dois filhos têm cinco anos de diferença.

Aos 43 anos, Isabel foi operada a um mioma no útero e a um pequeno tumor no ovário esquerdo. Era tudo benigno mas fez uma histerectomia para evitar complicações futuras e correu tudo muito bem. Para Isabel esta cirurgia não representou problema nenhum. Já estava mentalizada que tinha que o fazer, caso contrário o útero não pararia de crescer.

Depois desta cirurgia, a sua vida sexual melhorou pois deixou de haver preocupações e o perigo de engravidar. Começou a estar mais à-vontade.

A vida de Isabel foi decorrendo, entre o trabalho e os filhos, as tarefas domésticas, sem história de maior. Os filhos são ótimos estudantes. Um deles já terminou um curso superior e está a trabalhar. O outro ainda está a estudar, no 2º Ano do Curso de Medicina.

A doença

Aos 48 anos, em 1999 Isabel começou por sentir um “*altinho*” na mama direita quando passava a mão e uma dor quando se virava para o lado direito. Mas nunca lhe passou pela cabeça que fosse alguma coisa grave. Foi adiando a consulta, até que chegou uma altura em que não pode adiar mais. A ginecologista mandou-a fazer uma punção e Isabel foi com o resultado desse exame a um médico amigo que imediatamente a encaminhou para o seu

médico assistente actual. Esse, disse-lhe imediatamente o que se tratava e pô-la a par de todas as possibilidades. Isabel conta que *“quando recebi a notícia nem caí em mim”*.

Sobre o aparecimento da doença, Isabel diz *“Às vezes penso que este problema foi Deus que me chamou à atenção. Foi uma espécie de chamamento”*. Pensa assim, porque desde o nascimento do segundo filho que se desligou mais da Igreja. Mas refere *“Se foi isso, acho injusto. Em solteira ia todos os dias à Missa, ia ao Sábado, fazia o mês de Maria todo”*.

Isabel teve que fazer quimioterapia antes da cirurgia, dada a dimensão do seu tumor. Após três meses de tratamento, houve uma redução de 70% da massa tumoral o que permitiu a opção por uma tumorectomia. Sobre este procedimento, diz que *“Tiraram aquele bocado para ficar bem”*.

Sobre a doença diz que *“custou muito”*, mas pôs de lado o que sentiu. O mais difícil foram os tratamentos: *“Se não caísse o cabelo eu suportava os tratamentos. Mas tinha que suportar os outros a olhar e pensava no que estariam a pensar”*. Durante a quimioterapia chorava do princípio ao fim, e não conseguia controlar as lágrimas. Apesar dos pais a acompanharem sempre a estes tratamentos, Isabel preferia estar sozinha para chorar à vontade. Refere que *“Ficar presa àquilo [suporte de quimioterapia] fazia imensa aflição. Pensava «qualquer dia sinto-me mal e estou aqui amarrada à cadeira»”*.

Durante a quimioterapia o seu cabelo caiu. Não quis rapar o cabelo, o que caiu caiu, o que não caiu, não caiu. Enquanto não crescia usou peruca. Em casa usava sempre um lenço que não tirava nem para dormir, não fossem os filhos acordar e vê-la sem o lenço. Quando o cabelo ficou mais crescido, foi o tormento de tirar a peruca e de todos perceberem. Foi a pressão do filho mais velho que a levou a tirar a peruca num Sábado em que tinha de ir trabalhar. Aproveitou um dia em que ia encontrar menos colegas para se ir adaptando. Quando o cabelo voltou a crescer cresceu mais forte. Também engordou muito e não se sentiu bem com estas alterações. Nunca deixou de trabalhar durante estes tratamentos e isso ajudou-a muito a ultrapassar esta fase difícil.

Neste processo tentou sempre manter os filhos à margem, tentou protegê-los porque não queria que eles passassem por isso. Nunca lhes dizia quando tinha tratamentos. O que lhe causou muito sofrimento foi o afastamento da irmã, que nunca lhe telefonou nem a visitou em todo este período. Isabel critica-a por isso. Pelo contrário, o irmão deu-lhe muito apoio. Visitava-a aos fins-de-semana e ofereceu-lhe flores quando os tratamentos acabaram.

A doença mudou-a *“Dantes era muito miudinha e todas as coisas levava muito a peito. E estava assim a remoer, a remoer. Agora não. Não me quero chatear. É notó que é assim por*

causa do ioga. Tenho uma postura completamente diferente e venho de lá [das aulas de ioga]e estou satisfeita”.

Durante esta fase da sua doença, o marido de Isabel começou a dormir na sala, para não a incomodar. Ele ressona muito e Isabel tinha dificuldades em dormir. Como se sentia muito cansada por efeito dos tratamentos, precisava muito de dormir. Concordou com isso. No início, o marido ia dormir na sala apenas algumas vezes ou apenas uma parte da noite. A certa altura começou a dormir a noite inteira fora do quarto. Entretanto já passaram três anos e ele continua a dormir na sala. Isabel pensa que houve um desinteresse de parte a parte e isto acabou por se tornar uma rotina. Acrescenta que *“ele enquanto homem foi um afastamento duplo”*. Mas o facto é que Isabel também nunca procurou trazê-lo de volta para o seu leito.

Em 2001 Isabel decidiu mudar de casa mesmo contra a vontade do marido. Para ela esta mudança significou um corte com o passado de doença e de certa forma um novo recomeço. Na casa nova, o marido dormiu sempre no sofá da sala. Isabel sente-se bem sozinha. Não sabe explicar porquê mas nunca quis mudar a situação. Diz que o marido chega sempre muito tarde a casa, fuma muito e ressona. Sem ele, Isabel consegue descansar. A vida sexual também acabou, mas Isabel nunca se sentiu mal por causa disso.

Desde esta altura, o filho mais velho e o seu marido não se falam. Tudo porque o pai se opôs à ideia de mudarem de casa, e a partir daí nunca mais contribuiu para as despesas da mesma. O filho mais novo sente-se revoltado com a situação pois não concorda com a atitude do pai e isto porque o pai não cede. Isabel sofre com a situação mas sente-se impotente para a mudar. Refere que não vale a pena porque o marido é muito orgulhoso.

Pensa que o seu marido tem sido aquilo que um pai não deve ser. Isabel é que teve de ser a autoridade para os seus filhos, ela é que teve que *“os pôr na ordem”*.

História actual

A vida de Isabel actualmente continua na sua rotina de sempre. Trabalho, casa, filhos, aulas de ioga (começou recentemente a praticar e já não consegue passar sem isso).

Refere que *“quando tenho uma coisa para fazer, não penso. É engraçado porque somos uns robots autênticos. Pareço um robot. Tenho que fazer isso àquela hora e se passar essa hora... Sou muito regrada.”* Quando algo sai do normal fica perturbada. Sempre foi muito organizada. Tudo no seu lugar e a horas certas. Quando alguma coisa não funciona como

habitualmente, sente-se perdida.

Por exemplo, até há pouco tempo atrás não era capaz de ir jantar fora ou ao cinema caso o seu marido não fosse. Como desde há cerca de dois anos que não têm uma relação normal, nunca fazia nada porque *“sentia remorsos”* por o deixar sozinho em casa.

A relação do casal continua a ser conflituosa e praticamente têm uma vida separada que Isabel se esforça por ocultar da família e dos amigos. Queixa-se que o marido não tem iniciativa: *“Injecto. Ando sempre a injectar. Houve alguma protecção da minha parte. E eu tive que preservar a imagem.”* Por outro lado justifica esta situação contando que *“Temos feitios diferentes. Ele gosta muito de andar na rua, de farras. Eu gosto mais de estar em casa, no meu cantinho.”*

No entanto, Isabel ainda sente um peso na consciência sempre que faz qualquer coisa sem o marido. São *“as amarras que eu ainda tenho a ele”*. Diz que não faz coisas sem ele porque *“Não fica bem. Será preconceito? Não me sinto bem. Falta qualquer coisa.”* Está muito agarrada a preconceitos. Contudo, ultimamente já consegue ir fazendo algumas coisas sem o marido. Acredita que se ela tivesse procedido de outra forma que ele seria diferente.

Sobre a sua situação actual com o marido diz *“O que é que eu posso fazer? Nada. Estou numa situação em que não tenho saída”*. Não o pode pôr fora de casa e ela própria não vai deixar o marido. Diz que é muito dependente, sempre o foi. Para Isabel basta saber que o tem lá, apesar de ser sempre ela a tomar todas as decisões e de ele não a apoiar em nada.

Isabel é uma pessoa que não tem amigos. As suas relações de amizade nunca duram muito tempo e ressent-se muito disso. A sua vida resume-se ao trabalho, à família, e mais recentemente às aulas de ioga.

Há relativamente pouco tempo, fez uma amizade no trabalho. Mas essa amiga deixou de lhe falar devido a um desentendimento sem importância. Isabel nunca chegou a perceber bem o que tinha acontecido que provocasse o fim de uma amizade já com alguns anos. As duas tinham por hábito almoçar juntas, esperavam uma pela outra depois do trabalho, passeavam e Isabel recebeu muito apoio durante a doença. Pensa que era dependente da amiga porque faziam todas estas coisas juntas. Ficou triste quando se deu a separação e, apesar de não perceber porque é que aconteceu, nunca procurou esclarecer a situação porque é muito orgulhosa e muito tímida. Além desta colega de trabalho não teve outros amigos. As suas amizades geralmente iniciam-se no trabalho, mas terminam com as mudanças de serviço. Pensa que o defeito é seu porque não consegue manter as amizades. Isto deve-se ao seu mau feitio. É uma pessoa muito difícil e diz tudo o que tem a dizer.

Descreve-se da seguinte forma: *“Sou uma pessoa um bocado estranha, acho eu. Sou assim*

um bocado esquisita. Às vezes não gosto de atitudes que tomo. Não sei se sou pessimista... Raras vezes sou otimista". E acrescenta "Eu estando de fora, não sei se gostaria de mim". No entanto, também reconhece que tem qualidades, se bem que estas estão relacionadas sobretudo com o trabalho "Gosto de fazer as coisas bem feitas. E na vida familiar também fui sempre assim. Se tenho que fazer faço, não olho a meios".

Reforça esta ideia dizendo *"Dediquei-me muito a eles [aos filhos] e ao trabalho e acho que fui recompensada."*

Ritmos

A primeira menstruação surgiu aos 12 anos. A mãe teve uma *"conversa muito brusca, assim de repente. Nunca explicou nada de nada"*. Quando a mãe teve esta conversa com ela, Isabel já sabia. Sobre esta alteração diz *"Não valorizei assim muito, passar a mulher"*. Mas pensa que não gostou muito do aparecimento da menstruação.

Foi sempre irregular e tinha tantas dores que por vezes saía da escola para ir para casa: *"Berrava, berrava"*. Tomava comprimidos mas estes não tinham qualquer efeito. Normalmente estas dores duravam três dias. Com a primeira gravidez, deixou de ter dores mas continuou irregular. Chegou a tomar a pílula mas esta provocava-lhe muitos enjoos e um aumento da tensão arterial.

Isabel dormiu sempre bem, nunca teve insónias. O ideal é dormir oito horas por noite, mas se dormir menos não faz qualquer diferença. Dorme sempre a sesta aos fins-de-semana, das 14h às 19h. Durante as férias, todos os dias à tarde, também dorme a sesta.

Faz tudo de dia, uma vez que a noite é para relaxar. É um hábito que traz de Moçambique. Mas agora está mais descontraída, já não sente que tem de fazer tudo ao fim-de-semana. Foi depois da doença que relaxou, que descontraíu. Agora se não tiver tempo não faz. Nem os irmãos nem o seu marido são assim regrados como ela.

Normalmente sabe situar-se no tempo, a não ser que sejam coisas extraordinárias.

Sempre teve dificuldades de orientação e perde-se facilmente. Necessita sempre de indicações precisas para encontrar os locais. Se for preciso pergunta. Mas uma vez aprendido o caminho já não se esquece mais e já não tem dificuldades.

Isabel sempre foi destra e nunca conseguiu fazer nada com a mão esquerda.

Sonhos

Raramente se lembra dos sonhos. Mas às vezes tem sonhos estranhos *“é assim coisas passageiras”*. Peço-lhe para contar um sonho mas não se consegue lembrar de nenhum. Mas começa por revelar que às vezes esses sonhos estão ligados a mortos, *“não sei se era o meu pai que morria, ou a minha mãe”*. Refere mais tarde que sonhou há pouco tempo que os pais tinham morrido. Acordou a chorar e a suar *“Acho que foi um pesadelo”*. Quando tem estes sonhos sente-se assustada e com medo porque receia o transcendente. Houve uma altura que não sabe definir quando, em que tinha muitos sonhos destes. Acordava aflita.

Conta que pesadelos sempre teve mesmo em miúda. Repetidamente sonhava *“dava a ideia de cair de um abismo. De ser perseguida também”*.

Imagem Corporal

Sempre foi muito pudica devido à educação rígida que sempre teve. O sexo era *“a parte obscura da vida. É uma parte que está apagada”*.

Não se lembra de ter tido problemas com as mudanças corporais da adolescência. Pensa que não deve ter gostado da menstruação, mas *“dos peitos não me lembro assim muito bem. Acho que não houve nenhum problema”*.

Sempre foi *“magríssima”*. Quando nasceu o primeiro filho engordou um pouco. Quando engravidou do segundo filho engordou um pouco mais, mas ficou sempre elegante. Agora *“é que estou a modelar-me”*. Sente que engordou demasiado e há coisas no seu corpo que detesta. Tem *“pneus e barriga”* e por causa disso *“não me vejo ao espelho nem me peso”*.

Depois dos tratamentos começou a comer com vontade, e começou a engordar. Ficou inchada. O corpo transformou-se. Não se sentia bem assim porque estava gorda. Entretanto já emagreceu mas continua com apetite. Diz que tem um apetite devorador e não consegue parar de comer, mas não quer fazer dietas. Gosta muito de chocolates, doces e bolos.

Rorschach – Isabel

Protocolo

Prancha I			
10'' ^	São pinturas? Parece-me um morcego. Assim uma ave	Sim, um morcego. Foi o conjunto todo.	G F ⁺ A Ban
39''			
Prancha II			
^v ^ 40''	Isto está complicado. (suspiro) Eu aqui não estou a ver nada. O que é que eu posso ver? Se calhar imaginar qualquer coisa. Posso imaginar um foguetão, se calhar a levantar. Eu para pinturas abstractas não tenho jeito. É isso. Acho que fico por aqui.	Um foguetão. A parte branca aqui com o fogo por baixo. A levantar.	Dbl Kob Obj □ C
1'34''			
Prancha III			
3'' ^	Isto aqui parece-me duas pessoas a conversar. Nem vou pensar muito. Dá-me ideia de ser duas pessoas a conversar. É.	Parece mesmo. Aqui assim com uma mesinha (D central inferior). Estão assim inclinados. Dois homens. E têm um laço, uma espécie de laço. Mas não faz muito sentido. Há uns desenhos em que a pessoa tenta, tenta muito e chega a alguma conclusão. Eu tinha que estar muito tempo. Depende das alturas em que a pessoa está a olhar.	G K H Ban
30''			
Prancha IV			
12'' ^ v ^	Ai, que coisas mais estranhas! (vira e observa a parte de trás do cartão) Que coisa mais estranha!		
^ 1'	Isto parece-me assim uns pés.	Os pés (D lateral inferior)	D F ⁺ Hd
v ^	Nem consigo imaginar. Parece-me uns pés. Agora tirar daqui uma coisa tão complicada. A minha imaginação não chega a isso.		
2'19''	Isto parece uma coluna.	Esta parte parece uma coluna (D central)	D F ⁺ Hd/Anat

Prancha V			
13'' ^	Este parece-me um pássaro. Parece mesmo um pássaro. Com as asas abertas.	Pode não ser bem um pássaro. Isto aqui não. Digamos que é antes uma borboleta porque tem aqui estas duas coisas (D central superior). Ai caramba! Deve ser alguma coisa voadora. Se calhar é mais uma borboleta.	G F ⁺ A Ban
36''			
Prancha VI			
14'' ^	Isto parece-me daquelas peles, sabe, de animais quando se deixa a curtir. Não sei de que animal. Parece-me uma coisa dessas.	É o todo. Parece-me mesmo. Aquela vista faz-me lembrar aquelas peles de animais que se põem a curtir.	G FE A Ban
49''			
Prancha VII			
30'' ^v ^	Isto parecem umas nuvens, parecem umas nuvens. Assim... É...	Um as nuvens soltas (D superior – figuras)	D EF nuvens
51''			
Prancha VIII			
17'' ^v ^ > ^	Estes dois parecem-me dois animais aqui. E o resto não sei. Devem estar aonde?	O que me parece é que estão muito iguais e se calhar é a imagem reflectida (o rio é o meio). Eles estão na margem.	D F ⁺ A Ban
> ^	É capaz de ser assim, um rio ou quê. Porque está a fazer assim como uma margem. Ou então é o mesmo porque se está a reflectir assim para aqui.		Dbl F [±] Nat
2'			
Prancha IX			
43'' ^v > ^ > v ^	Ah! Este está complicado. Eu aqui não estou a ver. Não consigo descortinar nada aqui. Não vejo nada. Tenho que ver mesmo qualquer coisa? É que aqui não vejo nada. É que sinceramente eu não consigo tirar nada daqui.	Este, por mais voltas que eu dê, não vejo nada. Não consigo tirar nada daqui. R. A – Isto parece-me a coluna aqui atrás com os buracos da bacia aqui (verde claro central) De resto não estou mesmo ... (Dbl F ⁺ Anat)	Recusa
2'53''			

Prancha X			
46'' ^v^v	Isto aqui parece-me uma máscara. Virando-a ao contrário. Dá-me a ideia de uma máscara.	Tem aqui os olhos (amarelo). A boca (laranja) E a parte do nariz (azul)	G F ⁺ Máscara
^v			
1'25''			

Escolhas:

+++ ⇒ <u>Prancha VIII</u>	Gostei muito desta. Não sei dizer porquê. Ou pelas cores ou porque vi aqui qualquer coisa. Não sei porquê.
+++ ⇒ <u>Prancha II</u>	Esta achei engraçado. Não sei.
--- ⇒ <u>Prancha IV</u>	Este é muito estranho. É estranhíssimo.
-- ⇒ <u>Prancha V</u>	E este, ou parece-me uma ave ou uma borboleta. Se calhar é das cores. Se tivesse umas cores mais claras ...
- ⇒ <u>Prancha IX</u>	Este não consegui perceber. Não me deu uma visão de nada. Apesar das cores suaves.

Psicograma

R = 11

Tempo Total = 13' 1"

Tempo/Resposta = 1' 19"

Tempo de Latência Médio = 18"

Recusas = 1 (Prancha IX)

Respostas Adicionais = 1 (Prancha IX)

G = 5

D = 4

Dd = 0

Dbl = 2

□ F = 7

C = 0

CF = 0

FC = 0

Fclob = 0

F⁺ = 6

F⁻ = 0

F[±] = 1

E = 0

EF = 1

FE = 1

K = 1

k = 0

kob = 1

kan = 0

A = 4

Ad = 0

H = 1

Hd = 2

Anat = 1

Nat. = 1

Nuven = 1

Máscara = 1

G % = 45% - ↑↑

D % = 36% - ↓↓

Dbl % = 18% - ↑

F % = 63% - =

F⁺ % = 92% - ↑

A % = 36% - =

H % = 27% - =

Ban = 5 ↑↑

T.A. = $\frac{G}{D}$

T.R.I. = 1 K / 0 Σ C – introversivo misto

F.C. = (0 kan + 1 kob + 0 k) / 1,5 □ E

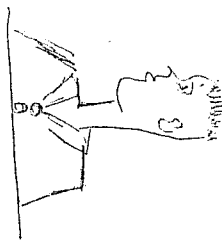
R.C. % = 27%

I. A. =

Ban % = 45% ↑↑

Desenho da Figura Humana

Isabel não demonstra qualquer dificuldade perante o pedido para desenhar uma pessoa. Agarra no papel e no lápis de uma forma decidida e desenha. Assim que termina o desenho justifica-se *“Tem que ser assim, que eu do busto para baixo não sei.”* Depois olha para o seu desenho e comenta que pôs assim o papel mas não sabia se era assim. E continua a justificar-se, sorrindo *“Uso sempre assim apertadinho. Não gosto de me esticar”*.

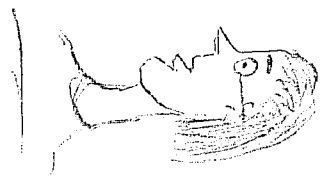


Auto-Retrato

Face ao pedido para se representar a si própria na folha de papel, Isabel começa por dizer *“Isso é complicado”*. Mas acede imediatamente a fazê-lo, sem hesitações e parece até sentir algum prazer nisso. Quando termina, comenta *“Não está muito parecido. Nunca me desenhei a mim própria”*.

Mais uma vez diz que não desenha bustos porque *“não sai muito bem”*. Explica que não consegue desenhar pessoas de frente. Não consegue fazer o nariz e a boca.

Diz que sempre gostou de desenhar e era uma actividade que gostava de aprofundar porque pensa que tem jeito para isso. *“Era isso e tocar piano. Não sei porquê”*.



Análise do Caso

• Rorschach

Isabel demonstra uma grande ansiedade no momento de responder à Prova Projectiva do Rorschach. Antes de começar a fazer o teste diz que tem andado esquisita, com um aperto no coração. Diz que é como que um peso que sente, mas não sabe explicar o que é. Até quando toca naquele sítio dói. Não é angústia, é um peso. No fim do teste desabafa: *“Agora parece que estou mais aliviada. Parece que passou.”* Esta ansiedade está patente ao longo de todo o teste e manifesta-se pelos comentários que vai fazendo ao material e à situação (por exemplo, Prancha II: *“Isto está complicado”* ou na Prancha IV: *“Ai que coisas mais estranhas!”*).

Isabel dá um pequeno *número de respostas* (um total de onze). Em relação ao *tipo de apreensão*, este revela um predomínio de respostas globais, verificando-se que os detalhes se encontram em pequena quantidade, o que pode significar uma impossibilidade de investimento ou implicação nesta prova, e por outro lado, a projecção de uma necessidade de unidade (Trautenberg, 1970). No que diz respeito aos *conteúdos*, verifica-se que os conteúdos animais e os conteúdos humanos predominam no protocolo e apresentam-se em número normativo (Chabert, 1983). Os conteúdos humanos referem-se essencialmente a partes do corpo, nomeadamente Estes conteúdos estão habitualmente associados ao conformismo ou à presença de uma depressão. Os *determinantes formais* estão presentes num número significativo de respostas e são de uma forma geral de boa qualidade. É possível encontrar cinestésias o que revela alguma implicação no processo projectivo. Na Prancha II nota-se uma reacção à introdução da côr que é dada por um aumento do tempo de latência e por uma dificuldade em dar uma resposta. Já na Prancha IX, surge uma recusa num cartão em o simbolismo é claramente feminino, reenviando para as relações.

Com um *TRI* introversivo misto, Isabel revela que as respostas cinestésicas predominam sobre a côr, ou seja, há um predomínio da interiorização em detrimento da expansividade nas relações, evitando grandes manifestações de afecto. A ansiedade que Isabel sentiu no início da prova, manifesta-se nas respostas que produz no protocolo, e no valor do *I.A.*. Esta angústia prende-se com uma preocupação com o corpo que é sugerida pelo número algo elevado de conteúdos anatómicos e de partes do corpo.

Na Prancha I, Isabel entra na prova solicitando de imediato a figura do psicólogo, numa postura de dependência e passividade. A resposta é banal e apreendida na globalidade da

mancha, com boa qualidade formal. Trata-se no essencial de uma resposta adaptada em que a unidade corporal prevalece.

Em relação à Prancha II, o tempo de latência aumenta, Isabel manipula o cartão e admite alguma dificuldade em aceder à projecção. Faz comentários ao material e acaba por dar uma resposta que reenvia para um conteúdo latente relacionado com uma temática mais sexual solicitada pela mancha, nomeadamente pela parte branca. Faz a integração da cor na resposta (“fogo por baixo”), podendo colocar-se a hipótese de ter existido um choque a estas pulsões mais agressivas. Termina desvalorizando a sua capacidade projectiva através de um comentário “Eu para pinturas abstractas não tenho jeito”. Numa prancha em que é banal colocar-se duas figuras em relação, utilizando a simetria da mancha, Isabel mantém a integridade na apreensão do material.

Quanto à Prancha III, nesta Isabel dá uma resposta banal, em que coloca duas pessoas em relação, apesar da identificação estar indefinida. São duas pessoas assexuadas, nem masculinas nem femininas. Apenas no inquérito surge a revelação que são do sexo masculino. Há nessa ocasião uma tentativa de integrar a cor, mas que não é bem sucedida.

Na Prancha IV, parece haver um choque ao negro da mancha. Isabel começa por tecer comentários ao material e manipula o cartão como que procurando alguma ajuda, algum apoio. De certa forma, este movimento permite-lhe tentar controlar a angústia suscitada pelo estímulo, tentativa esta que falha na medida em que surgem respostas de conteúdo anatómico e de partes do corpo, que podem reenviar para medo de desintegração corporal, uma angústia de fragmentação. Tratando-se de uma prancha com uma conotação masculina, esta dificuldade pode revelar também uma incapacidade de aceder ao sexual.

É uma resposta banal e global que surge na Prancha V, numa tentativa de reorganização interna da angústia suscitada pelo cartão anterior, num retorno à normalidade e ao conformidade. A resposta integra a globalidade do percepto, enviando para a unidade corporal. No entanto, no inquérito o pássaro transforma-se em borboleta o que, segundo Chabert (1983) pode revelar uma certa indefinição na identidade.

A banalidade passa para a Prancha VI, em que é novamente percebida a mancha integral, com alguma ressonância sensitiva, na medida em que a resposta dada remete para a “pele de animal”. No entanto, há novamente uma indefinição, Isabel não se implica no processo projectivo, não consegue projectar um animal concreto. Pode ser qualquer animal, indefinido que confere uma vivência disfórica da imagem corporal. Uma adaptação superficial ao concreto da mancha.

Este sentimento difuso passa para a Prancha VII, onde é dada uma resposta mais uma vez

indefinida “*mivens*”. Numa mancha que apela à simetria esta é ignorada assim como a componente relacional a que faz apelo. Esta resposta remete ainda para o contorno, para os limites do corpo que estão esfumados, esvanecidos. Trata-se de um cartão em que o estímulo é mais instável e essa característica tem alguma ressonância em Isabel que demora mais tempo a dar uma resposta.

Na Prancha VIII, a introdução da côr é recebida sem qualquer tipo de choque. Pela primeira vez surgem as simetrias, as imagem reflectidas que reenviam para um corpo que é vivenciado como simétrico (Mendes Pedro at. al, 2001). Esta simetria remete ainda para a dimensão relacional que são igualmente simétricas. Há novamente uma referência aos limites do próprio corpo a partir das margens.

Surge uma recusa na Prancha IX. Trata-se de uma prancha aberta, pastel onde aparentemente o choque côr que não surgiu anteriormente foi para aqui canalizado. Esta recusa faz pensar numa desorganização grave provocada pela côr, e pelas evocações produzidas por este cartão, testemunhando também uma dificuldade em fantasiar. A angústia provocada pela regressão a que faz apelo este cartão não pode ser contida. No inquérito surge uma resposta anatómica que parece dar conta mesmo dessa angústia e de um vivido corporal disfórico, onde parece existir um medo de perda dos limites, da coesão do corpo. O apelo ao clínico surge demonstrando mais uma vez uma certa dependência e necessidade de apoio.

Finalmente na Prancha X, surge uma resposta global numa mancha caracterizada pela sua dispersão. Parece confirmar-se a tentativa de reunir o espaço do corpo que tanta angústia vinha causando nas pranchas anteriores. Surge então na resposta o conteúdo “máscara” que remete para o vazio da relação e para uma existência sem rosto próprio.

Constata-se a partir deste protocolo, e de uma forma geral, uma certa dificuldade em apelar ao imaginário, dificuldade essa presente até nos comentários feitos ao longo da prova (por exemplo na Prancha IV “*A minha imaginação não chega a isso*” ou na Prancha II “*o que é que eu posso ver? Se calhar imaginar qualquer coisa*”). O grande apego à unidade das pranchas faz pensar num medo de fragmentação o que é confirmado pela indefinição corporal que surge em algumas respostas disfóricas com referências a “*mivens*” ou “*margens*”. A identidade quanto à componente sexual também não se encontra bem definida e parece existir igualmente uma problemática ligada à dimensão relacional. O processo projectivo traz alguma angústia a Isabel manifestada pelas recusas, ou respostas de conteúdos anatómicos. Apesar disso termina a prova dizendo que o peso que sente no peito já passou, como se tivesse projectado esse objecto mau para fora do seu corpo e para o espaço da prova.

• Desenhos

A forma como Isabel se projecta no espaço da folha branca é reveladora da forma como se encontra na vida. Isabel tenta passar tão despercebida quanto possível. Os desenhos revelam a sua timidez e insegurança ao serem colocados num canto da folha de papel e “(...) *apertadinhos. Não gosto de me esticar*”. Revelam ainda uma problemática ligada à lateralidade e à sua relação com o espaço. Em ambos os desenhos há a anulação do corpo porque “*do busto para baixo não sei*”. O que demonstra a dificuldade de representação de um corpo próprio em Isabel, corpo estes deslibidinizado, sem energia anímica. Surgem, então, rostos, sempre de perfil, num evitamento da relação. Tal como Isabel evita o contacto mais próximo com os outros. Por fim, a pessoa desenhada por Isabel é do sexo masculino. Isabel, revela no entanto, cuidado nos pormenores o que remete para a sua forma de ser conforma as normas, de fazer tudo sempre muito bem feito.

• Discussão do Caso II - Isabel

A relação com Isabel, apesar de bem estabelecida, foi sempre fugidia. Desde o primeiro momento que Isabel faz um movimento de aproximação seguido de um outro de afastamento. No entanto, os momentos passados com ela foram sempre sentidos como uma experiência enriquecedora e agradável. Isabel durante este tempo nunca demonstrou emoções. Sentia-se a ressonância afectiva que algumas situações têm na sua vida, mas estas eram controladas, isoladas, não transparecendo muito para o clínico.

Da anamnese de Isabel, o que ressalta é o apagamento de si própria enquanto pessoa única e especial. Demonstrando um sentimento de baixa auto-estima, Isabel sempre se preocupou em passar despercebida, em não incomodar. É essa a imagem que passa quando descreve a sua forma de ser na infância “*Era assim um bichinho. O meu pai deitava-me uns olhos assim e uma pessoa retraía-se*”. Isabel transmite uma sensação de desamparo, de solidão que se vai prolongar ao longo de toda a sua vida. Refugiando-se em actividades de leitura e escrita consegue ultrapassar uma adolescência caracterizada pela falta de experimentação e “*falta de liberdade*”. Hoje em dia Isabel também se refugia no mundo de sua casa não procurando conviver ou estabelecer relações significativas com outras pessoas. Também na vida Isabel dá a sensação de estar sempre a fugir.

Sendo a filha do meio, Isabel sentiu-se sempre discriminada em relação aos irmãos. Ao irmão por ser rapaz, à irmã por ser a mais nova. De facto, Isabel nunca se sentiu amada suficientemente e incondicionalmente pela mãe e este é um sentimento que ainda hoje expressa. Esta falta de reconhecimento não permitiu a Isabel criar um objecto interno estável, nem lhe permite hoje em dia ter a segurança suficiente para relacionar-se com os outros.

A passividade e o conformismo são características na vida desta mulher. Isabel ao invés de escolher activamente os parceiros e as situações, deixa-se ser escolhida. O casamento aconteceu porque já estava a chegar a uma altura em que era conveniente casar e até encontrou uma pessoa disponível. As amizades também aparecem a partir da iniciativa dos outros, sem existir uma verdadeira escolha por parte de Isabel, que aceita tudo como se não fosse merecedora de mais. Desta forma, resta-lhe conformar-se com as normas e regras que lhe são impostas externamente, anulando por completo a sua subjectividade. Sempre que a sua vida sai da rotina habitual, tudo parece desabar na vida de Isabel. Foi o que aconteceu com a prisão do marido, com o aparecimento da sua doença, com o intervalo nas aulas de ioga, e com todas as disrupções que vão surgindo. Descreve-se a si própria como *“Pareço um robot. Tenho que fazer isso àquela hora e se passar essa hora...”*. Ora um robot é uma máquina, algo desprovido de sentir e de pensar, obedecendo ao que é imposto e exigido pelo exterior, programado. Se há uma falha na engrenagem, deixa de funcionar.

Não há espaço para o subjectivo de uma vivência quente que passa também por um corpo próprio. Daí também o desconforto de Isabel com o seu corpo e com tudo o que lhe diz respeito. A vida sexual nunca teve importância e continua a não ter (*“É a parte obscura da vida”*), revela uma sempre uma postura de extrema tensão, com grandes dificuldades em relaxar. Também é um corpo que cumpre uma função e quando avaria, como aconteceu com a doença, tudo desaba, perde o sentido. Um corpo enquanto esquema de representação, enquanto projecção de um espaço interno e subjectivo é coisa que não existe para Isabel. A sua relação com o espaço que é patente no Rorschach com respostas unitárias, não permitindo a perda da integridade e também no desenho em que procura as margens do papel para não se perder na imensidão da folha. A juntar a isto, o facto de se perder com facilidade, demonstra como é um super-ego corporal externo que impõe as normas e o bom funcionamento nesta mulher.

Isabel parece passar pela vida sem verdadeiramente experimentar as coisas, sem verdadeiramente sentir. Na falta do subjectivo do seu mundo interior dedica-se aos outros e em particular aos filhos, vivendo em função destes. Tudo aquilo que a faz sofrer Isabel põe de lado o que sente. Prefere não pensar nas coisas e aceitá-las passivamente. Esta postura parece

vir ao encontro da depressão falhada, tal como é descrita por Coimbra de Matos (2003). Existe uma incapacidade de elaborar sentimentos, de aceder ao afecto, optando Isabel pelo concreto, pelo real, num registo de patologia da adaptação (Sami-Ali, 1992). Também os sonhos não fazem parte da sua vida. De uma forma geral recorda alguns sonhos de angústia mas estes não têm importância, e não estando a função onírica completamente ausente da sua vida, quando está presente é composta de bizarrias ou de sonhos banais. O sonho não se constitui enquanto espaço de elaboração para esta mulher.

O desinvestimento das relações torna-se ainda mais claro perante a postura de Isabel quando o marido decide dormir na sala. Isabel finge não dar importância, não notar e não faz qualquer tentativa para mudar a situação. No entanto, mantém as aparências para o mundo exterior porque é importante estar conforma as regras.

O impasse relacional nesta mulher pode ter equivalência a um nível imunológico onde o si se anula, da mesma forma que Isabel se foi anulando, não sendo reconhecido e levando à falência da homeostase corporal. Este impasse é mesmo verbalizado por Isabel ao falar da sua situação com o marido *“O que é que eu posso fazer? Nada. Estou numa situação sem saída”*. É o total aniquilamento do seu ser enquanto alteridade. Dai também existir nesta mulher um evidente terreno alérgico que coloca a questão da diferença face ao outro (Mendes Pedro, 1997).

Caso III – Maria

Maria tem 30 anos de idade. Nasceu e ainda vive nos subúrbios de Lisboa. É casada e tem uma filha de 3 anos. Tem o 12º Ano, completado através de um curso profissionalizante em animador cultural. Trabalha na área de actividade para a qual estudou. Foi diagnosticado a Maria um carcinoma ductal invasivo da mama esquerda. Foi sujeita a uma mastectomia radical⁹, e por já existir invasão linfática submeteu-se a tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

Dados da observação

A primeira abordagem a Maria é feita no período pré-operatório. Maria tinha sido admitida no hospital, para ser submetida à cirurgia, no dia seguinte. Acede a colaborar no trabalho.

Maria é uma mulher de estatura pequena. Tem um aspecto muito jovem, ao mesmo tempo frágil e traquina. Usa cabelo pelos ombros com uma aparência muito cuidada. Demonstra ser reservada e aborda alguns assuntos com dificuldade. Nesta altura emociona-se muito quando explica que isto (o cancro) aconteceu logo agora que estava a pensar tentar engravidar novamente. Foi a primeira e única vez que Maria demonstrou afecto.

Antecedentes pessoais (infância e adolescência)

Maria é a mais velha de uma fratria de três irmãs. Tem uma irmã de 29 anos e outra de 21. A mais nova das irmãs ainda vive com os pais e está a terminar o 12º Ano, tencionando depois entrar na universidade. A outra irmã é casada, tem dois filhos e vive noutra região do país. Terminou o 12º Ano e tem trabalhos esporádicos. A sua mãe tem 51 anos e o pai 53.

O nascimento de Maria foi desejado e planeado e a escolha do seu nome foi entregue ao avô materno. Maria gosta do seu nome, mas o facto de ser um nome muito comum, incomodou-a durante algum tempo.

Quando Maria nasceu, o pai encontrava-se na tropa em Angola. Já mais crescida e com o pai a viver em Portugal, Maria lembra-se que ele trabalhava muitas horas por dia e havia dias em

⁹ ablação da mama devido a tumor maligno invasivo.

que não o via, porque chegava muito tarde a casa. Gostava de brincar com o pai porque era muito *Maria Rapaz*. Não se recorda do nascimento da sua irmã porque são muito próximas. Mas, da infância guarda memória das brincadeiras com os amigos. Passava muito tempo na rua. Andavam de bicicleta e exploravam os campos à volta do bairro onde viviam “*Iamos à descoberta*”. Andavam sempre em casa uns dos outros e iam lanchear a casa de uns deles porque a avó fazia o lanche. Era a avó de todos. Os pais sabiam que eles não saíam dali e não se preocupavam. Maria nunca andou na pré-primária. Até entrar para a primeira classe brincava na rua com os seus amigos que eram também seus vizinhos. Estes são seus amigos até hoje. Quando foi para a escola, adaptou-se bem porque “*era uma ansiedade que tinha, aprender a ler e a escrever*”.

Lembra-se também de um Natal em que ela e a irmã descobriram onde os pais esconderam as prendas e abriram-nas todas. Quando os pais descobriram as irmãs foram esconder-se em casa dos primos e viram pela janela os pais levarem todas as prendas dizendo que as iam oferecer a outros meninos.

Outra recordação relaciona-se com uma boneca oferecida pelo pai. Maria não gostava de brincar com os seus brinquedos para não os estragar, a irmã durante a noite desmontou a boneca nova que estava cuidadosamente arrumada, e passeava as pernas e os braços dentro de um saco, dizendo que eram a comida dos seus bonecos. Maria ficou furiosa mas não fez nada. Durante a infância, a família passava férias percorrendo o país de carro e Maria guarda boas memórias desses tempos também.

Maria recorda que quando a irmã mais nova nasceu, ela tinha nove anos de idade e “*não achei muita piada*”. E isto porque o nascimento de outra irmã representava mais trabalho para ela. Lembra-se de perguntar à mãe porque é que a irmã estava tanto tempo deitada e costumava abanar o berço para a irmã acordar e Maria a poder ver de olhos abertos. Segundo ela, a irmã do meio foi quem se ressentiu mais do aparecimento deste novo elemento, porque deixou de ter tanta atenção. Começou a baixar o rendimento escolar e assim conseguiu receber mais atenções e mais mimo. A mãe achou que devia protegê-la mais. E Maria achou bem, já estava preparada. Era ela que ficava em casa a ajudar a mãe a tomar conta da irmã. Como gostava de crianças não se importava. Mas lembra-se de pensar que às vezes “*sobrava tudo para mim*”.

Maria nunca teve as doenças de crianças, como sarampo, varicela, etc., apesar das irmãs e dos amigos terem tido. Quando era bebé sofria de otites. Lembra-se de passar noites a chorar com dores de ouvidos. Tinha um ano quando foi “*queimar*” os ouvidos. A sua irmã do meio teve sarampo e rubéola, esta última quando a mãe estava grávida da irmã mais nova.

O pai de Maria trabalhou durante muito tempo fora do país. É electricista de profissão e quando Maria entrou no Ciclo preparatório, o pai foi trabalhar para Angola, Maria devia ter 14/15 anos. Recorda-se que a mãe ficou triste e lembra-se de ir à janela vê-lo apanhar o táxi para o aeroporto. Enquanto o pai trabalhou em África, normalmente ficava lá durante um/dois meses e passava um mês em Portugal. Quando ele vinha, Maria diz *“lembro-me que tinha que mudar a minha rotina toda”*.

Entretanto, a mãe engravidou da irmã mais nova e quando esta nasceu o pai estava presente. A irmã mais nova devia ter uns 2/3 anos e a mãe teve um *“esgotamento muito grande”*. Isso aconteceu, segundo Maria, porque a irmã do meio teve muitos problemas na escola e a irmã mais nova era terrível. O pai foi obrigado a regressar de Angola e a mãe fez uma cura de sono que durou cerca de dois meses. Sobre a depressão da mãe Maria diz *“Acho que ficou crónico. Acho que ainda hoje não conseguiu superar isso”*. Recorda-se que lhe fazia muita impressão passar no quarto dos pais e estar sempre tudo às escuras. Antes do regresso do pai, foi muito complicado viver esta situação. Recorda-se que nesta altura levou uma tarefa da mãe porque esta achou que Maria estava há tempo demais a tomar banho. Foi de tal forma marcante e chocante que Maria diz que *“Apaguei do pensamento”*. Só sabe que isso aconteceu porque lhe contaram e porque lembra-se de qualquer coisa. O pai ficou cá durante alguns anos, voltando novamente para Angola.

Maria refere que a relação com a sua mãe sempre foi muito próxima: *“É uma relação aberta, falamos sobre tudo e mais alguma coisa”*. Tem sempre muita disponibilidade. Conta que ela e a mãe são muito diferentes mas isso não interfere na sua relação porque se conhecem muito bem e conseguem contornar as coisas. Pensa que a mãe se envolve demasiado nas coisas e fecha-se muito. Tem mau feitio e costuma sair para falar com as pessoas. A sua irmã do meio é que é muito dependente da mãe. Mas ultimamente, Maria sente-se mais próxima do pai. Desde que saiu de casa, nota que a relação com ele está mais aberta. Durante a adolescência, a partir dos 18/20 anos, quando começou a sair havia choques com o pai. Não com a mãe, porque a ela conseguia sempre dar a volta. Com o pai tinha mais regras e mais rígidas.

Por volta dos 17/18 anos, Maria foi seguida no Hospital de Pulido Valente por suspeita de tuberculose. Sofria de bronquiectasias¹⁰, sentia dificuldade em respirar e tosse. Foi seguida durante cerca de dois anos e depois disso não teve mais problemas.

Sabe que é alérgica à penicilina. Desde que se lembra que é alérgica, mas não sabe muito bem como é que descobriram. A mãe diz que reagiu a uma injeção.

¹⁰ Dilatação brônquica.

Foi tratada a uma ferida de grandes dimensões no colo do útero. Foi queimada numa extensão muito grande e fez tratamento por frio. Tinha 20 e poucos anos, não sabe precisar ao certo. O ginecologista explicou-lhe que foi originada pelo uso de tampões.

Desde pequena que sempre quis trabalhar com crianças, queria ser educadora de infância, mas quando terminou o 9º Ano não quis continuar a estudar na via normal de ensino. Não se sentia à vontade com os professores. Nessa altura surgiram os cursos profissionais e optou por fazer o 12º Ano por essa via, pensando posteriormente estudar para ser educadora de infância. Quando iniciou o curso de animador cultural, percebeu que era isso que queria e desistiu dos seus projectos de continuar os estudos. Por preguiça não voltou a estudar. Sentiu sempre grandes dificuldades no estudo por não conseguir fixar as matérias. Sabia o suficiente para passar de ano, mas era muito difícil porque tinha que estudar muito.

Acontecimentos relacionais marcantes

O bairro onde cresceu é o mesmo onde habita actualmente. O marido foi o seu primeiro e único namorado e fazia parte do grupo de amigos que Maria tinha no bairro. Começaram a namorar, quando Maria tinha 16 anos. Nessa altura era muito tímida. Conta que foi amor à primeira vista e nunca tencionou mudar de namorado. Namoraram dez anos antes de começarem a viver juntos. Nunca chegaram a casar, porque dias antes do casamento, tiveram uma inundação na casa onde iam morar e optaram por cancelar a cerimónia e a festa que ficaram adiadas até hoje. Agora já não pensam nisso, não acham necessário. O marido trabalha por conta própria na construção civil. Quando questionada sobre o que é que gosta no marido, responde: *“De olho azul, moreno”*. Mas acrescenta que o que gosta nele é o facto de *“tenho confiança com ele e segurança com ele. Também não ponho as mãos no fogo por ninguém. Fomos sempre muito sinceros e directos um com o outro”*. Diz ainda que o marido é uma pessoa bem disposta e que *“Apoia-me em tudo. Tem sido cinco estrelas”*. Ele é responsável e Maria sente que ele está ali mesmo que não lhe diga nada.

A filha nasceu em 1999. Foi uma gravidez planeada e nessa altura estavam a mudar de casa. Devido à inundação em sua casa, grande parte da gravidez foi passada em casa dos pais. O marido esteve fora dois meses, durante o sexto mês de gestação. Apesar de ter sido uma gravidez complicada, porque Maria acusou um teste positivo para toxoplasmose, afirma que passou bem a gravidez. Por essa razão foi seguida nas consultas de alto risco da Maternidade

Alfredo da Costa. Teve que esperar cinco meses até receber o resultado da amniocintese, que revelou estar tudo bem. Depois do parto, que foi normal, teve que ser operada para retirar a placenta que não foi expulsa naturalmente.

Maria não tinha preferência quanto ao sexo do filho que esperava. Como são três irmãs e a irmã já tem dois rapazes, ficou contente quando soube que ia ter uma rapariga. Quanto à escolha do nome, Maria e o marido acordaram que o pai escolheria o nome caso fosse rapariga e ela escolheria o nome caso fosse rapaz. Maria amamentou a filha durante três ou quatro meses. Depois de voltar ao trabalho, tirava leite para a mãe dar à filha. A filha é asmática desde os dois anos e meio. Passou um dia inteiro com falta de ar e no hospital os testes que fez confirmaram que era asma. Desde bebé que faz bronquiolites (tinha um mês quando surgiu a primeira). Quando nasceu fez *“alergia ao ar”*. O pediatra explicou que provavelmente tratava-se de uma reacção alérgica à poluição. Quando saiu da maternidade ficou cheia de crostas na cabeça. Com quinze dias voltou a sair à rua e ficou com a cabeça *“cheia de borbulhinhas e de crostas”*. Faz também alergias de pele quando transpira. A sua filha também ainda não teve qualquer doença e não apanhou varicela quando houve um surto no colégio.

Das perdas mais importantes, fala de um amigo próximo que faleceu de overdose. Maria não consegue dizer quando – *“já foi há tantos anos”* - pensa que foi enquanto andava a frequentar o curso de animador cultural, em 1996/1997. Este amigo era muito meigo e muito carinhoso. Sobre a sua morte diz *“Foi muito estranho, foi muito estranho (...) Foi muito estranho porque tive um pressentimento. Tinha estado a pensar nele o dia todo e quando cheguei ao bairro percebi que alguma coisa tinha acontecido”*. Foi muito difícil lidar com isso, porque eram muito próximos. Maria assistiu à doença da mãe do seu amigo (cancro) e acompanhou-a até esta morrer. Logo de seguida morreu o pai dele e depois ele próprio. Maria conta *“Foi muito esquisito, porque tínhamos um grupo de amigos muito próximos e ainda hoje falamos dele. Porque era muito boa pessoa (...) É daquelas pessoas que não conseguimos perceber como é que se mete naquele tipo de vida”*.

Outras perdas relevantes que se recorda, são a do bisavô, mas não sabe situar no tempo *“Eu não tenho essa noção do tempo, de há quanto tempo”* e a da tia-avó (irmã do pai da mãe). Esta última tem mais presente e pensa que foi há cerca de seis anos. Morreu na sequência de um internamento hospitalar, tinha 60 e tal anos. Era muito próxima dela, porque foi esta tia que criou a sua mãe. Maria conta que *“Foi mais difícil para mim tentar acompanhar a minha mãe, porque a minha mãe era muito ligada à minha tia. E a minha mãe foi-se muito, muito*

abaixo". Perdeu os bisavós da parte da mãe e os avós da parte do pai, em dois ou três anos. Tudo de seguida: "*Lembro-me deles muito velhinhos. A minha avó com o cabelo branco*".

Tinha uma amiga desde sempre, mas quando os pais dessa amiga se separaram, foram viver para outro lado e perderam o contacto.

Há cerca de dois anos, Maria engravidou e foi forçada a interromper a gravidez porque o coração do bebé deixou de bater. O médico decidiu esperar que o próprio organismo expulsasse o feto, mas tal não aconteceu. Às 17/18 semanas de gravidez, fez uma primeira raspagem. Continuou com hemorragias e foi obrigada a fazer uma segunda intervenção. Lembra-se que acordou das duas cirurgias a chorar. Esta segunda intervenção foi muito agressiva e as paredes do útero colaram. Durante um ano não teve período menstrual. Começou então a tomar um estimulante hormonal para descolar as paredes do útero e regularizar a menstruação. Chegou a ter os sintomas habituais do ciclo mas não havia expulsão do óvulo. Modificou a medicação e a menstruação regularizou-se no fim deste segundo tratamento que durou cerca de um mês. Não necessitou de fazer qualquer outro tratamento, no entanto o útero ficou muito sensível. Os médicos admitem que o carcinoma na mama pode ter sido resultado destes tratamentos hormonais a que foi submetida.

Há pouco tempo morreu uma amiga com quem Maria tinha uma ligação muito próxima. Em três ou quatro semanas diagnosticaram um tumor no estômago, operaram-na e morreu. Era uma pessoa que lhe dava muito apoio e foi muito difícil a sua morte pelas circunstâncias, por ter acontecido de forma muito rápida e por se tratar da mesma doença.

História actual

Maria trabalha como animadora cultural e tem horários rotativos, mas certos. Isto é, uma semana faz o horário da tarde, na semana seguinte alterna e faz o horário da manhã. Desde 1998 que está no seu presente emprego e sente-se bem com este trabalho. Consegue dizer a data porque começou a trabalhar pouco antes de engravidar. Era o que ela sempre quis fazer. Habitualmente é ela quem leva a filha à escola e também é ela quem a vai buscar. Depois de deixar a filha na escola vai para casa e trata das suas coisas. Antes do eclodir da doença, conta que em relação à arrumação da casa "*Eu até tinha quase um ritual*". Quando esteve de atestado, devido aos tratamentos a que teve que se submeter, ressentiu-se muito da quebra na sua rotina do dia-a-dia.

Em 2003, antes de entrar de férias, Maria estava sentada no sofá da sua sala quando tocou por acaso no seio e sentiu um nódulo. Diz que se via a olho nu. Conseguiu marcar uma mamografia rapidamente e foi consultada no IPO. Dadas as grandes listas de espera nesse hospital sugeriram-lhe o Pulido Valente onde acabou por ser operada. Assim, que apalpou o nódulo, Maria sentiu que era uma coisa grave. Atribui o cancro da mama à medicação que fez após o aborto. Tudo se passou de uma forma muito rápida e Maria desabafa que a sua vida tem sido *“um descalabro, de há dois anos para cá”*.

Maria foi submetida a uma mastectomia radical da mama esquerda. Quando acordou da cirurgia tinha uma conjuntivite. Depois disso fez tratamentos de quimioterapia, intercalados por radioterapia. Todo esse tempo foi obrigada a estar de atestado.

No entanto, esforçou-se para que não houvessem grandes alterações no seu dia-a-dia. Continuou a levar a filha ao colégio e pensa que fez tudo aquilo que acha que devia fazer. Sente que deixou de ser tão preocupada em relação aos seus afazeres domésticos. Faz apenas o que lhe apetece e quando lhe apetece. O tempo passou a ter um novo sentido para ela. Desde que surgiu a doença que Maria optou por *“ir vivendo as coisas de uma forma mais leve. (...) Neste momento não me apetece ter regras para nada. Descontrolo-me toda”*. Mas, refere que prefere ter obrigações, como o trabalho, para a obrigarem a andar com regras.

Depois da cirurgia, o seu marido dava-lhe banho a ela e à filha. Foi cortar o cabelo com ela, quis ver a cicatriz. Ficou surpreendida por o marido a acompanhar durante os tratamentos de quimioterapia, porque ele é muito sensível aos hospitais e Maria nunca pensou que ele conseguisse acompanhá-la.

Em relação ao retomar da actividade sexual após a mastectomia, Maria diz que como já estava preparada, foi natural. Os dois continuaram na mesma.

O que foi mais difícil nesta doença é o facto de ter sido *“tudo em catadupa”* e *“sentir-me impotente, não puder fazer nada para ultrapassar isto tudo”*. Tem sido muito difícil não poder ir trabalhar, não poder fazer nada, não poder ir aos aniversários dos amigos. Mas diz sobre a doença actual *“Eu nunca me senti doente. Eles é que acham que eu estou doente”*.

Quando o tempo está bom, é mais fácil organizar coisas para fazer: *“também tem que ver com o acelerar a cura”*. Gosta muito de jardinar e costuma fazê-lo na casa do sogro: *“Sempre disse que devia ter nascido no campo. Gosto muito de jardinagem e de animais”*. O que mais gosta nesta actividade tem que ver com o aspecto estético mas também com os resultados do trabalho. No seu emprego não consegue ver os resultados daquilo que faz, mas na jardinagem

tem logo o resultado à vista e é bonito *“E depois liberta-me. Parece que limpa o espírito e a alma”*.

Maria gosta muito de viajar e de conhecer coisas novas. Mas, por vezes sente-se perdida porque não tem sentido de orientação, *“Deixo-me guiar. Perco-me com uma facilidade terrível.”* Até em Lisboa, cidade conhecida, se perde. No entanto, quando está fora, deseja sempre regressar rapidamente a casa, porque *“Sinto falta das minhas coisas. O meu espaço é o meu espaço”*. Afirma que sente saudades das pessoas, mas em primeiro lugar tem de ir ao seu espaço. No fim do seu curso fez um estágio em Paris de três semanas. Sentiu que foi muito tempo por causa das saudades, mas a nível de aprendizagens foi muito curto. Foi com um grupo de colegas e a experiência foi muito boa porque davam-se todos muito bem. Prefere andar acompanhada.

Maria tem alergias de pele depois de adulta, quando sua muito. Fica com muitas borbulhas, bolhas de água, *“fica terrível”*. Isto aconteceu *“aos 15/16 anos. Não mentira, mais, mais, tinha 18/19”*. Apesar disso, gosta do Verão, do calor, os dias são maiores, gosta de se levantar com o sol já alto.

Sobre si própria diz: *“Detesto falhar, porque sou muito insegura. Tenho falta de confiança própria.”* Pensa que é muito teimosa, muito refilona, que tem mau feitio. Tem dificuldade em ficar calada, é rezingona e pouco tolerante. Quanto a qualidades, sabe que é responsável, organizada e amiga, mas *“sei disto porque as pessoas vão-me dizendo”*. Desde sempre que sentiu esta falta de confiança e o sentimento de não ser capaz de fazer, uma certa insegurança, sempre com receio de não conseguir corresponder às expectativas. Por exemplo, *“Até no trabalho, quando as coisas correm mal, acho que sou sempre eu”*. Foi sempre muito tímida. Maria guarda os sentimentos e as emoções para si. E é assim desde sempre. *“Sou capaz de me aborrecer com as pessoas que estão próximas de mim, mas descarregar, descarregar é muito difícil”*. Da mesma forma raramente chora ou fala sobre as coisas. Só consegue falar *“já depois de as coisas estarem resolvidas dentro de mim. É uma defesa que eu tenho, não penso muito nas coisas. Depois vou-me mais abaixo”*. Em relação à sua situação actual diz *“Agora que tudo isto passou, sinto-me mais cansada, mais irritada”*. Sente as coisas um pouco adiadas, um pouco fora do tempo *“Sim, se calhar é por isso que não sofro tanto”*. Fica triste quando está sozinha mas tenta dar a volta para não pensar nas coisas.

A interrupção de gravidez foi a perda mais difícil de lidar. Mas tinha o apoio do marido e partilharam sempre tudo um com o outro. Foi uma perda que partilharam em conjunto. Foi

uma coisa do casal, lidaram juntos com isso e superaram. Maria sabe agora que não vai poder ter mais filhos. Optou por uma histerectomia total a ter de levar injeções que evitam a ovulação durante o resto da sua vida. Diz que não quer pensar muito no assunto. Já está mentalizada que vai ter que fazer isso, apesar de já estar farta de hospitais e de operações.

Na história familiar tem uma tia da parte do pai, com cerca de 50 anos a quem foi diagnosticado cancro da mama um mês antes da Maria ter descoberto a sua doença. Esta tia foi submetida a uma tumorectomia e fez os mesmos tratamentos de radio e quimioterapia. Maria não tem falado com ela e evita pensar nisso.

Ritmos biológicos, corporais e outros

Aos 12 anos teve a menarca. Lembra-se perfeitamente disso: *“Foi esquisito”*. Conta que estava a brincar com a irmã no chão e a mãe queria que ela fosse cortar o cabelo. Sentiu-se envergonhada, porque já era mulher. Achava que não podia brincar mais nem jogar à bola. Então procurou esconder que já era mulher, porque as meninas tinham que bordar e fazer esse tipo de trabalhos. Quando teve a primeira menstruação, teve uma febre muito alta e dores muito fortes no pescoço. O médico explicou que foi uma reacção à primeira menstruação. Este episódio durou apenas umas horas.

O seu ciclo menstrual foi sempre muito irregular. Em alguns meses não tinha menstruação, noutros aparecia duas vezes. Tinha dores, mas suportáveis. Começou a tomar a pílula aos 17/18 anos e tudo regularizou. Não teve efeitos secundários, só engordou um pouco.

Agora, com a doença, ficou sem menstruação quando começou a fazer radioterapia, que voltou quando parou esse tratamento. Quando recomeçou a quimioterapia, ficou mais uma vez sem menstruar. Sobre isto diz *“É estranho tantas mudanças corporais”*.

Na gravidez engordou 8 Kg e o que engordou ficou. Depois começou a fazer dieta e chegou ao peso que tinha antes de engravidar. Durante dois anos e meio fez musculação e natação. Alternava uma actividade com a outra. Entretanto os tratamentos a que se submeteu fizeram-na engordar muito e não se sente bem com o seu corpo. Decidiu começar a fazer dieta. Mas, em relação à comida, não é esquisita. Sempre comeu bem e de tudo. Nas suas rotinas, só o jantar é que é a horas certas. Mas nessa ocasião junta-se a família toda, mesmo quando jantam em casa dos pais.

Maria não consegue fixar datas. Esquece-se sempre dos aniversários, inclusive do seu próprio dia de anos. Esquece-se do aniversário da filha, do marido, etc. Quando esteve de baixa, tudo se complicou mais ainda porque como não estava no trabalho não tinha esse marcador. Com a filha é que tenta ser mais controlada. É muito organizada, mas já foi mais. De facto, quando as coisas se desorganizavam sentia que tudo desabava. Nunca valorizou muito o facto de se esquecer das coisas, quando precisa de se lembrar, escreve.

Maria funciona melhor de manhã. A manhã é para si “*a altura certa*”. Costuma adormecer cedo e sempre dormiu bem. Normalmente precisa de 6 a 8 horas de sono. Caso contrário fica rabugenta o resto do dia. Teve insónias no fim da gravidez e durante os tratamentos de quimioterapia também costumava ter porque, como dormia de tarde, à noite não dormia.

Maria é destra, sempre o foi. Mas faz algumas coisas com a mão esquerda. Tudo o que é mais pesado é feito com a mão esquerda. Apercebeu-se disso porque agora não o pode fazer, dado que é o lado operado. Já a sua filha é esquerdina. Maria diz que baralha a esquerda com a direita e perde-se com muita facilidade “*Sou como os burros. Quando aprendo um caminho, tento fazer sempre o mesmo caminho para não me perder.*” As suas irmãs e a sua mãe também são destras.

Sonhos

Sonha, mas não se lembra. Mas sabe que fala durante o sono. Recorda-se em particular de, durante o Verão, pouco antes do diagnóstico sonhar com cobras. Detesta cobras. Recorda-se que não conseguia descansar porque estava a sonhar com cobras.

Acha mesmo que não deve sonhar, de tão poucas as vezes que se lembra. Os sonhos não têm muita importância para si. Quando se lembra que sonhou, normalmente não se recorda dos conteúdos e não os transporta para a sua vida diurna. Sabe que teve pesadelos, uma vez por outra, mas também não consegue precisar nem quando, nem sobre o quê. Mas recorda-se de ser pequena e esforçar-se por não adormecer porque tinha medo dos sonhos. Devia ter até 10 anos. Acabava por adormecer sem se aperceber disso.

Imagem Corporal

Na adolescência, quando o seu corpo começou a mudar, tentava disfarçar as modificações do corpo porque ficava diferente dos rapazes: *“Não gostava de sentir que estava mudar, os peitos a crescer, via-se nas camisolas”*. Não queria que a mudança fosse tão rápida porque queria poder brincar por muito mais tempo ainda.

Engordou quando apareceu o período: *“Parecia uma bolinha. Não tinha cintura nem nada”*. Apercebeu-se disso quando viu umas fotografias. Houve um ano em que não usava saias e não ia à praia para não mostrar o corpo. Não se sentia bem e chamavam-lhe *“bolinha”*. Mas nunca fez dietas e come de tudo.

Em consequência da quimioterapia, caiu-lhe o cabelo. Agora já está a nascer, mas *“o cabelo está a nascer mais escuro e com mais brancas. De resto está na mesma. Continua fininho. Cabelo de rata, como eu costumo dizer”*.

Em relação ao facto de ter feito uma mastectomia, Maria diz *“Para mim está tudo na mesma. Olho no espelho e já não vejo a diferença.”* Diz que *“esteticamente não é bonito”*, mas já não se importa. Quando chega a casa, a primeira coisa que faz é tirar a prótese e anda à vontade, sem problemas. Sobre a proposta do seu cirurgião de fazer uma reconstrução mamária, Maria afirma que *“por mim não fazia a reconstrução. Não quero fazer outra cirurgia, e não sei se vai ficar igual”*.

Rorschach – Maria

Prancha I			
13" ^	Um animal, um morcego.	Por causa das asas (D laterais). E aqui parece o focinho (D central). À noite, na minha rua, há morcegos nos candeeiros.	G F + A Ban
20"			
Prancha II			
21" ^	(suspiro) Eu este não sei. Este não consigo imaginar nada.	Não, porque eu não gosto desta imagem. A conjugação do preto e do vermelho. Acho este cartão feio.	Recusa
52"			
Prancha III			
6" ^	Este parece duas pessoas a olhar uma para a outra.	Por causa da cara, do nariz. Aqueles filmes românticos, parece a imagem do coração (vermelho central) a bater. Aqui parece as mãos a pousarem numa rocha, o rabo espetado.	G K H Ban
40"			
Prancha IV			
10" ^ v ^	Parecem-se com os monstros dos desenhos animados, com os pés gigantes.	É uns desenhos animados que dá de manhã. Acho aquilo horrível. Uns pés muito grandes D lateral inferior), os braços assim (D lateral). Aqui com a cauda (D central). Não são homens nem animais, uma coisa assim esquisita.	G F Clob (A)
57"			
Prancha V			
2" v	Isto é uma borboleta. É assim, eu estou a dizer os animais que me parecem mas eu não estou a olhar para a cor, estou a olhar para a forma.	Parecem as antenas e as caudas que têm atrás.	G F + A Ban
1'			
Prancha VI			
27" ^ v > v < ^ > v	Este não me diz nada. Este não me diz nada. Este é como o outro.	Este não me diz nada.	Recusa
1' 23"			

Prancha VII			
10" ^	Isto parece uma cara. São duas pessoas. São duas, só a cara de perfil.	O nariz, o cabelo. Ali parece a boca porque tem o recorte. O queixo, tem aqui o pescoço (D superior)	D F + Hd Ban
51"			

Prancha VIII			
26" ^ v >	Isto parece um lagarto a passear nas rochas.	Isto é como se fosse um espelho e estivesse a ser reflectido na água. Foi pela forma.	D K A Ban
28"			
Prancha IX			
28" ^ > ^ < ^ v	Isto é uma pintura abstracta.	E é. Esta não me diz nada. Dá ideia que foi feito daqueles borrões de tinta que fazíamos quando éramos miúdos. Pomos a tinta nas mãos, as mãos no papel e dobra-se ao meio.	G CF Arte
31"			
Prancha X			
9" ^ v	Isto parece-me uma cara também dos monstros dos desenhos animados, com os olhos todos esbugalhados. Comentário: Isto é engraçado. Faz-me lembrar quando eu era miúda e olhava para as nuvens e tentava imaginar animais nas nuvens.	Os olhos (os amarelos). Esta é mais bonita pela cor do que a outra. Faz-me lembrar uns desenhos animados com uma deusa. Isto não é uma deusa. São aqueles animais aberrantes que as acompanham. Há aqui só uns traços que me fazem lembrar isso, não é tudo.	G FClob (H)
1' 12"			

Escolhas:

++ ⇒ <u>Prancha VIII</u>	Transmite calma, paz e é agradável à vista. Independentemente da imagem porque eu nem gosto muito de lagartos. Tem que ver com a cor e por ser em espelho.
+ ⇒ <u>Prancha VII</u>	Faz lembrar a parte romântica da vida. Duas pessoas apaixonadas a olhar uma para a outra.
-- ⇒ <u>Prancha II</u>	Acho muito agressiva à vista. As cores são muito fortes. O vermelho e o preto juntos.
- ⇒ <u>Prancha IV</u>	Faz-me lembrar os monstros dos pesadelos que as crianças têm em miúdas.

Psicograma

R = 8

Tempo Total = 8' 23"

Tempo/Resposta = 1' 02"

Tempo de Latência Médio = 19"

Recusas = 2 (Prancha II e Prancha VI)

Respostas Adicionais = 0

G = 6

D = 2

Dd = 0

Dbl = 0

□ F = 4

C = 0

CF = 1

FC = 0

Fclob = 1

F⁺ = 3

F⁻ = 0

F[±] = 1

E = 0

EF = 0

FE = 0

K = 1

k = 0

kob = 0

kan = 0

A = 4 (incluindo 1 (A))

Ad = 0

H = 2 (incluindo 1 (H))

Hd = 1

Pintura = 1

G % = 75% - ↑↑

D % = 25% - ↓↓

F % = 50% - =

F⁺ % = 87% - =

A % = 50% - ↑

H % = 27% - ↑

Ban = 5 ↑↑

T.A. = $\frac{G}{D}$

T.R.I. = 1 K / 1 ∑ C - ambigüal

F.C. = (0 kan + 0 kob + 0 k) / 0 □ E

R.C. % = 37%

I. A. =

Ban % = 62% ↑↑

Desenho da Figura Humana

Quando lhe peço para desenhar uma pessoa, Maria recusa. Diz que não sabe desenhar. Insisto e ela responde “*Não sei desenhar de todo*”. Volto a insistir e então acede mas avisando que “*Vou desenhar à primária. Pequenino*”.

Faz então uma pessoa do sexo feminino “*A senhora*”, sem mãos, mas de corpo inteiro, acrescentando no fim os pés.

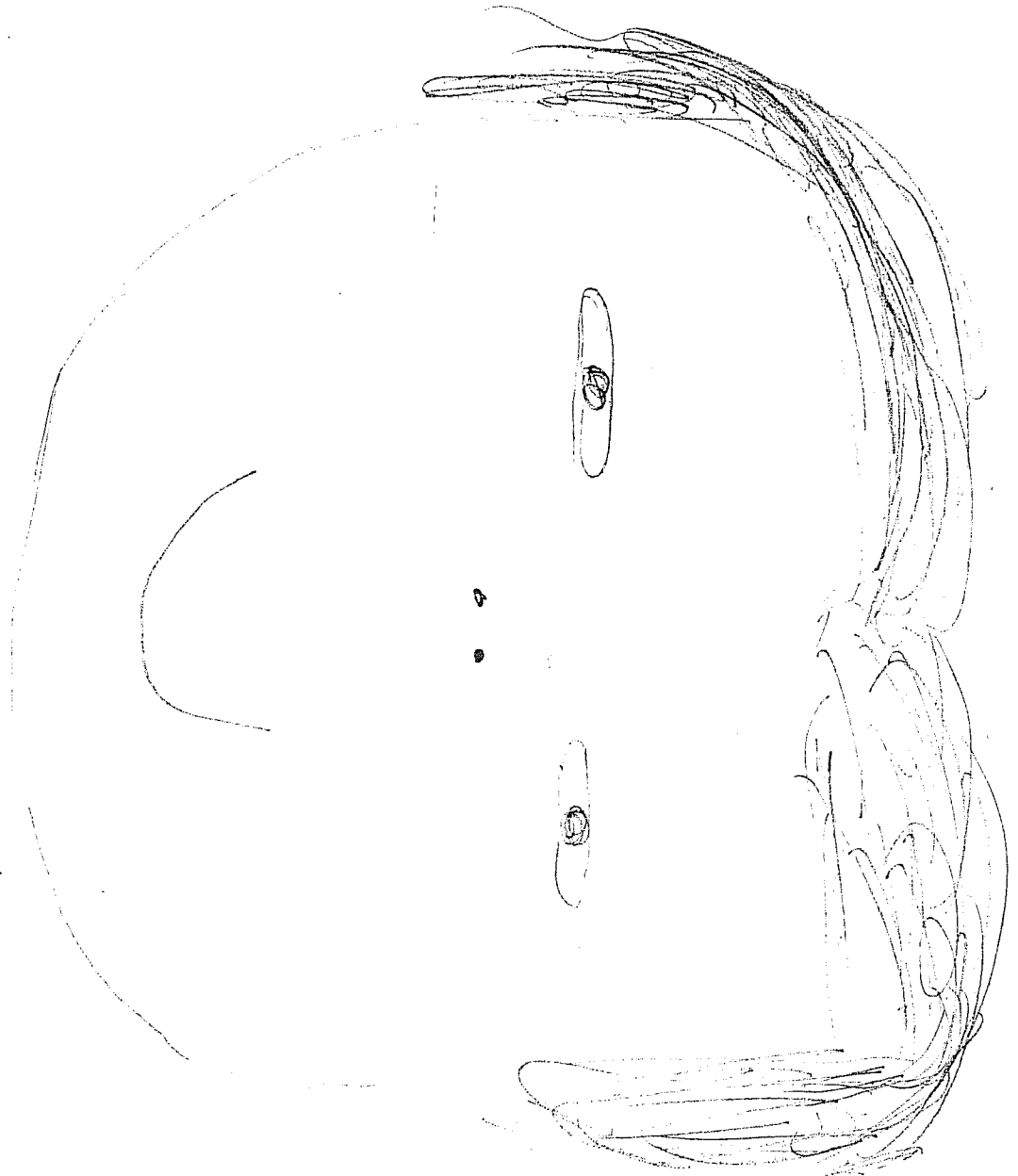
Termina dizendo “*Isto foi horrível. Foi a pior coisa que me podia ter pedido*”.



Auto-Retrato

Perante este novo pedido, Maria olha-me misto de surpresa e de zanga. Mas diz “*posso tentar, mas não vou conseguir*”. Vai desenhando fazendo comentários, como é que se faz o nariz. Quando desenha o cabelo, refere “*O que é que eu estou a fazer? É liso e estou a fazer caracóis*”. Termina dizendo, Está mais ou menos. O cabelo é que não está bem.

Não sabe porque é que só desenhou o rosto. Pensou que era para fazer assim (mais uma vez em obediência às normas).



Análise do Caso

• Rorschach

Maria acede a fazer a Prova Projectiva do Rorschach com alguma expectativa visto já ter ouvido falar dela. Por outro lado, aceita o facto como se se tratasse de mais uma coisa banal na sua vida. A prova decorre num tempo muito curto e apesar do tempo por resposta ser ligeiramente elevado, os tempos de latência são normativos. Trata-se de um protocolo muito pobre em termos de número de respostas produzidas (apenas oito). Há duas recusas, na Prancha II e na Prancha VI. A primeira provavelmente relacionada com a introdução da côr e com a agressividade por ela suscitada, que o caso de Maria é difícil de ser vivida e integrada. No caso da segunda, esta pode estar relacionada com o facto de se tratar de uma prancha compacta em que a sensibilidade ao negro da prancha, remetendo para uma depressividade latente, pode ter tido um efeito esmagador em Maria.

Neste protocolo, os *modos de apreensão* abarcam essencialmente o global da mancha, com uma fraca participação do detalhe. Este facto pode indicar uma fraca implicação na prova, uma incapacidade de apelar ao imaginário, bem como uma necessidade de manter a unidade do percepto. Parecem indicar ainda um apego à realidade, ao concreto por oposição à fantasia e à simbolização. Segundo Chabert (1983) pode revelar uma fraca curiosidade em relação ao material o que significa uma atitude defensiva de não procura de algo mais pessoal. Quando surgem detalhes, estes aparecem em respostas de boa qualidade formal associadas a banalidades. Quanto aos *determinantes*, a boa qualidade formal é uma constante no protocolo, associada a banalidades que também se encontram em grande quantidade. Os determinantes cor e cinestésicos encontram-se pouco representados neste protocolo, indicando pouca implicação dos afectos e das emoções nesta mulher. Os conteúdos são essencialmente animais e humanos mas incluem figuras não reais, fantasiadas, regressivas.

O *TRI* ambigüal indica um controlo apertado sobre a exteriorização das descargas afectivas. Segundo Anzieu (1986) este tipo de TRI é revelador de uma pessoa que se encontra bloqueada, ambivalente, indecisa quanto à sua maneira de ser. O *IA* não apresenta um valor significativo.

A entrada na prova faz-se através de uma resposta unitária, banal, breve. Na Prancha I surge uma imagem unificada, um projecção de unidade corporal, sem qualquer implicação da

projectção, colada à realidade perceptiva do estímulo.

Na Prancha II, dá-se um choque à côr e surge a primeira recusa deste protocolo. Maria não consegue integrar a angústia suscitada pela agressividade da côr introduzida neste cartão. Maria vê-se na incapacidade de mobilizar a projectção face à angústia sentida. No inquérito, este choque é confirmado quando Maria comenta “*Acho este cartão feio*” e mantém-se a recusa a projectar qualquer conteúdo neste estímulo.

Em relação à Prancha III, Maria volta a organizar-se para dar uma resposta banal em que coloca duas pessoas em relação, se bem que são pessoas indefinidas a nível sexual. No inquérito Maria faz apelo a um imaginário infantil, remetendo a resposta para uma cena de filme, irreal, integrando o vermelho na resposta. O sexo das figuras embora não nomeado parece conter o masculino e o feminino em relação. A resposta é construída a partir de partes do corpo.

Já na Prancha IV, Maria continua com este movimento regressivo, apelando para figuras fantasistas (“*monstros dos desenhos animados*”) com uma carga de choque (“*Acho isto horrível*”), uma reacção de angústia, revelando uma grande sensibilidade à mancha negra e à dispersão da mancha. Mais uma vez surge a projectção de um corpo unitário se bem que projectado a partir de partes que se destacam e que lhe dão um certo sentido.

Na Prancha V surge novamente a resposta banalizada, apreendida no global da mancha e um comentário à forma como Maria está a responder à prova, como que procurando um apoio, uma confirmação de que está a fazer uma boa prestação, muito confinada às normas.

O movimento de organização que Maria fez na Prancha V ao dar uma resposta banal, desaparece perante a apresentação da Prancha VI. Novamente, a imprecisão das formas ou as evocações suscitadas pela sua configuração, podem estar na origem da incapacidade de projectar uma imagem coerente, uma impossibilidade de interpretar a mancha. Aqui, parece surgir a questão do reconhecimento de um corpo próprio.

Quanto à Prancha VII, volta a surgir uma resposta adaptada, com recurso à simetria do cartão e evocando a dimensão relacional. Dá-se novamente um movimento reorganizativo em relação à angústia provocada pelo confronto com o cartão anterior. O esforço projectivo não é, contudo, suficiente para projectar seres definidos sexualmente. Mais uma vez parece estarmos perante uma questão de identificação. São percepcionadas partes do corpo, com destaque para o rosto, o elemento identificador do ser humano.

A introdução dos cartões pastel não parece ter qualquer ressonância em Maria que segue dando respostas banais. No entanto, a imagem corporal projectada é de simetria na Prancha VIII. Surge a questão do reflexo no espelho, da duplicação do próprio corpo, remetendo

igualmente para a lateralidade e para a diferenciação direita-esquerda. A ressonância afectiva ausente pela falta de respostas côm é reforçada no inquérito em que Maria faz questão de frisar que a resposta é dada pela forma, porque a cor implica um envolvimento e um uso das emoções que Maria tem dificuldade em fazer.

Na Prancha IX, não existindo uma recusa, Maria revela uma grande dificuldade em projectar qualquer imagem. Esta angústia provocada por uma mancha que não é compacta, é revelada pelas várias manipulações do cartão. Finalmente surge a resposta “pintura abstracta” que não deixa de ser uma abstracção em relação ao estímulo. Pode pensar-se que as evocações produzidas por este cartão provocaram uma desorganização considerável em Maria que revelam também a sua dificuldade em aceder ao trabalho projectivo.

Na Prancha X há um choque FClob que remetem para situações de insegurança e impotência perante uma ameaça. Podem apelar à regressão surgindo em repostas de conteúdos de fantasia ou mágicos (Traubenbergs, 1970). Surge uma angústia relacionada com o corpo e com uma parte particular do corpo: os olhos. No entanto, há novamente uma incapacidade de reconhecimento quer do corpo quer do rosto.

Nota-se neste protocolo um constante balancear entre a banalidade e a incapacidade de aceder ao processo projectivo. Ressalta uma obediência à norma que é intercalada por uma desorganização, em que surge recorrentemente a angústia. Estas respostas revelam uma temporalidade circular, em que acontece sempre um regresso ao ponto de partida. A angústia que impregna toda a prova é reveladora de um sentir corporal disfórico, de uma dificuldade de identificação, de uma problemática à volta da identidade que passa pelo reconhecimento do próprio. A dificuldade de apelo ao imaginário é uma constante, surgindo no essencial respostas adaptadas demonstrando uma grande conformidade ao real.

• Desenhos

Perante o pedido de aceder verdadeiramente ao processo projectivo, Maria começa por recusar, na linha de continuidade do que havia acontecido com a Prova de Rorschach. Perante a minha insistência, acede a fazer o desenho, mas reage com uma zanga contida que no fim da prova, é verbalizada. A imagem que projecta é infantilizada, como ela própria reconhece. Maria coloca-se numa postura algo regredida, de menina pequena que está a ser

avaliada. Daí o aviso “*Vou desenhar à primária. Pequenininho*”. Surge uma pessoa de corpo inteiro, de certa forma desproporcionada, com um grande corpo e cabeça e braços muito curtos, onde quase não são perceptíveis as mãos. Este desenho é caracterizado por uma inadequação, transmitindo um sentimento de desconforto, dado pela desproporcionalidade das formas. Existe uma integração pobre das diversas partes do corpo humano.

Em relação ao auto-retrato, Maria opta por desenhar apenas um rosto. Está patente a completa anulação do corpo. O rosto é composto por traços simples sem grande elaboração e é dada uma particular importância ao cabelo: “*O que é que eu estou a fazer? É liso e estou a fazer caracóis*”. Este aspecto parece reenviar para uma dificuldade de permanência da imagem própria e incapacidade de a invocar correctamente. Como se fossem os outros que lhe conferissem identidade.

• Discussão do Caso III - Maria

No caso de Maria, encontramos novamente uma grande conformidade às normas externamente impostas. Maria não é capaz de fazer uso do seu imaginário e o seu corpo é igualmente desprovido de poder projectivo. Este caso revela alguns elementos que foram descritos por Sami-Ali (1997, 2000) nas suas obras. Sami-Ali (1992) considera que o cancro, em alguns casos, pode ser a actualização de uma situação de impasse, ou seja, uma impossibilidade biológica que se inscreve num funcionamento caracterial rígido, em que o recalçamento do imaginário é uma presença constante.

Neste caso, verifica-se uma incapacidade de elaborar os lutos e as perdas que tal como Maria refere “*(...) é uma defesa que tenho, não penso muito nas coisas*”. Mas, por outro lado, todas as mudanças na sua vida parecem ser vividas como uma perda, e impossíveis de serem elaboradas. Tal acontece por exemplo com a recente mutilação a que foi submetida. Apesar da insistência do médico em fazer uma reconstrução (sendo Maria tão nova, esta questão colocasse com mais ênfase), Maria recusa, não quer pensar no assunto e diz mesmo que agora, sem mama “*Para mim está tudo na mesma. Olho no espelho e já não vejo a diferença*”. Parece estar aqui presente uma incapacidade de gerir e sentir esta perda de uma parte corporal de grande importância, como se a perda fosse impossível de suportar. O que remete igualmente para a forma como Maria vivencia o seu corpo. Este é um corpo médico, desligado do vivido. As verbalizações de Maria sobre o seu corpo reflectem isso mesmo, recorrendo sempre a

termos médicos, retirando importância ao significado das sensações. Parece então que Maria apresenta uma imagem corporal falsiada em que tudo aparece por justaposição.

O tempo para Maria é um tempo sempre igual, repetitivo. O apagamento temporal, é facto fundamental na problemática da depressão, sugerindo também a estrutura irreversível da temporalidade. O tempo é um tempo externamente imposto, tal como tudo o resto na sua vida. Verifica-se uma hiperadaptação a tudo o que a rodeia, em detrimento da sua própria subjectividade. Trata-se de uma temporalidade repetitiva (Sami-Ali, 2000), na medida em que os seus dias se repetem sucessivamente sem alterações. A mudança é negada, restando um conformismo manifesto na sua vida. É uma vida imóvel, correndo fora do tempo, na medida em que o tempo é exterior. Quando o tempo externo não é respeitado, não há capacidade de ser regulado internamente. Na ausência de marcadores temporais externos, perde-se, e tudo fica subordinado ao acaso.

Há aspectos interessantes na história de vida de Maria. Um deles prende-se com o facto de nunca ter tido doenças de infância, mesmo quando os seus amigos e irmãs contraíam as doenças. E a sua filha está a seguir as suas pisadas. Isto remete para o campo da biologia e para o funcionamento do sistema imune. As doenças infecciosas da infância são úteis na medida em que criam defesas no organismo. Não as experimentar, revela ou um sistema de defesas extremamente bom que no primeiro contacto com os agente cria anticorpos extremamente eficazes. O facto da filha demonstrar o mesmo comportamento imunitário faz pensar na presença de uma componente genética. O facto de existir um terreno alérgico nesta mulher, isso pode significar que o sistema imunitário responde exageradamente a todos os agentes externos, apesar de a imunidade alérgica ser diferente da imunidade celular. Surge com o cancro uma alteração da imunidade, não sendo Maria capaz de reagir a esta modificação das células. No caso do cancro, e como refere Sami-Ali, o que está em causa é diferente da alergia. Logo, o que está em causa não é a questão da alteridade, mas sim uma questão que envolve todo o ser, com compromisso da própria vida. Tendo Maria um sistema imunitário tão desenvolvido, pode pensar-se que as perdas que experimentou mas que não foi capaz de elaborar provocaram um abaixamento das defesas imunitárias abrindo porta ao desenvolvimento da doença somática, como refere Coimbra de Matos (2003), havendo um escoamento das emoções e da zanga contida pelo corpo. Parece então que estamos em presença de um caso de depressão falhada, mais do que em presença de um caso de depressão à-priori. Fará sentido falar em impasse neste caso? Parece-nos que sim. Não só no sentido que é referido por Coimbra de Matos (op. cit.), impasse este afectivo e relacional, em que a pessoa

limita-se a existir, como também no sentido definido por Sami-Ali, de uma situação sem saída encerrada num tempo de repetição onde existe a tal impossibilidade de ser.

A vida onírica não possibilita qualquer saída para esta situação, uma vez que está ausente em Maria.

Caso IV – Sara

Sara nasceu em Lisboa há 38 anos. É a mais velha de uma fratria de quatro irmãos. Tem um irmão com 36 anos, uma irmã com 35 anos que sofre de um atraso mental profundo, e uma outra irmã que tem 33 anos de idade. Sara é solteira, não tem filhos e mora com os pais, na casa destes, juntamente com o irmão mais velho e a irmã do meio. Tem uma licenciatura em Direito – é jurista – e trabalha na área da segurança. Neste momento encontra-se a fazer uma pós-graduação na sua área de formação. No Verão de 2003, foi-lhe diagnosticado um carcinoma ductal invasivo da mama esquerda. Este encontrava-se numa fase muito inicial e Sara foi submetida a uma tumorectomia. Como tratamento adjuvante, fez 30 sessões de radioterapia e terá que tomar Tamoxifene durante cinco anos.

Dados da observação

A primeira tentativa para conhecer Sara foi efectuada no período pré-operatório. Quando me dirigi ao serviço, fui informada que Sara já tinha sido admitida¹¹, mas tinha saído para almoçar fora e terminar um assunto de trabalho. Só regressaria ao Hospital por volta das 16h desse dia. Adiei o meu contacto para depois da cirurgia. Quando entrei na enfermaria, no dia pós-operatório, encontrei Sara sentada na cama e rodeada de inúmeros papéis, trabalhando num computador portátil. Depois das apresentações e da proposta de participar no estudo, acedeu imediatamente. Revelou-se inteiramente disponível para o que fosse preciso, tendo existido uma grande empatia de imediato. Sara é uma mulher extremamente extrovertida, cheia de energia. De baixa estatura e morena, é atraente e apresenta-se com um aspecto cuidado. Por vezes introduz ela própria os assuntos a abordar. Logo nesta altura revelou o que a preocupava: se ainda podia vir a ter filhos.

Antecedentes pessoais (infância e adolescência)

O pai de Sara é engenheiro electrotécnico e a sua mãe tem um curso de enfermagem, mas trabalhava como secretária. Os seus pais casaram-se por procuração, apesar de já se

conhecerem superficialmente. O pai estava deslocado em África e a mãe encontrava-se a viver em Portugal. Decorreram sete anos antes do casal se encontrar. Nessa altura o pai chegou a pedir a anulação do casamento, mas tal não se concretizou. Antes de casarem pela Igreja fez um pedido de divórcio, mas acabava sempre por desistir. A família da mãe nunca aceitou este casamento. Esta era órfã de mãe desde os cinco anos e o seu pai voltou a casar novamente com uma mulher que já tinha dois filhos. A mãe de Sara perdeu o pai aos catorze anos e decidiu casar quando atingiu a maioridade. A seguir ao casamento, a mãe de Sara engravidou, mas aos sete meses de gestação contraiu uma broncopneumonia e o bebé não resistiu. A mãe ficou em coma, e os médicos afirmaram que ela não iria sobreviver. No entanto, ao fim de cerca de um mês, saiu do coma. Sara conta que *“Eu sou a criança milagre”*, porque os médicos haviam afirmado que a mãe não poderia ter mais filhos.

A sua mãe gostava do nome Sara. Sabe que quando a mãe engravidou, ainda não se determinava o sexo do bebé antes do nascimento, e os pais já só a tratavam pelo nome que viria a ter *“Se nascesse rapaz era um sarilho. E eu gosto imenso do meu nome”*. Todos os irmãos têm nomes judeus.

Sara foi criada pela madrinha (uma amiga da mãe que nunca chegou a casar e que seria a madrinha do primeiro filho), uma vez que a sua mãe estava a trabalhar, mas foi amamentada até aos três meses. A madrinha tomou conta de Sara desde o seu nascimento e Sara foi para ela a filha que nunca teve. Sara diz que houve desde sempre uma grande empatia e afinidade entre as duas *“A minha mãe nunca foi muito carinhosa. A madrinha sabia dar mimos e supria a falta que a minha mãe fazia”*. Foram sempre muito próximas.

No entanto, Sara sabe que o seu nascimento foi muito desejado. Vê isso pelas fotografias que os pais lhe tiraram durante a infância *“Vejo pelas fotografias. Tenho uma enormidade de fotografias (...) e só gostando muito de uma pessoa...”*. O pai era um amante da fotografia, tirava e revelava as suas fotos. Em relação aos seus irmãos, Sara tem muito mais fotografias.

Sara ressentiu-se muito do nascimento do seu irmão. Diz que *“foi um stress”*. Porque todas as pessoas passaram a estar à volta dele e a ela não ligavam nenhuma. E foram encontrá-la a pôr fraldas a si própria na convicção que talvez assim notassem que ela também estava ali. Lembra-se de ter tirado o irmão do porta-bebés e de o ter arrastado ao longo do corredor até o entregar à mãe, dizendo que ele a incomodava. Devia ter três anos e o irmão poucos meses.

¹¹ Os internamentos são efectuados, por norma, na véspera das cirurgias e da parte da manhã, até à hora do almoço (cerca das 12h30/13h).

As recordações da infância mais antigas que tem, não as consegue situar no tempo. Lembra-se que era muito pequena e estava na cozinha a tirar ovos de um suporte, partia-os e banhava-se neles.

Sabe que aos três anos de idade bebeu um líquido venenoso. Quando os pais deram por ela, tinha um cheiro esquisito na boca e o bibe estava todo sujo. Tinha bebido um líquido tóxico que o pai tinha lá em casa. Fez uma grande fita no Hospital de Dona Estefânia e acordou todos os meninos. Chamava pela madrinha e não pela mãe. Mas não se recorda do que lhe fizeram. Conta que quando era pequena *“era muito ruinzinha”*, expressão que virá a repetir várias vezes.

Quando o irmão nasceu, a mãe de Sara deixou de trabalhar. Sara comenta sobre este facto *“A minha mãe acaba por ser um pobre diabo no meio disto tudo. Porque abdicou de tudo pelos filhos”*.

Sobre o nascimento das suas irmãs Sara não fala. Refere apenas que a mãe considera que ter tido uma filha com um atraso mental foi um castigo, pois foi uma gravidez que não foi desejada. Sobre esta irmã, Sara diz que *“A E é importante na minha vida porque eu consegui entrar com ela”*. Ela condiciona as relações familiares, porque como é muito sensível, todos têm que ter muito cuidado com o que dizem e com o que fazem. Sara teve sempre uma grande empatia com esta irmã, mas reconhece que ela ultimamente está mais regredida e os seus pais estão mais velhos, o que não ajuda.

Sara nunca falou da sua irmã mais nova de uma forma espontânea. Quando pedido, conta que J era a favorita da mãe porque era mais parecida com ela, enquanto que Sara e o irmão eram os favoritos do pai. Lembra-se que quando ia com a mãe na rua e encontravam alguém conhecido que elogiava a beleza de Sara a mãe costumava responder *“Devia ver a outra lá em casa. É muito mais bonita”*. Sara diz que não se sentia afectada com isso. Não dava qualquer importância aos comentários da mãe porque para si, o importante era a madrinha. O pai protegia-a a ela e ao irmão e de certa forma compensava a desigualdade de tratamento. A sua madrinha é que ficava muito incomodada com o relacionamento que a mãe tinha com ela, que Sara afirma *“ser quase de raiva”*. Por exemplo, Sara e o irmão costumavam passar férias juntos, mas J nunca ia, e a mãe sempre a defendeu.

Sara antes de aprender a ler as letras, aprendeu a ler música e começou a tocar piano aos cinco anos. Recorda que logo no primeiro dia de aulas, havia um lago na escola e ela que adorava água, caiu para dentro do lago e molhou os pés. Como era Inverno, foi complicado ficar com os pés molhados. Nessa altura era muito acanhada.

Quando Sara fez seis anos, a família mudou-se para Moçambique, onde viveram durante quatro anos. Sara tem boas recordações desse período. De três em três meses vinham a Portugal e permaneciam no país durante duas ou três semanas.

Lembra-se de ir para a Escola Portuguesa todas as manhãs e de tarde ia para a Escola Inglesa. À noite, e depois do pai corrigir os deveres da escola, acompanhava-o ao Clube, onde este jogava Bingo e fumava às escondidas da mãe.

Uma coisa que lhe ficou desse tempo foi a sua aversão ao leite condensado porque associa a um episódio em que a mãe lhe deitava água de colónia pelas costas, enquanto ela bebia o leite. Tem recordações chocantes quando tinha onze anos, de um tiroteio que houve perto de sua casa, em que Sara chegou a ver bocados de corpos espalhados. São recordações que não consegue esquecer.

Sara sofre de bronquite asmática, não sabe desde quando, mas recorda-se de ter de ir ao hospital levar injeções de penicilina. Lembra-se em particular de ter tido uma crise de asma durante uma rusga em sua casa, ainda em Moçambique. De resto, teve todas as doenças normais da infância: sarampo, varicela, rubéola.

A família regressou a Portugal, porque a mãe assustou-se com a educação que os seus filhos estavam a receber em Moçambique. Além disso a mãe sempre gostou muito da vida social. Sara teve uma educação protestante-luterana, a religião da mãe, e a religião é muito importante na sua vida, principalmente pelas experiências que proporciona.

A sua adaptação a Portugal não foi difícil porque nunca perderam contacto com a vida em Lisboa. Foi preparada pela mãe para fazer o exame da 4ª Classe, já em Portugal. E estava muito bem preparada. Quanto ao seu regresso à escola, diz que andava transtornada. Sente que ficava com saudades mas diz *“está tudo nublado”*. Este retorno foi um pouco conturbado, em parte porque o seu pai voltou a sair de Portugal.

O pai nunca se integrou em Portugal e depois do regresso foi trabalhar para a Arábia Saudita e posteriormente para o Sudão. De quatro em quatro meses vinha a casa. Aos 16 anos, Sara e o irmão foram visitar o pai no Sudão e permaneceram aí dois meses. Quando o pai estava fora, tinha saudades dele.

Por esta razão, Sara considera que a sua mãe foi mãe e pai ao mesmo tempo. Para o pai *“ser pai era vir cá, passear e dar prendas”*. Considera a sua mãe uma pessoa muito enérgica e empenhada, enquanto que o pai simplesmente dava o sustento.

Recorda-se de ir passear com o pai, devia ter uns 12 anos e de subirem o Elevador da Glória. O pai dava-lhe palmadas e ela tinha que recitar o Teorema de Pitágoras.

Nesta altura chamavam-lhe *“bruxa”* porque tinha boas notas e usava óculos (porque é míope). Ainda por cima era a mais pequena de todos.

Quando teve que optar, já no ensino secundário, Sara escolheu a área das ciências (biologia, química e matemática). No entanto, o seu processo extraviou-se foi forçada a ir para a área de Quimicotecnia. Depois de um ano nesta área transferiu-se para a área de saúde e para outra escola. Recorda um episódio, que à luz dos acontecimentos recentes, julga revestido de uma certa ironia: foi assistir a uma cirurgia no Hospital de Santa Maria, em que operavam uma mulher a um mioma no útero e a um nódulo da mama.

Achava-se *“horrível, mas era muito eloquente e tinha boas notas”*. Apesar disso foi para a Associação de Estudantes da escola que frequentava e conseguiu ganhar as eleições porque era *“muito contestatária”*. A certa altura começou a ter más notas a química porque não queria usar óculos e como não conseguia ver para o quadro, passava as fórmulas todas erradas.

Na sua adolescência, a mãe era muito controladora. Ia a todas as reuniões da escola. Recorda-se de a mãe lhe ter batido com o cinto quando tinha 16 anos. Isso aconteceu porque atrasou-se duas horas a chegar a casa porque ficou a contar os votos das eleições para a Associação de Estudantes. Diz que não se importou muito com isso e também não contestou. Ficou um pouco chocada porque achava que não estava a fazer nada errado. Diz a este propósito que *“quando era pequena era ruinzinha, era mazinha. Se fosse filha única era insuportável”*. Apesar destes episódios, tem boas recordações da adolescência.

No entanto, nunca se sentiu muito satisfeita com a escolha pela área de Saúde, apesar de ter completado o 12º Ano nessa valência. E por acaso, uma colega deu-lhe um trabalho para ser passado em computador, cujo título Sara recorda que era qualquer coisa como *“As Finanças Públicas nos Países de Leste”*. Percebeu, a partir daí que era essa a área em que queria trabalhar. Voltou ao 11º Ano, tendo conseguido equivalência a algumas disciplinas e terminou o secundário com notas muito boas.

Entrou na universidade aos 24 anos e no curso de Direito.

Sobre a sua família, diz que entre pais entre si e entre pais e filhos não havia um relacionamento *“tipo compincha”*.

Sara conta que a mãe demonstrou sempre uma grande agressividade em relação a si por ela ser muito parecida com o pai não só fisicamente, como também na maneira de ser *“Sou um bocado selvagem. Gosto de laurear a pevide. Não gosto de me sentir sufocada”*. Diz *“Eu sou filha do meu pai, mesmo”*, e isto porque gosta de fazer coisas para chocar as pessoas e considera-se uma provocadora, tal como o pai. Acrescenta sobre o pai que este *“É extremamente inteligente. É controverso. É daquele tipo de pessoas que pega nas coisas e as transforma”*. Os homens da família são todos engenheiros. Há vinte anos que o pai regressou definitivamente a Portugal, reformou-se e dedica-se agora à vinicultura. Os pais têm uma Quinta a alguns quilómetros de Lisboa e costumam passar alguns dias da semana lá, os dois e a filha E. Nos restantes dias, o pai fica lá sozinho. Sara considera o seu pai *“muito bicho-do-mato. Desconfia das pessoas”*.

Acontecimentos relacionais marcantes

Foi no primeiro ano da universidade que teve o seu primeiro relacionamento amoroso mais sério. E isto porque foi nesta altura que fez amor pela primeira vez e nem estranhou que ele a fosse levar a casa às 3 horas da manhã depois desse momento marcante. Acabou por descobrir que ele tinha outra namorada. Para Sara esta relação foi marcante porque foi a sua iniciação sexual, mas não demonstra qualquer outro tipo de sentimentos sobre este episódio.

Aos 26 anos fez algumas viagens com a Igreja Luterana para a Holanda e Irlanda, países onde ia actuar (porque Sara cantava e tocava viola e também fazia teatro) ou trabalhar com crianças. Até ter ido à Irlanda em 1992, com a Igreja, achou-se sempre muito feia. Mas nesse país tinha uma legião de apaixonados e ficou muito contente com isso. Teve um namorado lá mas não era nada sério *“só beijinhos e isso”*. Conta que os seus namorados eram sempre estrangeiros *“Tinham que estar longe”*, mas não os considera namorados verdadeiros.

Foi aos 27/28 anos que considera ter começado a namorar a sério. Namorou com M durante seis anos. Sara conta que ao fim de seis anos, estavam acomodados e então resolveram pôr um ponto final na relação, uma vez que já não havia nada de novo e não havia sentimentos.

Depois disso, namorou com o L. Conheceu-o na Igreja, onde ele tocava guitarra e muito bem. Foi a música que os aproximou e uniu, mas os dois tinham diferenças culturais muito grandes e a relação tornou-se difícil. Ele vivia em função do futebol e achava que Sara tinha que lhe

pedir autorização para, por exemplo, ir ao teatro. Sara gostava dele e pensava que o conseguia modificar, o que não aconteceu. A relação durou mais ou menos oito meses.

O seu primeiro contacto com a morte e que a afectou muito, foi a morte da madrinha há dois anos atrás, no Verão de 2002. Tudo começou em Fevereiro, quando a madrinha foi internada de urgência. Apesar de, no início, recusar o internamento, desde que deu entrada no Hospital não mais saiu com vida. As razões do internamento, no início não eram conhecidas, a madrinha tinha febre e tensão arterial muito alta. Mais tarde acabou por ser operada a uma ruptura da aorta abdominal. Ficou em coma cerca de duas semanas e acabou por morrer. Durante o período em que a madrinha esteve internada, a vida de Sara girava à sua volta. Praticamente todos os momentos que tinha livres eram passados no hospital com ela. Revezava-se com uma sua amiga que também tinha sido criada pela madrinha. Este foi o pretexto para as duas amigas se aproximarem mais ainda.

Sara diz que *“não há nada por acaso”*, para justificar a morte da madrinha, querendo dizer com isto que ela não suportaria o diagnóstico de cancro feito a Sara um ano depois, pois *“ela ia sofrer bastante com a minha história”*. A sua morte foi um período muito duro e refere que *“sinto a falta dela”*. Uma imagem que lhe vem com frequência à memória é a da madrinha doente. Quando a madrinha morreu, Sara teve um episódio de hipertensão e arritmia. Sobre o que sentiu, diz apenas que *“sentia-me esquisita”*.

Em 2001, Sara começou a namorar um colega de trabalho que entretanto se tinha divorciado. Foi esta a relação mais importante da sua vida. Nesta relação havia uma grande empatia entre os dois e era uma relação que *“funcionava a todos os níveis”*. Foi com P que Sara começou a ter prazer a nível sexual. Considera que as suas experiências anteriores não foram satisfatórias enquanto que nesta havia uma total sintonia. Sara praticamente vivia em casa dele e P costumava apresentá-la como sua mulher. Chegaram a pensar ter filhos. P tinha já dois filhos do seu anterior casamento, filhos estes que Sara nunca chegou a conhecer. Sara conta que até esta relação nunca tinha considerado ter filhos, mas com P tinha começado a pensar no assunto. Finalmente, sentia-se preparada para isso. Quando surgiu o cancro na vida de Sara, P deu-lhe todo o apoio e acompanhou-a em todo o processo. Ia com ela às consultas, ajudava-a a tomar decisões, acompanhava-a nas consultas de *“segundas opiniões”*, esteve com ela durante o internamento e a cirurgia, durante os pensos, sempre. A doença parecia não ter afectado a relação, pelo contrário reforçou-a. Pouco tempo após a cirurgia de Sara é diagnosticado à ex-mulher de P um cancro da mama, aparentemente uma situação bastante

grave. Em vésperas do início dos tratamentos de radioterapia a que Sara tinha que ser submetida - uma sexta-feira -, P telefona-lhe para lhe dizer que afinal o que sentia por ela não era suficiente para estarem juntos e que queria terminar a relação, porque estava enganado sobre o que sentia por ela. Disse-lhe que estava a ligar-lhe a uma sexta-feira para que ela pudesse ter o fim-de-semana para se habituar à ideia. Sara justifica a atitude de P porque sabe que os seus filhos – ainda muito pequenos - são tudo para ele. E percebe que ele tenha decidido dar todo o apoio à ex-mulher e aos filhos.

A doença

Em 2001, Sara detectou um nódulo por palpação. Fez uma mamografia, mas os médicos concluíram que não era nada e que devia voltar a repetir o exame passado um ano. Passado um ano e poucos meses, Sara repete a mamografia que revela que o nódulo tinha aumentado. Apesar do seu ginecologista lhe garantir que se tratava de um fibroadenoma, Sara fez uma biópsia. Esta revelou que se tratava de um carcinoma. O primeiro médico que consultou já com este resultado na mão, *“pintou um quadro muito negro. Não confiei nele”*. Decidiu começar a fazer Reiki e entretanto foi a uma consulta no IPO pedir uma segunda opinião. Aí fez uma citologia que confirmou o diagnóstico e foi encaminhada para o HPV. Foi submetida a uma tumorectomia, uma vez que o seu tumor estava num estado pouco avançado. Como tratamento adjuvante fez 30 sessões de radioterapia e durante cinco anos terá que tomar Tamoxifene. Sara refere que durante a doença *“senti muito a falta da madrinha, apesar do apoio do meu namorado”*. Sara teve uma infecção pós-operatória na costura que demorou cerca de um mês a ser tratada. Mas, durante todo este período nunca deixou de trabalhar. Assim que teve alta do hospital, após o seu internamento para a cirurgia, a primeira coisa que fez foi ir ao cabeleireiro. Também nunca deixou de conduzir. Refere que *“separo bem as coisas. O trabalho e o resto”*. O mais difícil em todo este período foram os tratamentos de radioterapia *“estes tratamentos são muito difíceis, é muito duro”*. Foi sempre acompanhada por uma amiga que conheceu numa congregação religiosa que frequenta¹², se bem que não faz parte dessa religião. Diz que é fundamental ter o apoio de alguém durante esse período e

¹² Jorhei – Igreja Messiânica Mundial, instituída no Japão em 1935 pelo Mestre Meishu Sama, e que tem no espiritualismo e altruísmo bases essenciais para a concretização do mundo ideal isento de doença, pobreza e conflito. Acreditam que quando se estende a mão à pessoa enferma, as doenças mais difíceis e os enfermos mais graves começa a melhorar. Chama-se a este procedimento a “administração de Johrei. Para mais detalhes, vide

considera que os amigos são o mais importante na altura dos tratamentos. No seu caso, foi ainda mais difícil porque tinha tido a separação recente do seu namorado. Nesse período, Sara emagreceu muito porque não conseguia comer. Atribui esta perda de peso às duas situações. Sobre a cirurgia diz que já quase não se nota, e quanto ao aparecimento da doença não tem explicações, tem dúvidas *“Não sei porque é que aconteceu isto, não faço a mínima ideia”*. Mas considera que *“se aceitarmos isto, conseguimos encontrar forma de lutar contra”*. Sara considera-se racionalista e sobre o facto de se ter virado para tratamentos alternativos como o Reiki e o Johrei, afirma que *“quando as pessoas são racionalistas, isto faz um bocado de espécie”*.

História actual

Sara vive actualmente em casa dos pais, com estes, a sua irmã do meio e o seu irmão. Diz que nunca sentiu necessidade de sair e foi ficando porque *“gostamos uns dos outros e também por causa da E [irmã]”*. Só agora começa a pensar nisso porque sente que precisa de se tornar independente. A sua irmã mais nova saiu de casa há cerca de cinco anos, num desentendimento com a família e vive no estrangeiro. Só a mãe é que contacta com ela com regularidade.

Quanto à sua relação mais recente, Sara afirma que ainda está muito magoada *“ainda dói”*. Acrescenta que ainda há lojas em que não consegue entrar. Conta que estes dois últimos anos foram muito difíceis para si porque perdeu a madrinha, apareceu o cancro e perdeu o namorado. Ainda sobre a separação diz *“Não tenho tendências depressivas nem nada. Doer muito, doeu. E custou mais ele dizer que escolhia a 6ª feira para eu ter o fim-de-semana para digerir as coisas”*.

Entretanto, começou a fazer uma pós-graduação na sua área de formação. Escolheu esta altura para ocupar o tempo e não ter que pensar. E isto por causa da sua separação. Nota que ultimamente dedica-se muito mais ao trabalho e tem todos os momentos ocupados, precisamente para não pensar nisso. Continua a colaborar com o Jorhei, apesar de não ter aderido à religião *“Eu sou um dos casos bem sucedidos. E aprendi muito com isso e se puder*

transmitir isso, ajuda.” E é o que faz dando apoio a algumas mulheres que têm cancro da mama e que frequentam esta igreja.

Sara considera que tem poucos amigos mas que os que tem são daqueles com quem pode sempre contar. Um deles é amigo do irmão e foi muito importante o seu apoio durante a doença. Outra é uma amiga da faculdade que Sara considera como uma irmã. Recentemente a morte da madrinha reaproximou-a de outra amiga que também tinha sido criada por esta. Sara refere que há um certo sentido nas amizades que faz: *“Quando nos sucedem coisas muito complicadas, os amigos de há anos são fundamentais”* e acrescenta *“Só quando temos um relacionamento muito forte com as pessoas é que podemos contar com elas para as coisas boas e principalmente para as coisas más”*. Conta que não tem amigos desde a escola primária, porque houve muita instabilidade na sua infância. Mas, diz que não faz amigos com facilidade *“Sou muito selectiva nas pessoas”*.

Sobre si própria diz *“sou um bocadinho complicada, não sou fácil. Às vezes tenho mau feitio.”* Conta que o primeiro impacto que causa nas pessoas é que é extremamente antipática. Considera que é uma forma de defesa porque é muito tímida, apesar da facilidade de expressão que tem. Sara sempre gostou de viver cada dia, *“carpe diem”* é o seu lema.

Ritmos corporais, biológicos, e outros

Teve a menarca aos catorze anos *“Não me chateou”*. No entanto, tinha a sensação que toda a gente sabia porque os pensos higiénicos da altura não eram fininhos como são hoje em dia. Tinha muitas dores para as quais tomava comprimidos ou usava um saco de água quente. Por volta dos 26 anos, começou a tomar a pílula e as dores passaram. Quando surgiu a menstruação, desapareceu a sua bronquite asmática e surgiu um eczema. Este eczema desapareceu há pouco tempo, desde que faz Jorhei.

Diz que tem um despertador biológico. Acorda sempre às 7h15 da manhã, independentemente da hora a que se deite *“Eu funciono melhor de dia. Adoro as manhãs. Trabalho melhor com o sol, tenho mais energia. Às 11h da noite dá-me uma pedra de sono”*. Quando se separou, tinha muita dificuldade em dormir. Tinha a sensação que estava sempre a pensar na mesma coisa, a dormir ou acordada, e não descansava.

Ultimamente tem trabalhado até às 4h da manhã por excesso de trabalho e tem-se dado bem. Esta alteração de ritmos está relacionada, segundo Sara com a relação não resolvida. Isto

porque está a tornar-se uma workaholic para evitar momentos de paragem em que tem de pensar nisso. Este mês não teve menstruação, o que nunca lhe tinha acontecido. Atribui isso ao Tamoxifene. Além disso sente-se inchada. Anda a comer muito mas atribui isso ao stress em que tem andado.

Neste Verão faz um ano que foi operada e dois anos que deixou de fumar. Uma semana depois desta última data morreu a madrinha *“Há datas que quando me dizem alguma coisa, eu registo. É engraçado que quando há coisas que me chateiam eu apago tudo o que está relacionado com isso”*.

Imagem Corporal

Entre os oito e os onze anos praticou natação de competição e por essa razão achava-se muito larga de ombros. Tinha alguns complexos por causa disso. De resto, considerava-se um *“pouco gorducha”*.

Por volta dos 16 anos não gostava do seu corpo, porque usava óculos. Também não queria usar biquíni porque achava que não lhe ficava bem. Foi complicada a aceitação do seu corpo. Agora já não tem problemas. Inclusive com a cirurgia, por vezes esquece-se qual a mama a que foi operada. Não tem qualquer problema em usar decotes e o próprio cirurgião diz-lhe na brincadeira que qualquer dia não vai perceber qual a mama que operou.

Acha que tem um aspecto muito mais jovem do que a sua idade real. E isso é confirmado pela reacção dos outros. Também não sente a idade que tem.

Escreve com a mão direita, mas faz várias coisas com a mão esquerda. Por exemplo, o rato do computador é com a mão esquerda que o utiliza e também passa a ferro com essa mão. Faz isto porque dá-lhe mais jeito assim. E é automático. Só reparou porque os outros lhe chamaram a atenção. Pensa que isso tem que ver com o facto de ter aprendido a tocar piano e ser obrigada a usar as duas mãos.

Considera que tem um bom sentido de orientação. Na falta de outras referências, orienta-se pelo sol. Não costuma perder-se.

Sonhos

Ultimamente recorda-se pouco dos sonhos. Justifica-o porque chega tão tarde e tão cansada à cama, que se dorme 5/6 horas não se lembra.

Até aos cinco anos tinha enurese. Sabe que a mãe a levou ao médico e entretanto passou. Foi muito precoce a deixou as fraldas muito cedo. Mas quando o irmão nasceu foi ocupar um lugar que até aí era só dela, e ela começa a pôr fraldas a si própria para ter atenção.

Aos 12/13 anos *“sonhava muitas vezes que estava na sanita e depois fazia xixi na cama”*.

Foi sonâmbula e sabe isto porque uma vez acordou com o ar fresco da noite às 5h da manhã. Estava vestida para ir trabalhar. Foi há cerca de 5 anos.

Sabe que a mãe falava com ela à noite e descobria tudo. E ainda hoje se falarem com ela, ela responde.

Às vezes lembra-se dos sonhos: *“Geralmente são situações em que eu devo participar, mas devo acordar e dá-se a interrupção da história”*. Diz que sonha com pessoas que já não vê há muito tempo e que aparecem nos sonhos a fazer qualquer coisa, sonha com lugares, com pessoas que encontra na rua e à noite deve sonhar com elas. Por vezes sonha com situações de trabalho que não consegue resolver. Mas, ultimamente *“como durmo pouco, devo ferrar e é dormir tipo condensado”*.

Sobre a importância dos sonhos diz *“É banal, há coisas mais importantes”*.

Não é capaz de contar nenhum sonho ou pesadelo que a tenham marcado.

Rorschach - SARA

Prancha I			
8" ^	Uma máscara africana. Pode ser outra coisa. Podem ser duas bailarinas, a fazer não sei o quê. Se bem que eu acho que pode ser um borrão de tinta da china. Sim, um borrão que atiraram para aqui. Mas parece uma máscara africana tribal, de facto. Já não digo mais nada... O coisito para os olhitos ...	O todo, faz mesmo pensar nisso. As mãos aqui (D central). Aqui a bailarina e aqui a cabeça. Os olhos aqui (Dbl superior) e aqui a boca tapada (Dbl inferior)	G F ± Máscara D F ± H □K G F ± Frag
52"			
Prancha II			
7" ^	Dois ursos a bater com as patas cá em cima. Mas eu acho que são uns ursos de circo. Agora as manchas encarnadas é só para dar cor à coisa. São ursos amestrados.	A forma, mas sem o encarnado. Os ursos é que são assim e batem com as mãos um no outro. Não tenho uma imaginação muito fértil.	G Kan A Ban
40"			
Prancha III			
7" ^	Sei lá ... Dois senhores a pôr a mesa. Assim, com um ar todo direitinho, o rabo espetado. Devem ser garçons e devem ser gémeos. Devem trabalhar num restaurante. Estão a pôr a mesa, a estender a toalha. Os encarnados é que são manchitas que estão para ali ...	Estão mesmo bem aprumados. O encarnado também é para dar uma cor. Um ar de graça.	G K A Ban
43"			
Prancha IV			
8" ^ V > ^	Isto é uma mancha. É uma mancha ... Uma mancha.	Só se fosse um daqueles tapetes. Não, é uma mancha feia. Esta deve ter saído mal.	G F ± Frag
21"			
Prancha V			
2" ^	Parece um morcego. É um morcego estilizado, mas parece um morcego. As patitas, as asitas, lá em cima. Mas também quem fez isto foi uma criança de três anos. É um borrão. Parece um morcego.	As patitas (D central inferior) e as orelhas de raposa (Dcentral superior)	G F ± A Ban
30"			

Prancha VI			
18" ^ > v	(Risos) Não sei... Um bacalhau. Mas um muito mal feito. Já deve estar apodrecido. Mas daquele bacalhau de salmora que se põe assim a secar. Mas já está um bocadito envelhecido.	É o conjunto, a forma. Não é bacalhau. É uma raia, que é assim mais gordo. Mas estilizado. As raias são direitinhas, têm os contornos bem definidos, e aqui não. Aqui o rabo ... Vê-se na televisão, quando elas estão a voar dentro de água. Estão a voar assim.	G F ⁺ A Ban
48"			
Prancha VII			
7" ^	Isto é estranho ... Fazem isto às pessoas? Duas squaws, mulherzitas com uma pena. Dois geniozinhos que saem da garrafa, mas só do busto para cima. Duas squaws com uma pena. Mas são femininas porque têm o cabelo mais arranjado e o contorno é feminino. E depois estão assim com as mãos.	Foi o todo que me fez pensar nisso. Duas squaws, neste caso são duas mulherzinhas, porque não? Quando falo em geniozinhos, são duas mulherzinhas, duas squaws. Porque o busto está mais definido e com a mão. E aqui (D central inferior) está mais esfumado. Isto é muita leitura de "Sinbad, O Marinheiro". O génio só aparecia para cima.	D F ⁺ H D K (H)
1'20"			
Prancha VIII			
10" ^ v	Oh! Isto é mais elaborado. Uma pintura abstracta. Isto se calhar, bem emoldurado, numa galeria de arte era capaz de vender. Uma pintura abstracta. Aqui já deve ter ido comprar umas tintas. Um verde ... Não vejo nada. Uma pintura	Isto era giro emoldurado numa parede (coloca o cartão perto da parede). Mas é agradável. O encarnado não é assim encarnado, é cor-de-rosa.	G CF [±] Arte
20"			

Prancha IX 2" ^ > v > ^ v	Estão a dar desenhos coloridos. Parece uma árvore antiga. Aquelas árvores que é preciso várias pessoas para dar a volta ao tronco. Mas pintado. Um bocado estilizado. Mas puseram o encarnado para dar cor. Quando puseram as cores é mais complicado dar um sentido. Às vezes parece-me o mapa da Noruega. Os fiordes. Aqui esta parte. Mas, puseram uns borrõezitos de tinta e abriram.	Foi uma viagem que fiz o ano passado a São Pedro do Sul e há lá uma zona que tem carvalhos antigos e as árvores tinham uns buracos nos troncos que cabiam lá as pessoas. E achei que podia ser o verde e o branco do meio (D central e Dbl). O verde a copa O laranja o tronco. A parte do meio parece que não tem nada, não tem cor, é transparente. Parece aqueles buracos. Dá para uma pessoa se meter lá dentro. Quando falei de árvore tirei o encarnado (D inferior rosa) A parte verde dos bordinhos, parece os fiordes.	Gbl FC planta D F - Geografia
2' 14" Prancha X 2" ^ 28"	Ah! Que giro! Fogo de artifício na Torre Eiffel. Isto é o fim de ano, a festa de fim de ano. E pronto!	Foi o todo. É colorido, é giro. E não separo, não quero separar, as cores são todas giras, todas misturadas. RA – Este cor de laranja, podia ser o mapa de Madagáscar, ao largo de Moçambique. (D FC geografia)	G CF Obj □ Kob

Escolhas:

+ ++ ⇒ <u>Prancha X</u>	Porque adoro fogo de artifício. Porque adoro Paris e a Torre Eiffel.
+ + ⇒ <u>Prancha IX</u>	Aqui foi ma coisa que me marcou na positiva. Achei bonito ir àquela zona, perto de São Pedro do Sul).
+ ⇒ <u>Prancha VII</u>	Aqui acho piada. Acho piada aos índios. Mas é um bocado homenagem aos livros infantis.
--- ⇒ <u>Prancha IV</u>	Não gostei porque não consegui arranjar alguma coisa que olhasse para aqui e dissesse “é isto”. Não achei muita piada. É uma mancha negra.
-- ⇒ <u>Prancha V</u>	Não gosto de morcegos. Fazem-me lembrar cavernas. E faz-me lembrar a Alegoria da Caverna de Platão. Eu gosto de Platão.

Psicograma

R = 14

Tempo Total = 8' 26"

Tempo/Resposta = 62"

Tempo de Latência Médio = 7"

Respostas Adicionais = 1

G = 9

Gbl = 1

D = 4

Dd = 0

Dbl = 0

□ F = 8

C = 0

CF = 2

FC = 1

FClob = 0

F⁺ = 4

F⁻ = 2

F[±] = 2

E = 0

EF = 0

FE = 0

K = 2

k = 0

kob = 0

kan = 1

A = 4

Ad = 0

H = 3 (incluindo 1 (H))

Hd = 0

Máscara = 1

Arte = 1

Planta = 1

Geog. = 1

Frag = 2

G % = 71% - ↑↑

D % = 28% - ↓↓

F % = 57% - =

F⁺ % = 100% - ↑

A % = 33% - ↓

H % = 25% - =

Ban = 4

T.A. = $\frac{G}{D}$

T.R.I. = $2 K / 2,5 \sum C$ - extratensivo misto

F.C. = $(0 \text{ kan} + 0 \text{ kob} + 0 \text{ k}) / 0 \square E$

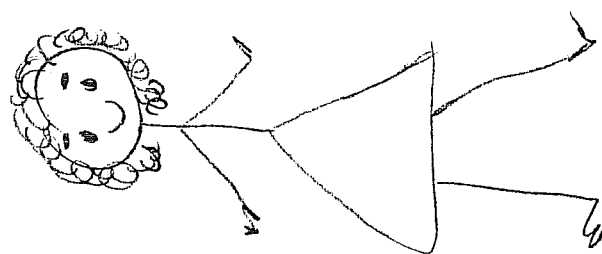
R.C. % = 33%

I. A. = 0

Ban % = 33%

Desenho da Figura Humana

Sara começa por dizer que não sabe desenhar, mas que desenha uma pessoa, claro que sim
“Uma pessoa magrinha. Já está. E é do sexo feminino. A saia é para dar graça. Eu não tenho jeito nenhum para o desenho. É aflitivo”.



Auto-Retrato

Perante este pedido, Sara diz que não é capaz. Incentivo-a e diz *“O que é que eu faço? Nem sei. Se tivesse assim uma fotografia ao pé... Não espere aí.”*

“O problema é o nariz.” Ri-se, *“estou-me a rir com os disparates. Pronto! É óbvio que eu sou muito mais gira que isto. Muitos cabelos, muitos cabelos”*.

Porque é que desenhou de perfil? *“De perfil é mais fácil. É para captar as duas características da minha pessoa: nariz grande e muito cabelo. Tenho nariz de judeu e tenho cabelo que me farto e comprido.”*



Análise do Caso

• Rorschach

Sara está curiosa quanto àquilo que lhe proponho fazer. Não aparenta estar ansiosa, apenas na expectativa. A prova decorre entre várias críticas de Sara quer ao material quer ao clínico e várias intelectaulizações.

Mais uma vez encontramos-nos perante um protocolo com um baixo número de respostas (apenas 12), dadas num curto período de tempo. Os tempos de latência são baixos e os tempos por resposta normais.

O *TRI* de Sara demonstra uma extroversão e uma presença do polo afectivo na sua vivência. Significa isto, segundo Traubenberg (1970) que em Sara as suas necessidades afectivas podem ser expressas sem qualquer controlo. Sara encontra-se submetida aos seus sentimentos, sendo emotiva e por vezes instável. Estes dados são confirmados pelo *R.C.* No que diz respeito aos modos de apreensão, Sara recorre predominantemente à percepção global da mancha, investindo pouco nos detalhes. Os *determinantes* formais de boa qualidade surgem em número considerável e estão de uma forma geral associados a respostas banais. No entanto, a *côr* e as cinestésias surgem também revelando o lado mais emocional de Sara já mencionado no *TRI*. Os *conteúdos* são essencialmente humanos, verificando-se que a percentagem de conteúdos animais é reduzida o que pode indicar uma dificuldade de socialização.

Na Prancha I, Sara acede de imediato ao processo projectivo, não dando qualquer resposta banal. Ao dar uma resposta que evoca “*uma máscara*”, Sara introduz a questão da diferenciação, do ser único e reconhecido, do rosto. Coloca duas personagens em relação, duas figuras femininas, apelando à simetria da mancha e fugindo ao seu carácter unitário. No entanto, faz um retrocesso em relação a este retorno do recalcado para se colar ao percepto, dando a resposta mais colada à realidade “*manchas de tinta*”.

A transição para a Prancha II dá-se por meio de uma resposta adaptada, banal, em que surgem novamente animais em relação. Não há um controlo da agressividade, pois os animais encontram-se numa posição agressiva e esta é igualmente confirmada pela ressonância à introdução da *côr* que acaba por ser desvalorizada.

Surge novamente na Prancha III uma resposta banal, adaptada. Duas figuras humanas, neste caso masculinas que estão em interacção. A questão fundamental aqui passa, por um lado,

pela identificação sexual (são projectadas figuras masculinas) e por outro lado pela indiferenciação entre o eu e o outro, uma vez que surge a imagem dos gémeos. Surge novamente a ressonância da côr vermelha que mais uma vez é denegada, sendo devalorizada. Mas, a desorganização provocada pela côr é transferida para a Prancha IV, na qual Sara não é capaz de projectar qualquer conteúdo. Agarra-se ao percepto cru “uma mancha” e não consegue fazer apelo ao imaginário. Há como que um controlo da pulsão agressiva despoletada pelo cartão anterior e que numa prancha conotada com o masculino e com a depressão, dá-se uma brutal reacção. Esta prancha evoca em Sara um mal-estar e uma grande angústia causados pelo negro e possivelmente pelo carácter disfórico da mancha.

Na Prancha V regressam as respostas banais. Dá-se contudo um movimento desvitalizante da resposta adaptada (“*morcego estilizado*”). Sara retira duplamente o imaginário deste processo. Este mecanismo pode ficar a dever-se a uma contaminação da angústia sentida na prancha anterior. Segue-se uma desvalorização do material, numa busca de controlo da angústia suscitada.

Em relação à Prancha VI surge novamente o carácter disfórico da resposta e mais uma vez aparece projectada a imagem de um corpo desvitalizado e em risco de desintegração (“*Já deve estar apodrecido*”). Sara é também sensível à indefinição do estímulo, fazendo muitos comentários ao “*recorte*”, “*está mal feito*”, o que pode revelar uma vivência dissonante do corpo próprio.

Na Prancha VII continuam os comentários pejorativos ao material e à situação de prova. No entanto, Sara projecta duas figuras femininas em relação, se bem que tenham um carácter de fantasia. Está-se em presença do apelo ao imaginário ainda que aconteça por recurso a um imaginário infantil algo regredido (comentário no inquérito e Prova de Escolhas). Há uma grande aderência a pormenores do corpo feminino que ajudam a construir esta resposta.

A introdução da côr na Prancha VIII é fortemente ressentida a partir do comentário “*Oh! Isto é mais elaborado*”. No entanto, o apelo do imaginário cede a uma resposta difusa, sem contornos definidos e sem implicação. Continua a grande sensibilidade às pulsões agressivas transformando e rosa em encarnado.

A resposta dada na Prancha IX aparece como a mais elaborada deste protocolo. Revela por um lado uma grande sensibilidade ao vazio, sendo dada um grande importância a essa fenda que não contém nada mas que pode comportar uma pessoa. Como se faltasse um continente a Sara. No entanto, esta árvore é igualmente despojada de vida. Pensando numa projecção corporal, verifica-se não só um vazio como também uma desvitalização. Surgem numa outra

resposta a sensibilidade aos limites deste corpo, e à sua simetria. E mais uma vez a ressonância afectiva à côr.

Na última prancha, Sara termina com um tom de festa, encerrando a angústia vivida ao longo da prova. Não faz qualquer tentativa para se implicar numa resposta, a projecção é uma só e é de alívio e celebração. No inquérito verifica-se uma tentativa de implicação e surge uma resposta difusa, sem contornos, um continente perdido.

Ao longo de todo o protocolo, Sara demonstra o seu desconforto pelos vários comentários e críticas que faz ao material. Do conjunto das suas respostas ressalta uma angústia que tenta ser controlada a todo o custo, o que é conseguido em termos de valor de Índice de Angústia. No entanto, surge várias vezes uma preocupação corporal e a projecção de um corpo ora vazio, ora fragmentado, ora desvitalizado. No que diz respeito ao espaço e à sua representação neste protocolo, nota-se uma sensibilidade à simetria. Apesar de algumas respostas evocarem a questão da simetria há um apego à unidade, reflectindo a tentativa de manter um corpo íntegro em risco de fragmentar-se.

Há em todo o protocolo um tempo de repetição. Em todas as prancha surgem invariavelmente as mesmas referências ao material, como uma impossibilidade de sair de uma situação de impasse, neste caso ligada a um tempo que se repete continuamente.

• **Desenhos**

A figura humana produzida por Sara é do sexo feminino, e apesar da simplicidade do desenho acaba por ser proporcional, tendo todas as componentes do corpo humano. Apenas o busto encontra-se reduzido a uma linha como se não fosse um compartimento vazio. Já quanto ao auto-retrato o corpo não aparece, restando o rosto e este encontra-se de perfil de forma a marcar os sinais identificadores de Sara: nariz e cabelo.

• Discussão do Caso IV – Sara

Na história de Sara, ressalta o facto desta ser considerada a “criança milagre”. Tal como a própria refere foi uma menina muito desejada e investida. No entanto, sempre foi preterida em relação à sua irmã mais nova, pela mãe. De tal forma que para Sara quem desempenhou o papel de mãe foi a madrinha que era quem lhe dava mimos e afecto. Sara não dá importância à falta de amor da mãe, fazendo uma negação do efeito que esse facto tem realmente para ela. Na mesma linha, desculpa a mãe afirmando que *“é um pobre diabo. Abdicou de tudo por nós”*. O amor e carinho da madrinha não parecem ter sido suficientes para Sara construir uma identidade própria a constante no tempo. A relação com a mãe piorou com o nascimento do irmão mais novo, chegada esta muito ressentida por Sara de tal forma que houve um regressão do seu comportamento, numa tentativa desesperada de chamar a atenção e de recuperar o seu lugar que foi sentido como tendo sido perdido. As sucessivas mudanças que ocorreram na vida de Sara dão conta de uma inconstância a nível de afectos e de ambientes, que podem ter interferido no seu desenvolvimento, na medida em que não existe estabilidade afectiva em Sara.

Neste caso em particular, parece que estamos perante uma personalidade alérgica que a determinada altura faz um cancro. Na alergia a pessoa reage com o corpo para dar resposta a situações extremas, excessivas (Sami-Ali, 1992) e é de facto isso que se verifica em Sara. Quando a madrinha morre, é no corpo que ela vive as emoções. O alérgico sente o mundo como excessivo e vai perceber, ver, sentir com o corpo, sucedendo tudo no seu corpo. Na alergia, existe uma relação estreita com o biológico, e este é activado para dar respostas às situações excessivas.

Sami-Ali (1990) considera a alergia como uma patologia da relação com o outro, na

perspectiva da diferença, uma diferença que se coloca em termos de uma problemática do rosto, no seguimento de um clima maternal precoce, no seio do qual as trocas se deram essencialmente a um nível táctil, olfactivo e gustativo. Na medida em que a alergia é o questionamento do que é o próprio e do que não é, coloca-se aqui uma interrogação básica sobre aquilo que se é, o que reenvia para uma problemática ligada à identidade, e que se coloca principalmente ao nível do rosto. A criança tem o rosto da mãe e todos os rostos são idênticos, não havendo lugar para o dentro e o fora. Parece ser isto que sucede com Sara.

A evolução para o cancro surge após uma perda importante: a da sua madrinha/mãe. Esta perda é, tal como já foi referido, sentida no corpo mas não elaborada mentalmente como é referido por Sara. Para explicar a ressonância que teve nela a perda da madrinha, Sara fala das alterações corporais que sentiu. Já aqui há um escoamento pelo soma de conteúdos psíquicos não mentalizados.

Sara parece não ter ainda acedido ao processo de autonomização em relação aos pais. Só agora começa a pensar nisso, como se o afastamento dos pais pudesse implicar a perda da identidade própria. A sua vida afectiva, relacional começa muito tarde e antes disso Sara também não sente necessidade de viver relações amorosas. Só na última relação parece ter experimentado alguma satisfação, que passa também pela aceitação do corpo.

A dinâmica familiar é um pouco disfuncional, havendo um pai ausente, uma mãe que é simultaneamente pai e mãe mas que não consegue apoiar os filhos da mesma maneira, e relações entre irmãos pautadas por alguns desentendimentos, existindo uma clara dicotomia entre as preferências dos pais.

Não se tendo sentido suficientemente investida, Sara revela uma baixa auto-estima que é camuflada pela aderência às normas e por um refúgio no trabalho. É no trabalho que se refugia também para não ter que pensar.

A actividade onírica também está ausente da vida de Sara, e quando surge emerge um agido corporal.

Conclusões

Ao pensar nas questões que se colocaram no início deste trabalho, será que podemos encontrar respostas para elas?

Ao confrontar o material recolhido com o corpo teórico utilizado, apercebemo-nos que estas mulheres encaixam na perfeição quer no modelo proposto por Sami-Ali (1992, 2000), quer no modelo proposto por Coimbra de Matos (2003).

Ao considerarmos os ritmos, verificamos que em nenhuma destas mulheres se encontram perturbações a este nível. O ritmo menstrual é regular, o ritmo do sono também. Não são encontradas variações significativas de alimentação. Podemos argumentar que, por exemplo, no caso do ciclo menstrual, este é regulado externamente ou a partir da acção de contraceptivos orais. Mas isso só acontece no caso de Maria.

Na realidade podemos invocar que cada uma destas mulheres teve mães que falharam enquanto sincronizadoras de ritmos, provocando dificuldades na constituição de um corpo vivido enquanto esquema de representação e que lhes permitisse viver em função da sua própria subjectividade. No caso de todas estas mulheres, o que se passa é que os marcadores externos de tempo e de espaço são fundamentais para a sua organização (Sami-Ali, 1992).

Só parece haver uma particularidade comum a todos os casos analisados: a relação com o sonho. Verifica-se que, tanto Laura, como Sara, como Maria ou Isabel, sonham pouco. Os sonhos que relatam não são passíveis de serem integrados no real (Sami-Ali, 1992b).

Os sonhos de angústia relatados por Maria, Sara e Isabel, permitem pensar numa falha do recalco, fazendo com que esta angústia seja revivida repetidamente. Esta dificuldade de sonhar não permite uma leitura do corpo e dos seus sinais, não havendo lugar a uma elaboração do sentir corporal e emocional que não é acessível pela consciência (Coimbra de Matos, 2003). Esta incapacidade de sonhar, característica dos doentes psicossomáticos, resulta de uma perturbação na relação precoce mãe-bebé. Enquanto que para Sami-Ali (1997) o que acontece é que a mãe, enquanto sincronizadora de ritmos, não foi capaz de permitir uma representação do corpo, já Coimbra de Matos (2003) entende que a mãe, incapaz da função alfa, de traduzir as angústias/pedidos do bebé, e incapaz de o desejar e sonhar, não permite a actividade criadora que surge através do sonho.

Apenas no caso de Laura isso sucede. Por vezes, Laura refere sonhos cujo conteúdo latente e simbolização neles contida é passível de dar sentido a acontecimentos significativos da sua vida. Mas também, em Laura, estes sonhos reenviam para uma outra problemática que foi colocada neste trabalho, a problemática da identidade.

Se tomarmos o referencial de Coimbra de Matos, o que verificamos é que nenhuma destas mulheres foi investida enquanto bebé, ou se sentiu suficientemente investida. Particularmente enquanto projecto de mulher, na sua feminilidade. Deparamo-nos com quatro situações de em que existe um desconforto corporal, desconforto este que surge quer no espaço projectivo do Rorschach, quer nos desenhos quer mesmo na vivência verbalizada desta mulheres. O que sucede em todas elas é uma hiper-adaptabilidade à realidade, ao concreto, em detrimento da sua subjectividade e do mundo afectivo e relacional.

Sami-Ali (1997), concebe a depressão como uma perturbação de ritmos, conferindo, assim, um carácter relacional à depressão. A este estado está ligado, em particular, o ritmo da luz/obscuridade. Nota-se, em todas as mulheres estudadas, uma enorme sensibilidade a este ritmo. Todas referem ser diurnas, não gostando da noite e da obscuridade, preferindo a luz do dia. Podemos encontrar também aqui o fundo depressivo que pode estar relacionado com esta questão. Tomando o conceito de Coimbra de Matos (2003) de depressão falhada, verificamos que, tanto Maria, como Sara ou Isabel, demonstram uma enorme dificuldade em elaborar a perda, em pensar e mentalizar afectos.

Laura parece ser a excepção, tendo passado por vários episódios de depressão, cuja saída só foi possível por recurso a medicamentos. De qualquer forma a ressonância afectiva nesta mulher é muito mais forte do que nas restantes. No entanto, o sonho não ocupa lugar de destaque na sua vida. Vida esta que é caracterizada por perdas importante que se sucedem com uma ritmicidade constante, circular. Talvez neste caso possamos falar de um impasse temporal como fala Sami-Ali (2000), em que há sempre um retorno ao ponto de partida.

Mas, apesar disto, Laura tem muito pouco daquilo a que nos habituámos a encontrar na literatura que caracteriza um doente psicossomático. Se nos esforçarmos um bocadinho, verificamos que o sonho nesta mulher tem um espaço pouco significativo. No entanto, Laura é afectiva, vive os afectos, deprime, mostra emoções. Mas, será isso o resultado de três anos de terapia?

No caso de Maria, estamos em presença de um impasse que encerra uma temporalidade repetitiva. É a rotina que impera.

No caso de Laura é o círculo vicioso, conduzindo sempre ao ponto de partida. Para Sara, estamos na presença também de um círculo vicioso, sem se vislumbrar a saída. É a recusa da relação.

Em todas estas mulheres há um ponto em comum: o sentimento de vazio, difícil de preencher e que tem origem numa relação precoce, sentida como rejeitante.

Todas estas situações de impasse, quer se considere que encerram uma temporalidade própria ou não, transporta em si uma conformidade às mesmas regras e às rotinas que são impostas externamente. Não se permitindo desvios desta normalidade, surge o impasse quer nos afectos quer na relação (Coimbra de Matos, 2003).

Em todas estas mulheres é possível perceber uma falha básica ao nível do investimento da mãe, enquanto principal prestadora de cuidados ao seu bebé. Não tendo sido desejadas, não podem desejar, vivendo o corpo de uma forma disfórica, passando em branco o vivido corporal e o afecto. Esta perturbação na díade mãe-bebé tem outra consequência: a dificuldade de ter rosto próprio, de se considerar um ser único. Nos protocolos de Rorschach destas mulheres, surge essa problemática com frequência. Também a sua história de vida reflecte, em alguns casos, uma busca de identidade que, no caso de Maria e Isabel é conferida pelos outros e no caso de Sara e Laura, parece estar suspensa das relações que vão estabelecendo.

As dificuldades relacionais destas mulheres podem ser explicadas pela perturbação nessa relação com a mãe.

Ora, todos estes elementos desaguam numa diminuição dos sistemas de homeostasia do organismo, nomeadamente, do sistema imunitário, abrindo a via para a doença orgânica.

Outra questão colocada por este trabalho prende-se com a biologia e os seus laços com o relacional intersubjectivo (Mendes Pedro, 1997). A relação com o objecto de amor primário confere identidade ao sujeito. Identidade não só mental mas também corporal. Trata-se de uma problemática identitária que resulta da falha na relação primária e que se estende ao sistema imunitário, ao eu do corpo, nas palavras de Varela (2001), ou pelo contrário a falha a um nível psíquico provoca a diminuição do sistema imunitário que deixa de estar tão alerta para os ataques ao organismo? O caso de Maria coloca estas questões. Maria demonstra um fundo alérgico e um impressionante funcionamento do sistema imunitário ao longo da sua vida. Mas, a certa altura surge o cancro. É verdade que foi sujeita a violentos tratamento hormonais que podem ser uma causa plausível para o aparecimento da doença. Mas, no entanto, a questão coloca-se. Até porque o funcionamento de Maria encaixa na perfeição quer na definição de depressão falhada de Coimbra de Matos, quer na questão do funcionamento caracterial de Sami-Ali, quer na questão do impasse ao nível do ser e das relações.

Muitas questões ficam, assim, em aberto no estudo desta doença, com uma certeza porém, e que passa pela importância do vivido corporal nestas mulheres e nesta doença.

A investigação é um constante questionar, alimentada por uma curiosidade sem fim. O que se obteve com este trabalho foram mais dúvidas do que certezas. Estas irão certamente alimentar novos estudos na área do cancro da mama, contribuindo para a sua compreensão e para um melhor entendimento das mulheres que convivem diária e corporalmente com esta patologia.

Bibliografia

- Angelergues, R. (1975). Réflexions critiques sur la notion de schéma corporel, In R. Angelergues et al (Eds.), *Psychologie de la Connaissance de Soi*, pp.215 - 242. Paris: P.U.F.
- Anzieu, D. (1986). *Os Métodos Projectivos* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- Beverley, P. (1998). Tumour immunology. In I. Roitt, J. Brostoff & D. Male (eds.), *Immunology* (4th. edition), pp. 20.1-20.11. London: Mosby.
- Brooks, S.C., Pauley, R.J. (1991). Breast cancer biology. In R. Dulbecco (Ed.), *Encyclopedia of Human Biology*, vol. II, pp. 56-66. San Diego: Academic Press Inc.
- Brown, D. (2001). O stress, o trauma e o corpo. In D. Goleman (ed.), *Emoções que Curam* (2ª Ed.), pp. 89-103. Lisboa: Temas e Debates.
- Carrol, D. (1992). *Health Psychology. Stress, Behaviour and Disease*. Bristol: The Falmer Press.
- Carter, C. S. (1992). Hormonal influences on human sexual behaviour. In J. B. Becker, S. M. Breedlove & D. Crews (eds.), *Behavioural Endocrinology*, pp. 131-142. Massachusetts: The MIT Press.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en Clinique Adulte. Interprétation Psychanalytique*. Paris: BORDAS.
- Coimbra de Matos, A (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (1996). Da emoção ao pensamento: o afecto no conhecer do outro. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, pp. 83 - 92.
- Coimbra de Matos, A.(2003). *Mais Amor Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Cooke, A (1998). Regulation of the immune response. In I. Roitt, J. Brostoff & D. Male (eds.), *Immunology* (4th. Edition), pp. 11.1-11.14. London: Mosby.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Danan, A. (2001). Compréhension Psychosomatique du patient, In Sami-Ali et.al. (eds.). *Manuel de Thérapies Psycho-Somatiques*, pp. 99-126. Paris: Dunod.
- De Ridder, D., Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 1 (1), pp. 71-82.
- De Ridder, D., Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 1 (1), pp. 71-82.

- Denzin, N.K., Lincoln, Y. S. (1994). Introduction. Entering the field of qualitative research, In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*, pp.1-17. Thousand Oaks: Sage
- Fava, G. A, Wise, T. N. (1987). Methodological issues in psychosomatic research, In G.A Fava, T.N. Wise (eds.). *Research Paradigms in Psychosomatic Research*, pp. 1-12. Basel: Karger.
- Freud, S. (1923). O ego e o id. In S. Freud, *Textos Essenciais de Psicanálise* (vol. III). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Groddeck, G. (1992). *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*. São Paulo: Ed. Perspectiva, S.A.
- Guex, P. (1989). *Psychologie et Cancer. Manuel de Psycho-oncologie*. Paris: Editions Payot Lausanne.
- Hampson, E. & Kimura, D. (1992). Sex differences and hormonal influences on cognitive function in humans. In J.B. Becker, S.M. Breedlove & D. Crews (eds.), *Behavioral Endocrinology*, pp. 357-398. Massachusetts: The MIT Press.
- Haynal, A., Pasini, W. (1984). *Médecine Psychosomatique* (2ª Ed.). Paris: Masson.
- Houaiss, A, & Salles Villar, M. (2002). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Janesick, V. J. (1994). The dance of qualitative research design, In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*, pp.209-219. Thousand Oaks: Sage.
- Jasmin, C. (1990). Cancer et psyché: le renouveau. *Revue Française de Psychanalyse*, 54(3), pp. 827-844.
- Jouvet, M. (1992). *O Sono e o Sonho*. Lisboa:
- Kolb, L.C. (1975). Disturbances of the body-image. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry. Organic Disorders and Psychosomatic Medicine*, vol 4, pp. 810-837. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Langellier, K. M. & Sullivan, C. F. (1998). Breast talk in breast cancer narratives. *Qualitative Health Research*, vol. 8, n. 1, pp. 76-94.
- Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, F., Pirke, K.-M. & Krieg, J.-C. (1993). Theoretical and empirical considerations on the relation between "body image", body scheme and somatosensation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (5), pp. 447-454.
- Lavie, P. (1998). *O Mundo Encantado do Sono*. Lisboa: Climepsi.
- Lebovici, S. (1995). La recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (Eds.). *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'Enfant et de L'adolescent*, vol. IV, 2ª ed., pp. 3099-3103. Paris: PUF.

MacDougall, J. (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Révue Française de Psychosomatique*, 2, pp. 69-96.

Machado Pais, J. (1999). Introdução. In J. Machado Pais (coord.). *Traços e Riscos de Vida. Uma Abordagem Qualitativa a Modos de Vida Juvenis*, pp. 9-27. Lisboa: Âmbar.

Machado, H., Fonseca, I. M., Costa, P.R. (1996). O corpo do delito: a expressão psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, pp. 65 - 73.

Machover, K. (1978). O traçado da figura humana. Um método de estudo de personalidade. In H. H. Anderson & G.L. Anderson, *Técnicas Projectivas do Diagnóstico Psicológico*, pp. 345 - 385. São Paulo: Ed. Mestre Jou.

Male, D., Roitt, I. (1998). Introduction to the immune system, In I. Roitt, J. Brostoff & D. Male (eds.), *Immunology* (4th. Edition), pp. 1.1-1.12. London: Mosby.

Marin, S. (1992). Le Rorschach: Evolution de l'image du corps et des kinesthesies. *Bulletin de Psychologie*, XLV (406), pp 586-593.

Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.

McDougall, J. (2002). The psychoanalytic voyage of a breast-cancer patient. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 4, n.º 1, pp. 51-70.

Mendes Pedro (1997). Teorias e Modelos em Psicossomática. In Actas do Congresso Internacional de Psicossomática. ISPA.

Mendes Pedro (2001-2002). Apontamentos coligidos nas aulas de Mestrado.

Mendes Pedro, A. (1992). Veille et rêve chez les toxicomanes, In Sami-Ali et. al., *Rêve et Psychosomatique*, pp. 103-117. Paris: Centre International de Psychosomatique.

Mendes Pedro, A., Soubigou, D., Balanda, A B. (2001). Le Rorschach en clinique psychosomatique, In Sami-Ali et.al. (eds.). *Manuel de Thérapies Psycho-Somatiques*, pp. 303-335. Paris: Dunod.

Moita, V. (1983). A angústia como conceito operativo na técnica projectiva de Rorschach. *Análise Psicológica*, 1 (IV), pp. 13-17.

Morin, L. P., Dark, J. (1992). Hormones and biological rhythms, In J. B. Becker, S. M. Breedlove & D. Crews (eds.), *Behavioral Endocrinology*, pp. 473-504. Massachusetts: The MIT Press.

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast - conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 16 (3), pp. 284-298.

Moyer, A. (2000). Breast cancer. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress*, vol I, pp. 353-357. New York: Academic Press.

- Nguyen, K.-C. (1989). Le test projectif: voir, imaginer, fantasmer. In C. Revault d'Allonnes et al (Eds.), *La Démarche Clinique en Sciences Humaines*, pp. 103-119. Paris: Dunot.
- Oliveira, R. (1991). Hormonas e Comportamento – Aspectos actuais da endocrinologia comportamental. In V. Almada & R. Oliveira (ed.), *Biologia e Comportamento. Actas do I Congresso Nacional de Etologia*, pp. 73-82. Lisboa: ISPA
- Oppenheim, D. (1995). Le psychosomaticien et le gène. *Révue Française de Psychosomatique*, 7, pp. 185-201.
- Paykel, E. S. (1987). Methodology of life events research, In, G.A Fava, T.N. Wise (eds.), *Research Paradigms in Psychosomatic Research*, pp. 13-29. Basel: Karger.
- Pereira, F. (1999). *Sonhar Ainda. Do Sonho-Desejo-Realizado ao Sonho Emblemático*. Lisboa: ISPA.
- Pettigrew, M., Fraser, J. M., Regan, M. F. (1999). Adverse life-events and risk of breast cancer: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4, pp. 1-17.
- Pistrang, N., Solomons, W., Barker, C. (1999). Peer support for women with breast cancer: the role of empathy and self-disclosure. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9, pp. 217-229.
- Pizer, B. (1998). Breast cancer in the analyst. Body Lessons. In L. Aron & F. S. Anderson (Eds.), *Relational Perspectives on the Body*, pp. 191-212. London: The Analytic Press.
- Poole, K., Hood, K., Davis, B. D. et. al. (1999). Psychological distress associated with waiting for results of diagnostic investigations for breast disease. *The Breast*, 8, pp. 334-338.
- Reinberg, A (1994). *Os Ritmos Biológicos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Reinberg, A (1998). *O Tempo Humano e os Ritmos Biológicos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Revault d'Allonnes, C. (1989). L'étude de cas: de l'illustration à la conviction. In C. Revault d'Allonnes et al (Eds.), *La Démarche Clinique en Sciences Humaines*, pp. 67-86. Paris: Dunot.
- Rogers, M.P. (1989). The interaction between brain behavior and immunity, In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*, vol. 1, pp. 279 - 330, Connecticut: International University Press.
- Rotbard, S. (2001). L'imagination matérielle: un autre abord de la pathologie organique. In Sami-Ali et.al. (eds.), *Manuel de Thérapies Psycho-Somatiques*, pp. 177-223. Paris: Dunod.
- Sami-Ali (1974). *L'Espace Imaginaire*. Paris: Gallimard
- Sami-Ali (1977). *Corps Réel Corps Imaginaire. Pour une Épistémologie Psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali (1990). *Le Corps, l'Espace et le Temps*. Paris: Dunod.

- Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. Lisboa: ISPA.
- Sami-Ali (2000). *L'Impasse Relationnelle. Temporalité et Cancer*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali (2001a). Présentation. In, Sami-Ali et. al. (org.). *La Dépression*, pp. V-VI. Paris: Éditions EDK.
- Sami-Ali (2001b). Présentation. La théorie relationnelle. In Sami-Ali et.al. (eds.). *Manuel de Thérapies Psycho-Somatiques*, pp. 3-13. Paris: Dunod.
- Sami-Ali, (1992b). Rêve et fonctionnement onirique, In Sami-Ali et. al., *Rêve et Psychossomatique*, pp. 11-30. Paris: Centre International de Psychossomatique.
- Sami-Ali, (1993). *Corpo Real. Corpo Imaginário*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sami-Ali, (1997). *Le Rêve et l'Affect. Une Théorie du Somatique*. Paris: Dunod.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Techniques Projectives II*, 28 (2), pp.104-111.
- Santos, M. V. (1998). Cancro da Mama e Somatização. Para Além da Representação do Corpo. Monografia de Fim de Curso apresentada na área de Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sapolsky, R.M. (1992). Neuroendocrinology of the stress-response, In J.B. Becker, S.M. Breedlove & D. Crews (eds.), *Behavioral Endocrinology*, pp. 287-324. Massachusetts: The MIT Press.
- Schwab, S. (1996). Le cancer en clinique psychosomatique. *Le Journal des Psychologues*, 134, pp. 28 - 32.
- Schwab, S. (2001). Dépression et cancer en clinique psychosomatique. In, Sami-Ali et. al. (org.) *La Dépression*, pp. 147-158. Paris: Éditions EDK.
- Selye, H. (1982). History and present status of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, pp. 7-17. New York: The Free Press.
- Sifneos, P. E. (1995). Psychosomatique, alexithymie at neurosciences. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, pp. 27-35.
- Silver, r. (1992). Environmental factors influencing hormone secretion, In J. B. Becker, S. M. Breedlove & D. Crews (eds.), *Behavioral Endocrinology*, pp. 401-422. Massachusetts: The MIT Press.
- Soczka, L. (1994). *Ensaio de Etologia Social*. Lisboa: Fim de Século.
- Sousa, P.R. (1992). *Os Sentidos do Sintoma. Psicanálise e Gastroenterologia*. Campinas: Papirus Editora.

- Stoll, B. (1986). Psychosomatic aspects of cancer. In M.J. Christie & P.G. Mellett (Eds.), *The Psychosomatic Approach: Contemporary Practice of Whole-person Care*, pp.395 - 423. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Taylor, S.E. & Anspinwall, L.G. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness, In P.T. Costa Jr. & G.R. Vandenbos (Eds.), *Psychosocial Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases and Clinical Care*, pp. 7 - 60. Washington: American Psychological Association.
- Trautenberg, N. R. (1970). *A Prática do Rorschach*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Trautenberg, N.R. (1983). A actividade perceptiva e a actividade fantasmática no teste de Rorschach. *Análise Psicológica*, 1 (IV), pp.17-22.
- Varela, F. (2001). O eu do corpo. In D. Goleman (ed.), *Emoções que Curam* (2ª Ed.), pp. 53-68. Lisboa: Temas e Debates.
- Vaysse, J. (1996). *Petit Traité de Médecine Psychosomatique*. Paris:Ulysse Diffusion.
- Weihs, K. & Reiss, D. (2000). Family reorganisation in response to cancer: a developmental perspective. In L. Baider, C. L. Cooper & A K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the Family* (2nd Edition), pp. 17-39. Chichester: John Wiley & Sons, Lta.
- Williams, T. (1996). *A Medicina Chinesa*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Zegans, L. S. (1982). Stress and the development of somatic disorders. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, pp. 134-152. New York: The Free Press.