



UM ESPAÇO UTERINO NUM TEMPO DE TENSÃO:  
PSICOSSOMÁTICA, DEPRESSÃO E IMUNIDADE  
ESTUDO DE CASO – UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA DA  
PSICOSSOMÁTICA

CATARINA BRITO

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROFESSORA DOUTORA IVONE ALEXANDRA MARTINS PATRÃO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM Psicologia Aplicada  
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Ivone Patrão, por me aceitar no seu seminário, pela qualidade da orientação no mesmo, pela escuta e atenção aos seus alunos, o apoio, reflexão e partilha.

Um especial agradecimento ao António Mendes Pedro, pelo espaço, pela oportunidade que me deu de poder concretizar este estudo no meu tempo, pela confiança, a esperança, a sensatez.

À Prof. Luísa Branco Vicente por me mostrar o lado mais humano quando se escuta, quando se ouve, quando se reflecte, quando se sente a pessoa. Somos muito mais do que o que aparentamos ser, somos mais que uma atitude, comportamento ou até pensamento. Somos tudo aquilo que sentimos, somos afectos. Por muito que os descrevamos sentimo-los todos de modo diferente. E é isto que nos torna a cada um diferentes dos outros, e é isto que nos aproxima dos outros. Criar relação é escutar estas diferenças, compreendê-las, e aproximá-las de nós por termos a capacidade de as sentir. Obrigada!

A toda a equipa de Pedopsiquiatria do H.S.M., às psicólogas pela camaradagem e companheirismo, à enfermeira Palmira pela capacidade de contenção e disponibilidade total, aos médicos pela disponibilidade e flexibilidade. Obrigada pelo apoio e reflexão conjunta, pela partilha de dúvidas e ansiedades, motor de pequenas conquistas.

À Isabel Moura, pelo espaço onde me posso pensar, reflectir, sentir, zangar, rir, chorar, elaborar, pelo caminho dos afectos. Por ter continuado lá, mesmo quando eu não me permitia estar, trazendo dentro de mim o sentimento de que me esperava e me pensava, no nosso tempo, no nosso espaço. Nunca me vou esquecer pois trago-a dentro de mim.

À minha família que me proporcionou iniciar e chegar ao fim desta etapa. Mãe, pai, obrigada por vos ter, por serem o pilar central que sustenta o meu edifício, que todos os dias vou construindo e não derruba mesmo quando algumas paredes se vão abaixo, mesmo quando o tecto cai e fico à chuva...

À Inês, à Marta, à Nani, à Sofia, ao Hugo, ao Paulo, ao Calha, ao João, ao André, aos “bexiguengos”, foram o meu colo. São muito para mim. Obrigada por conterem as minhas angústias e inseguranças, pela vossa disponibilidade sem fim, pela amizade. Sabemos os milhares de coisas que fizemos juntos e o significado que elas tiveram para cada um de nós.

Ao Gonçalo, pelo apoio incondicional em todas as decisões bem como nos recursos técnicos e emocionais inerentes à execução deste trabalho. A tua presença na minha vida torna-me uma pessoa mais feliz!

Sinto que nada sei... e tamanha é a vontade de crescer!

*Luísa sobe,  
sobe a calçada,  
sobe e não pode  
que vai cansada.*

*Sobe, Luísa,  
Luísa, sobe...*

António Gedeão

## RESUMO

*O presente estudo procurou observar, descrever e integrar num sistema compreensivo, os elementos depressivos presentes em determinada forma de Patologia Psicossomática – Hipertensão e Cancro do Colo do Útero – recorrendo-se ao método do Estudo de Caso, observando um caso individual, através do material de dez sessões onde se utilizou a Entrevista Clínica Semi-Directiva, da aplicação dos Testes Projectivos, Rorschach e Thematic Apperception Test (TAT), e do Teste Instrumental, Figura de Rey-Osterrieth. É um estudo de cariz marcadamente exploratório, naturalmente subjectivo que entende o sujeito como único: o sujeito como unidade psicossomática. Observou-se no caso estudado a presença de diversos elementos psicopatológicos associados à patologia Psicossomática, além de uma posição depressiva não elaborada, produzindo do ponto de vista biológico uma desregulação e desorganização do sistema imunitário, que esteve na base da Hipertensão e do Cancro do Colo do Útero. Este, é essencialmente um trabalho que apela à relação e que como a maioria das investigações com este desenho metodológico, recorre à interpretação, assumindo toda a subjectividade científica que a encerra.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicossomática, Psicopatologia, Depressão, Imunidade

## ABSTRACT

*This study observes, describes and integrates into a comprehensive system the depressive elements of a specific form of Psychosomatic Pathology – Hypertension and Uterine Cancer – which were found after analysis of an individual case study. In the ten sessions analysed were used the Semi-Directive Clinical Interview and several types of tests like Projective Tests, Rorschach and Thematic Apperception Test (TAT) and the Instrumental Test, Rey-Osterrieth Complex Figure. This work is an exploratory study, naturally subjective than perceive the subject as unique: the subject as a psychosomatic unit. Several psychopathological elements related with the psychosomatic pathology were observed, along with a non elaborated depressive position which, from a biological point of view, has produced a deregulation and disorganization of the immune system which formed the basis of Hypertension and Uterine Cancer. This work appeals essentially to relation and like most research using this methodology it makes use of interpretation, hence assuming all inherent scientific subjectivity.*

**KEY-WORDS:** Psychosomatic, Psychopathology, Depression, Immunity

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
MÉTODO.....	3
Tipo de Estudo .....	3
Participante .....	4
Material .....	5
<i>Entrevista Clínica: Entrevista Aberta ou Semi-Dirigida</i> .....	5
<i>Testes Instrumentais</i> .....	7
Figura Complexa de Rey-Osterrieth.....	7
<i>Testes Projectivos</i> .....	8
Teste Projectivo Rorschach .....	9
Thematic Apperception Test (TAT).....	12
Procedimento .....	14
RESULTADOS .....	16
DISCUSSÃO .....	24
Síntese Conclusiva do Caso.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Considerações Finais.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	44
ANEXO A .....	45
Revisão de Literatura .....	45
<i>Expressões Comunicativas do Corpo</i> .....	45
<i>Uma Breve Abordagem ao Pensamento Psicossomático</i> .....	47
<i>Psicossomática – Psicopatologia – Psicanálise</i> .....	55
<i>Depressão e Psicossomática</i> .....	57
<i>Psicossomática e Imunidade</i> .....	68

<b>Auto-Imunidade</b> .....	70
<i>Depressão e Sistema Imunitário</i> .....	71
ANEXO B .....	73
“CASO DE LUÍSA” .....	73
ANEXO C .....	102
Figura Complexa de Rey-Osterrieth - Modelo .....	102
ANEXO D .....	103
Produção da Cópia do Modelo da Figura de Rey-Osterrieth .....	103
ANEXO E.....	104
Produção da Memória do Modelo da Figura de Rey-Osterrieth.....	104
ANEXO F.....	105
Protocolo de Rorschach de Luísa.....	105
ANEXO G .....	110
Rorschach – Psicograma .....	110
ANEXO H .....	111
Rorschach – Análise do Conteúdo Manifesto .....	111
ANEXO I.....	116
Rorschach - Análise Cartão a Cartão .....	116
ANEXO J.....	126
Protocolo do TAT .....	126
ANEXO K .....	134
TAT – Folha de Decomposição .....	134
ANEXO L.....	135
TAT – Análise Cartão a Cartão .....	135

## INTRODUÇÃO

O presente estudo procura colocar em relação Psicossomática e a Psicopatologia, áreas do conhecimento que se considera possuem espaços partilhados e complementares, promovendo no entanto autonomias entre os dois campos de saber (não negando ligações) pois o que se constata é que são duas realidades distintas que se cruzam, penetram e entrelaçam de diversos modos e nem sempre se consegue determinar o que pertence a uma ou a outra – é sabido, porém, que convivem no mesmo sujeito e através desse mesmo sujeito.

A intervenção clínica em Psicossomática, constitui um terreno rico e fascinante. Entendendo o sujeito como uma unidade psicossomática e encarando a patologia orgânica a partir de uma causalidade circular ou espiral, onde elementos orgânicos e elementos psicológicos são descritos em separado por uma questão de "conforto" científico, sabendo sempre, no entanto, que estes coabitam no mesmo sujeito, procura-se perfilhar este caminho de pensar o sujeito na dupla, e complexa, relação entre o biológico e o relacional.

«Todas as dimensões da construção humana nascem a partir do corpo e da experiência corporal, tudo é relacional desde a concepção, ou seja, o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma mesma realidade, daí o alcance da expressão “*pensar o corpo*”», ou seja, “o relacional estrutura o mental que, por sua vez, organiza o cerebral, numa espiral dialéctica” (Sá, 2003, p.90).

Deste modo tem-se como principal objectivo desta investigação o estudo exploratório de um caso clínico em torno de duas patologias somáticas – Hipertensão e Cancro do Colo do Útero – à luz de algumas das teorizações em Psicossomática (Anexo A), onde se procuram esclarecimentos que permitam explicar, melhor, porque é que o sistema imunológico do organismo se baralha a ponto de atacar as suas próprias estruturas, confundindo o “**reconhecimento do Si e do Não Si**”, relacionando a resposta imunitária do sujeito com dimensões da identidade e conflitualidade.

É no encadeamento deste percurso que se questiona se aquilo que está presente na patologia psicossomática é uma depressão falhada, ou seja, uma modalidade de depressão primária que se caracteriza por uma incapacidade em elaborar no plano mental a questão da separação (primária/precoce), remetendo igualmente para questões

identitárias de fundo, e para uma angústia de aniquilação que o sujeito só silencia com um forte apego ao que é da ordem do banal.

A metodologia do Estudo de Caso em Psicossomática, tal como em Psicologia Clínica, mostra-se um terreno fértil para testar novas propostas de observação, interpretação, compreensão, bem como para questionar a teoria e fazer com que esta também se possa desenvolver e melhorar.

Sendo importante explorar os aspectos relacionados com a patologia psicossomática, importa obter uma contextualização dos fenómenos a partir da história de vida do sujeito com um percurso particular, e do modo como este o e se percebe. Desse modo, a recolha anamnésica de dados procura estabelecer ligações entre o aparecimento da patologia e os dados pessoais relatados, observando simultaneamente o que precedeu essa situação (o passado próximo, mas também os fenómenos desenvolvimentais mais distantes e consecutivos da identidade), e o modo como o sujeito mobiliza as suas capacidades adaptativas.

Num movimento exploratório, procura-se pensar o somático, sem o fazer isoladamente mas sim juntamente com o presente objecto de estudo, que em psicossomática pertence a uma relação de sujeito mais do que a uma relação de objecto. Ao pensar o somático o sujeito realiza um percurso inverso ao percurso patológico que o conduziu ao adoecer, ou seja, faz aquilo que o soma não pode fazer – pensar. Assim pensa, ou pelo menos começa a pensar, aquilo que anteriormente não lhe foi possível.

Nesta atitude compreensiva, a doença orgânica surge como uma manifestação comunicativa do sujeito, uma comunicação num terreno não simbólico, onde a lógica do verbal está ausente, e que remete para momentos onde esta não era ainda dominante. Este facto coloca problemas de difícil resolução, pois a investigação é feita de um modo verbal, tentando organizar num discurso aquilo que anteriormente não foi assim organizado.

A observação, de natureza clínica, procura apreender como o sujeito representa as suas experiências, o modo como elas se organizam numa narrativa pessoal, e a forma que toma essa mesma narrativa. Trata-se de uma construção (ou reconstrução) de sentido(s), de criação de hipóteses provisórias e refutáveis (Pardinielli, 1999), dentro de uma relação única (e que portanto não pode ser repetida ou recriada, não respeitando desse modo outros supostos critérios de cientificidade).

A subjectividade é alcançada através da intersubjectividade, ou seja, através da relação que é estabelecida entre o investigador e o sujeito observado. A observação

clínica, em que se procura objectivar o subjectivo, inclui no campo observado o próprio observador, e, mais do que isso, o observador é um instrumento de observação (Ciccone, 2000). O resultado obtido na observação é assim uma construção, uma aproximação à realidade psíquica do sujeito, onde a objectividade em si não pode ser alcançada – mas, em ciência produzem-se modelos provisórios, não se anunciam verdades absolutas.

Optou-se assim pela riqueza clínica do material, mesmo que escasso, relativo a um caso e não pela apresentação de diversos casos, considerando que esta é uma forma extremamente útil para questionar e possivelmente testar o corpo teórico existente, e podendo permitir novas elaborações tendo por base essa mesma teoria. Trata-se de um processo de comunicação entre o material clínico e a estrutura teórica e conceptual que nos suporta.

Procurou-se acima de tudo uma maior compreensão do caso, no entanto ficam bem explícitas as limitações do clínico, e acima de tudo a sua inexperiência, sendo esta uma das críticas relevantes para o presente trabalho.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Se compreendemos o modelo compreensivo em Psicossomática como sendo relacional, a investigação que se realizou também tem de ser uma investigação centrada e organizada sobre o relacional.

O presente estudo procura explorar as dimensões relacionais e biológicas presentes na patologia psicossomática. Assim, aqui em particular não se pretende a partir de um caso obter uma generalização, e sim conhecer e tentar compreender o caso apresentado, na sua singularidade, subjectividade e unicidade. Posto isto pensa-se que tal só é possível através do recurso à metodologia de **Estudo de Caso**.

Segundo Pedinielli (1999), o «estudo de caso» visa não apenas reconhecer a especificidade da patologia que o indivíduo apresenta, mas também restitui-lo. É neste sentido que se considera ser mais um método geral de reflexão sobre os problemas colocados do que propriamente uma técnica ou instrumento de avaliação.

Revault D'Allonnes (1989, cit. por Pedinielli, 1999) refere a noção de «história de vida»: “O estudo de caso procura evidenciar a lógica de uma história de vida singular, a braços com situações complexas que precisam de leituras a diferentes níveis, com utilização de instrumentos conceptuais adaptados”.

Se o estudo de caso é uma integração de dados, ele pressupõe que na abordagem de um problema se estabeleça como objectivo compreender uma pessoa e não apenas o problema. Contudo, ele é uma construção realizada pelo clínico, que obedece a alguns princípios (Pedinielli, 1999).

Assim, atendendo à matriz conceptual e desenho metodológico utilizados, vincase o carácter exploratório desta investigação sendo este um trabalho de relação. A partir das opções e modelos anunciados, procura-se pensar e tentar compreender a pessoa, e o seu “drama existencial” no adoecer somático.

Deste modo, o estudo será *não experimental* (já que não se pretende introduzir modificações ao longo da recolha de dados), de *carácter exploratório* (pois não se pretende confirmar ou infirmar hipóteses, apenas recolher dados sobre a plausibilidade eventual do problema) e *transversal* (porque analisa os dados apenas num determinado momento da vida do sujeito), baseado na metodologia do *Estudo de Casos*. Será um estudo *descritivo*, uma vez que visará descrever como se processa o desenvolvimento psicossomático do sujeito, não permitindo por isso uma generalização.

A escolha desta metodologia de investigação permite a observação de fenómenos raros e únicos, que de outro modo não seriam investigados; é uma forma de questionar e testar a teoria, pois um caso pode infirmar a teoria, tal como é possível elaborar uma teoria a partir de um estudo de caso. Contudo esta escolha tem em conta as suas limitações pois apenas permite a obtenção de dados num contexto relacional e intersubjectivo, não podendo ser replicados e/ou comparados, no sentido em que envolvem a subjectividade do sujeito e observador e objectividade do observador.

## **Participante**

O participante trata-se de um sujeito, do sexo feminino, com 34 anos de idade, e que no presente estudo será apresentado com o nome de Luísa.

Luísa é de nacionalidade portuguesa, casada e com uma filha, residente em L. Do ponto de vista profissional, é colaboradora numa loja de decoração e a nível académico, tem o 9º ano de escolaridade incompleto.

Apresenta um diagnóstico de Hipertensão (há treze anos) e um actual diagnóstico de um presumível cancro no colo do útero (confirmado na fase final da recolha de dados).

O participante alusivo ao estudo foi seleccionado por conveniência, no âmbito de um trabalho para a cadeira de Exame Psicológico, do 4º ano, do Curso de Psicologia Clínica, no ISPA. Neste critério de conveniência, não foram colocados um conjunto de critérios de selecção como seria de esperar, pretendia-se apenas um sujeito do sexo feminino, entre os 20 e os 40 anos, que demonstrasse grande disponibilidade em participar no estudo.

O caso clínico presente suscitou algumas curiosidades “olhado” à luz da Psicossomática, e neste sentido propusemo-nos realizar um estudo de caso, especificamente o Caso de Luísa.

## **Material**

As técnicas e instrumentos de avaliação (ver Anexos) foram utilizados com o intuito de recolher informação complementar e, conseqüentemente, ajudar a pensar, este caso, a pessoa em/na relação.

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados por uma ordem não imposta à partida (ver procedimento), dependendo grande parte da disponibilidade de conseguir a requisição destes instrumentos e da forma como se sentia a aderência do sujeito.

### ***Entrevista Clínica: Entrevista Aberta ou Semi-Dirigida***

A entrevista clínica foi o método utilizado para recolher o máximo de informações sobre o sujeito ou sobre os sentimentos, ou sofrimento deste. Nesta recolha interessa não apenas questionar mas sim, e sobretudo, criar condições para que o indivíduo se sinta confortável para se exprimir.

A entrevista é um instrumento fundamental na investigação da psicologia, sendo também facilitadora de empatia entre o indivíduo e o clínico. Tem o intuito de criar um espaço de relação para a expressão das dificuldades do indivíduo, tentando que este forneça o maior número de informação pertinente para o estudo. No âmbito da entrevista clínica, crê-se ser necessário para a investigação a recolha de material específico sobre a vida onírica do indivíduo, para além dos dados essenciais da sua história clínica. Segundo Chiland (1983) na entrevista clínica proporciona-se um quadro de uma relação de desvelo, de tirar o véu, no intuito de promover a empatia e consequentemente ajudar o sujeito.

Esta técnica pretende compreender o funcionamento psicológico de um sujeito centrado-se sobre aquilo que vivem, reforçando a relação. A entrevista clínica constitui um dos melhores métodos para aceder às representações subjectivas do sujeito, postulando uma ligação entre o discurso e o substrato psíquico (Blanchet, cit. por Benony & Chahraoui, 1999).

Segundo Marques (1999, p.83), “os fenómenos e o material com que lidamos em Psicologia Clínica são, predominantemente, simbólicos e verbais e emanam no seio de uma relação e num contexto que condiciona e determina a sua expressão e comunicação. Tais fenómenos não são acessíveis à medida, nem a eles se podem aplicar os fundamentos, axiomas, modelos e métodos clássicos que a experimentação e a demonstração exigem”.

Carl Rogers demonstrou particular interesse pela dinâmica da mudança da personalidade e dos valores humanos. Desta forma sustentou o seu contributo para psicoterapia, através de noções como aceitação do outro, centração no sujeito, empatia, não directividade e compreensão (Benony & Chahraoui, 1999).

Ainda segundo os autores a entrevista clínica constitui o paradigma do psicólogo clínico. Faz parte do método clínico (através da observação e da entrevista) e duma clínica instrumental que passa pela aplicação de testes projectivos e escalas clínicas.

Por todas estas razões é importante ter em consideração os objectivos da entrevista: os modelos teóricos e a formação do clínico; o pedido; a personalidade, a idade do sujeito e a interacção no decurso da entrevista; o momento e as condições da entrevista (Benony & Chahraoui, 1999).

Chiland (1983) defende que durante a entrevista o psicólogo é o próprio instrumento que ouve, observa e eventualmente intervém. Foi precisamente este o trabalho que se tentou desenvolver familiarizando-nos com a metodologia que sustenta

e defende qualquer pessoa que, por algum motivo, se sujeita a uma observação, avaliação ou intervenção psicológica.

A entrevista clínica é uma entrevista verbal, não um exame psíquico e a dimensão não verbal é um imprescindível meio de aceder à subjectividade do indivíduo. Deve-se acompanhar a palavra ritmada com o silêncio.

Sabe-se que a entrevista tal como aquilo que posteriormente se transcreveu está marcada tanto pela subjectividade do objecto observado, como pela subjectividade do observador. Este transporta para a relação terapêutica um trabalho de si mesmo em que põe ao serviço do outro o seu aparelho psíquico, o seu funcionamento mental, a sua capacidade de sentir, de compreender e elaborar (Chiland, 1983), de modo a que uma nova significação possa ser alcançada.

### *Testes Instrumentais*

A sua aplicação tem por objectivo explorar um campo mais específico das funções cognitivas centradas, por exemplo, na organização visuo-espacial e memória.

#### *Figura Complexa de Rey-Osterrieth*

O Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth (Anexo C) é um dos testes neuropsicológicos mais utilizados e referenciados em vários campos das Neurociências. Este instrumento permite avaliar as habilidades de organização visuo-espacial, planeamento e desenvolvimento de estratégias, bem como de memória.

A figura complexa foi desenvolvida primeiramente sem intenção interpretativa por André Rey, em 1941. Destinava-se unicamente ao diagnóstico diferencial entre debilidade mental e perturbações causadas por traumatismo craniano. Mais tarde, em 1944, Osterrieth retomou-a e elaborou-a de forma a poder ser aplicada de modo padronizado, permitindo avaliar a actividade perceptiva e a memória visual (Rey, 1959).

A Figura Complexa de Rey consiste numa figura geométrica complexa composta por um rectângulo grande, bissectores horizontais e verticais, duas diagonais, e detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao rectângulo grande. É um teste da cópia e da reprodução de figuras geométricas complexas, de fácil realização gráfica, de ausência de significado evidente, no entanto com uma estrutura de conjunto suficientemente complicada de forma a exigir uma actividade analítica e de organização.

O desenho é apresentado horizontalmente e o examinando deve copiá-lo numa folha em branco. Para a realização do mesmo é aconselhável a utilização de lápis de cores diferentes, indicando-se a troca de cor de lápis de acordo com a sequência dos elementos copiados. O objectivo aqui é observar a sucessão dos elementos copiados e avaliar a capacidade de desenvolvimento de estratégia do examinando.

Estabelece-se em duas etapas, separadas por um intervalo de 3 minutos. A primeira é a cópia do modelo, que dá indicação sobre a apreensão e representação gráfica dos dados visuais, supondo uma visão correcta e boa coordenação visuo-motora, certo nível de estruturação da actividade perceptiva e capacidade de atenção. A segunda etapa é a da memória e exige uma capacidade mnésica visual suficiente fazendo apelo à memória visual.

Este teste permite conhecer o tipo de reprodução espacial dominante, na presença e na ausência do modelo, relacionado com as características de execução gráfica da reprodução e o grau de exactidão da mesma (numa comparação percentílica ao grupo etário).

Esta prova destina-se a avaliar a organização espacial, a capacidade de atenção, a percepção visual e a elaboração dessa percepção bem como a actividade de memorização visual (memória imediata). No entanto a Figura Complexa de Rey pode também ser pensada como uma projecção corporal do sujeito e interpretada de acordo com este princípio.

Esta prova permite, ainda, pôr em jogo as angústias relacionadas com a presença e a ausência do objecto, observando como é que o sujeito se coloca perante esta questão. A dificuldade em reter o objecto, como representação, dentro de si, pode reflectir-se num resultado pobre ou bizarro na prova de memória.

Neste sentido, permite levantar algumas hipóteses sobre a forma como o sujeito se estrutura, do ponto de vista da representação mental, na presença do objecto e na ausência do mesmo.

### ***Testes Projectivos***

A importância da utilização dos métodos projectivos em psicossomática é salientada por vários autores, com especial destaque para a prova Rorschach, sendo suficiente observar os trabalhos de Coelho et al. (1996), de Chabert (1988) e também a utilização que Sami-Ali (2002) faz desta prova a propósito do tema do banal.

É sabido que a utilização clínica das provas projectivas obedece a uma elaboração específica que fundamenta todas as interpretações efectuadas a partir delas. Existe um referencial teórico psicanalítico a partir do qual foi desenvolvida a prática do Rorschach e TAT, e dentro do qual se torna essencial operar para que as provas mantenham o seu valor (Chabert, 1987).

Quando as consideramos deste modo, as provas projectivas são mais que meros testes, são reveladoras da essência do funcionamento psíquico, da realidade psíquica do sujeito, mas também se poderão eventualmente constituir como reveladoras de uma verdade psicossomática. Assim: “Os métodos projectivos ajudam-nos a melhor compreender o funcionamento psíquico na patologia psicossomática. De facto, as provas projectivas são susceptíveis de fornecer um discurso «singular» determinado, por um lado, pela especificidade da situação clínica original e, por outro, pelas solicitações do material em particular. Mobiliza-se o sujeito a condutas projectivas, a partir dum real perceptível (o material do teste) mas ambíguo, onde é solicitado um trabalho psíquico que consiste em efectuar-se um compromisso entre os constrangimentos da realidade externa (adaptar-se perceptivamente) e as pressões do mundo interno (exprimir as representações e os afectos).” (Coelho et al., 1996, p. 46).

Sendo o objectivo do trabalho a observação de elementos depressivos no sujeito com patologia psicossomática é importante fazer uma breve referência à forma como estes poderão surgir nas provas projectivas.

A depressão poderá manifestar-se por uma dificuldade de expressão, por uma dificuldade em lidar com os afectos depressivos, o que pode surgir nas provas projectivas (segundo Rebourg et al., 1992) através de uma inibição, ou mesmo restrição associativa, com uma redução global da produtividade na prova e um aumento dos tempos de latência (diminuição do número de respostas e recusas).

### ***Teste Projectivo Rorschach***

O Rorschach foi criado em 1920 por Hermann Rorschach, no sentido de estudar a imaginação dos sujeitos e determinar um diagnóstico psicológico da personalidade normal ou patológica, em crianças, adolescentes e adultos (Anzieu, 1978). Até aos dias de hoje, o Rorschach continua a ser o teste projectivo mais utilizado pelos especialistas, com a intenção de compreender a dinâmica do conjunto de uma personalidade.

O Rorschach pode ser observado como fazendo parte de uma relação, e ainda como instrumento de observação de um trabalho de transformação e de ligação

interno/externo. A este propósito diz-nos Marques (1996): “As imagens que o sujeito nos fornece, formuladas em palavras, são, então, consideradas como o produto de transformação de pensamentos e emoções que se referem à situação Rorschach, como situação presente, mas também às situações passadas, que se referem à situação externa, mas também interna, das quais são, também, transformações.”. A situação Rorschach é uma situação relacional em que um sujeito colocado perante um estímulo vai produzir um discurso singular, determinado pelo setting e pelo material. O trabalho psíquico realizado dá conta de uma determinada organização da personalidade, de uma dinâmica interna e de um modo de relação objectal.

O Teste projectivo Rorschach é constituído por dez pranchas (Anexo F), cada uma com uma mancha de tinta de estrutura simétrica, onde o sujeito é convidado a imaginar, exprimir o que lhe pertence internamente (realidade interna), perante um estímulo exterior novo (realidade externa).

Os cartões podem ser agrupados segundo duas dimensões, que servem de método de análise do protocolo: uma estrutural, baseada na construção formal dos cartões, segundo uma perspectiva perceptiva e cognitiva; e outra sensorial, apoiada pela presença de cores, directamente relacionada com a expressão dos afectos.

Na dimensão estrutural, os cartões podem agrupar-se em dois grupos: segundo uma configuração unitária, onde o eixo mediano é evidente (I, IV, V, VI e IX); e uma configuração bilateral, onde a simetria é preferencialmente manifestada pela repetição do duplo (II, III, VII e VIII). Os cartões também podem ser agrupados segundo outro critério, em função do seu carácter fechado (I, IV, V e VI) e aberto (II, III, VII, VIII, IX e X) (Chabert, 1998).

Na dimensão sensorial, diferenciam-se os cartões cinzento-escuros (I, IV, V e VI), os cinzentos (VII), os negro-branco-vermelhos (II e III) e os pastel (VIII, IX e X), (Chabert, 1998).

A instrução utilizada para a aplicação da prova foi a seguinte: "Vou mostrar-lhe dez cartões e vai dizer-me tudo aquilo em que eles a fazem pensar, o que pode imaginar a partir deles".

O Rorschach sendo uma prova por excelência que apela ao subjectivo é utilizado na tentativa de aceder ao imaginário do sujeito. Esta prova introduz uma dimensão perceptiva e uma dimensão projectiva, que face aos estímulos vagos que a constituem, podendo ser explorado no sentido de uma maior projecção.

Este teste projectivo exige com o seu trabalho perceptivo o realce da figuração através de uma construção das representações. O material proposto pode afigurar-se através de uma abordagem descontínua, estranha, por vezes inquietante, pela perturbação que desperta, especialmente pelo apelo à projecção de imagens corporais que induz.

Enquanto objecto real o estímulo Rorschach vai permitir a emergência da linguagem verbal que dará conta de imagens articuladas a partir de uma realidade material. Deste modo, através da instrução, o apelo à percepção permite a ligação ao real o que constitui o fundamento da inscrição no meio, pelo que a "distância" estabelecida entre o sujeito e o material será rica de significados.

Enquanto objecto imaginado, na ausência de configurações concretas do material, pode permitir uma elaboração da percepção em função das preocupações essenciais da pessoa, dos seus modos de organização, da sua relação com os objectos, dos seus fantasmas e dos afectos que subjazem às palavras-imagens que ele irá evocar, no fundo, todo um campo aberto às suas associações pela indução da projecção (Chabert, 1998).

Os conteúdos das respostas, numa análise clássica do Rorschach dão uma "imagem psíquica" do sujeito, mas numa perspectiva psicossomática os conteúdos propõem igualmente uma leitura corporal, tais como a expressão facial, o movimento do corpo e pequenos gestos (Coelho et al., 1996). Desse modo, "o teste de Rorschach aplicado em clínica psicossomática, dado que põe em evidência as modalidades do processo projectivo em relação com a organização do espaço, permite definir melhor o significado desse enunciado." (Sami-Ali, 2002, p. 98).

Para a compreensão da problemática do sujeito com doença do foro psicossomático o Rorschach pode também permitir avaliar algumas dimensões: o afecto, a relação e a identidade.

Os elementos essenciais na análise do protocolo não são apenas os dados registados relativamente ao discurso durante a aplicação da prova, mas tudo aquilo que envolve a sua aplicação. Em suma, a relação que é estabelecida entre o clínico e o sujeito, com tudo aquilo que a constitui. Deste modo é importante uma atenção a tudo o que se passa: aos comportamentos do sujeito, aos silêncios, etc. (Pedro et al., 2001). O protocolo não pode apenas ser analisado a partir da sua cotação: à análise quantitativa deve seguir-se uma análise qualitativa, e nesse momento proceder-se a uma integração dos dados captados e registados aquando da aplicação da prova.

Assim, importa estar atento ao que é dito, como é dito, o contexto no qual é dito (contexto relacional) e como este material nos fornece informações acerca do funcionamento psicossomático, não apenas o mundo psíquico, mas também o somático, o orgânico.

### ***Thematic Apperception Test (TAT)***

A utilização do TAT na investigação em psicossomática não sendo tão comum como o Rorschach, não é propriamente estranha, bastando lembrar os trabalhos conduzidos por Rosine Debray com pacientes psicossomáticos, e a importância que estes tiveram no desenvolvimento desta prova dentro dos trabalhos da escola francesa (Shentoub et al., 1999). Tomando em consideração o trabalho de Chabert (1987) pode-se dizer que é feita uma utilização do Rorschach e do TAT dentro de uma lógica de complementaridade das duas provas, com o objectivo de alcançar uma maior proximidade à realidade psíquica do sujeito.

Em complementaridade com o Rorschach foi adoptada a utilização do TAT, com o objectivo de obter uma percepção mais nítida das modalidades de funcionamento psíquico do sujeito. Tal como para o Rorschach, também para o TAT foi utilizado um referencial psicanalítico, organizado pela designada “escola francesa”, nomeadamente por Vica Shentoub - deste modo existe uma adequada ligação entre as duas provas, pois partilham do mesmo referencial, bem como uma correcta articulação entre teoria e prática.

O TAT foi criado por Henry Murray em 1935, na Harvard Psychological Clinic. Inicialmente era composto por trinta e uma imagens, administradas em duas vezes, podendo ser divididas por imagens correspondentes a adultos homens/mulheres e rapazes/raparigas com idades superiores a dez anos.

Assim, estas imagens representam personagens de idades e sexos diferentes, colocadas em situações relativamente determinadas mas que deixam também lugar a interpretações, ou ainda paisagens relativamente estruturadas. O material TAT é por si só um instrumento figurativo e ambíguo, e neste sentido solicita uma análise objectiva (conduta perceptiva) e uma interpretação subjectiva (conduta projectiva).

No presente trabalho só retivemos os cartões considerados como os mais pertinentes e mais significativos para o estudo em causa e o sujeito em estudo. São eles, os cartões 1, 2, 3BM, 4, 5, 10, 11, 12BG, 13B, 19 e 16, propostos a homens/mulheres e rapazes/raparigas; 6GF, 7GF e 9GF, proposto a raparigas/mulheres e os 8 GF e 13MF

proposto unicamente aos sujeitos adultos, mulheres e homens/mulheres respectivamente.

A aplicação foi feita numa única sessão e a apresentação dos cartões respeitou a ordem dos mesmos, proposta pela escola francesa, sendo que o cartão 16 deve ser proposto sempre no fim da aplicação.

O sujeito é convidado a imaginar uma história, tão rica e dramática quanto possível, que dê conta do presente, passado e futuro, bem como dos sentimentos das personagens postas em cena.

A instrução utilizada para esta prova foi a que se segue: "Gostaria que imaginasse uma história a partir do cartão." - nesta é feito um apelo ao sujeito para transformar a realidade (cartão/imagem) numa fantasia (discurso/história), e tornar essa fantasia comunicável ao outro, de modo organizado, ou melhor reorganizado, já que esta situação-teste solicita a uma desorganização. Deste modo, as imagens oferecidas pelos cartões são percebidas e sentidas de um modo pessoal, e dessas "representações de coisas" é esperado que o sujeito passe a "representações de palavras" - este movimento revela as capacidades de trabalho do pensamento e da linguagem por parte desse sujeito (Shentoub, et al.,1999).

"Observar as modalidades de elaboração das histórias (...), é observar, num aqui e agora, o que reflecte as modalidades habituais e dominantes do funcionamento psíquico individual." (Shentoub, et al.,1999). A qualidade das respostas dá conta do trabalho psíquico, da capacidade para lidar com os conflitos suscitados, e da capacidade para conferir um sentido (subjectivo) ao material (objectivo), dando forma à fantasia, linguagem ao inconsciente.

Se o discurso pode dar conta de uma capacidade para resolver esses conflitos, também pode revelar uma incapacidade em encontrar soluções para o conflito, ou seja, colocar em evidência o impasse e a impossibilidade em o ultrapassar.

Entre as situações de conflito interessa-nos sobretudo observar como o sujeito lida com a problemática da perda do objecto, ou seja, como lida com a ansiedade depressiva. De acordo com Bacqué (1992) o elemento depressivo pode ser avaliado no TAT, especialmente através dos cartões 3 e 16, observando o modo como o sujeito identifica, ou não, os afectos depressivos evocados pelo conteúdo do cartão, bem como os processos de identificação que estabelece com os personagens.

Segundo (Shentoub e tal., 1999), "os três parâmetros maiores da situação T A.T. [o material; a instrução; o clínico], podem ser assimilados a uma situação de conflito

por excelência. Com efeito, existe conflito desde que se confrontem, o princípio de prazer e o princípio de realidade, a representação de coisa e a representação de palavra, a identidade de percepção e a identidade de pensamento, o desejo e a defesa... ou seja, os imperativos conscientes e inconscientes”.

Segundo Chabert (1988 e 1987) é possível observar-se um sobre-investimento da forma ou da realidade externa, um conformismo ou passividade (no TAT com uma descrição das imagens, e no Rorschach com a presença de um número elevado de F, e de um vocabulário pobre) de modo a evitar o contacto com a realidade interna (também expresso pelo número reduzido de K).

Outro elemento que as imagens do TAT podem revelar, e que apresenta interesse para a nossa investigação é o tema do banal, e de como este pode tomar conta do discurso do sujeito, face à angústia evocada pelos conflitos dos cartões, para evitar o afecto.

A forma mais estruturada do TAT poderá favorecer manobras superficialmente adaptativas, conformistas, de modo a ocultar a expressão de afectos ou angústias. Estes são elementos que o TAT nos pode ajudar a investigar, e que no Rorschach não é possível averiguar com a mesma eficiência, devido ao seu carácter mais regressivo.

Rorschach e TAT permitem pois a expressão de diferentes níveis de conflito e modos de funcionamento complementares, e investigam mais facilmente diferentes camadas do funcionamento psíquico. Ambas as provas suscitam a emergência de material mais evoluído ou mais arcaico, mas as diferenças entre elas repercute-se no nível de observação. O TAT, devido à natureza do estímulo, incita a colocar em relação os personagens presentes nas imagens, favorecendo a dramatização de conflitos intrapsíquicos, tomando como referência o modelo estrutural do Édipo (diferença de sexo e de gerações muitas vezes presente no estímulo), e permite igualmente observar as modalidades identitárias. O Rorschach pode ser visto como uma prova de limites (por exemplo, o limite corporal ou identidade corporal) que investiga com maior facilidade a identidade e o narcisismo, e a representação de si (Chabert, 1987).

## **Procedimento**

Antes de iniciar as sessões de investigação estabeleceu-se um primeiro contacto com o sujeito, com o objectivo de obter o seu consentimento para a participação na

investigação, explicar os procedimentos de recolha de dados em que iria participar e estabelecer os momentos em que iriam decorrendo as sessões. O sujeito foi informado acerca de todos os aspectos relacionados com a investigação e com a utilização dos dados recolhidos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade desses mesmos dados, e a sua exclusiva utilização para fins académicos e científicos.

A investigação constou de dez sessões: a primeira com uma duração aproximada de trinta e cinco minutos, e as seguintes com duração de cinquenta minutos.

O discurso do sujeito foi organizado à posteriori, a partir do registo mnemónico, quase sempre logo a seguir às sessões para evitar perder muita quantidade de informação. Procurou-se registar os conteúdos verbalizados pelo sujeito de acordo com a sequência em que surgiram no discurso e com o maior detalhe possível. Para além das verbalizações do sujeito, observou-se as expressões corporais que acompanharam o discurso.

Relativamente ao Setting, realizou-se num gabinete próprio, num horário conveniente ao sujeito e ao entrevistador.

As sessões e conseqüente recolha de dados decorreram num período de aproximadamente dois meses e meio, semanalmente às quintas-feiras, ao final da tarde.

As três primeiras sessões foram para a recolha de dados amnésicos de acordo com os parâmetros que haviam sido estabelecidos previamente.

A quarta sessão foi dedicada à Figura de Rey e a quinta e sexta entrevistas ocupados pela aplicação da prova projectiva *Roschach*, e da prova projectiva *TAT – Thematic Apperception Test*, respectivamente.

Na sétima, oitava, nona e décima sessões procurou-se completar os dados obtidos nas anteriores, e estabelecer algumas dúvidas em relação a esses dados bem como realizar uma elaboração e devolução do material recolhido – no fundo, organizar uma narrativa a partir do que anteriormente tinha sido explorado na relação, bem como o aconselhamento de iniciar um processo psicoterapêutico no qual o sujeito demonstrou um grande interesse em poder desfrutar de um espaço seu, para si, onde pudesse reflectir o seu “eu” e onde se sentisse compreendido.

## **RESULTADOS**

Nesta secção apresentam-se os resultados qualitativos obtidos a partir da aplicação dos instrumentos utilizados no presente estudo:

### **Entrevista Clínica**

Tendo em conta a tentativa de uma reconstrução cronológica da história de Luísa (Anexo B), ficou bem evidente que apresenta alguma dificuldade em organizar-se no tempo e no espaço, sendo-lhe impossível estabelecer com precisão os momentos em que ocorrem situações de grande importância. Embora seja perceptível a importância destes acontecimentos, eles são narrados de uma forma impessoal e despidos muitas vezes de qualquer afecto ou quando os afectos são sentidos a solução é a fuga, causando uma certa estranheza quando escutados, é no entanto possível perceber que tiveram grande impacto vivencial. Marcante é o facto de parecer haver na sua história uma repetição dos movimentos defensivos que arrastam uma situação depressiva.

Apesar da sintomatologia fóbica surgir em maior evidência, existem fortes indícios de uma patologia depressiva. Estes passam mais facilmente despercebidos, visto que se caracterizam exactamente por uma ausência e por um afastamento, no fundo trata-se de uma depressão latente, com sintomatologia não evidente, uma expressão pelo negativo, a depressão branca e essencial. No entanto parece dar-se conta de uma certa insatisfação, confusão (identitária) e uma falta, um vazio que não sabe como preencher.

O aspecto mais importante a reter para a discussão deste caso é que a desregulação relacional desregula os afectos e, por sua vez, esta desregula a homeostasia.

## **Figura de Rey**

### ***Cópia do Modelo***

Numa primeira fase de realização da cópia do modelo (Anexo D), Luísa faz uma abordagem dominante, à figura, de tipo I – Construção sobre a Armação I – com elementos de tipo II – Detalhes englobados na estrutura.

Assim Luísa começa o desenho pelo rectângulo central, englobando outros detalhes como o triângulo do lado direito e a respectiva cruz e só depois traça as diagonais e medianas colocando por fim todos os outros elementos. O rectângulo central passa assim a funcionar como a armação, sobre o qual dispõe todos os demais elementos da figura. O rectângulo grande constitui, pois, toda a base que serve de referência e de ponto de partida para a construção da figura, serve de estrutura a todo o desenho. É um tipo de reprodução característico do sujeito adulto.

A cópia é pouco precisa, há esquecimentos e uma tendência a aldrabar, verifica-se também alguma confusão/perturbação a nível da lateralidade, apesar de uma elaboração perceptiva global desenvolvida.

Estamos perante um estágio de desenvolvimento tipo III, em que a actividade perceptiva atinge um nível superior. Assim opera uma reestruturação do real, sabendo isolar um elemento fundamental, o “rectângulo”, que é uma “boa forma” pois é simples, regular e geométrica, a partir da qual os outros elementos se organizam. Assim sendo pode-se dizer que existe “análise imediata seguida de reestruturação sintética” que coincide com o aparecimento do raciocínio hipotético-dedutivo e da reversibilidade das operações.

### ***Memória do Modelo***

Luísa começa o seu desempenho (Anexo E) pela reprodução do contorno integral da figura sem diferenciar nela, explicitamente, o rectângulo central – é uma abordagem tipo III característica pelo contorno geral. Obtém assim uma espécie de “contendor”, onde são, depois, colocados todos os detalhes interiores. Esta conduta não predomina em nenhuma idade específica. Porém mantém-se no decurso de toda a evolução como tipo complementar.

No entanto logo de seguida Luísa faz uma abordagem à figura tipo IV – Justaposição de Detalhes. Assim Luísa justapõe os detalhes procedendo por aproximações. Não há pois um elemento orientador da reprodução, o que pode causar

problemas de proporções e de ajuste aos bocados uns com os outros. Terminado o conjunto ele é globalmente reconhecível. A justaposição de detalhes prolonga o sincretismo, ou seja, não há análise mas justaposição, há enumeração sem síntese. Assim a percepção fica egocêntrica sem análise crítica.

Estamos, então, aqui, perante um Estádio de desenvolvimento tipo II – em que o tipo dominante é o tipo III e o tipo secundário é o tipo IV.

Na memória, o item riqueza muito baixo pode-nos levar a pensar que Luísa tem pouco espaço interno para guardar o objecto, ou seja, tem dificuldade em guardar internamente o objecto. Esta prova leva mais a pensar num contentor em que não existe uma organização de conteúdo. Um continente com falhas que não consegue manter conteúdo.

Comparando os resultados da memória com os da cópia constata-se que no conjunto há um tipo de reprodução inferior para a memória. Neste caso, parece existir problema na percepção e organização dos dados a fixar manifestando, claramente, alterações da memória visual, confirmando um nível inferior da elaboração visuo-espacial.

Dá conta, ainda que superficialmente, de algumas particularidades primitivas:

- Deformação por interpretação - O sujeito reproduz certos detalhes, mas completa-os consoante a sua interpretação (as quatro linhas paralelas situadas no triângulo).
- Deformação por repetição - Deformação estereotipada do mesmo elemento.
- Deformação por falta de atenção - Uma linha é tomada por outra, há inverso na posição dos elementos, rotação não compensada da folha, um mesmo elemento servindo dois detalhes diferentes.
- Deformação por falta de habilidade gráfica - Por necessidade de correcção de traços mal começados, o que leva à distorção da figura.

Parece existir uma amnésia de evocação manifestada por uma insuficiência na reprodução. Parece, ainda, apresentar algumas dificuldades na organização grafo-perceptiva, que passam pela rapidez em realizar rápido o teste pois receia ter-se esquecido, como se quisesse esbanjar todas as formas que ainda se lembra. Estas dificuldades a nível instrumental poderão ser um reflexo de dificuldades numa vida fantasmática representando um vazio do recalçamento do imaginário ou um vazio depressivo com sentimento de solidão sem muitos dados projectivos e sim

estereotipados. Na psicopatologia as perturbações instrumentais estão mais próximas do funcionamento neurótico ou borderline.

Poder-se-á, possivelmente, apresentar também uma problemática do narcisismo, que passa por dificuldades na estruturação da identidade, na ausência de um espaço de construção da mesma.

### ***Rorschach***

A aplicação do teste projectivo Rorschach (Anexo F) foi aparentemente ameaçadora para Luísa, a apreciar não só pelos conteúdos mais à frente considerados, mas também por outros índices não avaliados formalmente, como o ar apreensivo e muitas vezes assustado, os comentários de ocasião, a rigidez muscular, as resistências e a elevada actividade psicomotora que revelou.

Da análise ao Psicograma (Anexo G) destacou-se, antes de mais, uma produção muito reduzida tendo sido fornecidas apenas 11 respostas num tempo também ele muito reduzido (7'15"). A média de tempo por resposta foi de 37" e neste sentido o tempo de latência média (20") é muito significativo tendo em conta a aproximação ao tempo de resposta.

A forma complementar não vai no sentido do TRI, valor que aponta para um conflito interno entre o latente e o manifesto, ou seja, um tipo de funcionamento psíquico caracterizado por uma conflitualidade interna acentuada, vulnerabilidade, novamente dificuldades de adaptação a novas situações e, por vezes agressividade.

Os modos de apreensão dos cartões, feitos quase em exclusivo em G, permitem reflectir sobre o modo de Luísa abordar o mundo socializado: se por um lado supõem a existência de uma adaptação perceptiva da realidade, por outro, em comparação com o valor muito abaixo da norma das respostas detalhe e o facto de se acompanhar por determinantes formais nem sempre de boa qualidade, sugere-nos que esta adaptação possa funcionar como um mecanismo de defesa face a uma realidade interna possivelmente ameaçadora fazendo-se então acompanhar por uma certa ausência de curiosidade face ao objecto externo e à sua realidade interna.

O número elevado de F, dão conta desse excesso de conformismo, que pode ser entendido como uma adaptação à regra parental ou como uma presença intrusiva do elemento materno, neste sentido o corpo é regulado por um conjunto de regras impostas

e projectado de acordo com essas regras, pois não podemos esquecer que o corpo actua como esquema de projecção no Rorschach. As elevadas percentagens de F expressam uma alta vigilância perceptiva, apresentando à primeira vista índices de hiper adaptação ao real, resultados que podem esconder a verdadeira angústia pela aludida dificuldade nos movimentos projectivos, angústia essa que contamina as formas percebendo-as grande parte em Fclob.

O imaginário é precisamente o elemento em falta, sendo todo o protocolo marcado por uma restrição e pobreza. É evidente uma fraca atitude exploratória notando-se uma ausência de curiosidade face ao material que, frequentemente está associado a uma ausência de curiosidade face à sua realidade interna, movimentos que parecem traduzir níveis de tensão elevados e que, talvez por isso, apelam ao recalçamento, à não revelação, ao isolamento dos afectos e, em ultima instância, à dificuldade na relação.

A forma de manusear os cartões, a abordagem aos cartões (com pouca exploração, uma resposta por cartão, tempo de resposta muito curto, e tempo de latência longo), a postura ao longo da prova e as respostas (modo de apreensão, procedimentos e conteúdos) dão-nos conta da presença de um Super-ego Corporal, onde a projecção corporal se submete a um universo de regras, e onde o corpo real tem uma forte presença.

Se procurarmos relacionar os dados da prova Rorschach (Anexo H e I) com os dados da observação e anamnese verifica-se que eles não estão em ligação e dão conta de um sujeito onde a adaptação é apenas superficialmente conseguida num movimento de vaivém, onde os afectos de desagrado são expressos e a inibição marca forte presença identificando-se de forma clara elementos e mecanismos de carácter fóbico.

Em suma, dos principais balanceamentos do protocolo, sublinha-se a dificuldade na identidade, a dificuldade em conflitualizar, os evitamentos que sugerem uma organização do tipo fóbico, uma atitude pouco exploratória, o apelo ao recalçamento, a depressividade, a agressividade contida e a pobreza de vida criativa e imaginária.

### ***T.A.T.***

A partir da observação do T.A.T. (Anexo J) fica bem evidente a predominância dos procedimentos da Série C - Evitamento do Conflito, em particular dos

procedimentos do tipo C/Fo – Evitamento e Fuga e C/N – Modalidade Narcísica do Funcionamento Psíquico. A presença excessiva destes procedimentos dá conta por um lado da inibição e restrição do discurso, e por outro lado do recurso às expressões corporais e ao silêncio para manifestar a ansiedade evocada pelo estímulo TAT, e das associações que ele motiva.

O TAT é um instrumento sensível à capacidade de fantasmática do sujeito, e capaz de apreender a natureza dos conflitos relacionais. A presença de procedimentos da série C revela pelo contrário uma dificuldade em projectar conflitos, e em elaborá-los no plano psíquico, tal como se observa, na análise cartão a cartão no protocolo de Luísa.

Esta predominância de procedimentos da série C prejudica grandemente a legibilidade das representações produzidas, o que nos dá conta de uma dificuldade de contacto com o seu mundo interno e da sua comunicação a um outro.

Estes procedimentos de inibição aparecem estreitamente intrincados com as emergências em processo primário, que traduzem a intensidade da actividade pulsional destrutiva não representável (E1 e um único E9), mas que é inferida a partir do ataque aos elos do pensamento, verificável ao nível da desorganização do discurso (E19, E20). No entanto, existe um cartão (19) em que a falha pode não ser uma excepção à regra representando uma actividade pulsional destrutiva (através de um E14, E15 e E16).

No entanto é impressionante o contraste ao nível dos procedimentos, entre a relativamente ampla utilização de B2-B1 e a massa de factores de inibição de todos os tipos, que vêm aferrolhar a expressão interpessoal e pulsional. O melhor registo será, inevitavelmente, assegurado pela forma como certas representações de relação e certos afectos vão sendo retomados sob o modo do controlo (A2), (isolamento, apego aos pormenores da realidade), para definir a franja mais neurótica do protocolo. Mas, a maior parte das vezes, as numerosas personagens introduzidas, nomeadamente através de uma erotização subjacente, são logo tomadas anónimas, imobilizadas numa situação desconfitualizada (C/Fo) que se perde, por instantes, num pensamento operativo (C/Fa). Nota-se a primazia dos procedimentos C/N e a importância dada aos procedimentos C/M, que representados essencialmente por uma idealização da função social do objecto, com valência positiva por vezes acompanhado de piruetas e viravoltas, assinalam uma luta anti depressiva erigida contra o risco de perda identitária, e não um contra-investimento de uma representação narcísica deficiente.

A presença de elementos da série A (em especial da série A2, referentes ao pensamento portador do desejo e da defesa), e também da série B (particularmente da

série B2 relativos à dramatização, e expressão dos afectos) conferem uma estrutura às narrativas, mas a excessiva presença de procedimentos da série E retira a possibilidade de expressão pulsional, e impede também os movimentos de expressão de um relacionamento interpessoal - os movimentos defensivos postos em acção promovem a distância face ao perceptivo, o que equivale a dizer que impedem o contacto com a representação interna, através da alteração do discurso para evitar a conflitualização.

Em conclusão, as defesas pelo controlo e a inibição, maciçamente representadas, asfixiam os movimentos pulsionais e impedem qualquer expressão fantasmática e afectiva, sem, no entanto, impedirem o ataque aos elos do pensamento pelos processos primários, oprimindo pesadamente a qualidade das narrativas.

Mas, por outro lado, é importante sublinhar o aparecimento, em certos momentos, de modalidades de funcionamento mais flexíveis através do recurso a defesas mais neuróticas, que permitem a expressão de uma problemática singular e a abordagem da angústia depressiva.

Neste sentido a legibilidade do protocolo de Luísa é de tipo 3 (-/+) com uma solução do conflito em aberto.

Podemos conceber o funcionamento psicológico deste sujeito, como pertencendo ao conjunto dos funcionamentos limite, dentro de uma lógica depressiva, com uma forte presença de elementos fóbicos - parece existir uma espécie de "manto" neurótico que procura recobrir todas as falhas e perturbações com uma origem mais arcaica, "actualizando" o conflito numa espécie de neurose actual.

### ***Problemática***

Apesar de uma entrada, muitas vezes imediata, na expressão, sob uma aparência de descrição com apego aos pormenores (alguns raramente evocados), incluindo posturas e expressões, com o acento inscrito em conflitos intrapessoais, o protocolo de Luísa apresenta uma leitura mais aprofundada, uma fractura cuja aridez e secura resultam de uma impossibilidade em construir uma história, devida ao peso de inibição que visa estancar qualquer dinamismo mal este se esboce (não há verbo interactivo), immobilizando, assim, qualquer movimento de vida no tempo (ver ainda Anexos L). Para isso era preciso espaço de tempo.

Em continuidade com o que acabámos de enunciar, ao longo das histórias denotamos a falta de um conflito preciso, embora geralmente exista um acesso às problemáticas latentes relativamente a cada cartão - parece que abordando a questão

central não a elabora, não consegue elaborar o problema, tolerar a proximidade com o afecto desencadeado ou então superar o impasse gerado.

Falando acerca do afecto, podemos dizer que este quando surge no discurso, é englobado num procedimento de descrição, e não inserido numa relação. No fundo os afectos estão ausentes numa presença, tal como o outro está (omni)presente na sua (intolerável) ausência.

Por isso o conflito não pode ser pensado, pois o reconhecimento do outro faz pensar a ameaça de fragmentação e de confusão, que veicula uma angústia não representável, deste modo, o evitamento do conflito permite preservar os limites entre sujeito e objecto e evitar a sua confusão e a destruição mútua.

É face a referências pessoais ou autobiográficas (que garante a autenticidade da existência do sujeito) com valor de continente de pensamento, que o sujeito chega a organizar um espaço onde se pode dizer a intensidade da busca identitária (apesar da recusa ao cartão 11) e revelar-se a onnipresença da interrogação originária.

No entanto, o que deveria constituir uma espécie de «continentes», cujo fim é «conter» a excitação pulsional através de um evitamento e fuga do conflito, são inoperantes para permitir a expressão e a elaboração psíquica dos conflitos.

Apenas o aflorado, o conflito interpessoal e intrapsíquico é reprimido e vê-se o desejo de ser completamente extinto, mas os restos do recalcado aparecem e inferem-se através de mecanismos de defesa (isolamento e idealização), presentes para assegurar que nada se passe, nem ao nível da agressividade, nem da sexualidade.

A defesa narcísica impede o desenrolar da história e prende a dinâmica das narrativas. As personagens existem numa relação dual mas, não temos verdadeiras histórias. O evitamento do conflito dá conta da presença de uma angústia existencial.

Os objectos da realidade externa, tratados à distância, não estão deformados, mas como que «eliminados», «apagados», desde que susceptíveis de excitar o mundo interno do sujeito. Dado que o objectivo é negar qualquer desejo relacional, tudo se passa como se a energia estivesse, essencialmente, mobilizada para evitar qualquer ligação aos objectos e, caso estes se imponham, destruí-los a fim de manter os objectos separados isolados e afastar qualquer risco de dissipação.

A imagem materna surge como portadora de uma fragilidade e de uma falha enquanto continente capaz de possibilitar uma transformação, na medida em que a identificação a uma mãe, na sua dupla dimensão de mulher e de progenitora, encontra-se barrada (recusa nos cartões 5 e 9GF) no seu interior por uma imago materna

depressiva e depressígena, enquanto um esboço de conflitualização em relação ao homem continua possível, podendo este constituir um modelo de identificação ao masculino e paterno.

Observando os cartões que fazem apelo à elaboração da posição depressiva, percebemos que embora exista uma percepção da perda e do valor desorganizador que isso poderá ter - angústia de separação e angústia de morte -, também se observa uma tentativa de negar o afecto e o conflito associado. Deste modo pode-se dizer que esta é uma angústia onde a solidão, e o sentimento de vazio predominam, e onde a morte surge como a concretização do terror inominável. Muitas vezes o sujeito demonstra a sua ansiedade através de comportamentos motores ou corporais, de silêncios, e de comentários ao material.

A incapacidade ou enorme dificuldade em elaborar a posição depressiva assim exposta, poderá estar relacionada com aquilo que Sami-Ali (1993, 1997) denominou por Depressão a Priori, onde a negação do afecto depressivo surge associada a um Impasse, que se caracteriza pela impossibilidade de ser, e de aceder à subjectividade.

## **DISCUSSÃO**

Em resultado dos elementos recolhidos pelos instrumentos de avaliação utilizados – entrevista clínica aberta ou semi-dirigida, testes projectivos Rorschach e TAT, teste instrumental da Figura de Rey – procurou-se elaborar uma sinopse do caso de Luísa.

Na elaboração dos testes, foi perceptível a existência de uma possível mortificação do pensamento criativo, que remete para sensações vividas corporalmente (músculos tensos como que apertados numa paralisia vivida como forçada, respiração contida) indicando uma impotência do movimento que efectua ligações entre o que não é pensamento. O pensamento criativo encontra-se como que enquistado num corpo inerte, assumindo uma coloração mais fóbica, uma incapacidade de comunicação entre processos primário e secundário, bloqueando ou siderando o pensamento, um evitamento de aceder ao conflito relacional, às emoções. Assim é o corpo que se encontra directamente envolvido, atacado e ameaçado. A angústia de morte consciente

ou até hiperconsciente, refere-se directamente ao corpo com um mínimo de mediação psíquica, de deslocamento e de elaboração fantasmática.

A pobreza ou maior resistência, dá conta da existência de um “eu” como “grande reservatório”. Neste sentido o “eu narcísico” actua, como camada protectora, cobrindo a angústia interna. Assim, à medida que a angústia de morte opera em silêncio, a reparação do envelope narcísico e a dependência diante do objecto, continuam sempre em acção, mascaradas por uma aparente variedade dos investimentos.

Recorrendo a uma organização esquemática dos dados, podemos dizer que no caso de Luísa se verifica um acumular de situações, eventualmente traumáticas, que se têm vindo a repetir pela vida fora, e actualmente reactivadas, por acontecimentos de vida:

- uma relação extra-conjugal que tem de ser destruída, eliminada do pensamento para fugir ao sentimento e conseqüentemente evitar que seja vivida e verdadeiramente sentida, impedindo qualquer acção mental de elaborar o conflito interno que esta relação lhe pode trazer, pois a consequência de uma angústia de separação seria uma angústia de aniquilação, na qual a solução será a fuga, a retirada do conflito.

- A problemática da adolescência da filha (mais propriamente os seus comportamentos de auto-mutilação) que reenviam directamente Luísa para uma angústia de morte e de aniquilação. Também ela é filha e também ela vivenciou uma adolescência marcada pela existência de comportamentos auto-destrutivos; a impotência e possível incapacidade, de actuar como uma “mãe suficientemente boa” por falha desta introjecção mascarada sob a forma de uma idealização materna. Neste sentido trata-se de uma angústia sem nome, à qual Luísa não concebe uma organização, mascarando-a, sob um sentimento de preocupação como mãe, mas ao mesmo tempo frágil e por isso angustiante, permitindo, na sua superficialidade e restrição verbal, a existência de uma clivagem de sentimentos, antevendo que angústias mais arcaicas estão camufladas, apenas podendo ser vividas através do corpo.

Olhando para o complexo e interessante Caso de Luísa percebe-se que caminha num “território de fronteira” entre a vida e a morte (fronteira esta, sempre móvel e que se desenha para se apagar e deslocar para outros lados – o corpo), onde a Psicopatologia e a Psicossomática se entrelaçam numa patologia mista.

Os sintomas característicos de uma estrutura fóbica, captam a atenção do presente estudo, como o evitamento, o isolamento, e de um modo geral a restrição no relato do seu percurso de vida prendendo-se no actual e factual, evidenciados nos testes

projectivos. A crise de angústia parece ser o fenómeno que desencadeia todas estas manobras fóbicas, que acabam por conduzir uma regressão ao estado de simbiose.

A proximidade à patologia borderline já havia ficado bem vincada nas provas projectivas (Rorschach e TAT), no entanto destaca-se aqui diversos elementos que se consideram sinais significativos, tal como a invasiva angústia de separação, que se torna particularmente evidente através de crises de angústia; a baixa tolerância à frustração – onde Luísa oscila entre a contenção da agressividade (inculpação e ataque à auto-estima, e os acting-in somáticos), expressando-a de uma forma exagerada.

A baixa tolerância à frustração não conduz, no entanto, a uma passagem ao acto, pois parece estar presente uma forte repressão, moral e comportamental, um verdadeiro Super-ego Corporal (severo representante da lei materna), muito rígido e implacável, que faz com que os ataques não surjam no exterior, mas sim no interior. No sentido contrário, observou-se a existência de uma tendência impulsiva de vivenciar novas relações, no entanto com quebra ou ruptura destas, como resultado de uma possível separação, quando percebe que o objecto não consegue ser equivalente ao objecto primevo. No entanto tem-se também de fazer um reparo neste ponto, pois parece chegar a haver uma paixão, ainda que momentânea, face ao objecto, não chegando a ser mesmo uma verdadeira relação, pois ao contrário do borderline o psicossomático faz um investimento fraco, nunca se envolve, está presente sem estar - neste aspecto Luísa evidencia a diferença entre as duas patologias, pois parece que quando os seus desejos são ouvidos, ela própria trata de os recalcar, uma vez que vivê-los seria pôr em causa uma separação e isso não é possível ser por ela vivenciado.

No entanto, é nesta luta que se encontra o sujeito, entre a posição borderline e a posição psicossomática – o pânico generalizado (vivido, por exemplo, sob forma de ataques de pânico).

O sujeito procura um seio/alimento/afecto que não surge, que não alimenta ou satisfaz – é uma fome nunca satisfeita, que este não sabe de onde surge e como poderá fazer desaparecer.

Aos já anteriormente referidos traços borderline poder-se-ia ainda acrescentar a ambivalência existente entre a simbiose e a separação face ao objecto primário. Daqui nasce a angústia de separação, como resultado da regulação da distância ao objecto primitivo com um valor anaclítico.

Retomando a ideia, pode dizer-se que Luísa não está deprimida, ela é depressiva, simultaneamente procura e evita deprimir-se, ou seja, procura fazer o luto pela perda,

aceitar essa perda (nem sempre reconhecida, mas sentida) para poder procurar outros objectos, mas teme não ser capaz de a tolerar – precisa, embora não seja capaz, de se poder separar desse objecto interno (o objecto primevo depressivo e depressígeno) que tudo suga para o seu interior ("buraco negro" psíquico). Estas perdas muito precoces (objectais e afectivas) deixam marcas, que mesmo permanecendo ocultas, são mais tarde reactivadas (por "acontecimentos de vida"), trazendo de volta o sofrimento ignorado ou esquecido, que não pode ser evitado e não sabe ser vivido.

Este é o cenário que constitui uma “depressão falhada” ou “depressividade”, segundo Coimbra de Matos, “depressão essencial” segundo Marty, ou “depressão a priori” segundo Sami-Ali.

Assim, estamos perante um luto precocíssimo que não foi possível elaborar, luto pela perda da possibilidade do (desenvolutivo) amor primitivo (mais do que uma depressão essencial, é uma depressão por perda do que é essencial), que o sujeito continua a viver na esperança de o vir a conseguir – e também por isso permanece tão ligado ao objecto primevo – liga-se aos outros através de um “cordão umbilical”.

Com uma forte tendência à idealização objectal – extensiva ou circunscrita, associa-se a uma grande socialização, e auto alimenta-se da idealização do outro.

Contudo, as relações que estabelece não apresentam espessura emocional, é assim estabelecido um vínculo fraco com os outros – esta é uma técnica que permite lidar com a separação pois, visto não se ligar aos outros nunca os vem a perder; por outro lado não se pode ligar a outros objectos porque permanece demasiado ligado ao objecto primário, que (devido à sua depressividade) confere destruição a todas as relações que o sujeito tenta estabelecer.

A angústia de separação leva a que o sujeito tema afastar-se do objecto primevo por: sentir que no plano psicológico não tem força por si próprio, não tem uma confiança básica ou coesão do self, e no plano biológico sente não ter capacidade de auto-regulação; esta primeira forma de angústia esconde uma mais terrífica Angústia de Morte e de Aniquilação – Luísa pensa não conseguir sobreviver como autónoma e independente, alguém separado do outro, e assim vive na dependência e não pode quebrar a simbiose.

É possível perceber no Caso de Luísa as angústias que a invadem. Estas surgem violentamente no plano transferencial, e no seu relato pessoal, onde a separação equivale à morte, à aniquilação de toda a possibilidade de continuar a existir, talvez

porque Luísa sente não possuir uma identidade capaz de a suportar, e ainda porque se encontra num estado de grande dependência.

Sem certezas e com muitas interrogações, parece interessante finalizar este estudo em torno de um breve exercício funcional, em concreto, identificar as dimensões mais comuns que atravessam o caso, agora estudado, resultado que, de alguma forma, pode ajudar a pensar e a retratar o funcionamento psicossomático.

Acerca da angústia de separação, as dificuldades de separação podem surgir a partir de uma angústia perante a perda do rosto, ou o seu equivalente, que será a perda da identidade (Sami-Ali, 1993). O eu (self) é o outro (mãe), resultado de uma fusão imaginária, e perante a perda desse outro perde-se também o self – devido a uma falha na constituição enquanto sujeito separado, e uma falha na introjecção da mãe enquanto objecto continente (McDougall, 1991). Deste modo torna-se “obrigatório” ao sujeito manter uma relação do tipo “cordão umbilical” com a mãe (Sami-Ali, 1993) mantendo pela vida fora esse cordão também ligado à filha (e de certo modo também ao marido), por uma repetição comportamental da relação primária. Neste sentido, apresenta enormes dificuldades em efectuar a “separação primordial” entre o dentro e o fora (Sami-Ali, 1993, 1997), não conhecendo os seus limites (desde cedo na sua “história” de comportamentos tóxicos), ou confundindo-os com os do corpo materno – estes são processos que também podem ser observados nos ataques de pânico.

A separação remete-nos também, para a questão do nascimento: abandonar o interior do corpo materno, o que provoca ansiedades – são estas ansiedades que são revividas nos ataques de pânico, associadas a um sentimento de desprotecção, de fragilidade e de perda de limites (indefinição dos limites do self). O desejo de se manter dentro do corpo materno (fusionado com este) conjuga-se com o desejo materno de manter a criança dentro dela (para estancar a “hemorragia” depressiva – a “criança rolha” – e porque assim julga poder protegê-la melhor, ou seja, evitar o inevitável – a morte).

A separação face ao objecto primevo produz um sentimento de aniquilação e de morte porque ocorre num momento desenvolvimental precoce, no qual existe uma grande dependência face ao objecto. Esta separação face ao objecto resulta da intensa angústia de aniquilação e lança o sujeito no desamparo.

O medo da morte é uma elaboração sobre o terror de aniquilação, ou seja, é uma forma atribuída a uma angústia extrema – o sujeito não consegue conceber nada pior

que a morte, por isso relaciona o seu estado de angústia com a pior das ideias pensáveis. A verdade é que a angústia que sente vai além do que é pensável.

Assim, a angústia proveniente dessa crise de uma forma dispersa e catastrófica, acaba por ser organizada pelo sujeito em ataques de pânico, tudo passa a ser visto como ameaçador, e só a casa/corpo materno é tido como local seguro.

A crise de angústia expressa em ataques de pânico também pode ser vista como a exteriorização do pânico interno, ou seja, o sujeito exhibe o descontrolo que reina no seu mundo interno.

A fobia não é mais que a angústia de castração, substituta da perda do objecto como condição de angústia. Assim esta angústia de separação reenvia também ao medo de perder o objecto. Mas esta fobia convertida em ataques de pânico, revela, por detrás do pano, que este medo da perda do objecto é mais próximo da angústia de aniquilação, da insegurança ontológica ou perda da capacidade de ser e de continuar a ser.

A ansiedade de aniquilação poderá estar associada a sentimentos de fragmentação (clivagem múltipla, perda de coesão do self), de separação (clivagem simples, fissura ou fractura do self, com formação de “arquipélagos” mentais, espaços e conteúdos de difícil acesso), ou de fusão e con-fusão (perda de limites). O mecanismo de encapsulamento, quando é utilizado, procura sobretudo delimitar o trauma, conter a representação e o(s) afecto(s) associado(s) à experiência de perda e separação. Assim o medo da morte é a forma de dar um nome a este estado de terror interno, a este estado de caoticidade mental.

Nos ataques de pânico geram-se angústias de desprotecção e desamparo, é a ausência do outro (distância face ao materno). Parece que a crise de angústia expressa não só o medo de perda do objecto, mas também o medo de perda do próprio, que se fica a dever a um deficit identitário e uma falha nos processos de auto-regulação (Taylor, 1993).

Se pensarmos no sentimento aterrador que invade o bebé quando este sai do ambiente intra-uterino para o exterior (as dificuldades de respiração no ataque de pânico e o sentimento de desamparo possuem alguma semelhança), o ataque de pânico remete inexoravelmente, para uma projecção corporal, para a relação do sujeito ao corpo materno, a fantasia de ficar desprotegido e desamparado fora do corpo materno e à construção de um espaço mental que actue como “útero para os pensamentos e para as emoções e sentimentos” – um espaço onde os pensamentos possam desenvolver-se antes de serem colocados no exterior.

Nas condições normais de desenvolvimento é a mãe que assume a tarefa de transformação dos conteúdos e desenvolvimento da capacidade de pensar, ou pelo contrário, actua como objecto de dependência e adição. Neste sentido poderá haver aqui uma falência da mãe.

A angústia convertida em ataque de pânico é a forma de organização de sintomas (confusos e sem localização específica) que a princípio surge como mais evidente no caso de Luísa – é uma patologia da espacialidade, da separação face a esse outro. Os processos de separação sempre interrompidos (mesmo casando está todos os dias com a mãe, com a separação volta a viver no seio familiar primário, separa-se do marido mas continua a vê-lo todos os dias «como marido e mulher») remetem para um retrocesso que quebra a autonomia e repõem a dependência. Num nível fantasmático poderá significar o retorno a um estado de simbiose ou de fusão com a mãe. É o impasse de um impasse.

As dificuldades ao nível da separação provêm também de dificuldades de auto-regulação (Taylor, 1987, 1998; Grotstein, 1999), e por esse motivo não existe a capacidade de individuação: o sujeito não pode existir como separado. Trata-se de uma falha na constituição da identidade biológica.

Este é o Impasse Fundamental (Sami-Ali, 1990, 1993, 1997) – não possuir uma identidade. Este impasse manifesta-se também como um impasse relacional, um impasse no processo de separação (mãe – marido - filha) assumindo a forma de uma contradição: entre estar dependente da mãe e não estar dependente da mãe (a ou não-a), e nem estar dependente da mãe, nem não estar dependente da mãe (nem a, nem não-a).

Este facto está relacionado com a questão da depressão à priori onde não se distingue o si (ou self) do não si (ou não self), pois não existe um si (self) constituído como tal. O mesmo será dizer que existe uma falha na construção da identidade, e isso também é expresso pela patologia de carácter auto-imune, o que demonstra bem como o psíquico e somático estão ligados desde o princípio, constituindo o aparelho psicossomático.

Gorot (2001) demonstra como a separação face à mãe pode gerar uma situação de impasse, em que a perda não pode ser elaborada, e o sujeito não se mostra capaz de se organizar enquanto separado do outro – a perda não é apenas do objecto materno, mas também da perda da identidade (em construção) de si. O autor aborda igualmente a questão da depressão, mostrando que esta surge associada a elementos de fragilidade

narcísica – o sujeito não acede a uma individuação face ao outro-mãe. Não existindo diferença face à mãe não é possível existir identidade.

Através dos mecanismos projectivos, a criança no seu desenvolvimento, procurou eliminar a distância face à mãe, tornando-se igual a esta, e tornando-a (dentro de si) igual a si, criando uma confusão identitária onde o si, não se distingue do não-si. Na impossibilidade de mudar a mãe, a criança “molda-se” a si para se fazer equivaler à mãe, agindo assim, de acordo com um projecto inconsciente que a própria mãe delineou. Neste quadro identitário mimético, a distância tem de ser evitada a todo o custo, pois uma identidade serve duas pessoas que a partilham (e deste modo o simbólico não é necessário por não haver separação). Existem no entanto situações de vida que quebram essa união, e o próprio ambiente acaba por impor a separação ou vivenciar uma possível separação (separação devido ao casamento, a separação do marido, todas as situações reais que ponham em causa uma separação), sendo que esses acontecimentos, conjugados com a personalidade do sujeito, vão levar a situações de impasse, existente na génese da patologia psicossomática (Gorot, 2001).

Podemos igualmente utilizar nesta abordagem um “Modelo de Duplo Registo” – o “*Double-Track Model*” tal como é proposto por Grotstein (1999), sendo que este modelo permite observar os fenómenos em dois modos paralelos de registo, sejam eles o consciente e inconsciente, ou o psicológico e somático. Trata-se no fundo de ligar aquilo que conceptualmente foi clivado.

Para a compreensão da Hipertensão surgem elementos que de algum modo reenviam para a problemática da separação do objecto primevo com conseqüente confusão identitária, que poderão ser uma possível vivência da situação traumática originária (muda de casa para viver com o marido e nasce uma filha, é a possível consumação – pois esta nunca se chega verdadeiramente a dar, nem física nem psiquicamente – da separação da mãe). A ansiedade não tendo um espaço e tempo para se sentir é transportada para o corpo sob a forma de elevada tensão arterial – Hipertensão. Esta Hipertensão foi elaborada de modo mais organizado, ao contrário dos ataques de pânico, que sendo uma angústia mais generalizada, era por si só mais desorganizante.

Para a compreensão do cancro no colo do útero, o elemento essencial que aqui surge como evidente, é uma repetição da situação traumática originária: a problemática da filha, com comportamentos auto-destrutivos, que reproduz a sua própria problemática na adolescência e reenvia para uma possível “impotência” e a

possibilidade ou não de ser uma “mãe suficientemente boa”; a possibilidade imediatamente cessada da vivência de uma relação extra conjugal e ao mesmo tempo a atracção, num registo do limite, ao risco que essa vivência poderia trazer (a qual nem sequer pode ser pensada) reproduz a situação vivida à cinco anos, que originou uma possível separação no entanto não concretizada, e a vivência de ataques de pânico, que por sua vez reproduz inconscientemente, uma possível situação traumática original na infância – a catástrofe psíquica de Tustin.

Para Luísa a ideia de separação parece estar associada à ideia de morte. A ideia de morte é algo elaborado (uma concepção adulta), é uma ideia que se sobrepõe à impensável angústia de aniquilação, e desde logo uma tentativa de dar uma maior coerência aos sentimentos que tenta não sentir.

A teoria do Impasse, que temos vindo a referir, é uma forma que se encontrou para relacionar estes elementos no plano psicossomático, tanto na Hipertensão como no Cancro do Cóló do Útero e como eles se manifestam em Luísa no psíquico e no somático, sob a condição de viver no soma o conflito evitado pela psique.

Assim, e para finalizar, ficamo-nos pelas palavras de Luísa no decorrer da prova projectiva TAT relativamente ao último cartão (16), o branco, em que ao fim de cerca de 2 minutos de extrema angústia visível corporalmente, por se deparar com um vazio real e fantasmático, refere utilizando silêncios entre o discurso:

«Vou contar uma história sobre mim. Gostava de poder fazer mais coisas que não posso. Gostava, por exemplo, de ter mais força para tirar a carta, de estudar outra vez... Que a minha vida mudasse 180°. Talvez tirar mais partido da minha vida que nunca cheguei a tirar... Às vezes falta-me coragem de o fazer.»

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diz-nos Benasayag “tomar conta dos diferentes aspectos da coisa, tomar conta da complexidade que compõe uma coisa não a torna sujeito. Falar de sujeito é seguramente falar de outra coisa. O sujeito, enquanto sujeito da liberdade, não se identifica nunca (de modo redutor) a um papel, estado civil ou curriculum vitae, nem a

um sintoma ou a uma pessoa (...) porque pessoa (*persona*) significa máscara. A questão do sujeito não tem a ver com a qualidade da máscara mas com aquilo que se é capaz de fazer com a máscara, com o que nós somos”.

Importa referir que o modo como o caso foi seguido e apresentado não é de modo algum o percurso que se considera ideal.

Através de uma sinédoque do aparelho (psíquico) psicossomático, procurou-se acima de tudo fornecer um modelo para a compreensão do sujeito com patologia psicossomática. No entanto há que ter em conta um particular cuidado a ter em qualquer extrapolação ou emprego das conclusões da presente investigação empírica de “estudo de caso” quando se pretender aplicá-las a outros indivíduos como foi vindo a ser referido ao longo da mesma.

Pensa-se que a dimensão depressiva é um aspecto essencial nesta compreensão: ela é observável nos dados anamnésicos recolhidos nas entrevistas de investigação, nos sinais fornecidos pelas provas projectivas.

Consideramos que a perturbação precoce deixa marcas profundas no soma, embora estas por vezes possam não ser elaboradas na psiqué – existe uma repressão muito primária que impede o seu acesso à consciência ou então, não possuem uma representação psíquica para poderem ser percebidas (o carácter muito primário de alguns sonhos e fantasias valida esta última hipótese, sendo estes a primeira forma de pensar e sentir esses conteúdos arcaicos). São esses elementos que formam o trauma primário forçando uma separação face à mãe.

O resultado é uma depressão falhada, a depressão sem depressão, o enorme sofrimento perante uma perda afectiva não percebida e que não pode ser experienciada.

Esta separação mais do que causar uma angústia de separação, causa um enorme medo da morte, verdadeira angústia de aniquilação, também ela expressa nos sonhos e nos conteúdos relatados.

Se a morte não estivesse em acção a não ser no momento em que assinala a cessação da vida, nada haveria a dizer dela. Neste sentido Pontalis (1999) diz-nos que “somos vividos pela morte”.

A ausência ou insuficiência do bom objecto interno, geram um clima afectivo interior, que, ou se sofre (e deprime-se) ou a perda afectiva ignorada ou vivida como luto e não elaborada na dimensão mental depressiva, poderá ser, ao fazer a economia do sofrimento psíquico depressivo, uma das grandes causas do adoecer psicossomático.

A relação com o objecto, externo ou interno, nunca prevalece tanto como quando o objecto, no sentido de um outro que tem a sua própria realidade, não está constituído, do mesmo modo que também não está o espaço do eu. Para que esse objecto diferente seja reconhecido na sua alteridade de sujeito, deve ter sido superada a perda do objecto primário, que só é possível se a actividade representativa puder desenvolver-se, assegurando uma transição entre o fora e o dentro.

Tomando como exemplo o caso que se observou, é de salientar a fantástica capacidade humana para procurar soluções, onde estas poderão por vezes ser soluções (psico)patológicas e causadoras de sofrimento, mas não deixam de ser esforços por encontrar uma forma de lidar com determinados problemas. Sendo a consciência da morte o problema fulcral (o gerador da angústia), e existindo outras formas derivadas e transformadas (Angústia de Aniquilação, Angústia de Fragmentação, Angústia de Separação, Angústia de Castração), o sujeito psicossomático fica-se: por um nível pouco evoluído de angústia – a Angústia de Aniquilação –, ou seja, não consegue resolver o problema, permanece preso aos terrores primitivos, embora estes não sejam perceptíveis (mesmo ao próprio sujeito) pois, tal como já vimos, são camuflados pela adaptação banalizadora que o sujeito faz às regras do outro.

Mas, mesmo o ser mais "operatório", não deixa de procurar essa mesma subjectividade (procura ultrapassar o impasse).

Sabemos que o sistema imunitário necessita de "aprender", de construir uma capacidade de defesa em relação aos elementos externos, de "encontrar" e reconhecer elementos estranhos, e diferenciá-los daquilo que é o próprio (self). As infecções em períodos precoces, embora possam causar doenças, são também um elemento importante para o "treino" do sistema imunitário, pois participam da imunidade adquirida.

Os ciclos de morte e de nascimento repetem-se frequentemente durante uma vida: algumas células do nosso corpo sobrevivem apenas uma semana, e a maior parte não dura mais que um ano; as excepções a esta regra são os preciosos neurónios do nosso cérebro, as células musculares do coração e as células do cristalino. Até mesmo a maioria dos componentes que não são substituídos, como os neurónios, modificam-se através da aprendizagem.

Quando descobrimos aquilo de que somos feitos e a maneira como somos constituídos, descobrimos um processo incessante de construção e destruição e apercebemo-nos de que a vida está à mercê desse processo interminável. É espantoso,

de facto, que alguma vez sejamos capazes de ter um sentido do si, que tenhamos a continuidade de estruturação e função que constitui a identidade e os traços estáveis de comportamento a que chamamos personalidade. Porém, o problema ultrapassa a morte e a renovação. Tal como os ciclos de morte e de vida reconstróem o organismo e os seus elementos, o psiquismo reconstrói o sentido do si a cada instante. É um estado do organismo, o resultado de certos componentes do corpo e da mente funcionarem de uma certa maneira e interagirem de um certo modo, dentro de certos parâmetros, mas é também uma construção no caminho de um ser individual. O sujeito biológico inteiro, desde as células, tecidos e órgãos até aos sistemas cognitivos, psíquicos, emocionais, é mantido em vida pela constante execução de planos de construção corporais e mentais, e está sempre à beira de um colapso parcial ou total, caso o processo de reconstrução e de renovação entre em colapso.

A propriedade e capacidade de acção estão também inteiramente relacionadas com um corpo, num determinado espaço e num determinado tempo. As coisas que possuímos estão perto do nosso corpo, ou deveriam estar, de forma a poderem permanecer nossas. A capacidade de acção requer um corpo que actua no tempo e no espaço e não faz sentido sem ele.

O que quer que seja que aconteça na nossa mente, acontece num tempo e espaço relativos ao instante do tempo em que se encontra o nosso corpo e à região do espaço ocupada pelo nosso corpo. As coisas ou estão dentro ou fora de nós, mas é sempre o corpo que lhes serve de referência. Daí o título escolhido para o presente trabalho que dá conta de um possível sofrimento interno, aprisionado no corpo: “Um Espaço Uterino Num Tempo de Tensão”.

Através do presente trabalho e da reflexão que se lhe sucedeu, é possível propor que, se é na primeira infância, esse momento do desenvolvimento, em que surge o sofrimento, numa intervenção imediata e precoce, se possa evitar que surjam os bloqueios da vida psíquica, resultantes numa diminuição do equilíbrio entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. O objectivo é precisamente criar condições para que ambos se satisfaçam mutuamente, sem que se comprometa no futuro, o prazer de ser amado e principalmente o sentimento de nos sentirmos amados...

Para finalizar, gostaríamos de salientar que o tempo livre serve para pensar, pensar sobre o que nos faz sentir, podermos estar connosco mesmos, onde possamos encontrar inspiração, liberdade e consciência. As pessoas não esperam ou não deveriam esperar ansiosamente uma eternidade de felicidade pois, isso é demais. Um realista

busca fontes de energia. As palavras de uma canção popular dizem: “É o amor que faz girar o mundo”. Não acreditamos que exista terapia melhor do que essas palavras, contra a idealização de nós mesmos e do nosso trabalho, e a favor da paixão e do amor necessários para continuar a fazê-lo de modo inspirado; não calando a nossa voz interior que nos permite sonhar, concretizar, crescer...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anzieu, D. (1978). *Os Métodos Projectivos* (M. L. E. Silva, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Campus.

Anzieu, D. (1985/1988). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anzieu, D. (1990). *L'epiderme nômade et la peu psychique*. Paris: Apsygée.

Bacqué, M. F. (1992). Mentalisation de la Depression au Rorschach et au TAT: Comparaison dans le cadre d'une maladie grave et d'un episode depressif majeur. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 36, 77-91.

Branco, M. E. C. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.

Bénony, H. & Chaharaoui, K. (2002). *Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi.

Bion, W. R. (1962). *Learning From Experience*. London: Karnac Books.

Bion, W. R. (1992). *Conversando com Bion - Quatro Discussões com W R. Bion & Bion em Nova Iorque e São Paulo*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Bowlby, J. (1985). *Apego e Perda - Volume III - Perda, Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes.

Cabral, M. F. S. (1998). *Pensar a Emoção – O Processo Psicanalítico como Reconstrução da "Barreira de Contacto" (Bion)*. Lisboa: Fim de Século.

Cardoso, R. M., & Fonte, A. R. (1994). Dos Equivalentes Afectivos à Somatose, Passando pela Alexitimia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7,69-78.

- Carvalho, A. (2001). *A relação sem afecto, a subjectividade sem sujeito, a depressão sem objecto, o sonhador sem sonho e o conflito sem solução: a expressão do "mal psicossomático" em 2 casos clínicos*. Tese de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Chabert, C. (1987). Rorschach et T.A.T.: Antinomie ou Complémentarité. *Psychologie Française*, 32 (3), 141-144.
- Chabert, C. (1988), Les méthodes projectives en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37400D – 10, 6, 1998, 4 p.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na Clínica do Adulto – Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à Prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chilaud, C. (1983). L'entretien avec l'enfant. In P.U.F. *L'entretien avec l'enfant*. Paris: P.U.F.
- Ciccone, A. (2000). *Observação Psicológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coelho, J. (1993). *Mecanismos de defesa no desenho infantil*. Tese de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada.
- Coelho, R., Milheiro, C., Cabral, F., Amaral, J., Brandão, J., & Horta, P. (1996). Delito, Impasse e Somatização. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 39-53.
- Coimbra de Matos, A. (1980a). Sobre a Angústia e a Depressão. In *Escritos* (Volume8). Lisboa: Bial.
- Coimbra de Matos, A. (1980b). Depressão, Depressividade e Depressibilidade. *O Médico*, 1496, 190-194. [In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 44-49). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (1981a). A Dimensão da Depressividade no Adoecer Somático. *O Médico*, 99 (1549), 322-331. [In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 62-66). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (1981b). Enquadramento Genético da Síndrome Depressiva. In *A Depressão - episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp.399-408). Lisboa: Climepsi Editores.

- Coimbra de Matos, A. (1984). Depressão: Estrutura e Funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 4, 75-85. [In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 381-392). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (1986). A Necessidade de Retaliação. In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 344-378). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (1988a). Patologia Psicossomática: Perspectiva Psicanalítica. In *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática* (pp. 61-74). Lisboa: Edições Laboratório Delagrance.
- Coimbra de Matos, A. (1988b). O Inconsciente Primário ou Virtual e a Psicossomática. In *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática* (pp. 309-316). Lisboa: Edições Laboratório Delagrance.
- Coimbra de Matos, A. (1996). Narcisismo e Depressão. In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 494-501). Lisboa: Climepsi Editores.].
- Coimbra de Matos, A. (1997a). Funcionamentos Depressivos no Toxicodependente. In *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. 511-515). Lisboa: Climepsi Editores.].
- Coimbra de Matos, A. (1999). Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 11-21.
- Coimbra de Matos, A. (1999b). Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (2), 9-16
- Coimbra de Matos, A. (2000a). Esquizoidia e Doença Psicossomática: Conservação de Energia e Inibição da Acção. *Conferência nas II Jornadas de Sociedade Portuguesa de Psicossomática*. Guimarães (21/22-01-2000).
- Coimbra de Matos, A. (2001a). *A Depressão – episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.].
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença*. Lisboa: Climepsi.
- Cunha, J. A. et. al. (2000). *Psicodiagnóstico* (53 ed. rev.). Porto Alegre: Artemed.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (9ª Edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.

- Damásio, A. R. (2000). *O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção, e a Neurobiologia da Consciência*. (11ª Edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Dias, C. A., & Vicente, T. N. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, C. A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, C. A. (1992a). *Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Ur - Ensaio Psicanalítico Sobre a Somatopsicose*. Lisboa: Fenda Edições.
- Dias, C. A. (1992b). O meu problema é não ter título. In C. A. Dias, & L. S. Ribeiro (Eds.), *Caos & Metapsicologia* (pp. 307-314). Lisboa: Fenda Edições.
- Dias, C. A. (1993). Um Palco para o Psicossomático. In *Palcos do Imaginário – Textos Psicodramáticos* (pp.43-51). Lisboa: Fenda Edições.
- Dias, C. A. (1999). *O Negativo ou o Retorno a Freud*. Lisboa: Fim de Século.
- Dias, C. A. (2000). *Freud Para Além de Freud*. Lisboa: Fim de Século.
- Eagle, M. N. (1998). Freud's Legacy - Defenses, Somatice Symptoms and Neurophysiology. In G. Guttmann, & I. Scholz-Strasser (Eds.), *Freud and the Neurosciences – From Brain Research to the Unconscious* (pp.87-101). Vienna: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Ferenczi, S. (1929). Principe de relaxation et néocatharsis. *Oeuvre Completes. Psychanalyse 4*. Paris: Payot, 1982.
- Freud, S. (1917[1915]). *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1895). Projecto para uma Psicologia Científica. *Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Gediman, H. K. (1984). Actual Neurosis and Psychoneurosis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 65 (2), 191-202.
- Germano, H. (2002). *Gaguez. Contributo da Psicossomática para a sua Compreensão e Tratamento*. Tese de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gorot, J. (2001a). Sonho e Diagnóstico. In *Sonho e Psicossomática* (pp. 97-113). Lisboa: Dinalivro.

- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Grotstein, J. S. (1999). *O Buraco Negro*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hopper, E. (1991). Encapsulation as a defence Against the Fear of Annihilation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 72 (4), 607-624.
- Klein, M. (1940). Mourning and its Relation to Manic-Depressive States. *The International Journal of Psych-Analysis*, XXI, 125-153.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1990). *Vocabulário da Psicanálise* (7a ed). Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967).
- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and Individuation: The Psychological Birth of the Human Infant. In *The Selected Papers of Margaret S. Mahler – Volume Two – Separation-Individuation* (pp. 148-165). (1979). New York & London: Jason Aronson.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, M. E. (1996). Comunicação, Interpretação e Simbolização no/para o Rorschach. *Análise Psicológica* XIV(1), 39-44.
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach – Modelos de Observação e Teorias das Transformações em Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, A. P. (1996). *Espaço, Tempo e Identidade na Alergia. Contribuição para uma avaliação psicológica em psicossomática*. Tese de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: the progressive desorganization. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49 (2/3), 246-249.
- Marty, P. (1991). Genèse des maladies graves et critères de gravite en psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 5-22.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1974). The Psychosoma and the Psychoanalytic Process. *The International Review of Psycho-Analysis*, 1, 437-459.
- McDougall, J. (1984). The "Dis-Affected" Patient: Reflections on Affect Pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, LIII, 386-409.

- McDougall, J. (1989). *Em Defesa de Uma Certa Anormalidade - Teoria e Clínica Psicanalítica* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1983).
- McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo – O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Obra original publicada em 1989).
- McDougall, J. (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue Française Psychosomatique*, 2, 69-96.
- McDougall, J. (1998). *Las Mil y Una Caras de Eros – La sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Meltzer, D. (1986). *Studies in Extended Metapsychology*. Pertshire: Clunie Press.
- Milheiro, J. (1999). Lacunas Somáticas vs Lacunas de Mentalização. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1),33-41.
- Milheiro, J. (2001). Faltam-nos Palavras. In Sami-Ali, S. Cady, G. Froli, M. Gauthier, J. Gorot, A. M. Pedro, & M. Robert (Eds.), *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test – T. A. T.*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ogden, T. H. (1986). *The Matrix of the Mind – Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. London: Karnac Books.
- Pedinielli, J-L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 109-121.
- Rebourg, C., Tychev, C., & Vivot, M. (1992). Etude compare des conceptions de l'imaginaire et de la mentalization: reflexion sur leur operationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la Societé du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 35, 46-66.
- Rey, A. (1959). *Manuel-Teste de Copie et de Reproduction de Mémoire de Figures Géométriques Complexes*. Paris: C. P. A.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê* (3a ed. rev.). Lisboa: Fim de Século.
- Santos, J. (1988). *A Neurose de Angústia*. Mem. Martins: Publicações Europa-América.

- Sami-Ali (1990). Imaginaire et Pathologie – Une théorie de la psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, LIV (3), 761-767.
- Sami-Ali (1993). *Corpo Real, Corpo Imaginário – Para uma Epistemologia Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sami-Ali (1997). *Le Rêve et L'Affect - Une Théorie du Somatique*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali (2001). Sonho e Funcionamento Onírico. In *Sonho e Psicossomática* (pp. 29-47). Lisboa: Dinalivro
- Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A. & Robert, M. (2001). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Sami-Ali (2002a). *O Banal*. Lisboa: Dinalivro. (Obra original publicada em 1980).
- Sami-Ali (2002b). *Pensar o Somático - Imaginário e Patologia* (2a ed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (obra original publicada em 1987).
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origino f the Self – The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Shentoub, V., Chabert, C., Azoulay, C., Bailly-Salin, M.-J., Benfredj, K., Boekholt, M., Brelet-Foulard, F., Chrétien, M., Emmanuelli, M., Martin, M., Monin, E., Peruchon, M., Serviêre, A. (1999). *Manual de Utilização do TAT - Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sífneos, P. (1975). Problems of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Pysical Disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.
- Sousa, S. (2004). *Estilos de Comunicação Pais-Bebé*. Lisboa: Climepsi
- Spitz, R. (1945). *Hospitalism – An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. The Psycho-Analytic Study of the Child, I*, 53-74.
- Spitz, R. (1946a). *Hospitalism – A Follow-up Report on Investigation Described in Volume I, 1945. The Psycho-Analytic Study of the Child, II*, 113-117.
- Spitz, R. (1946b). *Anaclitic Depression – An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. The Psycho-Analytic Study of the Child, II*, 313-342.
- Spitz, R. (1965). *O Primeiro Ano de Vida – Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento Normal e Anómalo das Relações Objectais*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, Connecticut: International Universities Press.

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

Taylor, G. J. (1993). Clinical Application of a Dysregulation Model of Illness and Disease: A Case of Spasmodic Torticollis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 74 (4), 581-595.

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

Winnicott, D.W. (1958). The Capacity to be Alone. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.

Winnicott, D.W. (1974). Fear of Breakdown. *The International Review of Psycho-Analysis*, I (1), 103-107.

Winnicott, D.W. (1987). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis – Collected Papers*. London: Karnac Books. (Obra original publicada 1958)

Winnicott, D.W. (1988). *Human Nature*. London: Free Association Books.

Winnicott, D.W. (1997). *Deprivation and Delinquency*. London & New York: Routledge.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### Revisão de Literatura

#### *Expressões Comunicativas do Corpo*

Para cada pessoa existe um corpo e uma mente. Uma mente exige um corpo, e um corpo, um corpo humano, gera naturalmente uma só mente. A mente é de tal forma modelada pelo corpo e destinada a servi-lo que apenas uma mente pode nele surgir como motor de domínio. Sem corpo não existe mente e sem mente não existe um suporte vivencial de um corpo. O que quer que aconteça na nossa mente, acontece num tempo e num espaço relativos ao instante do tempo em que se encontra o nosso corpo e à região do espaço ocupada pelo nosso corpo. As coisas ou estão dentro ou estão fora de nós, mas é sempre o nosso corpo que lhes serve de referência. A perspectiva experiencial não só ajuda a situar objectos reais, como também a situar ideias, sejam elas concretas ou abstractas. As coisas que possuímos estão perto do nosso corpo (ou deveriam estar) de forma a poderem permanecer nossas. A capacidade de acção requer um corpo que actua no tempo e no espaço e não faz sentido sem ele.

O sofrimento humano parece ter muitas expressões diferentes para a sua dor, confusão ou desordem e, na falta de uma tradução precisa e correcta para cada tipo de transtorno, parece que o torna visível da forma que sabe ou pode.

“Para Sami-Ali o corpo possui um poder de projecção. Ele fornece um esquema de representação mental da realidade, constituindo, no imaginário, um espaço, um tempo e um objecto. É o corpo próprio que vem modular o objecto através da projecção (esta exerce-se sobre um mundo sensível), possibilitando a que este se comece a desenhar no espaço e no tempo. Assim, o espaço começa por ser uma entidade corporal em que os objectos são, de início, imagens do corpo. A projecção constitui pois o espaço e o tempo dos objectos através dos jogos da projecção e da introjecção na díade mãe/criança” (Martins, 1996, p.29).

Simplificando, por outras palavras, “a passagem do espaço e do tempo do corpo ao espaço e tempo da representação é feita graças à projecção. Portanto a organização do corpo, do espaço e do tempo são paralelas e têm na sua base o ritmo e a relação. A

representação desta organização é um elemento essencial do imaginário” (Germano, 2002, p.67).

Didier Anzieu (1985/1988) cria de forma pertinente o seu conceito de “Eu-pele”, chamando a atenção para a questão da superfície do corpo, da pele, como algo constituinte do aparelho psíquico.

Segundo Freud (1895), a bipolaridade tátil prepara o desdobramento reflexivo do Ego, pois a característica do sentido tátil seria diferente em comparação aos outros registos sensoriais, por fornecer tanto uma percepção externa, quanto uma percepção interna. Freud fazia alusão ao facto de que ao mesmo tempo que sentimos o objecto tocar na nossa pele, sentimos também a nossa pele a ser tocada pelo objecto. Neste sentido, Freud postula, não só, ser o envelope psíquico (o ego) oriundo do apoio no envelope corporal, mas também, que a pele ensina o Ego a pensar, a funcionar psiquicamente.

Estas vivências não podem ser rememoradas por meio da linguagem, de representações, de associações livres, visto que foram registadas na ordem do sensorial, anterior à simbolização. Assim, a história do indivíduo, inscrita no seu corpo, permanece no inconsciente e o acesso directo das sensações ao consciente ocasionaria a irrupção de manifestações somáticas. Segundo Ferenczi (1929) as lembranças dos primeiros anos de vida ficariam impressas no corpo e somente nele poderiam ser despertadas. A percepção inscrita no pré-verbal não é memorizável simbolicamente. Anzieu (1990) demonstra estar de acordo com Ferenczi. Por serem irrepresentáveis, essas sensações são inacessíveis à linguagem, muito embora constituam a maneira de ser do sujeito.

São muitos os autores que afirmam a importância dos primeiros anos de vida para a constituição do aparelho psíquico. No entanto, não se pode pensar, nem mesmo trabalhar estes primeiros anos de vida sem uma abordagem do elemento corporal enquanto meio de comunicação. A neurociência tem vindo a pesquisar como o surgimento das emoções ocorre primeiramente no corpo e só depois chega a regiões cerebrais que não são as do raciocínio lógico. Neste sentido, este é o argumento fundamental para que estejamos atentos e dêmos sentido a estas sensações corporais, já que fizeram parte de um período relevante para o desenvolvimento mental.

De facto, o corpo possui uma importância fundamental em todo o desencadeamento do processo de representação e de simbolização.

Nos primórdios da vida, tudo o que ocorre externamente será registado sobretudo corporalmente, já que o bebé ainda não formou representações mentais complexas e consistentes. É a relação, sempre sensorial, com o outro, que permitirá a simbolização,

através, primeiramente, de um diálogo afectivo corporal. A partir daí, o corpo do bebé, abre-se para a linguagem e para a construção do vínculo com a mãe. Este diálogo é estabelecido durante os cuidados com o bebé (alimentação, higiene, contactos como segurar, falar, olhar...).

Alguém atento para o estado do bebé aliviará as suas tensões corporais através do contacto corporal, proporcionando o jogo de prazer/desprazer. Para a constituição do Eu, é fundamental a participação destas sensações corporais caracterizadas por esta alternância de prazer e desprazer no corpo erógeno. O corpo não esquece estas sensações, mantendo-as na memória do acontecimento. Assim, o corpo seria como que uma fonte constituinte tanto da memória quanto do simbólico.

Deste modo mãe contém toda a riqueza de elementos sensoriais, emocionais e psíquicos que proporcionam ao bebé um sentimento de existência, de continuidade possibilitando a constituição do seu primeiro eu, um eu corporal (Sousa, 2004).

“É também no espaço da relação entre o eu e o outro, entre presença e ausência, que se cria um objecto simbólico. Neste sentido, o corpo é o primeiro lugar de simbolização e metaforização. O corpo é assim um espaço de pluralidade de representações” (Sá, 2001, cit. por Sousa, 2004, p.73).

### ***Uma Breve Abordagem ao Pensamento Psicossomático***

O termo “Psicossomática” surgiu no século XIX quando Heinroth procurou distinguir os tipos de influência e as suas diferentes direcções ao estudar as relações entre mente e corpo, criando também a expressão “somatopsíquica” (Marty, 1993).

No entanto foi com Freud que o corpo passou a ter uma representação psíquica, tal como passou a permitir a representação em si do psiquismo, ou seja, o corpo passou a ser um “palco” onde a mente podia “encenar” os seus conflitos – foi criado o modelo da conversão histérica.

A doença psicossomática foi inicialmente considerada pela psicanálise, como a expressão simbólica de um conflito psíquico. Entendia-se assim, a patologia somática a teoria explicativa da conversão histérica. Para Coimbra de Matos (2003), a explicação teleológica da patologia é insuficiente e incompleta, apesar de algumas perturbações psicossomáticas terem “uma finalidade comunicativa, de apelo, recusa, aviso ou outra” (p.85).

Para a teoria freudiana o sintoma é resultante de um conflito inconsciente que foi submetido ao recalçamento. Trata-se de uma patologia de nível funcional, onde o recalçamento falha e surge o retorno do recalçado que vai causar distúrbios sobre o corpo imaginário (Martins, 1996), isto é, ao sintoma considerado como funcional, existe a possibilidade de se lhes atribuir um sentido simbólico primário, em ligação directa com o insucesso do recalçamento.

O modelo compreensivo da histeria de conversão ao ser transportado para o processo de somatização implica a existência de um determinismo inconsciente para a escolha do órgão, possuindo este um significado simbólico. Para Coimbra de Matos (2003), o significado simbólico do sintoma não é privilégio da histeria, podendo revelar-se em algumas doenças psicossomáticas.

Mas Freud não reduziu tudo à histeria, percebeu que essa não era a única forma de somatização.

Por esse motivo Sami-Ali (2002b) apelida o modelo elaborado por Freud para o somático de “modelo bidimensional”, por tentar integrar no mesmo esquema compreensivo duas formas distintas de somatização: a primeira (que já referimos) é o sintoma das psiconeuroses, sendo o “que advêm do recalçado num processo de recalçamento, de insucesso do recalçamento e de retorno do recalçado” (p.10), dotada de um sentido primário; a segunda, como sintoma das neuroses actuais, e “cuja patologia reflecte directamente, sem medição psíquica uma economia sexual perturbada” (p.10), são expressões que não tendo significado psíquico o podem adquirir retrospectivamente, sendo esse portanto um sentido secundário.

Sami-Ali, alegando que toda a Psicanálise é uma procura de sentido, “aponta que há sintomas que não têm relação com o inconsciente (...), e defende que a Psicossomática se situa para além das abordagens e teorizações, que refere como extensões daquilo que designa como «psicologia freudiana»” (Martins, 1996, p.21).

O conceito de Neurose actual está relacionado com o vivido presente do sujeito, os conflitos actuais, a sua origem não deve ser procurada nos conflitos infantis, sendo a etiologia somática e não psíquica (Laplanche & Pontalis, 1990). O grupo das Neuroses actuais incluiria a Neurastenia, a Neurose de Angústia e a Hipocondria. Se na Histeria é o psíquico a invadir o somático, aqui seria o somático sem espaço para o psíquico.

Numa revisão de uma das formas particulares de neurose Actual – a Neurose de Angústia – João dos Santos (1988) e Amaral dias (1988) perspectivaram as crises de angústia como sendo a expressão de conteúdos primitivos (anteriores à palavra), que

não conseguindo encontrar expressão mental actuam sobre o soma. É uma perda da função continente, da capacidade de organizar e lidar com a angústia – na crise de angústia as exigências do Id superam as capacidades de resposta do Eu, e porque “o Eu é, primeiro e acima de tudo, um Eu corporal”, a expressão da angústia surge exactamente na dimensão corporal. Na descrição dos sujeitos com Neurose de Angústia sobressai: discurso com a pego ao manifesto, defensividade, inacessibilidade do inconsciente, uma centração sobre o concreto, exclusão da fantasia e uma simbolização quase impossível (Dias, 1988; Santos, 1988).

O que observamos nos casos de Neurose de Angústia, bem como nos casos de patologia psicossomática é um nível arcaico de funcionamento, onde a elaboração da Depressão não foi possível (Dias, 1988; Santos, 1988). A patologia não é apenas algo de actual, mas o desequilíbrio de uma estrutura patológica prévia – não será possível reduzir a situação aos elementos do presente, mas pensá-los dentro da historicidade do sujeito.

Joyce McDougall (1974) considera que o modelo explicativo para a patologia psicossomática elaborado pela “Escola Psicossomática de Paris”, onde as ideias de Marty assumem especial relevância, se aproxima bastante do modelo de Neurose Actual, no aspecto em que existe uma necessidade de descarga da pulsão que se furta à elaboração psíquica, encontrando expressão no somático – a partir do que é no fundo um empobrecimento da capacidade de simbolizar as necessidades pulsionais e o seu conflito com as exigências da realidade, e de elaborar fantasia.

Abordado deste modo, é de uma falha no processo simbólico que trata o conceito de Neurose Actual. Existiria no sujeito um limite de tolerância à ansiedade, e não podendo esta ser elaborada no plano mental (mentalização), encontraria uma saída pela via somática – aqui está contida a ideia de que uma excitação elevada poderia levar o sujeito à loucura, pelo que a resolução somática actuaría como uma protecção da mente (Gediman, 1984; McDougall, 1974, 1991). Um baixo limiar de tolerância produziria igualmente um sentimento de vulnerabilidade narcísica, que poderia ser ocultado sobre a forma de uma hiperadaptação (McDougall, 1984, 1989). Para Joyce McDougall (1974), a somatização cumpre a função de uma descarga que impede a elaboração psíquica.

Mantendo ainda a proximidade com o conceito de Neurose Actual, e com a questão proposta por Eagle (1998), sobre hiperadaptação, leva-nos ao encontro da ideia de “recalcamento de função” de Sami-Ali (2002b). Eagle (1998) refere ter observados sujeitos nos quais a incidência de sintomatologia psiquiátrica é menor, e nos quais não

surgem perturbações depressivas. Nestes sujeitos a actuação maciça de um sistema de recalçamento protege o Eu do sujeito de afectos e pensamentos negativos, mas a factura acaba por ser paga a nível somático, com uma acrescida susceptibilidade à doença (Eagle, 1998).

De entre muitas contribuições para a evolução psicossomática, é importante referir os estudos de Hans Selye que levaram à construção do modelo de stress, como o autor o designou – síndrome geral de adaptação – que forneceu um notável contributo experimental e teórico para o desenvolvimento da Escola Psicossomática de Chicago (Coimbra de Matos, 2003).

Nesta escola, que se desenvolve principalmente nos Estados Unidos na década de 40, “destaca-se Dumber, ao atribuir um perfil de personalidade específico aos diversos doentes psicossomáticos e Alexander ao introduzir um modelo psicodinâmico para as lesões orgânicas, procurando articular a situação conflitual, neurofisiologia e estilos de vida” (Carvalho, 2001).

Para Alexander a formação sintomática não actua para a resolução do conflito, ao contrário do que acontece na histeria de conversão, existe conflitos inconscientes que podem alterar funções fisiológicas no indivíduo sem no entanto lhes associar uma simbolização.

Enquanto na América o interesse dos psicanalistas diminuía relativamente aos sujeitos com doenças psicossomáticas, este crescia na Europa onde surgia a chamada “Escola Psicossomática de Paris”, já referida anteriormente. Mais que procurar traços de personalidade, os psicanalistas parisienses, onde Pierre Marty surge como o nome mais saliente, preocuparam-se sobretudo em verificar qual a actividade psíquica envolvida no processo de somatização.

Para esta escola, “a doença somática, independentemente do seu tipo, forma ou localização, desenvolve-se numa textura particular da personalidade, a estrutura psicossomática, caracterizada pelo predomínio do pensamento operatório e pobreza da fantasia, (...) afectividade plana, o discurso factual e a tendência coisificante, com pouco lugar para o sonho, enamoramento (...)” (Coimbra de Matos, 2003, p.87).

Este funcionamento operatório caracteriza-se essencialmente por um apego ao que é da ordem do concreto, factual, seria portanto um pensamento sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis, um pensamento empobrecido e sem profundidade (Marty, 1993).

Para esta escola, a neurose actual permite compreender os distúrbios psicossomáticos. “Os sintomas não têm sentido e é a vida fantasmática que está ausente. Resultantes de uma carência de elaboração mental, uma ausência de mentalização, eles deixariam revelar a pobreza do imaginário e das possibilidades de simbolização do sujeito” (Martins, 1996, p.16).

“A carência de mentalização resulta num empobrecimento da vida fantasmática. No processo terapêutico a transferência aparece diminuída – relação branca – e não transparece qualquer conflitualização” (Martins, 1996, p.17).

O conceito de pensamento operatório aproxima-se de uma outra concepção teórica introduzida por Sifneos (1975), denominada alexitimia, que sublinha o aspecto emocional contido no conceito de pensamento operatório e define o mesmo tipo de funcionamento.

Alexitima significa, ausência de palavras para os afectos. Os seus componentes são uma diminuição da vida fantasmática e do pensamento simbólico, que podem mesmo estar ausentes, uma dificuldade em verbalizar afectos, ou de estar em contacto com eles – uma “surdez à emoção” (Dias, 1993, p.45), que precede o mutismo da emoção, com uma ruptura da vida onírica e da fantasia. “Uma orientação cognitiva dirigida ao exterior e à realidade, e uma dificuldade em verbalizar as emoções e em distingui-las das sensações fisiológicas que as acompanham” (Martins, 1996, p.18).

Hoje, é cada vez mais reconhecido por todos, a necessidade de compreender a doença orgânica a partir de uma esfera de causalidade multifactorial, onde o diálogo entre o biológico e o relacional têm um impacto marcadamente sistémico.

Sami-Ali procurou através dos seus trabalhos construir um novo modelo de psicossomática, uma disciplina independente, mas onde as ligações tanto com a psicanálise como com a medicina não são negadas. O autor defende desde logo que “o orgânico puro não existe, tal como o psíquico puro também não, só existem misturas de ambos” (Sami-Ali, 2002b, p.80), pelo que se torna fundamental pensar quais as relações estabelecidas entre ambos.

Sami-Ali propõem desenvolver um modelo multi-dimensional de somatização onde por um lado a atenção é centrada sobre o imaginário, seu funcionamento ou recalçamento desse mesmo funcionamento, mas sempre um imaginário que se situa na comunicação entre o psicológico e o biológico; por outro lado, é também colocada uma maior importância sobre o relacional, onde o sujeito surge em relação desde a concepção, pelo

que é a partir da relação que se enceta o processo de compreensão da problemática psicossomática (Sami-Ali, 1993, 2002b).

A Psicossomática é, com Sami-Ali, uma maneira de pensar a totalidade do ser humano enquanto unidade. Ela pretende compreender a unidade do funcionamento através da multiplicidade dos sintomas (Martins, 1996, p.30). A sua patologia da adaptação é antagónica ao modelo da histeria, onde o que é atingido é o corpo real na sua organicidade, numa correlação negativa com o imaginário.

Sami-Ali define diversas formas de somatização, que poderiam organizar-se resumidamente em três dimensões do seguinte modo (Sami-Ali, 2002b):

1- Patologia Funcional - A somatização pode surgir como resultado de uma situação conflitual, existindo uma correlação positiva entre esta e o imaginário, ou seja, correlação positiva entre projecção e somatização. Trata-se da somatização do corpo imaginário, tal como se observa na conversão histérica, com a presença de um significado simbólico na somatização, sendo marcada pelo insucesso do recalçamento – onde resulta o figurado. Patologia por excesso de imaginário.

2- Patologia do Banal - A somatização onde está presente o recalçamento da função do imaginário, envolvendo uma situação de impasse verificando uma correlação negativa com o imaginário. Trata-se da somatização do corpo real, característica da doença orgânica, da patologia somática – somatização do literal e do neutro. Aqui não está patente um significado simbólico da doença, existe sucesso absoluto do recalçamento caracterial, que instaura a patologia do banal. Patologia por defeito do imaginário.

3- Patologia Mista - Funcionamento misto (engloba as duas anteriores), onde o recalçamento conseguido alterna com o recalçamento falhado da função do imaginário.

Sami-Ali identifica limitações nas teorias clássicas e também nas abordagens marcadas por uma postura psicopatológica. Para o autor, corpo real e corpo imaginário não devem ser entendidos como dois elementos distintos, mas duas dimensões do mesmo elemento. Em determinadas situações de vida a pessoa funciona mais com um ou com o outro (Sami-Ali, 1993).

Na sua teorização destaca-se também, o estatuto metapsicológico da projecção, e compreende-se a importância do desenvolvimento de um estatuto teórico do corpo.

“O imaginário determina positiva e negativamente todo o funcionamento psicossomático. Imaginário, enquanto função que se actualiza por oposição ao real, numa sucessão ininterrupto de fenómenos que correspondem ao sonho e aos seus

equivalente no estado de vigília, que vão do delírio e da alucinação ao fantasma mais transparente” (Sami-Ali, 2002b, p.7).

Há no entanto pessoas que não se recordam de ter sonhado.

“A esta questão Sami-Ali vai responder explicando que o recalçamento é de tal forma total que não se trata somente de recalcar um conteúdo (uma vez que não se dá o retorno do recalçado) mas o que se recalca é toda uma função: a função do imaginário. Resta o banal – o que acontece ao funcionamento psíquico quando o recalçamento é total e desaparece a recordação do sonho (...). O papel elaborativo desempenhado pelo imaginário fica diminuído em resultado do recalçamento caracterial da função do imaginário ou da não constituição desta função (Martins, 1996, p.23).

Considerando que todos sonhamos, este «recalçamento caracterial», impede não a resolução do conflito mas o seu desaparecimento como acontecimento interno, perdendo-se a ligação entre o sonho e os seus equivalentes.

“Recordar um sonho, pensar um sonho é muitas vezes a única forma que o ser vigil tem para continuar acordado ou para acordar a parte dormente da «psyché»” (Dias, 1993, p.62).

Quando existe o sucesso do recalçamento, predominando o literal e o neutro, ou seja, um funcionamento desprovido de imaginário que corresponde a uma formação caracterial permanente, surge a patologia da adaptação. Este funcionamento caracterial é assim dominado por um recalçamento maciço que não deixa lugar para qualquer projecção – não há lugar para o imaginário, apenas uma adesão total às normas que vêm do exterior, uma implacável adesão ao outro, e ao social (Sami-Ali, 2002b).

As intransigentes exigências maternas são transportadas posteriormente para a exigência do social, por isso apenas se pode ser conforme e adaptado, ser banal. Neste contexto, o conformismo não é um traço de carácter, mas todo o carácter (Sami-Ali, 2002b).

“Aqui, o real – enquanto norma adaptativa que se inscreve num universo de regras – vem ocupar o lugar deixado pelo imaginário que se retira. Quando emerge deste fundo caracterial, a patologia só pode ser orgânica, não mediatizada por um imaginário que a repressão continua a colocar fora do alcance” (Sami-Ali, 1993, p. 77).

Deste modo ocorre a interiorização precoce de um conjunto de regras, e é neste sentido que o lugar da função do imaginário é ocupado por um superego corporal, uma interiorização das normas e exigências externas que permitem uma adaptação que se pode caracterizar pelo conformismo.

Sami-Ali (2002b, p.23) diz-nos que: “O conceito de Super-ego corporal em que o absolutamente subjectivo coexiste com o absolutamente objectivo, o cultural com o corporal, o estereótipo com o inefável, dá conta de um tal funcionamento que se inscreve num universo de regras do qual depende o sujeito na sua existência”. Este é por assim dizer o funcionamento no “banal”.

Em síntese poderíamos dizer que “o banal define-se primeiro negativamente como não sendo o estranho. Positivamente, intervêm quatro dimensões quando dele se pretende dar uma definição compreensiva: do ponto de vista do conteúdo, o banal é o literal; do ponto de vista da forma, o banal é o singular em geral; do ponto de vista do afecto, o banal é o neutro; do ponto de vista da função, o banal é uma regra adaptativa que se aplica à letra para chegar ao típico” (Sami-Ali, 2002a, p. 187).

Este tipo de funcionamento vai criar a possibilidade de uma patologia psicossomática, pois retira ao sujeito a capacidade de lidar com as situações conflituais. “O recalamento caracterial, portanto, contém em si mesmo o impasse, já que ele põe termo ao conflito psíquico, às suas incidências inconscientes, às possibilidades oníricas da sua elaboração, e que só concebe o conflito como uma alternativa absoluta, sem medição e sem a eventualidade de uma solução de compromisso” (Sami-Ali, 2002b, p.104).

Sami-Ali refere que para a compreensão do processo psicossomático será necessário que a análise não se centre só no sujeito, no seu funcionamento, mas tem que ser articulado com respeito à situação vivencial/conflitual.

O funcionamento, como já foi dito, define-se na sua relação com o imaginário. A situação conflitual engloba a existência de um conflito que sendo irresolúvel (qualquer opção é impossível), conduz a uma situação de bloqueio o que leva à situação de impasse (Martins, 1996). Trata-se portanto de um conflito para o qual as formações sintomáticas que são postas em acção nos conflitos neuróticos não se mostram capazes de solucionar. É no lugar do irresolúvel que a somatização surge como possibilidade, num lugar que também a psicose pode ocupar.

O acontecimento de vida não tem um valor em si, mas adquire um valor específico, conferido pela história pessoal do sujeito e pela sua estrutura de personalidade. Um acontecimento de vida pode reactivar problemáticas anteriores, bem como modos de resolução dessas problemáticas.

Se em Freud encontramos um mecanismo de repetição, um automatismo da repetição por assim dizer, em Sami-Ali (1997) é salientado a repetição dos automatismos, isto é, a

repetição de estratégias adaptativas, que dado o bloqueio do imaginário por vezes não se mostram capazes de solucionar o problema em causa.

O Impasse é assim definido como uma “situação conflitual em que, faça-se o que se fizer, não há solução, seja porque todas as soluções se encaixam umas nas outras repondo o mesmo problema, seja, ao contrário, porque elas se anulam mutuamente. O que tem que ver num caso com o círculo vicioso, no outro com a contradição” (Sami-Ali, 2002b, p.148). As outras formas de impasse estão relacionadas com a impossibilidade de compromisso entre termos opostos (a alternativa absoluta), e a ambivalência que sustenta a situação (o dilema), o que faz com que qualquer escolha se torne impossível.

Sami-Ali considera “que o recalçamento do imaginário basicamente serve para eliminar o reconhecimento da existência de um conflito interno, ou para o pôr à distância, que são ambas maneiras de «suprimi-lo enquanto experiência vivida»” (Germano, 2002, p.58).

O impasse acaba quase por ser um fenómeno ao qual é difícil escapar quando o sujeito é marcado pelo recalçamento da função do imaginário: “Qualquer que seja o caso, o recalçamento da função do imaginário tem em si os germes do impasse, na medida em que o funcionamento caracterial transforma a alternativa em alternativa absoluta” (Sami-Ali, 2002b, p.113).

É deste modo, onde não existe solução alguma, que o impasse torna o corpo vulnerável, sendo os factores genéticos e constitucionais, aqueles que determinam a forma que a patologia irá assumir – o impasse toca o corpo real (Sami-Ali, 1997).

O impasse encontra-se intimamente relacionado com a patologia depressiva presente no adoecer psicossomático. Este é um tema referido e aprofundado mais adiante pela importância que para este trabalho representa a sua reflexão.

Debruçando-se sobre o fenómeno da somatização, a teoria de Sami-Ali constitui uma das mais consistentes reflexões sobre a subjectividade, corpo e imaginário.

### ***Psicossomática – Psicopatologia – Psicanálise***

“Ao conceber a doença psicossomática como resultado de uma falha, uma lacuna, o aparelho conceptual científico está não só a dar conta de uma lacuna existente no sujeito somatizante, mas também de uma lacuna existente em si próprio e na sua

capacidade compreensiva e explicativa” (Milheiro, 1999, 2001). Trata-se de uma insuficiência que se apresenta na capacidade de perceber que é transportada e colocada no objecto a perceber! É uma insuficiência dos modelos, mas por isso é importante pensar com eles e ir além deles. Assim sabemos que "( ... ) o corpo não é uma vítima da mente; funciona em conjunto com ela." (Milheiro, 1999, p. 36), mas não se sabe articular o pensar da forma mais correcta. Convém então ter presente que o termo Psicossomática não significa o mesmo para os diferentes autores, e que para alguns autores o uso do próprio termo traz desde logo complicações.

A partir da escuta atenta ao corpo dos seus pacientes, e da forma como este por vezes se "intrometia" no discurso verbal, alguns psicanalistas construíram teorias para a compreensão da somatização.

A vantagem que se encontra na abordagem psicanalítica é o estudo aprofundado dos casos, e a obtenção de uma estrutura compreensiva, pelo que não seria: sensato desaproveitar os conhecimentos vindos desta ciência.

Existe também a expansão dos limites da Psicanálise para além do que é verbal e simbólico, e transformou-se o discurso desta ciência relativamente ao corpo e sua ligação com o mental. Foi adquirida a capacidade de dupla escuta - por um lado o universo simbólico e por outro o mundo mais arcaico, no plano do que é corporal e do que é mental - que quando debaixo de uma revisão mais sensível teremos de definir como escuta da unicidade: o ser humano como uma entidade comunicante global, que utiliza não apenas modos verbais (para os quais a Psicanálise se encontrava dotada de capacidade de escuta), mas também modos mais incipientes, que poderão passar pela doença orgânica (McDougall, 1974, 1984, 1989, 1991).

Será complexo integrar uma visão da Psicopatologia com a Psicossomática, até porque por vezes surgem numa razão inversa! Os pacientes com doenças psicossomáticas não exibem psicopatologia marcada, ou seja, existe uma ausência de traços neuróticos ou psicóticos (embora estes últimos surjam muitas vezes associados a remissões na doença) - observa-se que a ausência de sofrimento mental está associada à presença de sofrimento corporal (Taylor, 1987). A pelo menos aparente normalidade dos pacientes psicossomáticos esconde o seu sofrimento, que só o corpo é capaz de viver e transmitir (McDougall, 1984, 1989). Mas será que a ausência de um sofrimento psicológico explícito é sinónimo de uma verdadeira ausência?

A Psicanálise e a Psicopatologia encontram-se particularmente aptas a pensar as somatizações do corpo imaginário, do corpo fantasmático, mas são mais inoperantes face às somatizações do corpo real - o que escapa ao nível do discurso.

É com o recurso à Psicopatologia e à Psicanálise que empreendemos o caminho em direcção à Psicossomática, tentando integrar contributos de interesse para esta última vindos das primeiras, vincando as interdependências construtivas que possam existir entre estas.

De um modo esquemático pode-se identificar no modelo psicanalítico, com recurso à psicopatologia, quatro caminhos diferentes para pensar o somático:

- o modelo da Histeria, em que a conversão encena simbolicamente, no corpo um conflito inconsciente;
- o modelo da Neurose Actual, em que a carência de um significado simbólico despe o sintoma de sentido;
- o modelo do Autismo, no qual o bloqueio dos processos de pensamento e uma "blindagem" corporal protegem o sujeito de angústias primitivas;
- o modelo da Psicose, onde a falha e o conflito precoce actuam sobre o corpo, enlouquecendo-o em vez de enlouquecerem a mente.

### ***Depressão e Psicossomática***

A Depressão surge muitas vezes relacionada com os processos de somatização. O objectivo aqui é no entanto questionar a relação da patologia psicossomática com o sofrimento depressivo e não como resultado de uma perturbação psicopatológica, ou seja com o surgir de um sofrimento que não pode ser vivido, porque intolerável para o sujeito.

Neste sentido é importante observar a forma como diversos autores encaram a patologia depressiva e como alguns procuraram compreender a sua possível relação com a doença psicossomática.

A proposta de Marty (1993) vai no sentido de pensar a vida humana em três dimensões – o pensamento, a acção/comportamento, e a via somática. Quando existe um excesso de estímulo relativamente às capacidades adaptativas do sujeito, e com um acumulo de tensão, pode surgir um traumatismo que, por sua vez irá motivar uma regressão. Quando a via mental (do pensamento), ou a via da acção (comportamento

sensorio-motor) não se mostram capazes de lidar com a tensão, esta encontra um meio de descarga pela via somática, sendo o corpo o local da regressão, ou seja, “quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde” (Marty, 1993, p.30).

É a partir de uma falha no sistema mental, nomeadamente de uma falha no sistema Pré-Consciente, que deriva a afecção somática, devido a “uma insuficiência fundamental do sistema Pré-Consciente das representações, ou de uma desorganização psíquica por fragilidades desse sistema, ou de inibição, de evitações ou de repressões das representações, ou da precedência de um Ego-Ideal entretendo qualquer regressão” (Marty, 1993, p.31).

O Pré-Consciente é assim responsável por permitir uma representação mental dos conflitos (com mediação inconsciente-consciente), e sua mentalização, o que possibilita a sua resolução ou a sua formação de sintomas no plano mental. Perante uma incapacidade de elaboração, a desorganização do equilíbrio mental até então mantido, promove uma “desorganização progressiva”, uma entropia mental que passa para o plano somático, sendo esta desorganização uma expressão directa da pulsão de morte (Marty, 1993).

Da escola psicossomática de Paris, Marty e colaboradores (1993) defendem que na raiz de uma estrutura psicossomática estaria uma perda precoce, anterior à constituição do objecto libidinal, anterior à capacidade de representação objectal persistentemente investida. Esta perda pré-objectal conduz a uma depressão branca (sem sintomas psíquicos), a que chamou «depressão essencial». “A deflexão da libido e inflação do instinto de morte seria a sua consequência na economia pulsional” (Coimbra de Matos, 2003, p.87).

A depressão essencial é uma depressão sem objecto, é a depressão da falta. Existe uma desorganização do sujeito no plano mental e no plano somático, mas a angústia não é visível – a emoção e o sofrimento não fazem parte do discurso, estão ocultos (Marty, 1993).

O conceito de «depressão essencial» de Pierre Marty tem conotações com o de «depressão falhada» e «depressividade» de Coimbra de Matos (2003), e o de «depressão a priori» e «depressão caracterial» de Sami-Ali.

Coimbra de Matos (2003) refere que a depressão falhada é proveniente de uma falha empática precoce, de uma falta de resposta adequada e oportuna do objecto de

vinculação, uma ausência de satisfação da necessidade de aconchego e investimento amoroso do bebé que condiciona uma reacção depressiva, de desistência. Aqui a depressão traduz-se apenas pela “depressão biológica”, é uma depressão sem objecto, não organizada mentalmente e está frequentemente na base de alguns quadros de doença Psicossomática.

A depressão falhada é oriunda de perdas registadas mas não pensadas, isto é, anterior à representação mental do objecto investido, anterior à de memória de reconhecimento. Sem amor o bebé não chega a ter possibilidade de o perder, a depressão não se desenvolve, falha. (...)“A frustração, não vivida psicologicamente, produz apenas irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga” (...). Segundo Coimbra de Matos (2003, p.35), “é a raiva desconhecida”, ou “zanga amordaçada”.

Na patologia psicossomática não há investimento da realidade objectal porque não chegou a haver investimento. O sujeito não se reconhece porque não foi reconhecido, como existência própria, especial, diferente dos outros, o que falhou foi, segundo Coimbra de Matos (2003, p.76), “ a constância do sujeito no interior, aquilo que lhe daria identidade, rosto”.

“Se não existir um investimento parental, a mente do bebé não se desenvolve. A carência do afecto, não consciencializada e elaborada psiquicamente, repercute no organismo biológico como hipotonia e perturbação da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária” (Coimbra de Matos, 2003, p.35) Corresponde, então, à desorganização somática, por inexistência/falência da regulação psíquica, que Bion chamou de «somatopsicose».

Em suma e utilizando as palavras de Coimbra de Matos (2003, p.91). “A ausência ou insuficiência do bom objecto interno, o mesmo é dizer, a inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito, geram um clima afectivo interior que, ou se sofre, e o indivíduo deprime-se, ou se nega e o sujeito adocece, é então o corpo que vacila e cede. Com efeito, ou a depressão ou é assumida e pode eventualmente ser elaborada ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna ou a sociedade com as suas distímias irritadas e descargas agressivas”.

Coimbra de Matos (1999) estabeleceu dois factores envolvidos na patologia psicossomática, sendo estes:

- *Personalidade Predisponente* - Estrutura Depressiva com: “Idealização objectal coadjuvada por incapacidade de ver ou intuir os aspectos negativos e estranhos do objecto (...). O indivíduo exclui da representação emocional do objecto tudo o que é mau ou diferente de si próprio (estranho)” (p.13). O objecto porque necessário tem de ser visto como bom, não podendo o sujeito realizar uma contemplação da verdade afectiva e relacional – a frustração afectiva não é percebida.

- *Des-ilusão ou acontecimento precipitante* - Quebra da ilusão através de um acontecimento real na vida do sujeito – muitas vezes a perda, não reconhecida no plano emocional. Não resulta em depressão, mas numa depressão falhada (o sujeito não elabora a perda, ele nem a reconhece). Deste modo, “o considerado impossível torna-se real, sem ter passado pelo possível – pela fantasia, pelo sonho, pela previsão. Não estava no horizonte, invadiu o espaço subjectivo, é difícil ser agora pensado. A surpresa e sobretudo a desorganização provocada é tal, que a tendência é para o recalçamento – esquecer, remover da consciência; o impensável fica impensado” (Coimbra de Matos, 1999, p.13) – será o Impasse (Sami-Ali, 2002b, 1997), o sujeito não se mostra capaz de fazer face a uma situação, vive o irresolúvel.

Deste modo o “psicossomático vive um impasse afectivo e relacional: não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação” (Coimbra de Matos, 2003, p.127), é, “o impasse dos afectos, o impasse na relação” (p.128).

Assim, a situação vivencial também está na origem do adoecer, ou seja, a personalidade prévia não é condição suficiente, podemos então considerar que uma situação vivencial (a forma como um acontecimento de vida é processada no plano interno) actua como detonador de algo pré-existente. Este algo poderá ser a depressão falhada, o sonho projecto falhado, e a zanga amordaçada – isto é, a tríade psicopatológica da doença psicossomática de Coimbra de Matos (2003).

Coimbra de Matos (1999), define ainda personalidade psicossomática “como uma estrutura pré-depressiva resultante de uma falha empática precoce, com um forte impacto no desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico do sujeito – a dimensão e a natureza da falha narcísica parece que impossibilita a estruturação de uma verdadeira mente, pronta a criar. Assim, a capacidade de reconhecimento do outro fica, também ela, comprometida, acabando por sobreviver de forma monótona e desinteressante, mesmo assim à custa de um grande esforço adaptativo”.

Por contraste com a posição de Marty (1993), que articula o processo de somatização como uma falha no processo de mentalização e simbolização, e de

Coimbra de Matos (2003) que refere a inexistência/falência de uma regulação psíquica, de uma falha empática, Sami-Ali (2002b) concebe a observável pobreza do imaginário como resultado do recalçamento da função do imaginário e não como um défice de função. É este recalçamento que, ao assumir dimensões maciças vai de certo modo caracterizar a personalidade do sujeito e descrever a situação que se caracteriza por um impasse.

Para Sami-Ali ligado à disposição psicossomática estará a «depressão à priori» que se confunde com o modo de ser do sujeito. Trata-se de uma depressão caracterial “subtil, indiscernível, esta não aparece num determinado momento da vida, ela confunde-se com a vida” (Sami-Ali, 2002b, p.28).

Esta forma de depressão encontra-se próximo do conceito de depressividade elaborado por Coimbra de Matos. Neste sentido o sujeito não deprime, ele é deprimido, a depressão não surge como reacção a um acontecimento de vida, ela faz parte da vida.

Trata-se no fundo de uma depressão caracterial, da anulação da subjectividade, numa aceitação do que é imposto, ou seja, a incorporação de um Super-ego corporal, que procura eliminar o conflito a priori, ou seja, anular o sujeito é torná-lo equivalente ao objecto e assim permitir que nunca surja conflito.

É então uma desistência de ser, ou como nos diz Sami-Ali (2002b, p.133): “Ser o não ser, através do interdito de ser: o conflito cessa ao mesmo tempo que o desejo de ser. A depressão é a conciliação de si na ausência de si, e o impasse é esta dualidade interna que falta”.

Assim, o que vai caracterizar a somatização na «depressão à priori» é o facto de esta estar em correlação negativa com o imaginário – é no recalçamento da função do imaginário que se funde o sofrimento do sujeito (Sami-Ali, 1993, 1997, 2002b). Ao abolir o imaginário, o psiquismo impede-se da resolução do conflito, transformando então em Impasse, e deixa o soma desprotegido face aos acontecimentos (ou à forma como o sujeito vive estes acontecimentos).

O sujeito é aqui sujeito único, é o objecto transformado em sujeito, tal como na dinâmica intrapsíquica não existe Ego, pois este foi assimilado pelo Super-ego, que releva na criação do Super-ego corporal, uma instância que torna o psíquico e o somático equivalentes, e anula a distância ao retirar o imaginário.

Voltando às palavras do autor: “depressão a priori, no seio da qual o sujeito e o objecto não existem mais, porque formam um com o Super-ego corporal. O ser confunde-se com o deve ser que é também o nada do ser, já que só «o nada é sempre

perfeito» (p.29). Esta depressão, existente antes de qualquer acontecimento, condiciona todo o acontecimento, transcendendo por isso mesmo as contingências de uma vida que se desenrola no espaço e no tempo (...) (Sami-Ali, p.2002b).

Esta forma de depressão surge entrelaçada com a própria dinâmica do sujeito, naquilo a que Sami-Ali chama de patologia da adaptação. Por acção de um recalçamento completo da função do imaginário, o sujeito não recorda o que sonha, embora esse processo se mantenha no plano biológico, ele está ausente no plano psicológico. É na relação com essa patologia de adaptação que se encerram os processos de patologia psicossomática.

Um exemplo desse tipo no conceito de depressão a priori (Sami-Ali, 1992, 1997), que se caracteriza por ser uma depressão de fundo - isto é, confunde-se com a personalidade, ou constitui a própria personalidade, o que também já foi designado como depressividade (Coimbra de Matos, 1980b, 1981a, 1988a, 1999b) -, que diz respeito à impossibilidade do sujeito se constituir enquanto sujeito (permanece enquanto objecto, para si mesmo, tal como para o outro) - resta-lhe a objectividade (objectalidade talvez seja um termo mais adequado) e não pode alcançar a subjectividade (Ogden, 1994). Este é um problema identitário de fundo, que está presente no sofrimento psicossomático, é uma depressão em que a perda de um objecto reenvia para a perda de todos os outros (para o esvaziamento interno) e simultaneamente para a perda de si (Sami-Ali, 1997).

Pensa-se que acima de tudo a perda de um objecto remete o sujeito para a falha, ou seja, a inexistência do objecto primevo promotor de desenvolvimento, coloca o sujeito perante a ausência ou carência de fundo, que acaba também por ser uma carência do próprio enquanto elemento (in)diferenciado (McDougall, 1991, 1998).

Retrocedendo um pouco, pode-se dizer que no sujeito psicossomático a mãe é um objecto demasiadamente presente, não permitindo a sua ausência, o que faz com que não exista na criança a necessidade (e à posteriori a capacidade) de elaborar a ausência - não processa um luto pela perda, não adquire a depressibilidade ou capacidade de se deprimir -, e como tal não cria a capacidade de enfrentar a depressão, nem constitui o processo de simbolização.

Mas, a presença materna (excessiva) não é aqui sinónimo de disponibilidade emocional, sendo este um objecto onde a presença (física e objectiva) coincide com a ausência (emocional e subjectiva). Este objecto presente-ausente corresponderá a uma mãe deprimida (em momentos precoces do desenvolvimento da criança), que se

caracterizará não só pela indisponibilidade afectiva, mas desde logo por uma indisponibilidade interactiva (não fornece uma relação e regulação interactiva).

A depressão que a mãe não é capaz de pensar (depressão falhada), também não é pensável pela mente imatura da criança (mas é sentida, e registada num modo protomental), e assim permanece ao longo da vida, estando também ela sempre presente, mas não perceptível- a depressão não sendo perceptível no plano mental, mantém-se no registo somático. Sabendo também que, no início da vida o biológico já funciona em modalidades mais próximas do que virá a funcionar em adulto (aqui referimo-nos em particular ao sistema imunitário que observámos anteriormente de um modo sintético), ao contrário do mental, que sofre enormes transformações, percebemos porque a depressão é visível no primeiro, e mantém-se oculta, embora presente, neste último (Taylor, 1998).

Um tema que sempre acompanhou esta reflexão de forma implícita, embora nunca abordado directamente, é o da identidade, e de sua constituição.

A existência de uma identidade depende inicialmente, e em grande medida, da identidade que lhe é atribuída pelo outro. Existe assim uma grande dependência face a esse outro na construção da subjectividade, para além daquilo que se pode entender como provimento de necessidades objectivas: a dependência da criança vai além da satisfação das suas necessidades orgânicas, e de estimulação sensorial, abrangendo o "território" emocional. Ideia esta que se encontra presente no conceito de desamparo, postulado por Freud (1926a, 1926b) - (cf. Dias, 1992b, 1999,2000).

Para superar o estado inicial de dependência absoluta a criança necessita daquilo que Winnicott (1987, 1988) designou por holding, e que Bion (1962) define como função continente (consideramos igualmente de seminal importância o que o último autor define como a função de reverie materna, que estará em ligação com o conceito de "mãe suficientemente boa", elaborado por Winnicott), que vai permitir uma tolerância ao desamparo - o desamparo como condição primordial (Dias, 1999, 2000), ou seja, como elemento característico da espécie humana, como algo que nos coloca em permanente dependência (emocional) face ao outro, pois ser humano é ser relacional.

Tal como o desamparo, a relação é condição no humano e verifica-se como isso é tanto verdade no plano psicológico como no plano biológico (cf. Schore, 1994) - existe uma necessidade do outro para a aquisição de capacidades de regulação da homeostasia, para que o sujeito estabeleça uma auto-regulação, ou seja, aquilo que está

em falta no sujeito com doença psicossomática (Marty, 1968; Taylor, 1987, 1993, 1998).

Outra versão desta perspectiva também se encontra implícita no que é designado por (mãe enquanto) regulador dos ritmos (Sami-Ali, 1992, 1997) - onde mais uma vez os processos interactivos ganham uma presença no nível biológico tal como relacional.

Se existe uma necessidade absoluta do outro, que não é satisfeita, a capacidade de independência também não consegue ser alcançada. É assim que o impasse (Gorot, 2001b; Sami-Ali, 1990, 1992, 1997) se forma: entre estar (forçosamente) dependente ou ser independente, o que é algo da ordem do impossível - o sujeito não adquiriu mecanismos de auto-regulação que lhe permitam ser independente, e não construiu um aparelho simbólico que lhe permita lidar com a separação (elaborar o luto pelo objecto), não está pois apto a pensar os sentimentos ou pensamentos depressivos.

Deste modo a única hipótese é depender, e continuar dependendo de uma figura materna depressiva e depressígena, a partir da qual o sujeito incorpora a depressão.

Esta é uma figura primeva que modela a relação com o outro, propagando a depressão, colocando-a no outro, de modo inconsciente e infraverbal entenda-se. No fundo "evacua" aquilo que em si não conseguiu resolver. Assim, o que não é elaborado é repetido, procura uma solução, mas a criança, ainda não dotada de estruturas de pensamento capazes, não consegue elaborar estas questões no plano mental permanecendo estas somente na dimensão biológica, ou seja, no nível protomental (Bion, 1992; Dias, 1992a; Meltzer, 1986).

As dificuldades de separação e individuação surgem num sujeito que não conseguiu adquirir uma capacidade de auto-regulação, por defeito relacional precoce, e como tal permanece dependente da presença reguladora do objecto (Taylor, 1987, 1993, 1998). Este facto mostra-se congruente com o que se define como dependência anaclítica, onde a dependência surge antes de o objecto ser reconhecido como tal. Deste modo, as pessoas dependentes tiveram relações precoces deficitárias, e não puderam construir uma representação interna securizante. Devido às falhas existentes no mecanismo de regulação, as separações ou perdas são sentidas a nível biológico, mesmo que essa perda seja ignorada (ou excluída) no plano psicológico.

Podemos considerar que as falhas ambientais precoces produzem as seguintes consequências:

- No plano psicológico - recalçamento (caracterial) da função do imaginário (Sami-Ali, 1990, 1992); pensamento operatório (Marty, 1993) ou vida operatória (Marty, 1991,

1993); um apego ao banal (Sami-Ali, 2002); alexitimia (Cardoso & Fonte, 1994; Prazeres, 2000; Taylor, 1990); dificuldades ao nível do processo de simbolização e mentalização (Marty, 1993); "desafecção" ou forclusão das emoções (McDougall, 1989, 1991, 1992, 1998); personalidade "normopata" (McDougall, 1974, 1989); sujeito hiper-realista ou somatopsicótico (Dias, 1992a); depressão falhada ou depressividade (Coimbra de Matos, 1988a, 1999b); depressão essencial (Marty, 1966, 1968, 1991, 1993); depressão a priori (Sami-Ali, 1992, 1997).

- No plano biológico - défice(s) de auto-regulação (Taylor, 1987, 1993, 1998); fragilidade ao nível da identidade biológica (Gorot, 2001b; Sami-Ali, 1997); dependência de objectos reguladores (Schore, 1994; Taylor, 1987, 1998).

Parece-nos que estas formações sintomáticas são expressão de uma depressão muito precoce, e que não foi vivenciada - devido à dimensão catastrófica da experiência, esta foi bloqueada e permanece (omni)presente como um "medo do colapso" (Winnicott, 1974), contra o qual o sujeito luta com uma (sobre)adaptação ao Real (Dias, 1992a; McDougall, 1991, 1998). Este colapso (emocional e relacional) do passado, é confirmado/revivido, no presente, exactamente pelo Real - o assim designado acontecimento de vida, ou acontecimento precipitante/desencadeante -, que vem despoletar o colapso da estrutura psicossomática prévia.

Não sabendo o que é estar deprimido, o jovem ser também não sabe que está deprimido, e assim permanece, não dando conta do sofrimento, só reparando nele quando se queda doente, quando o corpo clama por compreensão - poderíamos dizer que se trata de um "corpo doente em mente doente", por oposição a uma "mente sã em corpo sã".

É essencial desde logo distinguir entre privação materna, aquilo que Spitz (1945, 1946a, 1946b, 1965) observou nos seus estudos (expressão máxima do desamparo), e aquilo que temos vindo a identificar como uma carência ou falha emocional- mãe presente e prestadora de cuidados, mas indisponível para uma verdadeira relação com a criança.

É nessa relação patogênica que se constitui um "sujeito" com uma estrutura identitária mal definida, onde a diferença entre o self e o outro (si e não-si) não está bem estruturada, e onde a perda do outro conduz à terrível perda do próprio em construção, isto é, confronta o sujeito com o irredutível desamparo. Dizendo de um outro modo, o sujeito nunca chegando a obter a gratificação emocional que espera e deseja - frustração da pré-concepção (Dias, 1992a) -, continua eternamente desejando, pois tende a manter

a relação com o objecto na esperança de obter aquilo que lhe vai sendo negado, e assim prolonga a relação patológica. Esta frustração leva a que não exista uma coesão do self, e a segurança necessária para empreender mecanismos de procura de individuação e separação, ou seja, a construção de uma autonomia (Mahler, 1974).

Podemos pensar que neste percurso histórico a angústia de separação (incapacidade em se perceber autonomo), é uma "máscara" que recobre a angústia de aniquilação (perder a possibilidade de vir a existir enquanto sujeito - o terror ontológico), ou seja, o sentimento de desamparo que estes indivíduos sentem (embora a maior parte das vezes não o expressem em palavras mas em processos psicossomáticos de difícil tradução) é referente à impossibilidade de se constituírem enquanto separados (e daí a dependência e dificuldade em tolerar a separação), o que portanto os coloca à mercê do outro, que sendo um outro narcísico tende a nunca fornecer o amor que tanto é desejado. Ocupa-se, isso sim, de uma replicação mimética de si, pois também tem pouca tolerância à diferença - um filho construído à imagem da mãe criadora e não incluindo o pai, este último verdadeiramente ausente. Temos então um processo de mimesis e não de genesis, de banalização e não de criação/criatividade.

A separação implica aqui aniquilação, pois num nível imaginário inconsciente, sujeito e objecto primevo subsistem numa unidade fusional - ao separar-se da mãe, ou de um objecto que afectivamente a substitua, o sujeito sente uma destruição, não tolera o desamparo, não consegue fazer face à ausência do outro, à recusa do outro em fornecer o amor (Hopper, 1991; McDougall, 1991, 1998).

É perante este outro, sempre presente e vigilante (que também não permite afastamento ou autonomia pois utiliza o sujeito de forma narcísica), e no entanto sempre indisponível para investir, que o sujeito vive na angústia que se revela perante um acontecimento (de vida) onde a perda não pode mais ser negada - a perda vem revelar a dependência, que por sua vez é um derivado da falha.

Tendemos a considerar que o estado de angústia depressiva é activado por uma separação ou perda afectivamente significativa, e na impossibilidade de efectuar o luto (pois este remete para um luto primário que o sujeito não foi capaz de elaborar), o conflito emocional vai permanecer actuante no nível somático - o que não tem representação psíquica permanece, não obstante, no nível de representação somático, o que também pode ser interpretado como uma manobra de protecção psicológica.

Observando de outro ângulo, poder-se-ia falar de uma falha na introjecção do objecto primevo securizante - ou seja, não aquisição da "capacidade de estar só"

(Winnicott, 1958) -, que leva, tal como já vimos, a que o sujeito procure essa função estruturante (de obtenção de auto-organização) e calmante (no sentido de diminuição das tensões internas) noutra elemento externo (uma outra pessoa, por vezes o médico ou o psicólogo, ou então uma substância, que poderá por exemplo ser um medicamento, bebidas alcoólicas, estupefacientes, etc.). Esse elemento externo que substitui (de forma aditiva, e que quebra o estabelecimento de verdadeiras relações) a aquisição de uma função interna poderá ser o equivalente psicológico de uma incapacidade de auto-regulação existente no nível biológico - a dependência existente no nível biológico possui uma representação no nível psicológico, e a dependência objectal conhece um equivalente nos mecanismos orgânicos, ou seja, deste modo corpo e mente estão ligados pela necessidade relacional.

Se a depressão supõe uma organização da angústia (ou dito doutro modo, um nomear do sofrimento), o que observamos na patologia psicossomática é uma angústia invasiva (invade de forma brutal o soma), não se organizando sobre a forma depressiva. Existe, pelo menos num nível aparente, uma maior proximidade entre a forma de angústia expressa na patologia psicossomática e aquilo que Santos (1988) descreveu para a Neurose de Angústia, que inclusivamente foi definida como "perturbação psicossomática crónica".

A angústia (em particular a crise de angústia) surgiria desse modo como uma antecipação constante e repetida do desastre, um verdadeiro "medo do colapso" (Winnicott, 1974), em que o sujeito vê no futuro o que não pode tolerar como acontecimento do passado - perda do objecto amado -, e assim não elabora o luto pela perda do que havia desejado e nunca conseguiu, não consegue "fazer" e ultrapassar a depressão.

Na patologia psicossomática a não organização do sofrimento depressivo, em parte devido à natureza incaracterística da perda (perda do próprio por perda do outro), está, tal como se referiu, intimamente relacionado com as problemáticas identitárias (confusão entre sujeito e objecto, em que parece não haver sujeito e apenas objecto), mas também devido às características da personalidade do sujeito depressivo (onde um recalçamento do imaginário está aliado a uma falência dos processos simbólicos) - é deste modo que a depressão passa a fazer parte da personalidade, e a ter um nome, ele será o nome do próprio sujeito.

É na necessidade e na simultânea impossibilidade de aceder à depressão que vivem estes sujeitos, incapazes de aceitar, talvez não a perda (porque quem nunca

chegou a ter não pode perder), mas a ausência de algo que esperavam e desejavam, o objecto primevo desenvolvutivo. Vivem portanto com um défice, um "buraco negro" interno (Grotstein, 1999) -, um vazio, que de caótico que é poderia sugar todo o psiquismo e levar à loucura (entenda-se psicose), e como tal tem de ser preenchido com o que é indestrutível, o Real com toda a sua força (Dias, 1992a, 2000).

O desenvolvimento do self, e a aparente "normalidade" do sujeito poderá estar intimamente dependente da capacidade em manter encapsulado o elemento traumático - os sentimentos de desamparo (helplessness), desespero (hopelessness) e de caoticidade, como representantes da ansiedade de aniquilação, onde sentimentos persecutórios e depressão primária estão indiferenciados, e têm de ser ocultados (Hopper, 1991).

### *Psicossomática e Imunidade*

A discussão sobre a influência das emoções na maior ou menor resistência do organismo remonta a muitos séculos atrás, muito antes que se soubesse a maneira de funcionamento do nosso sistema defensivo. Os conhecimentos que temos hoje, advindos de uma nova disciplina científica, a Psiconeuroimunologia, permitem-nos apontar o hipotálamo como a estrutura cerebral responsável pela centralização da interacção entre o sistema imunológico, o sistema nervoso e o sistema endócrino (Martim, 2001). É o funcionamento integrado destes sistemas que proporciona uma base para o entendimento da relação mente-corpo, sendo esse o principal atractivo da psicossomática.

O conceito de imunologia foi criada por Elie Metchnikoff em 1882. A imunologia pode ser definida como a área do conhecimento científico que estuda os mecanismos de resposta dos organismos a agressões externas (particularmente agentes biológicos patogénicos, como vírus e bactérias) e seus desarranjos, como a falha de distinção entre "self" e "nonself" nas doenças auto-imunes e as deficiências primárias e secundárias.

As células responsáveis pela imunidade são os linfócitos e os fagócitos. Os linfócitos podem apresentar-se como linfócitos T ou linfócitos B: os linfócitos B produzem anticorpos, as células T, citotóxicas, destroem células infectadas por vírus, os linfócitos T auxiliares coordenam as repostas imunes. Além das defesas internas há também externas. As defesas externas são a primeira barreira contra muitos organismos

agressores, no entanto, muitos conseguem penetrar, activando assim as defesas internas do organismo. O sistema imune pode sofrer um desequilíbrio que se apresenta como imuno-deficiência, hipersensibilidade ou doenças auto-imunes.

O sistema imunitário tem simultaneamente uma função de protecção ou defesa do organismo, e manutenção do equilíbrio desse mesmo organismo. As respostas imunes podem ser inatas ou adaptativas. As respostas adaptativas são características de cada indivíduo, ou seja, são adquiridas por este constituindo uma memória biológica, reagem melhor cada vez que encontram um determinado patógeno, ao contrário a resposta inata, presente em todos os indivíduos, que dá sempre a mesma resposta mesmo exposto várias vezes ao agente patogénico. Os fagócitos coordenam as respostas inatas e os linfócitos coordenam as respostas imunes adaptativas.

A resposta imunológica adaptativa pode ser dividida em duas categorias principais: a imunidade humoral ou mediada por anticorpos e a imunidade mediada por células. A imunidade humoral procura atacar os antígenos por meio de anticorpos produzidos pelos linfócitos B. Os anticorpos ligam-se especificamente aos antígenos e assim promovem efeitos secundários, enquanto uma parte da molécula do anticorpo se liga ao antígeno, outras regiões interagem com outros elementos do sistema imune, como os fagócitos ou com uma das moléculas do complemento.

O reconhecimento do antígeno é a base principal de todas as respostas imunes adaptativas, o ponto essencial a ser considerado com relação ao antígeno é que a estrutura é a força iniciadora e condutora de todas as respostas imunes. O sistema imune evolui com a finalidade de reconhecer os antígenos, destruir e eliminar a sua fonte. Quando o antígeno é eliminado, o sistema imune é desligado.

Sabemos que o adequado funcionamento do sistema imunitário depende da diferenciação entre o Si (“eu”) e o Não Si (“não eu”). Quando essa capacidade fundamental falha, surge a patologia auto-imune, onde a tolerância imunitária é perdida, (re)voltando-se o sistema imunitário contra células do próprio corpo.

Deste modo torna-se crucial a compreensão do funcionamento do sistema imunitário, o modo como este se comporta perante as células do próprio organismo, o Si, e aquelas que lhe são estranhas, o Não Si, como é que se organiza este reconhecimento e esta distinção entre o que lhe pertence e o que lhe é exterior, e o que é que determina que o sistema imunitário se perturbe atacando as suas próprias estruturas (o Si), e conseqüentemente, muitas vezes falhando no (não) reconhecimento das células que lhe são estranhas (o não si).

## **Auto-Imunidade**

“Chamam-se doenças auto-imunes ou de auto-agressão aquelas em que parecem desenvolver-se certas reacções imunes aos constituintes naturais do organismo (self) levando a lesões localizadas ou sistémicas” (Moreira & Mello Filho, 1992, p. 139), quer isto dizer que os processos auto-imunes ocorrem a partir de uma falha no reconhecimento entre o que é “si” e “não si”, levando os linfócitos-B a produzirem anticorpos que, por sua vez, actuam contra células do próprio organismo. Segundo Martin (2001), os mecanismos que conduzem a esta “confusão” do sistema imunitário não são ainda claros, mas existem fortes hipóteses de influências genéticas.

Tal como nos é dito por Sami-Ali (1997), a problemática da patologia auto-imune é a problemática da identidade, da diferenciação de si e do outro, do “si” e do “não si”. Trata-se da capacidade de diferenciar entre o próprio e o outro, do direito a ter um corpo próprio e separado do outro (McDougall, 1991, 1992), não sendo apenas uma questão de conquistar a autonomia, mas também da sua manutenção. (Gorot, 2001b).

Segundo Sami-Ali pode-se dizer que existe uma forma de impasse que caracteriza a patologia auto-imune, em que se verifica uma diferenciação entre o si e o não si, não sendo esta uma diferenciação estável, pois ocorre em confusões que poderão surgir ao nível do corpo, na sua dimensão sexuada, tal como ao nível do espaço e tempo. Por outro lado, existe uma dificuldade extrema em separar-se do outro. É neste contexto que a separação surge como algo de intolerável, e o sujeito não reage apenas à perda (depressão), mas também à eventualidade da perda (angústia).

Este impasse identitário, que se pode classificar como impasse fundamental é também um impasse existencial onde a questão colocada se refere à existência do sujeito como separado (“ser ou não ser”), nas suas dimensões biológica e psicológica.

A resposta auto-imune acaba por ser uma forma de ataque ao ser, mas também marca de uma indiferenciação em que o outro se confunde com o próprio. Este ataque pode evocar a descrição feita por Freud (1917) relativamente ao processo envolvido na melancolia, em que, ao voltar um ataque sobre si, o sujeito atacava a representação do objecto perdido. Neste sentido procura-se então encontrar uma relação entre o funcionamento depressivo e o sistema imunitário.

### *Depressão e Sistema Imunitário*

Diversos estudos têm revelado a presença de uma patologia depressiva em pacientes com perturbações ao nível do sistema imunitário. Estas perturbações imunológicas não se caracterizam somente por uma “depressão imunitária”, ou seja, uma perda de eficácia das defesas do organismo, mas por um mecanismo de desregulação imunitária do tipo auto-imune (Martim, 2001).

Consoli (1988) refere diversos estudos em que o tratamento da depressão (através de medicação anti-depressiva) conduziu ao desaparecimento dos sintomas auto-imunes em pacientes com diversas patologias orgânicas dessa natureza. Para Marty (1991), o desaparecimento da “depressão essencial” e da “desorganização progressiva” conduz ao restabelecimento das defesas biológicas pré-existentes no indivíduo.

Taylor (1998) refere a susceptibilidade generalizada a diversas manifestações psicossomáticas (dores de cabeça, tonturas, dores corporais e infecções gastro-intestinais), e igualmente (no plano psico-biológico) a experiências de perda ou separação em pacientes que apresentam depressões do tipo anaclítico (caracterizada por sentimentos de desamparo, fraqueza, medo de ser abandonado, intolerância à separação, desejo de ser cuidado, amado e protegido).

No entanto, não são apenas os sistemas de regulação mental que possuem uma origem relacional, mas os sistemas de regulação biológica/somática também têm influências a partir dos momentos iniciais do desenvolvimento. Experiências demonstram que uma separação precoce provoca graves deficiências no funcionamento do sistema imunitário (Consoli, 1988; Taylor, 1998).

Assim, além de estar na base de graves patologias depressivas, uma experiência de privação na infância poderá estar na origem de um funcionamento imunitário desregulado, podendo adquirir diversas formas, entre as quais um enfraquecimento generalizado da resposta, o que leva a uma susceptibilidade acrescida a patologias infecciosas, ou então uma confusão no mecanismo de reconhecimento e susceptibilidade alterada, que está na base das patologias auto-imunes.

A doença surge quando existem perturbações neste sistema auto-regulado, isto é, quando um ou mais subsistema(s) falha(m) no desempenho da sua função. Um exemplo disso seria a desregulação emocional que pode surgir ao nível mental: como os sistemas se encontram em relação, a desregulação afectaria os vários sistemas, e assim se

compreenderia, por exemplo, como a depressão não é apenas uma desregulação das emoções, mas afecta igualmente o processamento cognitivo da informação, e actua igualmente ao nível dos neuro-transmissores, mas também conduz a perturbações nos mecanismos imunitários (Taylor, 1998).

**ANEXO B**  
**“CASO DE LUÍSA”**

**Descrição Geral do Caso**

Luísa é uma mulher de trinta e quatro anos, casada há treze anos, com um homem de trinta e seis anos, e mãe de uma rapariga de treze anos. Filha de um casal de meia-idade que vive na mesma região, com o irmão três anos mais velho, a poucos metros de distância da sua residência. Do ponto de vista profissional é colaboradora numa loja de decoração e a nível académico tem o 9º ano de escolaridade incompleto.

Em termos de dados clínicos, Luísa tem um diagnóstico actual de Hipertensão, (há treze anos, poucos meses depois de se casar e do nascimento da filha) e um Cancro do Colo do Útero (mantendo-se durante algum tempo como possível diagnóstico e confirmado apenas na recta final da recolha de dados). No percurso do seu desenvolvimento diz ter tido duas depressões.

Relativamente ao registo de outras patologias ou quaisquer outros dados relevantes para a constituição da sua história clínica, Luísa refere apresentar ainda, sintomas de TPM (Transtorno Pré-Menstrual), e um “medo da morte sem explicação”, vivenciado em algumas fases da sua vida como “ataques de pânico”. Combina como terapêutica medicamentosa para todas estas dificuldades, entre outros, em momentos diferentes, o Concor, Xanax, Victam, Alprazolam.

Luísa mede cerca de 1,65mt, apresenta um peso normal para uma mulher da sua idade e altura, tem olhos verdes e cabelos claros e uma tez clara. É uma mulher bonita, de aspecto cuidado com algum investimento pessoal, com uma aparência sedutora e que no seu aspecto geral parece mais nova que os seus trinta e quatro anos.

No seu discurso expressa-se de uma forma fluente e espontânea recorrendo por vezes a expressões de calão, mostrando-se no entanto bastante comunicativa, tanto a nível verbal/oral como a nível não verbal/corporal (expressões faciais, gestos, agitação motora). Revela uma atitude colaborante e afável privilegiando o contacto ocular. Mostra-se muito empenhada em criar boa impressão, denotando-se desde o início um grande investimento na relação e muita necessidade de agradar. No geral não faz silêncios no seu discurso, no entanto é notório que quando estes existem vêm associados a uma reflexão. É no entanto defensiva e preocupada, mantendo-se sempre com a mala

que segura em cima do colo encostada à barriga e que de algum modo parece funcionar como um apoio. Desarticulada na sua movimentação corporal apresenta um traço ansioso marcante que não é disfarçado movimentando-se constantemente. A tensão parecia estar sempre presente.

A relação com esta mulher construiu-se e desenvolveu-se em dez sessões, realizadas num gabinete pessoal disponível, ao longo de aproximadamente dois meses e meio, com regularidade semanal, com uma duração média de aproximadamente cinquenta minutos por cada momento de entrevista.

De seguida, elaborou-se e procurou-se interpretar alguma das circunstâncias e acontecimentos mais significativos que possam ajudar a pensar a sua história.

### **Dados Anamnésicos Recolhidos e Comentados**

Para além do declarado cariz não directivo das entrevistas, os habituais e quase incontornáveis movimentos retrospectivos que ajudam a corporalizar uma história de vida, uma espécie de biografia, não foram fáceis de concretizar neste caso particular.

Luísa revelou algumas dificuldades em recordar memórias sobre largos períodos da sua vida e em recuperar datas e ilustrações que ajudassem a perceber os episódios evocados, num discurso sempre muito mais centrado no actual do que no passado, matriz e características que, ainda assim, não impediram a recolha de elementos que possam ajudar a pensar a vida desta mulher.

No primeiro contacto com Luísa, foi-lhe explicado o teor do trabalho que se ia realizar, no sentido da sua confirmação, disponibilidade e autorização para a realização do mesmo reforçando os critérios de privacidade e confidencialidade. Neste primeiro contacto Luísa referiu «fui a um Psicólogo uma vez, mas achei que não era necessário... então desisti». O facto de Luísa ter referido esta situação fez-nos pensar que no seu “achar que não era necessário” houve uma altura em que deu conta da existência de um sofrimento interno, mesmo tendo tido necessidade de o negar possivelmente por não lhe ser suportável aceitar, pois refere ter procurado ajuda nesse sentido, mesmo tendo desistido. Pensando este caso, parece que esse “desistir”, constantemente presente na sua vida (como vai sendo revelado mais à frente), é um marcador importante na problemática desta mulher que se focará daqui em diante.

Luísa nasceu em L., contando à data de início do estudo trinta e quatro anos. Segunda filha de um casal de pouco mais de meia-idade, com quem viveu até se casar, –

o pai com sessenta e cinco anos (reformado) e a mãe (doméstica) com sessenta anos de idade. Foi possível perceber, segundo o seu discurso, que foi uma filha desejada, quando refere “*o meu pai sempre quis ter uma menina*”.

Sobre os pais refere: «*A minha mãe era dona de casa mas também trabalhava fora, fazia trabalhos domésticos. Mas era o meu pai quem mandava em casa*». É possível pôr-se a hipótese da existência de um conflito edipiano através do reconhecimento da autoridade.

Acerca do pai, com um discurso centrado numa idealização, refere «*Tenho uma relação especial com o meu pai, ele sempre foi e será sempre o meu ídolo, é muito à frente*», no entanto esta idealização dá conta de uma possível clivagem «*ele aparava-me imensos golpes... só me bateu uma vez... deu-me uma bofetada que até me virou de lado mas teve razões para isso*».

Sobre a sua relação com a mãe diz ter uma boa relação, novamente à volta de uma idealização mas agora maciça: «*Com a minha mãe tenho uma relação de confiante, de amiga, conto-lhe tudo... sei que terei sempre o seu apoio incondicional*». Refere ainda «*a minha mãe é uma mulher “muito à frente”, tem uma mentalidade muito aberta*».

A relação com os pais é uma relação idealizada, fantasiada à volta de contos de fadas e do típico final feliz, que impede o acesso ao conflito edipiano, à triangulação neste seio familiar, para Luísa os pais são um casal de exemplo «os meus pais têm um casamento muito à frente, hoje em dia já não há casamentos como antigamente, sólidos». No entanto não impede a culpabilização aludida a uma possível separação do casal «não me lembro se isto aconteceu ou se foi algum sonho que tive quando era criança mas lembro-me de uma altura (“10/11 anos”) pensar que os meus pais se iam separar... lembro-me que a minha mãe andava a chorar pelos cantos e o meu pai poucas vezes o via» perante isto move-se um sentimento de culpabilidade «não consigo imaginar o meu pai a viver sozinho... acho que morria... não conseguia viver com essa culpa».

Um ambiente relacional e familiar pouco securizante e instável leva a fantasiar a hipóteses dos pais se poderem ter separado e perante esta hipóteses optar por um dos dois. É a angústia de separação em que a sua concretização seria a morte da identidade.

No entanto, relata que a família sempre foi muito unida e que este núcleo familiar convivía frequentemente (pais e avós). Dos avós fala que sempre teve uma ligação especial referindo que o avô morreu em sua casa e «*era como um pai para*

*mim*». Quando era criança, «ainda morou também connosco o meu avô paterno, durante um mês». Segundo ela, «ele foi morar lá para casa, para morrer... e morreu um mês depois». «Sei que tinha uma relação excelente com o meu avô». «Não me lembro muito bem se sofri com a morte dele... era muito pequena, devia ter uns 5 / 6 anos». Existe uma denegação quanto a um possível sofrimento, e um possível luto.

Sobre as avós, refere «*não suportava a minha avó paterna, nunca tivemos uma boa relação, eu era a ovelha negra da família. Já com a minha avó materna dou-me lindamente*».

Denota-se a existência de uma clivagem em que uma avó (materna) é depositária das qualidades boas, enquanto que a avó (paterna) das más, o que contextualizando no discurso (acima) em que falava dos pais dando conta de uma possível clivagem na relação com o pai. É possível, neste sentido, pôr a hipótese de existirem perturbações no relacionamento com a mãe, que no entanto evita abordar, preservando uma idealização desta e conseqüentemente a idealização do pai marcadamente clivada.

Neste sentido ainda em relação à relação actual que mantém com os pais diz: «*estou com eles todos os dias. Costumo ir fazer as limpezas de casa à minha mãe... todos os dias... depois do trabalho... mas ela paga-me... em vez de pagar a outra pessoa paga-me a mim*».

Pelo seu discurso é possível perceber que existe uma dificuldade em separar-se dos pais, e pelo que anteriormente foi dito sobre eles, são bem evidentes, pois embora tenha uma casa e família próprias nunca chega a efectuar a separação que seria “normal”, permanecendo na casa destes sob o “pretexto” de fazer ela todos os dias os trabalhos domésticos em casa. A separação é difícil mas não é percebida por Luísa. Neste sentido a dependência é fortalecida e justificada através de uma necessidade de cuidar do outro. Assim fortalece também a unidade mãe/filha que não pode ser quebrada pois dependem uma da outra (a mãe dela e ela da mãe / a mãe dos seus serviços domésticos e ela do pagamento dos mesmos).

Poderíamos, também, pensar que neste sentido Luísa assume a “tarefa da mulher” em casa dos pais podendo assim também ela ser mulher do pai. Existirá neste sentido uma fantasia de nível edipiano? Neste sentido, parece-nos importante, mantermo-nos atentos, à possibilidade da existência de elementos mais arcaicos que poderão ter sido incorporados num conflito de nível edipiano.

Refere que actualmente uma das suas preocupações (além da preocupação com a filha como mais adiante se dará conta) prende-se com o estado de saúde dos seus pais.

*«O meu pai fez hemodiálise recentemente devido a uma doença renal», «e como se não bastasse agora foi detectado um problema cardiovascular na minha mãe».*

As doenças parecem ser uma das grandes preocupações de Luísa, também ela doente corporalmente. Este poderá ser este um modo de manifestar que se sente preocupada consigo, com a sua saúde. Mas esta preocupação é de tal modo intensa e maciça que gera espontaneamente uma angústia de morte.

*«Sei que um dia toda a gente morre. Mas não consigo imaginar se isso acontecer com os meus pais... tenho muito medo da morte...Tenho muito medo de morrer e não ter ao pé de mim as pessoas que gosto... tenho medo de morrer e estar sozinha...Cheguei a ter numa altura da minha vida ataques de pânico e já não conseguia fazer nada porque tinha medo de morrer... na altura que estava grávida».* A reflexão sobre a sua angústia de morte fez-se acompanhar por imensos momentos pausados no discurso através do silêncio. A angústia de morte faz-se acompanhar, pois de algum modo estará ligada, por uma enorme angústia de separação.

Tem um irmão, com 37 anos (mais velho três anos), solteiro, bancário. Quando se refere a este diz: *«ele ainda vive com os meus pais apesar de ter a vida organizada, há um ano comprou uma casa mas como se sente sozinho... ele é um solteirão, quer é curtir a vida mas não se agarra a ninguém... não o vejo a ir viver sozinho e deixar os meus pais... ele é muito menino da mamã! Eu também sou! Mas tenho uma família».* *«Temos uma relação excelente... sempre nos demos lindamente... é o meu melhor amigo... ele diz que gostava de ter uma mulher como eu».* Luísa demonstra utilizar a Idealização com necessidade de reforço narcísico.

Luísa é casada com um homem (R) de trinta e seis anos, com quem vive juntamente com uma filha do casal de treze anos (F), que na altura se encontrava no 9º ano de escolaridade, que diz ser *«o que de melhor fiz na vida... a minha filha é a coisa mais perfeita que já fiz».*

No que se refere ao seu papel como mãe, diz *«cumpri as minhas funções dentro do possível, mas acho que fui boa mãe... considero-me uma “mãe galinha”, sou extremamente preocupada com a minha filha, pois já passei por muito na vida e tenho medo da personalidade dela. Ela é muito influenciável. Sai ao pa..., tanto o meu marido como a minha filha são pessoas bastante influenciáveis... eu sou mais preocupada, ele faz o papel do “bonzinho”, “é muito à frente”, mas quando a filha está à rasca é à mãe que recorre».* É possível dar-mo-nos conta de uma ligeira confusão da identidade com colagem á da filha.

Mais uma vez parece existir uma clivagem nesta relação pai/filha – mãe, mantendo esta separação das qualidades, que parece bastante desajustada, pois refere evidentes perturbações no relacionamento deste seio familiar.

Quanto à imagem que tem de si como pessoa refere «*Considero-me uma pessoa amiga dos meus amigos, sempre pronta a ajudar...sou amiga do meu amigo, mas quando me lixam, só o fazem uma vez*» e «*Sou bastante conversadora, mas sempre de “pé atrás”*». Como mulher tem a dizer que «*Sou bonita... Gosto de mim... há dias que não gosto mas isso é normal. Gosto mais de mim no Verão*» e «*tenho um espírito muito à frente dizem que não aparento ter a idade que tenho, que pareço mais nova*».

Este “espírito muito à frente” de que Luísa se refere a si, mas também à mãe, ao pai e ao marido, parece revelar um indicador da identidade do sujeito que se vai fundindo, moldando, na identidade do outro, com progressiva descaracterização ou despersonalização do sujeito. Um movimento em que o sujeito se esvazia de conteúdo no objecto idealizado (identificação projectiva desidentificante) ao mesmo tempo que adquire a forma do objecto real de relação (como se fosse uma fotocópia deste). Aquilo que, segundo Coimbra de Matos (2003), seria uma “introjecção nuclear formatizante que infiltra o self e impede os movimentos inibindo a sua capacidade criadora”, o que se poderia caracterizar por um supereu difuso e infiltrante, não separado e delimitado.

Sem rosto ninguém tem um rosto especial são todos “muito à frente”, e ninguém é especial por ser único e diferente, são todos iguais. Ter rosto significa ser amado tal como se é, ser bonito porque se é amado e não por ter um “aspecto mais novo” ou porque “no verão se está mais bronzeado”. Ainda segundo Coimbra de Matos (2003) “o eu narcísico, para se manter em vida, rodeia-se de uma camada protectora nos limites do fora e do dentro que é investido, afim de evitar uma efracção catastrófica”.

Em termos de dados clínicos, Luísa tem um diagnóstico actual de hipertensão (há treze anos) e cancro no colo do útero (confirmado apenas no fim da recolha de dados). Alguns dados relevantes da “sua história poder-nos-ão ser relevantes para ajudar a pensá-la á luz da psicossomática, nesta relação do corpo (doente com hipertensão e cancro do colo do útero) com a mente, e uma possível relação com a “depressão falhada”, “depressão à priori”, “depressão essencial”.

É ainda importante referir que ao longo da sua história diz já ter vivido duas depressões, uma aos 15 anos quando fez um aborto, e outra aos 29 anos quando teve uma “separação temporária” do marido. «*Já tive duas depressões, uma foi quando tinha quinze anos... quando fiz um aborto... outra foi quando me separei do meu marido*».

Essas depressões foram sentidas como não se sentir, numa angústia de despersonalização (perca da identidade) tal como afirma: *«não me sentia... nem consigo explicar... não gostava de nada nem de ninguém, só me apetecia estar no cantinho e chorar... e era muito agressiva... ninguém me podia dizer nada.»*

Luísa apresenta ainda outros dados relevantes para a constituição da sua história clínica, tais como, sintomas de TPM (Transtorno Pré Menstrual), *«Costumo ter enxaquecas bem fortes, insónias e palpitações principalmente quando o período está para aparecer»*, e sentimentos de ansiedade (como iremos verificar mais à frente). Também com onze anos refere ter tido um princípio de tuberculose e desde sempre uma tendência para ter muitas gripes por ano.

A acompanhar a sua história clínica, é importante referir o facto de Luísa assentar como terapêutica medicamentosa, em momentos diferentes: o Concor, para a tensão arterial (administrado todos os dias), um composto não referenciado de Xanan (todos os dias de manhã), e ainda o Victam (todos os dias) e o Alprazolam (SOS-noite) para a ansiedade e ataques de pânico.

Quanto à vida onírica Luísa refere não ter insónias (pois toma medicação, para a combater, à treze anos), não ser habitual ter sonos interrompidos, mas ultimamente *«costumo acordar sempre muito cansada... parece que andei na guerra durante a noite»*. Sonho todos os dias. *«Quase sempre me lembro... mas são muita estranhos... (ri-se)»*. O cansaço parece revelar uma falta de qualidade do sono.

Refere também *«...é raro é lembrar-me dos pesadelos, mas quando tenho é sempre com mortes, sou quase sempre morta, ou o meu pai, a minha mãe, o meu irmão...»*.

No entanto quando questionada acerca de poder contar um sonho seu reflecte um pouco e refere *«Não me consigo lembrar de nenhum... costumo lembrar-me logo quando acordo mas depois esqueço-me logo (...) acho que costumo sonhar com aquilo que vou fazer amanhã, o dia seguinte... não ligo muito a isso (...) há aqueles livros que falam dos sonhos... uma vez comprei um às vezes vou lá ver mas acho que aquilo é tudo mentira... o que é que quer dizer sonhar com cobras?... Lembro-me que já sonhei muitas vezes com cobras desde pequena... até me arrepiava, tenho pavor a cobras»*.

Perante tal ansiedade em se lembrar de um sonho, possivelmente recalçado, possivelmente retornado, Luísa começa por dirigir o seu discurso para o banal, para em seguida falar de um grande “pavor” seu, as cobras. Caindo numa interpretação assumidamente selvagem, ainda assim irresistível de partilhar, teria Luísa querido dizer

que tem medo, horror de ser envenenada por estas cobras ou é ela que se sente “um pouco cobra” e sente que envenena os outros? Fiquemo-nos apenas pelo pensamento de que se trata de uma forte ansiedade perante um medo terrível de ser envenenada e um desejo desse envenenamento (a cobra do paraíso de Adão e Eva) possivelmente edipiano.

Certo é que, a natureza catastrófica e violenta do mundo onírico, cuja principal temática é a morte, parece surgir como descarga da pulsão evacuando para os sonhos toda a agressividade vivida. A morte e destrutividade interna só podem surgir no sonho, sendo apagadas do pensamento consciente, marcando também uma necessidade de evitar o sono (relata uma insónia de adormecimento travada pela administração de comprimidos), para além do sonho. O relato dos sonhos é vago e impreciso, e apesar de dar conta de um processo de recalçamento este é falhado no sentido em que não se mostra capaz de evitar a presença de elementos ansiogénicos e por isso passa justamente por um evitamento inconsciente do sono. No sentido em que o sono marca uma separação face ao real (mundo externo) e um contacto com o imaginário (mundo interno), fica bem explícita a dependência face ao real e a dificuldade em separar-se deste (até para dormir e sonhar tem que se agarrar ao exterior – também com comprimidos), isso também fica patente no seu discurso sobre a lembrança de sonhos. O contacto com um imaginário aterrador faz com que esta angústia de separação com a terrível presença da morte, ganhe um valor de angústia de aniquilamento. Assim a separação do real implica a morte, a destruição e perante isto a expressão do sentimento de desprotecção.

Luísa refere ter muitos medos e que a palavra “medo” em si já a assusta. Quanto aos seus medos é expressiva nas expressões faciais que se revelam pelo seu olhar assustado e ao mesmo tempo dramatizado: «Medos? Tenho medo da água... quando vou à praia só me molho até à cintura e saio da água a correr...».

Este medo arcaico, corporal, que confere algo de materno, a água (com valor de continente), associado a um medo que confere uma angústia, ou ansiedade, ainda assim, molha-se até à cintura que de certo modo poderá indicar um desejo tentado a enfrentar.

E continua sem interromper o discurso como se estivesse num movimento de expulsar para fora os seus medos nomeando-os, «Tenho medo de ficar fechada, tenho medo de cães, medo não, pavor! (...) tenho medo de perder os meus pais... a minha filha morta nem quero pensar nisso... tenho medo de morrer... tenho medo que o mundo acabe e não estar ao pé das pessoas que amo».

Novamente esta angústia de morte que acarreta em si uma angústia de separação.

Como momentos mais felizes da sua vida, Luísa conta «o nascimento da minha filha e ... (fica uns segundos a olhar para cima como quem reflecte outro momento e diz) todos os momentos que passo com a minha mãe... ela é tudo para mim... não me consigo imaginar sem ela. Mãe é mãe não é... Um dia a minha filha vai dar valor a isso».

No movimento anterior quando refere o nascimento da filha como um dos acontecimentos mais importantes da sua vida, parece esconder por detrás uma possível mágoa em relação a esta, um desvalorização da parte desta para consigo, como mãe, sentindo a necessidade de comparar a relação que tem com a sua mãe.

Esta ligação maternal parece reenviar a uma angústia de separação – é “a raiva amordaçada” que Coimbra de Matos costuma referir.

«Os momentos mais tristes da minha vida foi quando tinha quinze anos e fiz um aborto e quando foi a minha separação com o meu marido... (fica uns segundos a pensar enquanto continua o discurso) quando entrei para a escola primária, porque nunca frequentei o infantário, e estava habituada à minha mãe ... e a morte do meu avô paterno, porque morreu em minha casa».

Através do seu discurso é possível perceber que uma angústia de separação revela uma angústia de morte, e uma angústia de morte uma angústia de separação, é a confusão mental que parece ter por detrás uma angústia de aniquilação, vivida sob um modo depressivo.

Luísa refere que iniciou a sua vida sexual aos 14 anos e que durante a adolescência masturbou-se uma ou duas vezes. Refere que tem uma vida sexual activa. Defensivamente diz sentir-se sexualmente satisfeita mas é possível perceber que existe uma possível insatisfação.

*«Normalmente fazemos (casal) quatro vezes por semana. Nas férias é que é todos os dias mais do que uma vez por dia. Isso é muito ou pouco? (questiona-me no sentido de uma confirmação da minha parte se isso seria o normal de um casal) É que não tenho muita noção se é muito ou pouco».* Perante esta necessidade de questionar (de se afirmar como portadora de desejo) lembrei-lhe a questão inicial que o que importava era se ela se sentia satisfeita a nível sexual ao que Luísa diz *«sinto-me satisfeita, o meu marido é como eu, isso ajuda. Quer dizer às vezes gostava de fazer mais vezes».*

Perante a sua afirmação em que diz que o marido é como ela questionei-lhe como é que era a Luísa ao que me responde: *«Tenho muita necessidade de sexo... adoro*

*sexo, se fosse possível era todos os dias com pessoas diferentes... isto no caso de não ter responsabilidades... não gosto de rotina para mim deveria ser sempre diferente».*

Haverá nesta necessidade de se satisfazer sexualmente uma fuga ao pensamento, à depressão, uma afirmação como mulher sexualmente “potente”? Revelará uma imaturidade sexual, uma identidade fragilizada, um conflito edipiano?

Seguindo uma perspectiva cronológica agora centrada em Luísa, sabe-se que nasceu de parto normal e que foi, ou pelo menos fantasia que foi, uma filha desejada, conta que os seus pais sempre desejaram ter um casal, dizendo com um sorriso *«O meu pai sempre quis ter uma menina O normal é os homens quererem ter rapazes, mas o meu pai é muito mais à frente... como já tinham um rapaz e naquela altura não dava para ver o sexo... quando nasci, era a menina dos olhos do meu pai».*

Quanto ao seu desenvolvimento infantil Luísa pouco sabe *«Não passei muito a fase de bebé. Comecei a andar com um ano. Não gatinhei, comecei logo a andar e comecei a falar aos oito meses, comecei logo a falar bem».*

Sobre a Luísa criança parece ter ficado esquecida “por entre as saias da mãe”: *«Já nem me lembro. Era sossegada. Deixei a chucha e as fraldas muito cedo. Era muito agarrada às saias da minha mãe. Uma coisa que me marcou muito foi a separação da minha mãe»* Quando? *«Quando fui para a escola e quando me casei».*

Parece revelar uma angústia de separação como que “forçada” em que a causa seria a escola e o casamento (onde mais à frente nos iremos debruçar).

Luísa relembra que, desde um ano de idade, andava sempre com uma boneca, que provavelmente foi o seu objecto transitivo, *«andava sempre com a boneca, gostava muito dela, tinha cabelo louro e olhos azuis, era muito fofinha».*

O objecto transitivo com valor narcísico. Este agarrar-se desde cedo a coisas exteriores, qualidades com valor narcísico, parece revelar uma identidade apoiada no narcisismo.

Viveu sempre com os pais e o irmão durante a infância, relembra que *«passava quase sempre o tempo todo com o meu irmão em casa...durante o dia estava sempre sozinha com o meu irmão. Depois chegava a minha mãe e era ela que me ajudava a fazer os trabalhos de casa».* Parece que esta infância é recordada por passar muito tempo com o irmão (no entanto sem ter nenhuma memória específica do que faziam apenas *«brincávamos juntos»*), e reflecte possivelmente uma falta da presença (emocional) da mãe, no entanto apoiada na funcionalidade desta, quando esta vinha ajudá-la a fazer os trabalhos, algo que Luísa refere ser uma coisa que nunca gostou de fazer.

Da escola primária, «lembro-me que chorava muito, quando fui para a escola... estava habituada a estar sempre em casa, não queria ir para a escola, queria estar em casa com o meu irmão e a minha mãe... mas depois tive de me habituar». «Andava na escola no turno da manhã e nunca mais me esqueci da professora G., gostava muito dela».

Sobre a infância fica a pergunta onde estará o pai que se ficou pelo nascimento e desejo de ter esta filha; terá ele o rosto da mãe, uma colagem ao rosto desta? Certo é que espontaneamente Luísa não refere o pai em situação alguma da sua infância.

Tinha dez/onze anos quando entrou para o ciclo, frequentando durante um ano uma escola em O. «detestava essa escola, era só “gandins”... nunca me adaptei a essa escola... nesta altura tive um princípio de tuberculose mas não me lembro muito bem... só me lembro que andava sempre no médico»

Quando relembra este período, relativamente a outros aspectos da sua vida, dá-se uma formação reactiva, pelo seu espanto de quem se apercebe pela primeira vez que não se recorda de algo expressando-se num movimento de distração «...não me lembro de mais nada dessa altura, só me lembro que de três em três dias ia ao médico... é como se tivesse um branco do resto...», «...se calhar por isso não tenho grandes recordações de lá estar (nessa escola)... se calhar é por isso que nunca gostei da escola, sempre me senti obrigada». Luísa diz sentir um “branco” de recordações (seria a depressão branca que impediria a recordação dessas memórias tenebrosas?).

O facto de nesta idade, não conseguir recordar quaisquer outros episódios da sua infância, parece revelar um sinal que surge frequentemente e que dá quase sempre a ideia de uma ritmicidade confusa ou de uma organização espacial e temporal difícil (coordenadas a partir do exterior?) e de um recalçamento bem sucedido.

«Não podia dizer que não gostava (da escola), os meus pais passavam-se... tinha que ser, temos que obedecer aos pais, eles é que sabem o que é melhor para nós...a minha filha não percebe isso...acha que andar na escola é passear os livros e estar com os amiguinhos... começou a entrar numa fase estúpida que acha que já é uma mulher... pensa que sabe seduzir... o que mais me preocupa é que só se mete com merda...».

Uma obrigação que Luísa aqui fala e que nunca chegou a ser verdadeiramente expressa pois permaneceu ligada ao banal como garantia de uma defesa que impede a pulsão (“passavam-se” e Luísa não se pode “passar” isso seria desorganizar ainda mais.).

Presentemente, esta ligação (da criança que ela foi/a criança que a filha é) surge no momento em que a revivência transferencial da relação com uma mãe narcísica e deprimida se tornou, por razões circunstanciais da sua vida conjugal e por inadequação da transferência, dificilmente suportável (para Luísa a filha tenta seduzir o pai – como veremos mais à frente - e já se acha uma mulherzinha quando devia era interessar-se mais pela escola). É um movimento de identificação projectiva que poderá ter algum significado na patologia psicossomática actual. (Será que Luísa ainda não se interessava pela escola por permanecer direccionada para os movimentos de sedução a um pai, e agora, actualmente, olhando para a filha de algum modo se projecta e se culpabiliza achando por isso merecer um castigo – e o corpo novamente adocece por fragilidade do colo do útero. É interessante reparar na ligação que o significado simbólico do colo do útero tem, no sentido lato, um colo que contém as angústias mais arcaicas, uterinas, e esta descarga pulsional que é direccionada para a filha).

Este “início de tuberculose” a que se refere, manifesta-se como verdadeiro equivalente melancólico. Sempre que o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo (por emoções e pensamentos, comunicado em palavras e gestos e descarregado em actos, a saúde física é posta em perigo e o caminho para a doença está aberto.

Movimento de recalçamento – corpo adocece (início de tuberculose).

No entanto a mudança de escola e conseqüente mudança de objectos com investimento libidinal, viria a mudar o trajecto seguido, até então, para a doença sem no entanto deixar este caminho em aberto, esperando por um futuro em que as circunstâncias ditassem uma maior fragilidade.

Assim, com onze/doze anos, foi estudar para a mesma escola que o irmão e conta que com esta mudança de escola a sua saúde melhorou repentinamente.

«Depois mudei de escola, fui para outra escola que tinha ciclo e secundário. Gostava desta escola, era esta escola que o meu irmão frequentava. Fiz duas amigas muito próximas, a G e a T. Foi a única escola que gostei. Melhorei logo de saúde. Assim que entrei para esta escola deixei logo de ter problemas». Para Luísa esta mudança para a escola do irmão onde fez duas amigas especiais que se mantêm até à actualidade, foi indirectamente apontada como a causa da sua melhoria de saúde.

Frequentou esta escola até ao 9º ano de escolaridade, o qual «nunca cheguei a terminar, desisti de estudar». Aos dezasseis anos, Luísa interrompeu os estudos: «Detestava estudar... até gostava de ir às aulas para estar com os meus amigos, mas

estudar... detestava! E depois queria a minha independência». Foi então trabalhar para uma fábrica durante um ano «Era uma fábrica de lacticínios... ainda me lembro que ganhava trinta e cinco mil escudos».

«Quando comecei a trabalhar, comecei a ganhar dinheiro e a conhecer pessoas novas. O tipo de pessoas com quem me dava eram sempre mais velhas do que eu, tanto homens como mulheres». «Mudei de emprego, saí da fábrica e fui para uma loja de malas, onde fiquei 6 anos, depois fui trabalhar para uma loja de roupa, onde fiquei 10 anos e actualmente trabalho há 3 anos numa loja de decoração».

«Na escola era muito “namoradeira”... eu gostava era do flirt... gostava de os provocar, tinha muita garganta mas depois nunca ia até ao fim... queria era fumar umas ganzas... a primeira foi aos 14 anos.

«Perdi a virgindade aos catorze anos, com um amigo que se dava com a minha vizinha. Ele era dez anos mais velho que eu. Era mais velho e mais experiente... e eu, uma jovencinha, achava-me muita boa, provocava-o... depois olha... fui ao castigo... a partir daí, foi sempre a abrir. Já tive muitos homens na minha vida, até me sinto mal quando penso nisso, mas só namorei com dois, um deles o meu marido».

Sem verdadeiras ligações afectivas e a sua denegação dizendo “mas só namorei com dois” parece aludir a uma possível vergonha (castração) de ter estado com “tantos” homens.

«Depois andei um período, acho que um ano, em que andei perdida... andei um tempo por aí perdida, a vaguear, queria era noite e “speedar”... não sei o que é que andei tanto tempo a fazer... desperdiçava os dias... aliás não vivia de dia... dormia até à noite e depois continuava... e dizia aos meus pais que ia à escola, mas nem punha lá os pés».

Um mecanismo de funcionamento mental que deriva para o soma, ou para gestos repetitivos de uma excitação sensorial vazia de sentido, os resquícios de uma angústia dolorosa que parece ter esvaziado a capacidade de simbolização do Eu corporal originário. Podemos pensar estes mecanismos de funcionamento mental como uma leitura pulsional da perturbação da relação de objecto que caracteriza o essencial da economia psíquica deste sujeito e se associa uma angústia existencial importante centrada no medo depressivo da dor. Parece que Luísa encontrou aqui uma forma de reagir, corporalmente deslocando a agressividade (recalcada) para o comportamento toxicómano.

Em relação a experiências com drogas diz «experimentei tudo menos cavalo. Pus speeds, dinantel, que eram umas cápsulas verdes e brancas. Nessa altura queria era “speedar”, “drunfar” com Ropnol e Lexotnan... tinha 15 anos quando dei o meu primeiro risco de coca... cheirei poucas vezes...era muito gulosa... mas sabia os meus limites... e a ressaca era “fodida” mas o que eu gostava mesmo era de fumar “chinesas”... e saía à noite, ficava na rua, andava uns quilómetros a pé porque achava piada...». Consumia estas substâncias sempre «com uma ou duas pessoas que “alinhavam nisso”, um homem e uma mulher mais velhos que eu». «Só deixei de fumar “ganzas” quando engravidei.»

Segundo Mendes Pedro (2001) “a toxicomania é bem uma patologia de impasses. Enquanto o sujeito estiver submetido a ritmos artificiais, nunca nada estará resolvido”. Na adolescência é frequente a sintomatologia depressiva. Que manifesta uma patologia mental, que raramente é actual; todavia, as situações vividas nesta altura, reactivaram a perda objectal da infância, em relação a um dos pais. É esta reactivação que vai agravar o quadro da depressão que o sujeito apresenta. Assim, muitas vezes, o sujeito não tem consciência do que o deprimiu, porque a perda actual não é relevante no entanto é esta que vai reactivar perdas anteriores que estão recalçadas. Enquanto o deprimido não compreender que a grande perda afectiva foi na infância, não lhe é possível fazer o trabalho na depressão (comparável ao trabalho de luto), e portanto permitir a aceitação do (novo) objecto e a reconciliação. Sem esta reconciliação não é possível encontrar objectos de outra qualidade afectiva, continuando no seu sistema depressivo agravando a depressão pelas más escolhas que faz.

A angústia interior do sujeito, conduz ao medo de isolamento, pouca confiança em si mesmo, pelo que surge a necessidade compulsiva de aderir a um grupo do qual se torna dependente. No caso de Luísa, um grupo restrito de dois elementos (um casal) com os quais vem a tornar real, concretiza a possibilidade fantasiada de uma relação (sexual) triangular: «Depois tive a minha primeira experiência sexual com um homem e uma mulher. Tinha dezassete anos quando isto aconteceu. Foi uma experiência muito gira. Era um casal amigo que convivia comigo diariamente, estávamos sempre juntos (casal com quem costumava ter hábitos toxicómanos). Uma vez fui lá a casa deste casal para fumar uma “ganza” e “aconteceu”».

Aos 16 / 17 anos «Tive o meu primeiro namorado a sério aos dezasseis/dezassete anos, durante três anos. Era uma relação que envolvia família. Esta relação teve imensas

interrupções e terminou, porque ele voltou para a ex-namorada», «Gostava dele, mas passei à frente».

«Quando acabei esta relação só fiz “merda”. Andei com um homem casado, muito mais velho que eu. Lembro-me de ele me ter ido buscar num fim de semana, num Sábado, depois do trabalho e levou-me para uma vivenda em Porto Côvo. Quando lá cheguei tinha uma mesa posta à luz de velas. Era um homem cheio de papel, era director de uma empresa».

É normal que perante uma perda afectiva o indivíduo reaja deprimindo-se. Contudo se esta reacção é demasiado duradoura ou se pelo contrário o indivíduo não se deprime e fica indiferente, ou nega a situação, então estamos perante uma situação patológica.

A perda afectiva ignorada ou vivida como luto (como perda material, corpórea, do objecto ou da sua presença) e não elaborada na dimensão mental depressiva, é uma das grandes causas do adoecer psicossomático, pela sua economia do sofrimento psíquico depressivo.

No entanto não é possível saber verdadeiramente como Luísa sentiu esta vivência. Através do seu discurso parece-nos que mais uma vez Luísa não se permitiu deprimir, apenas continuar a sentir com o seu eu depressivo e assim mais uma vez “passar à frente”.

Fuga à depressão – depressão falhada não elaborada

Assim um ano depois, «Conheci o meu marido quando tinha 21 anos. Ele trabalhava num bar e eu detestava-o, na altura. Foi a minha cunhada que me apresentou o irmão (marido), nós já éramos amigas».

«Um dia estava sozinha em casa num fim-de-semana e fui às compras...depois encontrei-o no caminho e perguntei-lhe se ele queria ajudar-me a levar os sacos das compras até casa. Depois tive sem o ver durante 15 dias... ele não podia pensar que era assim fácil como todas as outras a que estava habituado. Depois ele convidou-me para jantar e começámos a andar. Sempre nos demos bem no namoro mas às vezes chocávamos. Temos muitas coisas parecidas no feitio, o que temos a dizer, dizemos».

Luísa parecia identificar-se com R, «ele era como eu...sempre na brincadeira», referindo-se à maneira de ser, extrovertida e divertida.

Em relação ao marido Luísa conta que este ficou sem mãe aos 4 anos de idade, e foi criado com a irmã (cunhada de Luísa), que considera sua mãe.

A cunhada e o sobrinho, vivem a uns metros de si, tal como os seus pais, com os quais mantém uma boa relação, e uma convivência diária, por um lado diz ter «uma boa relação de amizade» com a cunhada, e por outro lado, com o sobrinho de 20 anos, mantém «uma relação de grande cumplicidade», tendo-se tornado confidente deste, assim como também «tenho atitudes de mãe para com ele, preocupo-me igual como a minha filha», na medida em que têm um convívio diário.

Continuando o discurso sobre a sua história relacional com o marido: «Seis meses depois juntámo-nos». Casou em Abril de 1991, há 13 anos, «Casei porque estava grávida e o meu pai disse que tínhamos de casar, mas nós já vivíamos juntos há uns meses em casa dele». «Ele já lá vivia sozinho desde os 16 anos». Parece que mais uma vez Luísa mostra como é que uma “boa” filha se comporta perante uma exigência do pai.

«Mas só casámos pelo civil, porque não gosto de casamentos tradicionais, pela igreja...fui muito simples, levava uma túnica e umas calças beges...dois meses depois nasceu a minha filha».

«Ele chegou a “passar droga”, “chamón”. Vivia sozinho e precisava de dinheiro. Mas nunca fez mal a ninguém e fazia isso só de vez em quando. Quando estava à rasca. Ganha-se muito dinheiro a passar droga. Ele nunca ganhou muito era só para os apertos». «Quando veio viver comigo deixou de trabalhar no bar. Antes era um proxeneta».«Sempre foi impecável comigo, mas nunca havia horários para ele, isso fazia-lhe confusão.»

Em relação ao futuro bebé, Luísa refere que: «Não foi uma filha planeada, aconteceu... estava a tomar a pílula e tomei um antibiótico que cortou o efeito» mas apesar de não ter sido planeada, «foi desejada... eu queria tê-la por isso tive que contar ao R», «No início, ele aceitou mais ou menos, mas depois aceitou bem». Ou se aceita ou não se aceita, não se aceita mais ou menos, existe então o aceitar ambivalente.

De algum modo esta filha foi fantasiada «Desde que fosse perfeita não me importava. Tendia mais para uma menina. O R preferia rapaz».

Foi durante o período que estava grávida (21 anos) que o seu avô materno faleceu. «Esta morte custou-me imenso...tinha uma relação de pai e filha... era como um pai para mim...sofri muito...ele morreu lá em casa (na dos pais)»

A gravidez foi vivida “tranquilamente”, «foi uma gravidez boa... nasceu 15 dias antes do previsto, no dia de anos do pai...»; como se não existisse, como se não estivesse grávida ou não sentisse estar grávida pois refere «não tive vômitos nem

desejos. Nem parecia que estava grávida», no entanto mesmo agarrada à realidade sem fantasias, algo sentia, mesmo que “inexplicável”, «quando dá o primeiro pontapé é inexplicável. Mexia-se muito principalmente à noite se bebesse uma caneca de leite».

«O parto foi normal». Quando nasceu refere que a primeira coisa que sentiu foi «A primeira coisa que perguntas é se é perfeito.» «Quando a vi pela primeira vez chorei de felicidade. É minha.»

«Quando era bebé era linda. Tinha os cabelos lourinhos e os olhos azuis. Era tão fofinha.». Este discurso fez lembrar a descrição da sua boneca de infância (objecto transitivo). Teria este bebé sido desejado como a esperança de para sempre manter o tão desejado objecto anaclítico como apoio? E será este nascimento para Luísa como a possibilidade de, sendo sua filha, adquiri-la como sua para sempre, numa fusão de identidade seguindo assim o caminho onde pôr em prática as aprendizagens com a mãe.

Quando refere o seu problema de Hipertensão diz: «Tenho Hipertensão... fiquei assim depois da Filipa nascer... vou de três em três meses ao cardiologista... é aquela coisa que sei que não me vou livrar o resto da vida... até morrer tenho que ir sempre assim ao médico». Luísa faz ainda que uma ligação do nascimento da filha ao estado de saúde como algo que não se vai “livrar o resto da vida”.

Hipertensão – O corpo adoece.

Centrando-nos novamente no percurso da sua vida conjugal (relacional), Luísa conta: «Ainda vivemos 3 meses em casa dos meus pais, tivemos que fazer obras à casa. Então durante uns tempos mudámo-nos para casa dos meus pais, tinha a F um mês e meio».

«No início do casamento tive alguns contratempos, pois ele tinha muitas mulheres a bater à porta. Ainda tive duas vezes ataques de pânico mas depois foi tudo superado. Tinha a minha filha um mês quando, um dia estava a sair de casa com a minha filha e vi o meu marido na escada do prédio a dar um beijo a uma mulher. Ele disse-me que era uma amiga e eu respondi-lhe: “ai é assim que cumprimentas as tuas amigas? Então vou passar a cumprimentar assim os meus amigos também!”»; «O que é que eu podia fazer tive que cagar...depois passou»

Para Sperling (1989) os impulsos, em vez de se descarregarem pelo comportamento sobre o exterior, são dirigidos para o soma. A doença psicossomática seria o oposto da passagem do acto agressivo: é um acting in – um acto orientado para dentro, o agir através dos órgãos internos. A inflexão da agressividade que poderá estar na causa da hipertensão arterial.

Também é importante referir que houve aqui uma morte e conseqüentemente um luto importante na sua vida, de um avô (não foi possível perceber se materno ou paterno) que era para Luísa, segundo ela mesma diz, “como um pai”. Ao mesmo tempo que se dá uma morte (a do avô), dá-se um nascimento (o da filha) e depois uma angústia de separação (com o fantasma da triangulação como possibilidade deste ser real e com isso poder dar-se uma separação) que reenvia novamente para uma angústia de morte e aniquilação.

Assim, num possível movimento de recalçamento, falhado, Luísa volta o seu discurso para os seus vinte e nove anos «separei-me do meu marido, à cinco anos. Foi a época mais difícil da minha vida...». Refere ainda «nesta altura também comecei a ter ataques de pânico».

Conta os motivos que a levaram a uma separação, «Apareceu uma pessoa que veio do nada, “caiu de pára-quedas...” deu-me a volta à cabeça». «Conheci-o num bar... ele tinha um olhar muita expressivo... foi um “cliq”... aconteceu...». «Costumávamos estar juntos no hotel Sheraton... ele ia buscar-me de mota». «Estávamos juntos aos domingos de manhã, por volta das sete ou então aos sábados de manhã antes de ir para o trabalho». «Ele era empresário e só cá estava aos fins-de-semana... para o meu marido não desconfiar encontrava-me com ele antes de ir trabalhar». «Ainda durou quatro meses... mas ele queria uma relação mais séria, chegou a convidar-me para ir viver com ele e levar a minha filha...». «Caguei nele...começou a tornar-se perigoso... o R podia descobrir...».

«Entretanto o meu marido veio a saber da traição através de uns amigos comuns... diziam-se amigos... inclusive algumas dessas pessoas eram minhas amigas de infância». Refere ainda com algum rancor «Aliás uma delas que se fazia muito amiguinha queria era passar-me a perna e ficar com ele... nessa altura vim a saber que ela teve um relacionamento com o meu marido». «Pôs toda a gente contra mim e aproveitou-se desta altura para o consular...». «Um dia vim a saber que ela estava lá em casa com ele, passei-me dos carros... fui lá para lhe bater mas ele não deixou e ainda me humilhou... sentia-me um trapo». Ainda em relação à traição refere alguma confusão mental «Não sei bem de quem partiu primeiro a traição, se da minha parte ou se da dele porque ele só me contou isto depois de nós voltarmos». Parece mais uma vez haver uma confusão que revela um a desorganização temporal, um possível recalçamento o que parece dar a perceber a grandeza da angústia sentida.

No entanto em relação ao seu adultério refere «Sempre neguei tudo até hoje... disse-lhe sempre que nunca tinha chegado a ter nada com essa pessoa... conto isto porque sei que daqui não sai e às vezes também tenho vontade de desabafar estas coisas».

Luísa refere que no início da separação existiam agressões verbais de ambas as partes «nesta altura saía quase todos os fins-de-semana, até quase de manhã... queria sair para esquecer», dando conta novamente de se encontrar num dos seus momentos depressivos

«Estavam todos contra mim... ainda hoje sou muito amiga da minha cunhada mas não me esqueço que nessa altura ela também dava uma no cravo e outra na ferradura». «Fazia-se muito amiga e oferecia-me o ombro mas depois dizia mal de mim ao irmão» «Posso ter perdoado mas não me vou esquecer!».

Para perdoar é preciso previamente ter acusado. Só depois de acusar, mover o processo de inculpação, é possível o perdão. Acusar não é condenar, é esclarecer. A reconciliação só é viável após a libertação do ódio e ressentimento contidos. Com falso perdão ou pseudo-reconciliação não se reconstrói bem-estar psíquico nem bom relacionamento. Como nos diz Coimbra de Matos (2003) “O perdão é necessário à saúde mental”.

Por um lado, este fragmento do discurso de Luísa pode remeter-nos para uma dimensão da intimidade/privacidade, ou da falta dela, numa eventual dificuldade em separar o interior do exterior. Por outro lado, a tónica do final do casamento (durante dois anos), parece assentar em factores externos, ou seja, o insucesso da relação faz-se por atribuição externa o que nos pode levar a pensar que foi o exterior que resolveu, ou ajudou a resolver uma eventual situação conflitual – neste caso, pode ter ajudado a criar outra, quiçá maior.

Diz-se muito ligada à família e que estes foram o seu apoio nesta fase. «Sou muito ligada à minha família. É uma família muito à frente!». «Eles (os pais e irmão) sempre me apoiaram em tudo, nesta altura se pude contar com alguém foi com eles o resto estava tudo contra mim. O meu irmão deu-me muito apoio. Eles (o irmão e o marido) são amigos mas o meu irmão dizia-lhe mesmo que ele era um parvo.»

Refere ainda, «O meu sobrinho foi dos que mais sofreu com isto tudo. Só passado um ano é que voltou a falar comigo». Luísa conta que também o sobrinho vive actualmente uma relação com uma mulher casada (da convivência diária de Luísa, o seu discurso centra-se numa desvalorização narcísica com ataque projectivo a esta mulher a

qual se refere como «a puta»), e é referindo-se a esta que o seu discurso se inicia: «Anda para lá com o G e a meter os cornos ao L, eu gosto muito dele... mas ele é um corno manso que não percebe nada... mas um dia a verdade virá ao de cima... e não vai tardar muito... o R já disse que se lhe (ao sobrinho) apanha o telemóvel e vê lá alguma coisa vai abrir o jogo, ele que não se ponha a pau... que o R é passado da cabeça e esta história vai estourar, ai vai, vai. E eu quero ver aquela puta a cair no chão. Não tenho pena do meu sobrinho. Ele sabe no que se meteu, agora vai sofrer as consequências. Ele já foi longe demais, tentei avisá-lo ele não quis saber, agora é problema dele.». Quanto aos sentimentos de Luísa para com esta mulher não surgem dúvidas: «Não gosto dela, ela é uma falsa... tem a mania que é toda boa...acha-se melhor que as outras... coitada não deve ter espelhos em casa». Aqui é possível perceber a formação de um inconsciente não reprimido (porque não contém conteúdos representativos, reprimidos ou recalçados), sem região ou lugar definido onde localizar o recalçado. Este não representado no espaço psíquico não está em lado algum, podendo estar em todo o lado, é nulo ou quase infinito. Reside e resulta da crença, suportadas pela impressão ou denegação de que algo aconteceu. O afecto, desligado da representação da experiência vivida, difunde-se pelo psíquico e pelo somático. Da representação da vivência traumatizante restam apenas retalhos soltos e dispersos que não permitem uma elaboração compreensiva da situação vivida.

Quanto aos ataques de pânico, que Luísa aponta como causa a separação, dizendo «nesta altura também comecei a ter ataques de pânico...», não soube dizer o que sentia aquando os ataques de pânico, disse apenas «não consigo descrever, vinham do nada», pelo que foi apurado se ela sentia algum dos sintomas descritos pelo DSM-IV. Alguns dos sintomas de Luísa foram: palpitações, sudorese, tremores, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, náusea e desconforto abdominal, tontura ou vertigem, medo de perder o controle, medo intenso de morrer, calafrios. Cita também, geralmente, um desejo urgente de fugir de onde quer que o ataque esteja ocorrendo «sentia que ia perder o ar e morrer... perdia totalmente o controlo... ainda hoje não gosto de falar nisso porque tenho medo de voltar a sentir... isto nunca pára totalmente».

Os Ataques de Pânico ocorrem no contexto de diversos Transtornos de Ansiedade diferentes. A característica essencial de um Ataque de Pânico é um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico,

acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar.

Sobre a crise de angústia, e a formação fóbica que depois a organiza, ficam duas ideias: a perda do objecto como condição de angústia e possível desencadeante da crise de angústia, e o facto de as formas de angústia seguirem uma evolução, onde a angústia vai sendo transformada e convertida em modalidades mais evoluídas, que permitem ao sujeito uma melhor integração, e protegem-no da angústia de aniquilação.

A separação é novamente percebida como difícil (assim como a entrada para a escola e o casamento como conseqüente separação da mãe). No entanto parece também sentida como perigosa e acarreta consigo uma enorme angústia. De certo modo ela e o marido (mãe?) têm de estar sempre juntos e para sempre, para ela não há hipótese de assim não o ser, constituindo uma unidade que não pode ser quebrada, dependem um do outro.

É possível, nesta vivência de uma separação que, a realidade negada do outro, do objecto, adquire tal evidência que perfura o estocoma do sujeito. É o momento de queda da grande ilusão, que sustentava toda a vida do sujeito. Um acontecimento real, pela sua notoriedade e espessura perceptiva, impõe a realidade, até então ignorada dando-se um acontecimento psíquico de grande desilusão. O considerado impossível tornou-se real (Luísa separou-se) sem ter passado pelo possível, invadindo o espaço subjectivo difícil agora de ser pensado. E a depressão, seqüência lógica do desapontamento, da perda afectiva não se desenvolve, pelo menos no sentido da depressão normal, de efectuar um saudável trabalho de luto.

A culpabilidade (da traição) aludida, pode, por exemplo, ser entendida como uma inflexão da agressividade, traduzindo-se, assim, em auto-agressão corporal – não explode, implode (acting-in) (Coimbra de Matos, 2003).

Esta perda objectal produz uma depressão branca e básica, que Marty (1999) chamou “depressão essencial”. A deflação da libido e a inflação do instinto de morte seria a sua consequência na economia pulsional.

Na sua raiz estaria uma perda precoce, anterior à constituição do objecto libidinal e, portanto à capacidade de representação objectal persistentemente investida. Segundo Coimbra (2003) “É falha de vitalidade e entusiasmo, de esperança e sonho que o desinvestimento do bebé pela mãe (por retracção narcísica, luto ou investimento privilegiados lateral ou paralelo) provoca naquele. É a depressão autêntica – por perda

de amor – da primeira infância, não resolvida e enquistada, que se observa na depressão de fundo da patologia psicossomática.

Luísa vive cerca de dois anos separada do marido, «Embora nos continuássemos a ver todos os dias “como marido e mulher”, só não vivíamos na mesma casa», assim a concretização da separação nunca se chega verdadeiramente a dar.

«Durante esta fase engravidei do meu marido... estava separada dele... e ele disse que o filho não era dele». Fiz um aborto aos quatro meses de gestação que coincidiu com a altura do Natal». «Nunca desconfiei que estava grávida porque nunca deixei de ter a menstruação». «Fui fazer o aborto a um hospital, fui acompanhada pela minha mãe e pelo meu marido... ele sabia que era dele. Dividimos o pagamento pelos dois».

Novamente refere ter feito um aborto mas nunca chega a revelar os seus sentimentos perante esta situação, que obviamente não foi desejada (e portanto concretizada a interrupção de um acontecimento não desejado), mas naturalmente acarreta com um sofrimento para trás, não expresso por Luísa. Será a depressão falhada que se esconde e impede a exteriorização do sofrimento, que se impede de sentir, por ser demasiado primário?

Segundo Coimbra de Martos (2003), o recalçamento primário é um mecanismo primitivo de defesa psíquica do Eu, pela não representação e não integração mental do acontecimento traumático. O afecto, desligado da representação da experiência vivida, difunde pelo psíquico e pelo somático, perturbando o organismo, virando-se para o exterior (em explosões emocionais ou pelo comportamento) ou para o interior, sobre o soma e causando a doença orgânica.

«Nessa altura (da separação) a minha filha foi operada à garganta, tinha 7 anos».

Possivelmente a filha parece seguir um movimento repetitivo da mãe expressando-se através do corpo. Talvez esta filha (calada pela mãe) não pudesse falar, tal como Luísa não o pode fazer quando não queria ir para a escola e nesta altura suspeitava que os pais pudessem estar a separar-se (algo que apenas ficou na fantasia sem permissão para ser expresso e portanto esclarecido).

Actualmente sobre a filha diz: «a F sempre foi muito dependente de mim...se não for eu, não faz nada, espera sempre por mim para fazer alguma coisa...nunca consegui cortar o cordão umbilical, a culpa é minha...» «A F. é uma bebé. Apesar de ter aquela altura e de se achar crescida é uma bebé. Tem a mania. Tem uma coisa que não gosto: tem a mania que é muito tia, começa a tornar-se prepotente...também é da idade»

A raiva, aparentemente aqui transferida para a filha, ou quem sabe de modo inconsciente para ela como filha, é na realidade sem destino externo, acumulada no interior, perturbando o funcionamento mental já anteriormente desorientado e menos adaptativo pela desilusão e pela recusa da realidade traumática. Por outro lado, esta raiva cria desorganização homeostática, podendo assim instalar-se o caos. Coimbra de Matos (2003) menciona que um dos *loci* de depressão e desorganização somáticas pode ser o sistema imune, com alteração das suas funções de defesa e/ou de cognição biológicas. Neste sentido este factor é aqui importante ter em conta para a compreensão da hipertensão e do cancro do colo do útero.

Luísa fala neste discurso de uma dependência da filha em relação a si, da incapacidade da filha em funcionar de modo autónomo, e da sua incapacidade em quebrar esta relação de dependência, dando conta também de uma dificuldade em se organizar no tempo (a filha continua a ser vista como um bebé, bebé este que Luísa disse, anteriormente, como já se viu, nas sua memórias infantis, nunca ter sido). Mais uma vez Luísa revela o quanto é dependente, que não é mais que uma repetição da sua relação com a sua própria mãe, embora tente encobrir na relação com a sua própria filha.

Na relação com a filha diz isto não muito segura, com alguma ambivalência, ou até uma possível clivagem, «Acho que é boa. Tá numa fase que parece que sou um obstáculo. Mesmo em relação ao pai tem ciúmes. Mesmo entre amigas tem muita autoridade», «Tem ciúmes. Por vezes não demonstra mas quando demonstra, demonstra muito, é logo: “sai daqui que ele é meu”. Tenta logo desviar para se meter no meio».

«Sempre tivemos uma boa relação, a F contava-me tudo. Agora, há cerca de ano e meio que se dá mais com o pai do que comigo». «Tem uma atitude agressiva comigo. Não percebo o que lhe fiz. Sempre a tentei compreender... mas também não posso andar sempre a passar a mãozinha pela cabeça como o pai faz». «Parece que quer fazer panelinha com o pai contra mim».

Refere ainda «descobri-lhe no outro dia cortes no braço... passei-me agarrei-lhe no braço e ela começou a chorar... o que é que ela anda a fazer?... disse-me que a culpa é da amiga dela... mas é a amiga dela que a corta? Não... ela é é muito influenciável... o que é que ela tem na cabeça... eu descobri que ela se anda a cortar e diz que isso lhe alivia a dor que tem lá dentro... mas desde quando é que cortar alivia alguma dor? Passei-me e bati-lhe tanto... arrependi-me mas não sabia o que fazer, estou assustada, quando vi aquilo fiquei tão nervosa que não me aguentei e descarreguei-me em cima

dela... e depois chega o R a casa e passa-lhe a mão na cabeça e eu é que sou a má da fita... mas eu não posso colaborar com isto... ela está a dar comigo em louca...» «Estou a pensar levá-la a um psicólogo mas ela tem que querer ir não a posso obrigar... até nisso o R não ajuda, diz que eu sou a culpada e eu é que devia resolver isso... que ela não está maluca para a levar a um psicólogo... como é que ela há-de querer ir se o pai diz-lhe que ela é maluca se for? Eu sei que ela precisa de ajuda, ela não está bem, só ele é que não vê isso... se ela me volta a chegar a casa cortada... eu passo-me... ele é que devia lá estar quando isto acontece que eu queria ver... mas não o papá só chega quando a situação já foi resolvida e depois fica todo querido com ela, num complô contra mim...»

A angústia de morte, de desmame, de separação, é apenas uma máscara da angústia de castração que se torna o eixo de toda a perda do objecto.

Aqui a morte deixa de ter apreensão directa sobre o corpo. Interioriza-se, desdobra-se, multiplica-se. Já não é descoberta como ameaça externa contra a qual não se poderá deixar de tentar em vão encontrar defesa, mas como voto, orientado para o detentor da posse e o rival: rival de figuras múltiplas, mas voto inteiramente solidário da estrutura edipiana. A mordedura actual da angústia consciente de morte muda-se em desejo recalcado e em culpabilidade (inconsciente) do sujeito.

No entanto angústia mais intensa refere-se a outros eixos (eu – não-eu, fora – dentro, unidade – fragmentação, sentimento oceânico – aniquilamento, eu em relação – eu retraído, completude – vazio) que não os de castração e da diferença.

Coimbra de Matos (2003) diz que “deste modo produz-se um afundamento do self no declive da relação assimétrica, que se revela por uma depressão branca com menor ou mínima ressonância emocional da dor. Este abatimento transmite-se ou repercute-se no biológico». A erupção violenta da realidade do investimento do sujeito pelo seu objecto, a turbulência gerada, aquando da desilusão traumática, e quase impossível de sentir e pensar, desagua no soma.

Voltando ao ano da sua reconciliação (tinha Luisa 31 anos). No Verão desse ano «fui passar as férias com o meu marido e a minha filha... nesta altura entreguei-lhe os papéis do divórcio para ele assinar». «A relação assim não podia continuar. Tinha de o encostar contra a parede». Perante esta situação, «ele não quis assinar os papéis... tivemos uma conversa e voltei para casa».

A partir da reconciliação, «a relação ficou melhor principalmente quando regresssei a casa mas andei ali um tempo a penar...não desejo isso a ninguém». «Esse Natal era para passá-lo sozinha mas passei-o com a minha filha e com o meu marido».

Desta experiência traumática, não ficou traço mnésico, mas apenas a emoção dolorosa e/ou vazio que Luísa vagamente sempre sentiu (depressividade larvada), mas que afanosamente tenta ignorar pelo aplicado preenchimento da vida e das necessidades dos outros.

Luísa cresce por identificação maciça ao objecto ideal pré-concebido, no sentido de manter a segurança não podendo por isso perder o objecto. Este objecto é idealizado (da concepção que o sujeito fez do objecto primário) no sentido de encobrir a malignidade sentida, no entanto a estruturação depressiva é muito precoce, existindo apenas uma protamente que introjecta tudo o que projecta apenas separando como incestuoso o mais terebrante (constituição do objecto maligno). Por outro lado a protamente mantém e reforça a idealização, pela imprescindibilidade do objecto, pois sem este morre. É este objecto imprescindível mas maligno que está na raiz da doença psicossomática.

No entanto, apesar da culpabilidade e angústia de separação, num dos encontros semanais, na sequência de ter recebido uma mensagem no telemóvel ainda quando me cumprimentava, Luísa perante um misto de euforia e entusiasmo com sentimentos de culpabilidade (muito bem perceptíveis pela sua atitude corporal e expressão facial – uma angústia enorme que Luísa reflecte através das falas do corpo) revelou estar ou já ter estado a viver uma relação platónica (pois não existe uma verdadeira relação física) e extra-conjugal (chegou a ser uma relação de vias de facto uma única vez, como refere), com um homem 10 anos mais novo (também casado) «deve está quase a ser pai...», relação essa que se iniciou à 7 meses «com uma brincadeira no café... a minha amiga I estava-se a queixar dos homens então começamos na brincadeira lá com o rapazinho...deu merda...ela é que estava sozinha e ele ficou foi com o meu número...mas ele é muita giro...tem qualquer coisa no olhar».

Sobre essa relação, dá-se bem conta da que a sua modalidade relacional é a fuga. Diz muitas vezes querer fugir «Tenho que resistir». «Vejo-o todos os dias, trabalha em frente à minha casa e costuma ir ao mesmo café que eu...como é que eu fujo... eu quero é distância quando ele aparece...záás (ao mesmo tempo acompanha o movimento gestual de bater “fugidamente” com as palmas das mãos) arranjo logo uma desculpa para me ir embora». Café este que o marido e o grupo de amigos do casal frequenta

provocando assim uma angústia maior ainda pelo que se sente no contacto com Luísa. «Às vezes manda-me mensagens com toda a gente (marido e grupo de amigos) ali».

Luísa manifesta uma tentativa de não perder o controlo da situação (mecanismo obsessivo ou fóbico). Mais uma vez, com medo do abandono do objecto idealizado (o marido) reactivado por uma situação repetitiva, acaba por se retirar desta relação. Existe aqui um medo de abandono e de rejeição, associados a uma fragilidade narcísica (primária), que levam a que Luísa também evite os conflitos da sua relação marital (e maternal).

Assim o contacto que mantém com este homem é «Só falamos por mensagens... tivemos uma vez juntos mas não fomos até ao fim. Apareceu a minha cunhada... Ela não viu nada mas não nos apanhou por um triz... Estávamos lixados.». No entanto «aos olhos dos outros somos meros desconhecidos que se cumprimentam ocasionalmente». «Não sei o que sinto... por um lado não quero que ele me ligue porque tenho medo de cair em tentação... mas por outro quando ele não me liga sinto falta (sorri)».

O sujeito depara-se com um objecto (libidinal) captativo que suga investimento amoroso. Se falham os indicadores emocionais, o sujeito fica ao sabor dos impulsos (acting-out, sociopata, em norma) ou guiado pelos atractores, em torno de um capricho dos objectos, comandado pelos outros que captam o afecto positivo, deixando o self inundado pela agressão que o objecto repele (acting-in): doença psicossomática.

Uma característica do pré-depressivo é não saber que lhe falta algo. E na falta da vivência emocional (ou a insatisfação emocional), a auto-regulação do investimento (libidinal) objectal fica à deriva, encontrando-se à mercê da atracção-captação pelo objecto necessitado e narcísico.

Esta relação acabou por ser totalmente quebrada por Luísa que deixou de atender todos os telefonemas (mas ainda assim ansiando e ao mesmo tempo temendo as mensagens que este homem lhe enviava) e num movimento fóbico andava constantemente com medo que este pudesse entrar em contacto consigo.

Possivelmente no self de Luísa ficou um vazio, um buraco que precisa de amor para se estruturar. Mas Luísa, no seu eu ignora essa necessidade, e conseqüentemente não procura satisfazê-la. Como resultado desta insatisfação ignorada, gera-se uma raiva imensa sem finalidade, nem objecto, nem objectivo, que em regra é apenas sentida como tensão, desconforto ou irritabilidade, ou nem sequer sentida e reconhecida, difusa ou invasiva que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por vários eferentes nervosos. Isto porque a não percepção ou insuficiente percepção afectiva prejudica a

regulação relacional originando uma desregulação da relação com consequente desregulação da homeostasia. É a perversão narcísica do objecto que impede o desenvolvimento do aparelho para sentir os sentimentos de Luísa. Podemos então falar aqui da depressão falhada, que não se chegou a organizar.

Em relação ao desejo que Luísa sente em viver estas relações incestuosas diz «Nunca consegui levar nada até ao fim...». Mas o que é que Luísa nunca levou até ao fim(?): o desejo e consequente concretização de viver estas relações plenamente, sob o prejuízo de implicar a elaboração da separação; ou viver estas relações às escondidas, por medo do abandono do objecto de amor, por não poder/saber elaborar a angústia da separação, sob o risco de viver “nos limites” da angústia.

«Tenho vontade mas depois a situação fica demasiado perigosa... sabemos que isto não é para sempre... o meu marido é para sempre, é o pai da minha filha, já nos conhecemos como ninguém, somos iguais...sei tudo dele e ele de mim...sei o que posso contar dali». A identidade própria funde-se ou molda-se na identidade do outro, que é a sua forma ou molde. No entanto, apesar de Luísa não se aperceber o sacrifício próprio é intenso e permanente. Todavia, o que se desgasta não é o narcisismo ou auto-estima, expandidos no derrame do amor objectal, mas o corpo, ao qual são solicitados esforços demasiados.

«Posso até interessar-me por outras pessoas mas é o R que amo. Isso sei... tenho a certeza... o resto é tudo muito giro mas depois perde a magia». O objecto responde ao desejo do sujeito pela imposição do seu próprio desejo até ao ponto que o sujeito se funde no desejo do outro que faz seu. Luísa adapta-se tão bem que se anula como sujeito, tornando-se um duplicado do objecto, do sujeito de que o sujeito é o outro. Para fugir ao sofrimento inicial, da relação que lhe foi oferecida, Luísa fica neutra, sem emoção, sem movimento para o outro, consequência do pasto social em que vive. Assim reprime o desejo e a resposta agindo corporalmente por acções e reacções. Parece estarmos perante uma possível constituição do núcleo psíquico irritativo da doença psicossomática: por um lado a perda afectiva de amor do objecto amado e a expectativa amorosa frustrada (a perda de uma relação que ficou aquém do desejo e do fantasma) na patogenia do fundo depressivo da patologia psicossomática e por outro, há experiência traumática primariamente recalcada (em termos representativos, conscientes e memorizada em afectos).

Diz ainda que, em relação aos adultérios: «Sempre soube fazer as coisas. Só depois é que pensava nos prós e nos contras, e batia-me sempre a dizer que era mentira.

Deixei-me levar no barco porque quis. Ou se foge ou então já não há hipóteses». Parece mais um factor de depressividade que se relaciona com perdas afectivas associadas a um supereu primitivo e imaturo.

Aqui podemos dar conta que Luísa vive um impasse relacional: por um lado deseja viver esta aventura respondendo às mensagens e telefonemas com conversas provocatórias, por outro quer pôr termo a esse contacto, pois tem medo de não resistir e ceder ao seu desejo, ou seja, para viver uma relação plenamente tem que resolver, elaborando a angústia de separação da relação e conseqüentemente a angústia de morte ou aniquilação que esta trás consigo, só então pode deixar de ter medo de sentir com medo de deixar de existir, só assim poderá saber verdadeiramente quem é, o que sente; por outro lado, resolver a angústia de separação seria resolver a angústia de morte ou aniquilamento perante a separação, o que implicaria elaborar a depressão essencial ou anaclítica que não é de modo algum, acedida pelo sujeito. Assim o único movimento possível é a fuga «ou se foge ou então já não há hipóteses». Isso seria deprimir-se.

Quanto ao possível diagnóstico de cancro no colo do útero refere «fiz uns exames à pouco tempo... comecei a ter muitas dores abdominais (refere metendo a mão à barriga)... doía-me aqui mas por dentro... chegava a contorcer-me de dores... ainda pensava que estava grávida, então fui à ginecologista. Quando ela me disse que não estava grávida pfff (alívio)... mas ela marcou-me uns exames para fazer... fiquei em pânico...liguei logo ao R. a dizer que ia morrer...ele foi logo ter comigo que eu nem conseguia ir para casa sozinha...só chorava parecia uma maluquinha, pensava que o mundo me estava a cair em cima... é tudo ao mesmo tempo... os meus pais...eu...a F... parece castigo...por causa do outro» Qual outro? «O outro!», sem nome (o outro foi referido por Luísa pelo movimento de mostrar o telemóvel que manteve o tempo todo cerrado nas mãos dando conta de uma ansiedade causada por este).

A doença do cancro do colo do útero parece ser vista por Luísa, com intensa ansiedade, como um castigo pela transgressão (traição ao marido). Ao expressar um movimento de separação em relação ao marido numa altura em que sente que a sua filha mais precisa de si, Luísa acaba por ser castigada com uma doença (debilitante na sua capacidade materna), que acaba por a devolver e limitar ao espaço materno, à casa/corpo materno. No mesmo sentido vai a Hipertensão e os Ataques de Pânico.

Quando questionada acerca desta situação, afinal qual era o seu motivo para preocupação e como é que se sentia perante esta situação, diz que se referia a consultas de ginecologia iniciadas à 4 meses, tendo já ficado internada por 2 vezes (cada uma,

apenas uma noite) para exames médicos (colposcopia): «já foi à algum tempo à 4 meses... agora estou à espera dos últimos resultados... a médica disse-me para não me preocupar... mas também já me preparou para o pior... tenho muito o apoio do meu marido mas... prefiro não pensar, só de pensar... tenho muito medo... com estas coisas não devemos brincar... isto é da vida que vamos levando... é o tabaco... é sempre de um lado para o outro... sou sempre eu a fazer tudo... se não fosse eu ninguém fazia nada... são uns monos... não fazem nenhum... tão sempre à espera que a “Luísa” faça tudo...isto de ter família é complicado...».

Apesar da ligação da doença a conflitos interpessoais, estes revelam-se com um forte apego ao agir, ao factual e banal mantendo-se assim de algum modo ignorados e despidos de afecto.

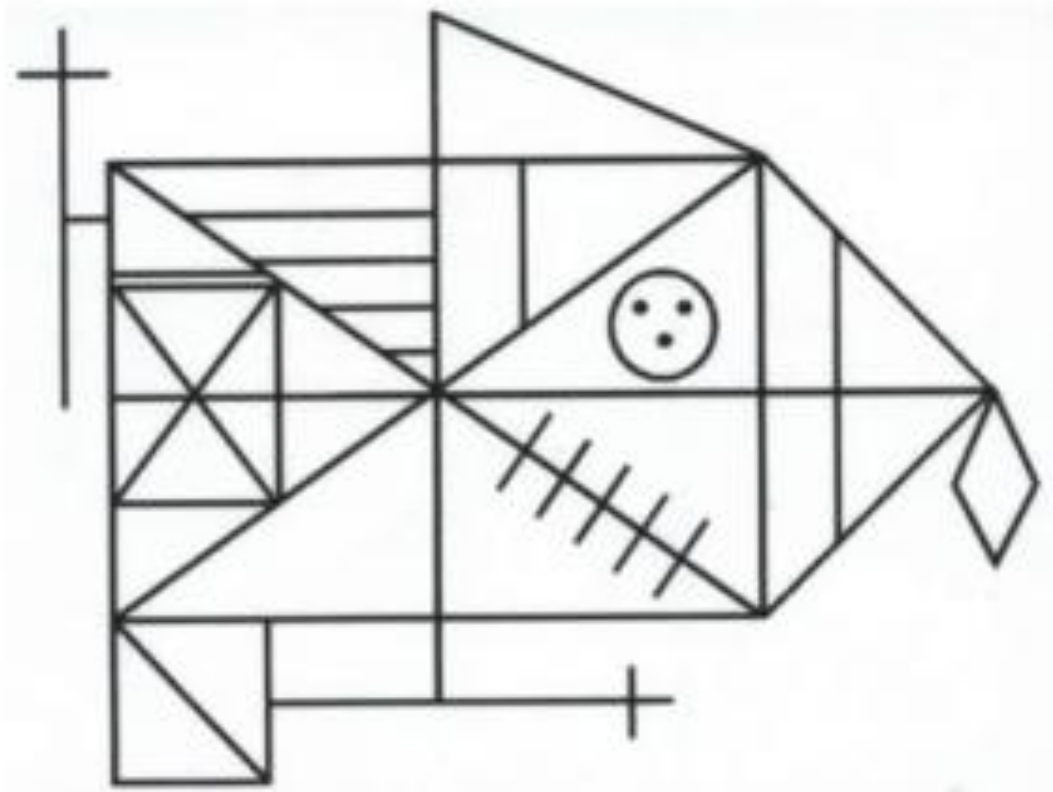
Este discurso foi referido na sétima sessão, na sequência da sua preocupação com o estado de saúde da mãe, e durante esta relação estabelecida com Luísa não quis tocar mais neste assunto até à confirmação do seu diagnóstico de cancro no colo do útero, afinal em fase já avançada, que pôs termo à recolha de dados no sentido em que esta relação (sujeito/investigador) foi terminada no seu contexto clínico.

Em contraste à primeira entrevista em que referiu quanto ao facto de se sentir ou não realizada «Sou feliz, tenho trabalho, amigos e família...», num registo do banal, do factual parece importante referir que, no término da apresentação do T.A.T., na 6ª sessão, mobilizada pelos sentimentos causados pelo último cartão do mesmo (16), Luísa dá conta de uma angústia que não sabe referenciar o quê mas sabe que sente um incómodo. Refere num registo mais melancólico: «sinto-me mal... confusa... com falta de liberdade, estou bem onde não estou... falta-me alguma coisa que não sei o que é...».

Parece que Luísa se encontra agora num período depressivo de cariz melancólico. Apesar disso pode-se dizer que mesmo sendo em tão pouco tempo, houve algum progresso do seu sentir neste funcionamento misto. Se Luísa seguir o conselho de encontrar um espaço seu numa psicoterapia elaborando um verdadeiro trabalho é possível que hajam progressos na forma de vivenciar as suas emoções e quem sabe retrocessos no seu adoecer somático.

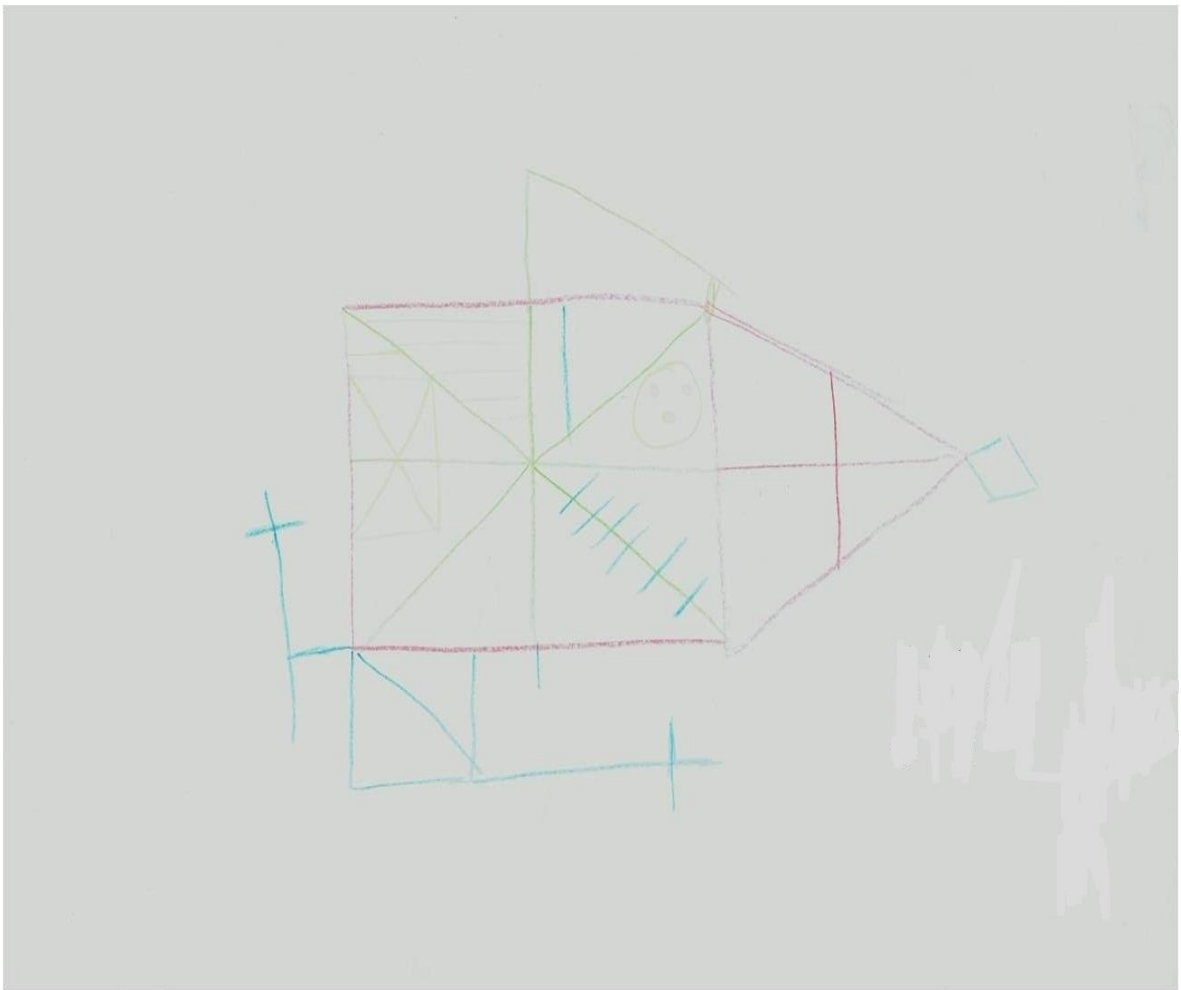
ANEXO C

Figura Complexa de Rey-Osterrieth - Modelo



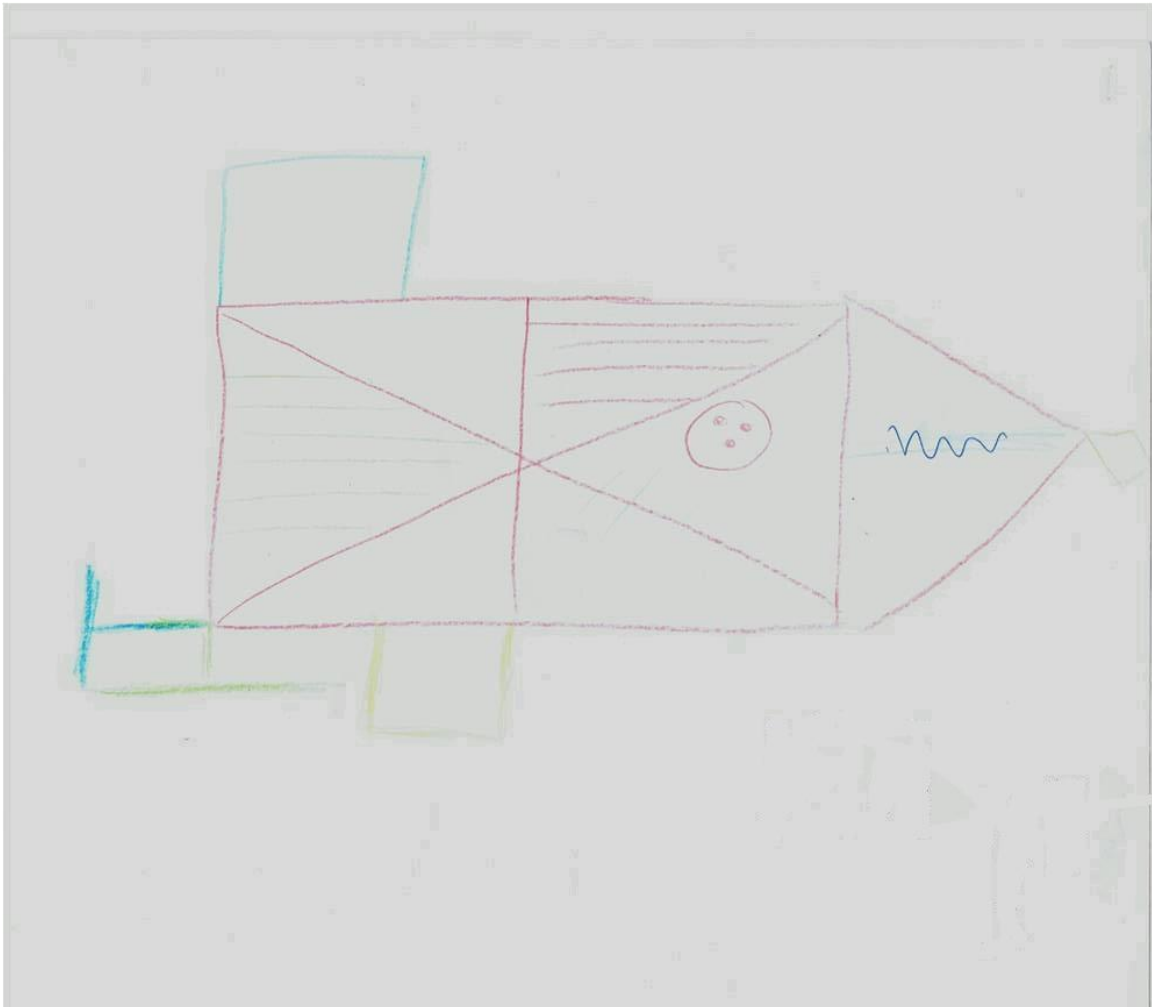
## ANEXO D

### Figura Complexa de Rey-Osterrieth – Produção da Cópia do Modelo



**ANEXO E**


**Figura de Rey-Osterrieth – Produção da Memória do Modelo**




## ANEXO F

### Rorschach – Protocolo


Cartão I

	<p>3''</p> <p>1. «Isto parece-me...um morcego»</p> <p>14''</p>
<p>G F+ A Ban</p>	


Cartão II

	<p>42''</p> <p>2. «Isto parece-me uma ilha»</p> <p>47''</p>
<p>Dbl F+- Geo</p>	<p>«A parte branca»</p>

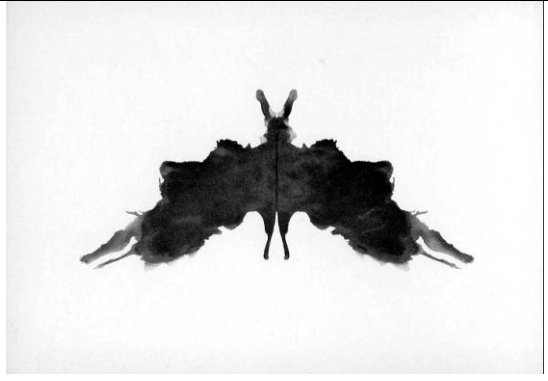
Cartão III

	<p>8”</p> <p>3. «Isto parece-me dois passarinhos no ninho. Por acaso está muito giro, isto»</p> <p>19”</p>
<p>D(Dd) F+ A/obj</p> <p>Coment. apreciativo</p>	<p>«O vermelho (D vermelho médio) é a comida, a parte de baixo é o ninho (D médio), os passarinhos (Dd laterais)»</p> <p>R.A.: D(Dd) FC A/Alim.</p>

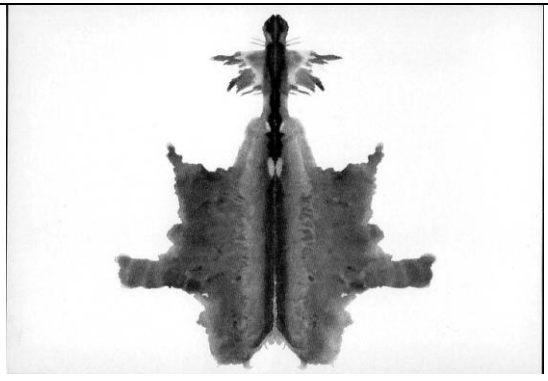
Cartão IV

	<p>30”</p> <p>4. «Isto parece-me um monstro como nos filmes de terror...»</p> <p>5. «parece eu num filme de terror a três dimenções... só cores escuras, não tem cores vivas, alegres»</p> <p>63”</p>
<p>G Fclob (H)/cena Ban</p> <p>G Fclob H/cena/3D projecção</p> <p>Choque negro</p> <p>Crítica obj.</p>	

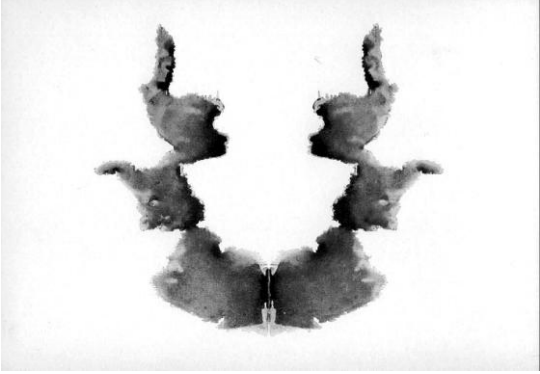
Cartão V

	<p>46”          (olha desconfiada)          6. «Isto parece-me o Diabo tem os cornos, tem os pés... não há fotos mais bonitas com cor?»          61”</p>
<p>G(D) Fclob (H)          Choque negro          Crítica obj.</p>	

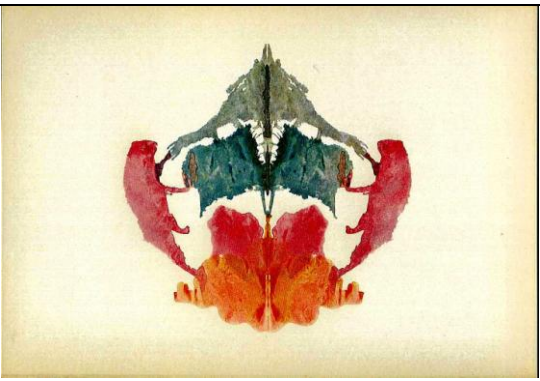
Cartão VI

	<p>15”          7. «Isto parece-me um cemitério com uma cruz... coisas feias... é só coisas escuras e feias! Que escuridão! Deviam pôr coisas coloridas... não gosto destas imagens!»          42”</p>
<p>G(D) Fclob pais/simb          Choque negro          Crítica obj.</p>	<p>Cruz (em cima)</p>


Cartão VII

	<p>6”</p> <p>8. «O que é que isto parece? (ri-se) Parece-me um morcego todo aberto. Está-me a perceber? Uma vagina com as pernas abertas para cima.»</p>
<p>G(D) F+ Sex/Anat _ K</p>	<p>«Aqui uma vagina (Dd médio inferior) com as pernas abertas para cima (Ds superior)»</p>

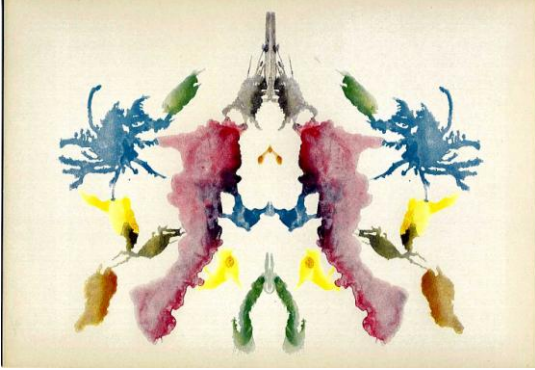
Cartão VIII

	<p>7”</p> <p>9. «Ah!... isto parece o nosso corpo humano, o coração (aponta), os nossos rins (aponta)... nós por dentro bonitinhos quando estamos felizes da vida»</p> <p>24”</p>
<p>G(D) F- H/Hd/Anat _clob</p>	<p>«O coração (parte superior) devia ser vermelho, os rins (parte de baixo), artérias, traqueia»</p> <p>R.A: «dois bichos a agarrar para nos sustentar»</p> <p>D(G) kan A/Anat Ban</p>

Cartão IX

	<p>51" □□</p> <p>«O que é que isto me parece? (carea); (suspira); isto não me parece nada... semelhante ao outro para estar a repetir não vale a pena»</p> <p>1'04"</p> <p>10. (Aponta) «Eu e outra pessoa com uma barreira muito grande, com nariz de pinóquio a crescer» 1'12"</p>
<p>Tentativa de Recusa</p> <p>G K H/(Hd)/abst</p> <p>projecção</p>	<p>Barreira muito grande (laranja)</p> <p>Nariz de pinóquio a crescer (Dd laterais)</p> <p>Eu e outra pessoa (D laterais)</p>

Cartão X

	<p>13"</p> <p>11. «Isto parece-me flores coloridas... transmite paz... foi o único desenho que gostei, foi este»</p>
<p>G CF Nat</p> <p>Abst</p> <p>Comentário apreciativo</p>	

Escolhas + : III e X («são os que mais gosto»)

Escolhas - : IV e V («não gosto destas imagens»)

## ANEXO G

### Rorschach – Psicograma

R	11	G	5		F+	3	A	2	G%	82%
Recusa		G(D)	3	□F	F-	1	Ad	0	D%	18%
Tempo total	6'75"	D(Dd)	1		F±	1	H	3	Dbl%	9%
T Resposta	37"	(Dbl)D	1				Hd	1		
T Latência médio	20"	Dbl	1	K	1		(H)	2	F%	36%
							(Hd)	1	F+%	88%
				CF	1		Anat	1	Fa%	82%
				Fclob	4		Geo	1	F+a%	86%
							Nat	1		
							Pais	1	A%	18%
							Simb	1	H%	36%/ 55%(H)
							Sex	1		
							Obj	1	Ban	2
							3D	1		
							Cena	2		
Sucessão	G	Dbl	D(Dd)	G(D)			Abst	1		
Tipo de apreensão	G	D	Dbl							
							<u>Elementos Qualitativos:</u>			
T.R.I.		1K/3□C					Choques	II-silêncio IV, V, VI		
F.C.		0k/0□E					Eq. Choque	IX-tentativa d recusa; manipulação cartão		
R.C. %		27%					Perserv.			
I.A.		36%					Com. Cor	X-coment. apreciativo		
							Com. Simetr.			
Prova Escolha							Crit. Obj.	IV, V, VI		
+	III	X					Com. Subj.	IX, X, (III)		
-	IV	V								

## ANEXO H

### Rorschach – Análise do Conteúdo Manifesto

A aplicação deste instrumento de recolha de dados originou evidente transtorno, incómodo e excitação em Luísa, mostrando-se visível através da sua constante actividade motora, expressões faciais e gestuais, comentários momentâneos, à prova e aos cartões.

O discurso é todo ele marcado pela pobreza e restrição na expressão, comentários depreciativos em relação à prova, hesitações e silêncios significativos ao longo das respostas, em que estes não se constituem como momentos de elaboração mas antes como “bloqueios” no processo associativo, pois não conduzem o sujeito a novas respostas ou ao aprofundamento das anteriormente produzidas.

A forma como o sujeito se coloca na prova, e o facto de praticamente não realizar qualquer manipulação dos cartões, pode-se supor que são indícios de uma adopção rígida da norma e de um funcionamento de acordo com os princípios do outro.

No final do teste verbalizou: “ Não gostei destes cartões, não têm nada com nada... eu olho e não vejo nada... não consigo imaginar nada, ainda se fossem fotos... Mas no fim até não foi muito difícil... eu hoje não devo estar bem...».

Da análise ao Psicograma destacou-se, antes de mais, uma produção muito reduzida tendo sido fornecidas apenas 11 respostas num tempo também ele muito reduzido (7'15"). A média de tempo por resposta foi de 37" e neste sentido o tempo de latência média (20") é muito significativo tendo em conta a aproximação ao tempo de resposta.

A apreensão, a abordagem do mundo, em G permite pensar que o sujeito possui possibilidades de abordar o mundo socializado pois supõe a existência de uma adaptação perceptiva da realidade.

No entanto, a apreensão feita quase em exclusivo em G em comparação com a pequena percentagem de respostas de detalhe (muito abaixo do valor normativo), podem evidenciar uma altos índices defensivos mobilizados no protocolo, uma certa ausência de curiosidade face ao objecto externo, o material, podendo-se acompanhar de falta de curiosidade pela realidade interna do próprio, ou o não desejo de se entregar e revelar ao outro de um modo mais manifesto.

A passividade que emerge nos modos de apreensão parece apontar para posições identificatórias com aquelas que, no geral, sustentam as modalidades de abordagem ao mundo e aos outros, onde se vê obrigado a inibir a sua subjectividade, no fundo a anular-se, tal a forte componente agressiva que ela encerra, num conflito que tem de recalcar tão rápido quanto possível.

A apreensão é na sua maioria feita a partir do determinante formal, estando sempre presente nas respostas do sujeito embora nem sempre com boa qualidade (F+% muito baixo e F+% alargado dentro da norma), dando conta que a precisão do julgamento nem sempre está presente podendo este facto dever-se a uma intromissão da angústia nos processos do pensamento elevando o número de Fclob no protocolo, pois são em igual número aos determinantes formais isolados de afecto. Os cartões mais escuros (IV, V e VI) favoreceram o aparecimento de respostas clob na medida em que causou no sujeito uma sensação de disfórica

Em suma, a actividade intelectual não é suficientemente autónoma e independente, é constantemente parasitada, invadida e perturbada pelas emoções e angústias, e as boas capacidades cognitivas parecem não estar a ser investidas e valorizadas. A ressonância emocional determina as condutas intelectuais que estão muito submetidas à sensibilidade egocêntrica.

Tendo em conta o carácter restritivo do protocolo:

Nos conteúdos destaca-se um valor muito abaixo da norma das respostas A (A%=18%): a do cartão I, com pouca elaboração ou exploração, agarrada a uma banalidade esperada, tendo em conta o carácter defensivo perante o primeiro contacto com o material; a do cartão III, pelo contrário, um pouco mais explorada, dando conta de afecto e contida através do detalhe. O número de banalidades é dentro da norma (2 em 11 respostas), assim, estamos perante um sujeito que se mostra socialmente adaptado a um nível de superfície. Assim estamos perante um sujeito que não investe superficialmente ao nível da socialização.

O valor das respostas em D (18%) encontra-se muito abaixo do valor normativo tal como o valor de F+% (32%), bem como o reduzido número de respostas K. No entanto, o valor de H (36%) é significativamente elevado. Tendo em conta que  $FC \square C + CF$  (capacidade de contenção das emoções), podemos considerar que existem falhas na socialização a nível profundo. No entanto a nível profundo há um grande interesse pelos conteúdos humanos.

Deste modo tanto a socialização em profundidade como a de superfície parecem estar em conflito, deste modo, a adaptação social do sujeito parece nem sempre ser completamente eficaz. Podemos pensar que é alguém que recorre a esquemas operatórios e normas, mas que não as interiorizou, ou seja, adopta a perspectiva que lhe é imposta não a interiorizando verdadeiramente, aderindo adesivamente a esta sem que seja sua (falhado).

Existe ao longo da prova uma atitude de distância e de não implicação, que se altera um pouco da passagem espontânea para o inquérito pois neste consegue introduzir duas respostas de boa qualidade: no cartão III introduz a cor vermelha que ainda não tinha referido durante a prova, e no cartão VIII em que volta a falar das cores e dá conta de uma banalidade com tendência à cinestesia.

É de notar que a dimensão imaginativa e dinâmica comunicada pela cinestesia se encontra claramente bloqueada, dando conta de uma inibição da expressão genuína do sujeito.

O estudo das cinestésias mostra haver uma impossibilidade ao nível da identificação pessoal. A cinestesia surge no cartão IX.

Equivalente a Choque:

Há um equivalente a choque no cartão IX (choque à côr pastel), quando Luísa faz uma tentativa de recusa quando diz «semelhante ao outro, para estar a repetir não vale a pena», um alongamento do tempo de latência, reacções como suspirar e fazer caretas, comentários verbais e críticas subjectivas («isto não me parece nada»), conseguindo no entanto um brusco enriquecimento da qualidade da resposta, uma grande mudança na reactividade.

Também no cartão VIII (côr pastel) pode-se supor que houve uma tentativa falhada de choque que veio sob a forma de uma diminuição/minimização «nós por dentro bonitinhos quando estamos felizes da vida». Expressa-se em F-.

Vermelho – não integra o vermelho no protocolo. Um bloqueio porque o vermelho reencaminha-a para a incapacidade, e portanto utiliza o recalçamento como mecanismo de defesa, pela recusa da conotação sexual e agressiva do vermelho.

A resposta que inclui a cor surge no cartão X, a cor é integrada de um modo diferente, tudo calmo, transmite paz, emoções ligadas a algo de positivo, de tranquilo.

Em relação ao negro, a sensibilidade é muito excessiva e é expressa verbalmente. Dá conta de uma sensibilidade depressiva ligada a algo de fóbico que Luísa mostra pelo uso de C', com tendência a Clob.

Coartativo - Luísa funciona em F. Ambos os pólos se expressam da mesma forma e o que caracteriza este tipo é a insuficiência dos dois pólos. É um tipo em que nenhum dos componentes assume uma expressão suficiente. Os dois modos de expressão são reduzidos, como que aniquilados, e as reacções no teste são essencialmente formais.

A Forma Complementar não vai no sentido do TRI, na medida em que não há a existência de pequenas cinestésias e de respostas sensoriais de esbatimento no protocolo de Luísa.

Embora o valor de RC não pareça à primeira vista muito significativo quando comparado com o normativo, pode dar-se conta da existência de uma expressão dos afectos na presença dos cartões de cor escura, e a integração destes no discurso, o que reflecte a expressão do afecto quando este está presente, o que poderá querer dizer que existindo uma repercussão interna, do ponto de vista afectivo esta encontra expressão ao ser comunicada.

O elevado número de Fclob no protocolo dá conta de uma angústia ao nível interno com valor depressivo. Os choques são reacções de “estupor afectivo” (Rorschach), de perturbação emocional intensa, provocadas no sujeito pelas cores negro/cinza dos cartões IV, V, VI. O choque manifesto é expresso verbalmente de uma forma directa («só coisas feias..que escuridão»), através do silêncio inicial (tempo de latência das respostas) e através de caretas e expressões de desagrado.

O choque provoca uma perturbação do processo associativo, isto é, desencadeiam uma desorganização do pensamento racional e do controlo por ele exercido sobre a personalidade e subentendem uma atitude neurótica de repressão dos afectos.

Como elementos de ansiedade devemos salientar a presença de duas respostas de Anat., uma das quais denota uma projecção directa do corpo real (cartão VII e VIII), em relação com a patologia orgânica do sujeito.

O conteúdo Hd do cartão IX produzido numa localização vista como um H denota uma incapacidade para ver o ser humano integro, em decorrência de uma perturbação emocional ou orgânica, que tendo em conta a projecção feita no cartão com os dados anamnésicos recolhidos da história actual do sujeito dá conta de uma possível perturbação emocional desencadeada pelo conflito emocional actual.

O conteúdo Hd do cartão VIII agarrado a uma resposta Anat. e associado a um determinante de má forma com tendência a clob pode supor a existência de uma tendência hipocondríaca.

No entanto, apesar de revelar todos estes conteúdos fóbicos, e da sua instabilidade ao nível do contacto com o material, o sujeito dá conta de possuir capacidades cognitivas de organização mental: perante uma realidade que lhe é interna (cartão IX), o sujeito acaba a prova conseguindo organizar num todo («flores coloridas») os movimentos de fragmentação do si, sentida durante toda a prova

Testemunho ainda de capacidades de recursos mentais, é o facto do sujeito ter acessos a uma grande riqueza ao nível de conteúdos (H, A, Geo, Obj, cena, 3D, simb, sex, abst, nat).

A expressão directa da angústia está presente no discurso através de expressões algo dramatizadas (cartão IV-“parece eu num filme de terror a três dimensões”, e cartão VIII- “nós por dentro bonitinhos quando estamos felizes da vida”) de sons produzidos (cartão IX), ou de um aumento do tempo de latência (cartão V e IX).

Os procedimentos defensivos empregues neste protocolo são da ordem da restrição onde: o número de respostas é restrito, a verbalização é mínima, os silêncios surgem com alguma frequência e o tempo de latência assume o seu valor significativo em alguns cartões. Ao nível do comportamento na prova também surgem algumas expressões de ansiedade e de desagrado em relação ao carácter perceptivo do Rorschach.

A angústia fundamental é a de castração, em que Luísa mostra a sua incapacidade de se apresentar como mulher completa, ela tem que se apresentar como mulher/criança. Podemos falar de um afecto depressivo muito forte e de uma angústia fóbica. Como o evitamento, bloqueio, a atracção, a repulsão, o deslocamento.

Mecanismos de defesa lábeis podem ser identificados através dos seus comentários da recusa ao negro, através da dramatização que faz através do recalçamento.

Há também mecanismos de série rígida, a minimização «nós por dentro bonitinhos...» (cartão VIII).

## ANEXO I

### Rorschach - Análise Cartão a Cartão

#### Cartão I

*Este primeiro cartão deve ser essencialmente visto como o mediador entre o sujeito e o avaliador, zona de contacto onde habitualmente surgem conteúdos e elementos característicos da relação pré-genital (imago materna pré-genital).*

É o primeiro contacto com o material Rorschach, está portanto ligada ao desconhecido, o que pode gerar uma certa inquietude. Revela muita cautela na nova situação em que apenas o banal está presente. Uma atitude conformista, socializada, adaptada e com alguma cautela verbal.

A resposta é rápida mas entre cortada por um silêncio que dá conta de uma tentativa de elaboração que se torna possível recorrendo a uma resposta banal de boa qualidade formal, vista em G.

Pega na prancha mas não a explora, não elabora ou não pode elaborar, dando conta de um imaginário pobre e seco. Deixa transparecer uma ponta de angústia: pouso o cartão em cima da mesa virado para baixo de uma forma brusca (fazendo barulho) e com uma certa rispidez.

Uma única resposta nesta prancha, com uma entrada na prova de uma forma rápida (diminuto tempo de latência, 3'') que aparenta tratar-se de uma precipitação, ou talvez uma reflexão, pois a resposta «... um morcego» é dada com um tempo de latência de 10'' desde a reflexão «Isto parece-me».

#### Cartão II

*Este segundo cartão está associado à sensibilidade psicoafectiva do sujeito, nomeadamente pela presença da cor vermelha. Também a ideossincrasia da imagem no alto e baixo dá ao cartão um cariz bissexual. Pode remeter para uma problemática pré-genital e angústia de castração e defesas contra ela.*

Existe um grande aumento do tempo de latência (42''), que dá conta de um equivalente a choque, ou seja, da existência de uma angústia.

Um único conteúdo para tanto tempo, dificuldade na resposta e na projecção que pode significar, entre outros: (1) procura da resposta certa, para agradar; (2) dificuldade em

aceder ao imaginário; (3) evitamento da angústia que pode emergir; (4) sucesso do recalçamento.

Evita os vermelhos e as emoções por eles desencadeadas o que demonstra alguma dificuldade na representação das emoções e dos afectos, podendo indicar níveis de ansiedade elevados. O seu sistema psico-afectivo, a sua almofada emocional, não parecem ser suficientemente fortes para pensar estes estímulos, assim desvia-os, evita-os, enviando-os para o vazio interno que não contém pois não tem espaço continente para conter.

Neste cartão dá então conta da existência de um vazio: o branco interpretado como uma ilha. Possivelmente atrai o sujeito que se sente atingido por aquela lacuna, realmente presente pela existência do branco neste cartão. Pode ter sido vivenciado como falta fundamental, carência verdadeira nas primeiras relações com a mãe, deixando a insatisfação a sua marca de insuficiência e de incompletude. A centração no Dbl inscreve-se no contexto de uma falta que mantém a tónica na incompletude e que dá conta da falta de confiança, da insegurança, que evidencia dificuldades em penetrar verdadeiramente no cartão em que a firmeza dos traços e dos limites é posta em causa por um pensamento vago (F□) que não encontra os seus limites deixando a realidade exterior escapar por mecanismos da ordem da dúvida.

No que diz respeito a uma imagem corporal, neste cartão, nas suas fontes mais arcaicas, a lacuna mediana é sentida como fenda interna, falha corporal fundamental, no entanto os pontos de junção presentes ao nível do conteúdo manifesto são utilizados para permitirem a unificação do continente ou do envelope («ilha», ainda que num F+-) e a delimitação dentro/fora.

### **Cartão III**

*Temática relacional que testa as dificuldades de Identificação e Identidade Sexual: Representação de Si e Representação da Relação. Representa a parentalidade.*

Existe um tempo de latência de 8", com resposta organizada em D, «dois passarinhos no ninho» a partir de dois Dd , «passarinhos». Este cartão dá conta de uma possível sensibilidade à simetria («dois passarinhos»).

Já no cartão anterior que também introduz a cor vermelha, Luísa volta a não integrar o vermelho tal como no anterior cartão, em que dá uma resposta Dbl.

O estímulo da prancha por estar próximo da realidade objectiva, evocar facilmente as silhuetas humanas numa simetria, remete-nos para a relação, que propriamente dita não

existe, na medida em que Luísa, através do recalçamento, evitou assim, o confronto com o outro, as dificuldades relacionais com o outro, isto é, o conflito relacional a que a prancha remete. Luísa não dá conta da sua existência, assim como das silhuetas humanas que se apresentam à sua frente, percebendo apenas o detalhe inferior que remete para a uma dificuldade mais primária.

Neste sentido, tal como no cartão anterior e ainda mais fortemente neste, seria suposto a referência de uma representação do corpo humano inteiro, no entanto deixa escapar uma possível integração de imagens do corpo, que se deve à falha da apreensão global aparecendo no seu lugar uma apreensão de detalhe (D médio inferior – «dois passarinhos no ninho»).

A ausência da percepção de seres humanos faz supor uma incapacidade de identificação com outros seres humanos. Por outro lado a dificuldade simbólica, bloqueada pela negação da percepção das partes laterais da prancha, (silhuetas humanas), remete-nos para uma dificuldade na representação de si por um lado, e a representação de si face ao outro (representação da relação). Uma dificuldade na representação de uma relação de apoio.

No entanto, Luísa mostra, num movimento espectacular, a luta intensa contra o aparecimento de representações incómodas, através da acentuação de uma viva sensibilidade ao meio, ou da utilização daquilo que nos parece uma representação ecrã. Mas o que nos autoriza a inferir a existência desta representação? O que nos permite não confundir recalçamento com clivagem das figuras humanas? A presença do conteúdo «dois passarinhos no ninho», cumpriu a função de continente do conteúdo latente, conteúdo fantasmaticamente consistente, que a par da manutenção de um controlo suficiente, garante uma boa adaptação à realidade exterior, supõe-se então a actuação do recalçamento.

Os dois passarinhos no ninho parecem remeter para o conteúdo latente da relação primária. Serão eles isolados da relação de conteúdo agressivo/sexual? Haverá o alimento vermelho de que está ávido ou o prazer sexual que é interdito/vedado? Este vermelho central, com duplo sentido de fornecedor de alimento (num plano mais arcaico) e de elemento erótico (plano mais evoluído ou genital).

Este cartão permite uma identificação com a identidade sexual, quer masculina quer feminina. Luísa nega essa identificação, não conseguindo ver na prancha mais além dos passarinhos no ninho, passarinhos estes minimizados na sua relação de ninho, no

entanto na resposta adicional introduz alguma relação, ainda que através destes animais organizados num D, que se alimentam do vermelho (central).

O clima emocional é positivo e esta prancha agrada, sendo uma das escolhas preferenciais de Luísa.

#### **Cartão IV**

*Representa a autoridade. Angústia perante o Superego paterno/materno.*

Com um tempo de latência de 30” Luísa dá entrada directa na expressão dando conta da existência de uma angústia (Fclob) associada à resposta «monstro...», que no entanto é algo dramatizada, «filmes de terror a três dimensões...», chegando a projectar-se nesse drama, nesse monstro, para em seguida ser “diluída” num comentário ao material.

Luísa acaba por falar do terror, do seu terror interno, que de alguma forma tenta libertar mostrando desagrado perante o negro do cartão. De certo modo este cartão surge como representante da angústia de morte, uma angústia que Luísa tenta transformar e atenuar com recurso a elementos externos («filmes de terror» «a três dimensões») que a consubstanciam, valorizando o carácter mais subjectivo que é a realidade interna, negada com um forte recurso ao real externo. O confronto com o subjectivo é que é o problema, quando ele é reduzido, é mais objectivo, sente-se mais seguro.

Esta prancha está ligada à força, ao poder, à autoridade. Para alguns autores como Anzieu (1965, cit. Por Chabert, 1998) este é o cartão representante superegótico, o cartão da autoridade (sendo possível a identificação materna ou paterna), ligada à força, ao poder, o que vem fortalecer a posição anterior – o Superego como representante do real -, e dá conta de uma presença “aterrorizante” dessa mesma instância.

Pensamos que se trata de um superego paterno, sentido como ameaçador ou castrador, e por isso mesmo a reacção disfórica (que é comum neste cartão), e o carácter “monstruoso” da percepção, denotando igualmente a presença de uma forte angústia de castração.

A projecção (formação reactiva) perante a angústia (choque ao negro), revela desorganização perante a tonalidade emocional, aparente regressão que deve remeter para a relação com a figura de autoridade, isto é, diante do Superego paterno.

O investimento narcísico e a imagem de si solicita o sujeito a ver, de um modo depressivo, essa vivência de si mesmo projectada sobre o material no sentido de uma angústia existencial, que dá conta da possibilidade de haver uma falha ligada à representação de si, na afirmação megalómana de onipotência.

Este cartão não acentua, de imediato, a representação do corpo. Evoca sobretudo imagens de potência, no entanto, estas imagens serão melhor ou pior representadas consoante se revele, ou não, a integração de uma construção corporal delimitada e bem definida (Chabert, 1998). Neste sentido, Luísa, com a resposta «monstro» parece dar conta de uma imagem corporal que retoma perceptivamente a combinação estruturante de um corpo humano ou antropomórfico.

### **Cartão V**

*Cartão que traduz a adaptação à realidade e ao mundo onde o sujeito se representa: Identidade, Representação de Si (ego ideal). Testa a presença de envelope corporal e psíquico, de películas contentoras.*

Ainda em continuidade com o cartão anterior, perante mais um cartão negro, Luísa projecta novamente a angústia em resultado da percepção de elementos que parecem ameaçadores e que continua a não querer explorar. É um material que lhe provoca desconforto e angústia.

Os 46” do tempo de latência inicial demonstram um arrastamento da ansiedade que foi gerada pela mancha anterior. A mancha preta que deprime e se manifesta em choque ao negro.

O tempo de latência pode ser um alerta para uma eventual luta do sujeito contra a desorganização de si, contra o caos interno e como fuga da representação manifesta, uma resposta simbólica.

O comentário cor negra repetitivo denuncia e traduz forte sinal depressivo – a depressividade já falada.

No que diz respeito ao investimento narcísico da imagem de si, encontra-se a grande sensibilidade dos cartões IV e V que se pode mesmo considerar um lugar privilegiado das representações que se referem à identidade e ao narcisismo. O investimento narcísico de si solicita o sujeito a ver essa vivência de si mesmo projectada sobre o material no sentido de uma angústia existencial.

Esta prancha testa muito bem a presença de envelope corporal e psíquico no sujeito, de películas contentoras da psique, do pensamento, mas também do interior do corpo. Este sentimento de integridade ao mesmo tempo física e psíquica, tem haver com a representação de si. Neste plano encontramos uma aparente integridade numa imagem de Diabo com um forte simbolismo de maldade, pecado, traição, remetendo para uma possível identidade ameaçada. De facto parece haver falhas ligadas à fragilidade da

representação de si, verificando-se a emergência de manifestações de ordem narcísica, de um modo depressivo (elevado tempo de latência, Fclob) e na afirmação megalómana da onipotência.

Acede à representação do símbolo fálico («tem os cornos... tem os pés...»).

No resto, respostas idênticas à prancha anterior: diferença ameaçadora, identidade difícil, oscilação, instabilidade e ambivalência e choque à cor negra a revelar um traço depressivo – falha básica

### **Cartão VI**

*Apela a referências sexuais (angustia de castração, angustia de perda do objecto, angustia de fragmentação).*

Na resposta de Luísa parecem emergir conteúdos modelados por uma depressividade e sensibilidade à cor escura, vista como uma ameaça reportando à angústia e ao medo de morte.

O cemitério, representante de uma angústia de morte, é um conteúdo de desvitalização, por não conseguir ser aquilo que gostaria, a desresponsabilização, a morte, a anulação da sua própria identidade.

Impacto que nos faz pensar em fortes angústias provocadas pelo material, de cariz sexual; elevada tensão, com críticas objectivas e subjectivas, que dão conta de uma zanga interna de Luísa perante «coisas feias... só coisas escuras e feias...», zanga perante este negro que deprime o interno, que Luísa, recusa sentir.

Para Rausch de Traubenberg (1970, cit. Por Chabert, 1998) este é um cartão muito carregado de implicações sexuais, onde a dimensão fálica é aquela mais evocada. Também Anzieu (1965, cit. Por Chabert, 1998) salienta a mais comum evocação viril neste cartão, onde sobressai o carácter fálico representante do poder paterno.

Atitude passiva face a angústia de castração a que o cartão remete.

O cemitério por si só pode ser visto por uma protecção rígida que impede o contacto, dando conta de uma distância face ao paterno e ao masculino. O símbolo fálico é percebido como uma cruz, um determinante formal de má qualidade tendo em conta o peso do símbolo.

Deste modo, dada esta característica da resposta, verifica-se uma problemática ao nível da identidade sexual, onde se pode supor dificuldades ao nível dos processos de identificação devido a uma distância ou inacessibilidade do sujeito.

A ansiedade, face ao choque do negro arrasta-se ainda para esta prancha, e perante tanto estímulo negro, Luísa acede à angústia de morte dizendo “parece um cemitério”,  
Movimento repetitivo: defende-se das emoções e da invasão dos afectos. Parece confirmar-se grandes dificuldades em dar sentido às emoções e em verbalizar o seu sentir. Fica-se pela sensação visual, os afectos desligados das vivências

### **Cartão VII**

*Evoca o feminino e o maternal, tal como o cartão anterior remete para a dimensão da sexualidade, situando o sujeito face ao seu sexo e ao do outro.*

Luísa evoca um elemento de diferenciação sexual, permitindo a sua concretização ao ver o órgão sexual da mulher, em Ddbl, perante um cartão que percepção, em D, o feminino e o maternal, remetendo para a dimensão da sexualidade, «Uma vagina com as pernas abertas para cima». Órgão este que, num movimento inicial, Luísa evoca ao simbólico, referindo depois que o «morcego» tem para si um simbolismo de órgão sexual da mulher. Poder-se-á pensar este morcego como uma forma de perceber uma insegurança primária, uma ligação à noite intimidadora – as aves ameaçadoras (morcego) que se movimentam na escuridão, o medo infantil do escuro, os fantasmas que surgem à noite.

Acabamos aqui por ver surgir corpo erótico/erotizado para além do corpo unidade biológica – da lógica da vida (bio-lógica) para uma lógica do prazer (eros-lógica).

Este corpo («vagina com as pernas abertas para cima») poderá supor um colo materno que se revela bastante fálico ou a fragilidade de uma integridade corporal.

No entanto, existe uma evidente e imediata projecção corporal, a projecção de um corpo real/simbólico, tendo em conta que na altura da passagem do teste Luísa se encontrava em constantes visitas ao médico, no sentido de confirmar ou infirmar um possível diagnóstico de cancro no colo do útero, onde pode ter havido a associação de «vagina com as pernas abertas para cima». Assim também podemos entender este processo de resposta como uma forma de associar a mancha do cartão com elementos que fazem parte do quotidiano do sujeito – exames e outros procedimentos médicos – e deste modo a resposta indica a presença de diálogo, de uma forte presença do banal.

### **Cartão VIII**

*Mundo exterior e rede social e relacional. Mudança de tonalidade afectiva relativamente às outras pranchas.*

Aparece finalmente uma sensibilidade à introdução da cor, às emoções e afectos suscitados pelos estímulos exteriores, no entanto este tipo de registo pode significar, entre outras análises, a projecção do seu modo de funcionar, com apelo ao recalçamento, caso contrário pode manifestar-se a descompensação interna, assim ela é apenas latente, daí o acentuado embotamento afectivo e o isolamento dos afectos.

Esta tentativa de tratar o estímulo do ponto de vista formal, numa tentativa de fugir à cor (economia da gestão da cor) foi clivada dando origem a conteúdos anatómicos.

As cores remetem para imagens do interior do corpo que parece denunciar a perda de controlo com respostas de conteúdos anatómicos – angústia de fragmentação/identidade, há, no entanto, uma tentativa de intelectualização. As respostas anatómicas podem remeter para uma tendência e preocupações somáticas em situações de mobilização emocional intensa.

Utiliza a dramatização («...nós por dentro bonitinhos quando estamos felizes da vida») como defesa contra a angústia de fragmentação suscitada pela percepção das cores que deram origem a uma resposta anatómica de vísceras (coração e rins) presenciando assim a existência de um envelope corporal com película contentora que deixaria a descoberto os órgãos e as vísceras mas que insiste na qualidade protectora de continente.

### **Cartão IX**

*O penúltimo cartão apela ao confronto com o próprio e com os outros e o mundo exterior a si. Remete para uma simbologia pré-genital. Solicita a regressão, a angústia diante do impulso de morte.*

Mais uma vez, as emoções parecem produzir desorganização, pois não consegue dar sentido ao seu sentir – o exterior é excessivamente forte.

Há uma tentativa de recusa, falhada, precedida da angústia de fragmentação/identidade, da prancha anterior (pastel).

Não chega a ser uma resposta, é uma recusa após longos segundos (1'04'') de confrontação com o material com tendência a um conteúdo de repetição do cartão anterior podendo denunciar as dificuldades de separação e da diferença. Apresenta forte inquietação e angústia, apenas comentários subjectivos, não consegue lidar com a angústia que emerge porque o material é inquietante, não conseguiu reagir, e perante isto parece projectar as suas dificuldades na prancha. Provavelmente fê-la sentir tanto que lhe tolheu o pensamento, clivando-o dos afectos.

A princípio existe uma espécie de aniquilamento face ao material, que é expressa corporalmente, e também através de comentários subjectivos e de silêncios significativos. Parece não existir possibilidade de fornecer uma resposta que a satisfaça, no sentido de imobilizar uma resposta sentida como angustiante e igual à anterior «semelhante ao outro», e pela primeira e única vez, o cartão é manipulado mas a resposta é dada na posição direita.

Qual a razão do evitamento? Será por não conseguir estabelecer uma relação entre a mancha e um elemento do real? Ou ficar-se-á a dever à evocação simbólica do cartão?

O material é difícil e potencialmente desorganizador, sendo o contacto com este, sentido como incómodo. No sentido de não dar uma resposta repetida ao cartão anterior, mobiliza-a, acabando por dar uma resposta com simbolismo onde projecta uma angústia actual. Introduce o conflito na relação.

Assim, neste sentido, Luisa refere ser «eu e outra pessoa com uma barreira muito grande, com nariz de pinóquio a crescer», desvendando a possível angústia ligada ao corpo e a tentativa bem sucedida de luta contra essa angústia pelo recurso ao eixo e à simetria, que insiste no atributo particular dos limites de uma barreira que impede ser penetrada.

No cartão VIII, Luísa faz referência a uma linha de separação entre duas entidades que são apenas a repetição do mesmo, como se a diferenciação entre si e o outro fosse apenas o sinal de um corte interno entre duas partes não complementares, mas sim idênticas e estranhas, que serve de apoio a mecanismos de clivagem podendo tratar-se de um fenómeno susceptível de ser sustentado por um sentimento de despersonalização. O alongamento considerável do tempo de latência, a amplificação dos fenómenos transferenciais, o sofrimento expresso através da resposta essencial os comentários iniciais, reforçam a impressão de dificuldade, de mal-estar, ou mesmo de perturbação, ligada aos ecos internos de estimulações internas mais intensas.

Imago-materna sentida como ameaçadora inquietante. Aqui, a luta contra a regressão é importante, são realçados os aspectos negativos e persecutórios das relações precoces. As grandes dificuldades no manejo da agressividade, que revelam mecanismos de defesa menos elaborados que anteriormente (tendências interpretativo-projectivas), são a pôr por conta destas primeiras relações, cujo carácter talvez insuficientemente satisfatório (sublinhado pela sensibilidade às lacunas) provoca reacções agressivas proporcionais ao sentimento de frustração e de ameaça.

Uma tentativa de recusa e equivalente de choque parece confirmar-se a hipóteses de que tem cada vez mais dificuldades em conter a estimulação exterior, tem vindo a “desorganizar-se”, e a perder-se ao longo dos cartões, talvez o desgaste, o esforço, a falência da resposta. Perde-se, não pode ignorar o que sente, mas também não o pode revelar, não se pode entregar (tal como esta relação incestuosa) – “eu e outra pessoa com uma barreira muito grande”, mesmo que a negação dessa realidade seja a negação da própria vida

### **Cartão X**

*O apelo à fragmentação testa a capacidade de unificação do sujeito. Angústia diante do despedaçamento. Assinala a separação do sujeito com o avaliador.*

É a prancha do espaço. Nesta prancha predomina, para além da cor, a dispersão que remete para fantasmas de fragmentação.

Limitada até então quanto ao emprego dos seus recursos, pela complexidade e variedade do material, neste cartão, Luísa pode então mostrar aquilo que é capaz, revelar-se mais espontânea e ao mesmo tempo revelar-se adaptada nas suas respostas. Dominam então os afectos para evitar a representação.

Angústia de separação, as defesas baixaram significativamente, tenta apelar à boa relação com o técnico, há brilho e alegria que são desorganizadoras, mas que quer partilhar sem saber como. O cartão remete então para uma imagem ligada à vida, à cor, à natureza numa tentativa de unificação da identidade, tentativa de reconstrução desta, ameaçada ao longo da prova.

Neste cartão, pela sua dispersão, põe à prova as capacidades de unificação corporal, na qual Luísa tem uma resposta bem sucedida numa apreensão global «flores coloridas».


Foi uma das duas pranchas eleitas como as que mais gostou pois «(...) transmite paz».

NOTA: Perante o movimento que se dá no cartão II, um vazio interno, Luísa é invadida por angústias de fragmentação de si num movimento fóbico. A partir da prancha IV (conflito com a figura de autoridade) fecha-se sobre as suas emoções às quais não consegue dar um nome. A falha narcísica torna-se mais visível a partir desta prancha, até ao final.


## ANEXO J

### T.A.T. – Protocolo/Procedimentos

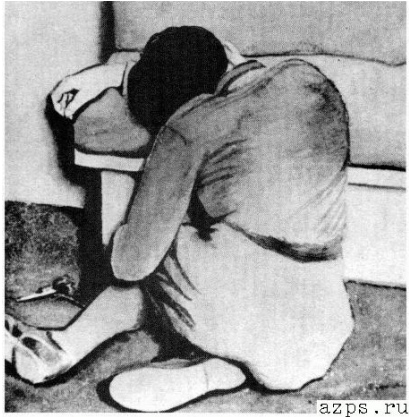
#### Cartão 1

	<p>20” Conto uma história olhando para isto? Isto é um violino, não é? Se metesse aqui um prato de caracóis... agora um violino!+++ Uma criança a pensar se consegue tocar ou não. Desenvolvo? Está a olhar para mim? Tenho que imaginar o que o puto está a pensar! Ainda se fosse maior... (ri-se) Sei lá o que diga em relação a isto! Fica assim. 2’18</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A21 &gt; A217 &gt; A218 &gt; B28 &gt; C/Fo1 &gt; CFo2 &gt; C/Fo3 &gt; C/Fo4 &gt; C/Fo5 &gt; C/N9 &gt; C/N10 &gt; C/M3 &gt; C/C1 &gt; C/C2</p>	


#### Cartão 2

	<p>13” Ele tem umas grandes costas! Isto aqui é a rapariguinha que vai estudar, ou pensa que vai estudar. A senhora que está aqui... Isto aqui é... ok. Ela vai estudar, ele vai tratar dos cavalos e esta (aponta para a mulher do segundo plano) vai descansar que... +++ Ele deve estar a pensar alguma coisa. Está a pensar numa paisagem lindíssima. As costas são o máximo! Isto deve ser um reclame de whisky! 2’03”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A21 &gt; A215 &gt; A216 &gt; A217 &gt; B21 &gt; B25 &gt; B28 &gt; B210 &gt; C/Fo1 &gt; C/Fo2 &gt; C/Fo3 &gt; C/Fo4 &gt; C/Fo6 &gt; C/N8 &gt; C/Fa1 &gt; C/Fa3 &gt; E19 &gt; E20</p>	

Cartão 3BM

	<p>31” Isto é um homem ou uma mulher? Parece mais uma mulher... Parece desesperada... Isto aqui é... ok, uma pistola! Está a pensar na vida, no que vai fazer. Isto ficava giro para quadro! 53”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A21 &gt; A217 &gt; A218 &gt; B24 &gt; B26 &gt; B211 &gt; C/Fo2 &gt; C/Fo4 &gt; C/N4 &gt; C/N8 &gt; C/Fa3 &gt; E20</p>	

Cartão 4

	<p>1” Isto é um casal feliz. Ela gosta dele, mas ele não tem cara disso. Ele tem olhar agressivo. O olhar dele transmite qualquer coisa, mas não consigo... Tem olhos de diabo! 27”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A21 &gt; A28 &gt; A215 &gt; B21 &gt; B26 &gt; B29 &gt; C/Fo2 &gt; C/Fo6 &gt; E9 &gt; E14 &gt; E15 &gt; E16 &gt; E20</p>	

Cartão 5



43”+++ Esta não me diz nada! Esta pessoa não me diz nada... (devolve o cartão) 49”

Procedimentos:

C/Fo1 > C/Fo3 > C/Fo5 > C/N9 > C/C1

Cartão 6 GF



10” Era uma vez este senhor, antigamente, com o seu belo cachimbo.+++ Tentava dizer-lhe qualquer coisa... Tentava convidá-la para alguma coisa... Talvez para a night!+++ Antigamente as pessoas eram mais bonitas. Este senhor tem um olhar meigo. 2’04”

Procedimentos:

A11 > A21 > A23 > A24 > A215 > B23 > B29 > C/Fo1 > C/Fo2 > C/Fo3 > C/Fo4 > C/N10 > C/M3 > E20 > C/Fa3

Cartão 7 GF



7” Esta é gira! Isto parece eu e a minha filha. Eu estou a contar-lhe uma história mas ela não me liga nenhuma. Ainda quer brincar com as bonequinhas, apesar de ser crescida. 40”

Procedimentos:

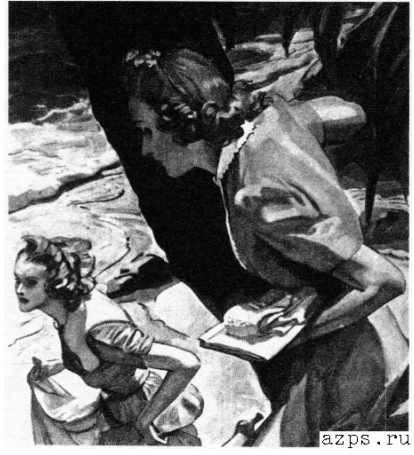
A11 > A13 > A21 > B21 > B23 > B24 > C/Fo2 > C/N1 > C/N2 > C/Fa2 > C/Fa1

Cartão 8 GF




1” Isto pareço eu às vezes, quando estou a pensar na vida. A olhar para o além, a ver o que é que me acontece. É como agora, olho para a fotografia e não consigo exprimir o que ela está a pensar, tal como aquilo que penso. 31”


Cartão 9 GF

	<p>21” Como é que quer que conte uma história disto? (faz caretas a olhar para a imagem). +++ Não consigo contar uma história disto. 1’23”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>C/Fo1 &gt; C/Fo5 &gt; C/N9 &gt; C/C1 &gt; C/C2</p>	


Cartão 10

	<p>2” Uhhh!!! (demonstra expressamente agrado) É um momento de ternura, de miminhos... +++ As fotografias deviam de ser a cores. 51”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A21 &gt; B21 &gt; C/C1 &gt; C/Fo1 &gt; C/Fo3 &gt; C/Fo4 &gt; C/N3 &gt; C/N5 &gt; C/N8 &gt; E20</p>	

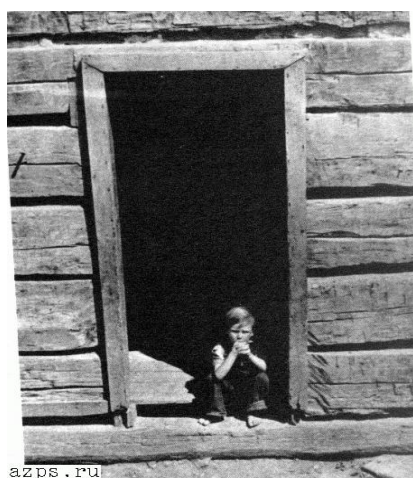
Cartão 11

	<p>52” +++ Isto é lindo! (deita a língua de fora) Espectáculo! (ri-se) Isto a mim não me transmite nada. 60”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>B2<sub>1</sub> &gt; C/Fo<sub>1</sub> &gt; C/Fo<sub>5</sub> &gt; C/N<sub>9</sub> &gt; C/C<sub>1</sub> &gt;</p>	

Cartão 12 BG

	<p>1” Isto é uma paisagem que eu gostava muitas vezes de passear. É uma paisagem bonita para se estar a pensar e a resolver problemas da nossa vida. 20”</p>
<p>Procedimentos:</p> <p>A2<sub>1</sub> &gt; A2<sub>8</sub> &gt; B1<sub>1</sub> &gt; C/Fo<sub>4</sub> &gt; C/N<sub>1</sub> &gt; C/N<sub>2</sub> &gt; C/M<sub>2</sub> &gt; E<sub>1</sub> &gt; E<sub>20</sub></p>	

Cartão 13 B



6” Ai tão querido! +++ Um dos meus sonhos era ter um bebê como este. 31”

Procedimentos:

$B2_1 > C/Fo_1 > C/Fo_2 > C/Fo_3 > C/Fo_4 > C/N_1 > C/N_2 > C/M_2 > E_1 > A1_2 > B1_1 > C/C_1$

Cartão 13 MF




20” Acho que este homem está com cara de arrependido, de ter feito alguma coisa que não devia fazer. +++ Ela nem consegue olhar para ele, porque também não se deve sentir muito bem... Está deitada. 1’12”

Procedimentos:

$A2_1 > A2_8 > A2_{17} > C/Fo_1 > C/Fo_2 > C/Fo_3 > C/Fo_4 > C/N_4 > C/N_5 > E_{20}$

Cartão 19

	25'' +++ Isto parece quando desaba o mundo! 27''
<p>Procedimentos:</p> <p>C/Fo1 &gt; E1 &gt; E4 &gt; E9 &gt; E20 &gt; E6 &gt; E8</p>	

Cartão 16

	3'25'' +++ Vou contar uma história sobre mim. Gostava de poder fazer mais coisas que não posso. Gostava, por exemplo, de ter mais força para tirar a carta, de estudar outra vez... Que a minha vida mudasse 180°. Talvez tirar mais partido da minha vida que nunca cheguei a tirar... Às vezes falta-me coragem de o fazer. 4'25''
A217 > B11 > C/Fa2 > C/Fa3 > C/N1 > C/N2 > C/N9	

**FOLHA DE DECOMPOSIÇÃO**

PROCEDIMENTOS DA SÉRIE A  
(Controlo)

- A0** Conitualização intrapessoal.
- A1**
- + 1. História construída próxima do tema banal.
  - + 2. Recurso a referências literárias, culturais, ao sonho.
  - + 3. Integração de referências sociais e do senso comum.
- A2**
- + 1. Descrição com apego aos pormenores (al-guns raramente evocados), incluindo ex-pressões e posturas.
  - 2. Justificação das interpretações através desses pormenores.
  - + 3. Precauções verbais.
  - + 4. Afastamento tempo-espacial.
  - 5. Precisões numéricas.
  - 6. Hesitações entre interpretações diferentes.
  - 7. Vai e vem entre a expressão pulsional e a defesa.
  - 8. Mastigação, ruminação.
  - 9. Anulação.
  - 10. Elementos de tipo formação reactiva (limpe-za, ordem, ajuda, dever, economia, etc.).
  - 11. Denegação.
  - 12. Insistência no fictício.
  - 13. Intelectualização (abstracção, simbolização, título dado à história em relação com o conteúdo manifesto).
  - 14. Alteração brusca de direcção no curso da história (acompanhada ou não de pausa no discurso).
  - + 15. Isolamento de elementos ou personagens.
  - + 16. Grande pormenor e/ou pequeno pormenor evocado e não integrado.
  - + 17. Acento inscrito nos conflitos intrapessoais.
  - + 18. Afectos exprimidos a *minima*.

PROCEDIMENTOS DA SÉRIE B  
(Labilidade)

- B0** Conitualização interpessoal.
- B1**
- + 1. História construída à volta de uma fantasia pessoal.
  - 2. Introdução de personagens que não figuram na imagem.
  - 3. Expressões flexíveis e difundidas.
  - 4. Expressões verbalizadas de afectos vari-ados, modulados pelo estímulo.
- B2**
- + 1. Entrada directa na expressão.
  - 2. História com ressaltos. Fabulação longe da imagem.
  - + 3. Acento inscrito nas relações interpessoais. Relato em diálogo.
  - + 4. Expressão verbalizada de afectos fortes ou exagerados.
  - + 5. Dramatização.
  - + 6. Representações contrastadas. Alternância entre estados emocionais opostos.
  - 7. Vai e vem entre desejos contraditórios. Fim com valor de realização mágica do desejo.
  - + 8. Exclamações, comentários, digressões, refe-rências/Apreciações pessoais.
  - + 9. Erotização das relações. Invasão da temática sexual e/ou simbolismo transparente.
  - + 10. Apego aos pormenores narcísicos com valência relacional.
  - + 11. Instabilidade nas identificações. Hesitação sobre o sexo e/ou idade dos personagens.
  - 12. Acento inscrito numa temática do estilo: ir, correr, dizer, fugir, etc.
  - 13. Presença de temas de medo, de catástrofe, de vertigem, etc., num contexto dramatiza-do.

PROCEDIMENTOS DA SÉRIE C  
(Evitamento do conflito)

- C/F0**
- + 1. Tão logo e/ou importantes silêncios intra-relato.
  - + 2. Tendência geral à restrição.
  - + 3. Anonimato de personagens.
  - + 4. Motivos dos conflitos não indicados, relatos banalizados a todo o custo, impessoais, cola-gem.
  - + 5. Necessidade de questionar. Tendência re-cusa. Recusa.
  - + 6. Evocação de elementos anstógenicos, segui-dos ou precedidos de interrupções do dis-curso.
- C/N**
- + 1. Acento inscrito na vivência subjectiva (nao relacional).
  - + 2. Referências pessoais ou autobiográficas.
  - + 3. Afecto-título.
  - + 4. Postura significante de afectos.
  - + 5. Acento posto nas qualidades sensoriais.
  - 6. Hesitação na demarcação dos limites e dos contornos.
  - 7. Relações especulares.
  - 8. P.V. em quadro.
  - + 9. Críticas de si.
  - + 10. Pormenores narcísicos. Idealização de si.
- C/M**
- 1. Sobreinvestimento da função de análise do objecto.
  - + 2. Idealização do objecto (valência positiva ou negativa).
  - + 3. Prueias, viravoltas.
- C/C**
- + 1. Agitação motora. Mímicas e/ou expressões corporais.
  - + 2. Perguntas feitas ao clínico.
  - 3. Críticas do material e/ou da situação.
  - 4. Ironia, escárnio.
  - 5. -Piscar de olho- ao clínico.
- C/Fa**
- + 1. Apego ao conteúdo manifesto.
  - + 2. Acento inscrito no quotidiano, no actual, no actual, no concreto.
  - + 3. Acento inscrito no fazer.
  - 4. Apelo à norma exterior.
  - 5. **MECLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS**

PROCEDIMENTOS DA SÉRIE E  
(Emergência em processo primário)

- E**
- + 1. Escotomas de objectos manifestos.
  - 2. Percepção de pormenores raros e/ou extra-vegetes.
  - 3. Justificações arbitrárias a partir desses por-menores.
  - + 4. Falsas percepções.
  - 5. Percepção sensorial.
  - 6. Percepção de objectos fragmentados e/ou objectos deteriorados ou personagens obien-tes, deformadas). Fabulação ora de imagem.
  - 7. Inadequação do tema ao estímulo. Abstrac-ção, simbolismo hermético.
  - + 8. Expressões -crues- ligadas a uma temática sexual ou agressiva.
  - + 9. Expressão de afectos e/ou representações mágicas ligados a qualquer problemática (da incapacidade, o fim, o triunfo megaló-maniaco, e medo, a morte, a destruição, a perseguição, etc.).
  - 10. Perseveração.
  - 11. Confusão de identidades (telescopagem de papéis).
  - 12. Instabilidade de objectos.
  - 13. Desorganização das sequências temporais e/ou espaciais.
  - + 14. Percepção do mau objecto, temas de perse-guição.
  - + 15. Clivagem do objecto.
  - + 16. Procura arbitrária de interrelacionalidade da imagem e/ou das fisionomias ou altitudes.
  - 17. Falhas verbais (perturbações da sintaxe).
  - 18. Associações por contiguidade, por conso-nância, disparates.
  - + 19. Associações curtas.
  - + 20. Vago, indeterminação, leveza do discurso.

## **ANEXO L**

### **T.A.T. – Análise Cartão a Cartão**

#### **Cartão 1**

##### **Problemática:**

Este primeiro cartão é o primeiro contacto com o material. O tempo de latência foi grande (20”), o que revela um trabalho de elaboração interna da angústia evocada pela imagem. Acedeu ao conflito encenado num modo intrapsíquico mas não o conseguiu desenvolver.

A agitação motora, os variados procedimentos fóbicos, o recurso à defesa maníaca e as perguntas feitas ao clínico assinalam a negação do afecto depressivo que o cartão suscitou. Esta posição de impotência reconhecida mas difícil de assumir desencadeou uma série de movimentos defensivos que no seu discurso passam pela abstracção e uma tentativa de erotização com apego a pormenores narcísicos, como fuga à problemática do cartão.

O objecto “violino” não é investido como objecto de desejo, susceptível de aportar satisfações, apesar do reconhecimento da imaturidade actual da criança não dá solução para o problema, este fica apenas pelo pensamento «a pensar se consegue tocar ou não», ou seja, para a sua incapacidade em utilizar o objecto como objecto de desejo, no aqui e agora da aplicação (construir uma história).

#### **Cartão 2**

##### **Problemática:**

A elaboração do conflito edipiano é particularmente difícil (fragilidade de manejo pulsional, precariedade dos investimentos libidinais, manuseamento da agressividade mal gerida).

Existe uma efectiva diferenciação entre as três personagens, sendo cada uma delas apreendida como munida de qualquer coisa, no entanto não foi possível estabelecer uma relação entre os personagens do cartão. Luísa apreendeu a mulher do segundo plano como estando grávida mas não o referiu verbalmente, não exteriorizou, isolando este elemento («a senhora que está aqui... isto é (aponta para a barriga da mulher)... ok»)

pois isso seria o assumir uma valência relacional e um possível reconhecimento da triangulação edipiana, assim fica apenas no registo protomental.

O anonimato das personagens tem como finalidade evitar a representação de relações carregadas no plano libidinal, pulsional. A atracção pela personagem do sexo oposto que é claramente mais investido e valorizado que as restantes personagens, o apego aos pormenores narcísicos e a idealização da personagem masculina serve a defesa baseada no evitamento do conflito edipiano.

Uma grande fuga pela retirada narcísica, pela retirada do mundo relacional. É uma solução por retracção ou enquistamento narcísico.

### **Cartão 3 BM**

Problemática:

O tempo de latência aumenta significativamente e a entrada no material dá-se através de uma hesitação na identificação, com acento inscrito num conflito intrapessoal.

A reactivação da posição depressiva é evidente através da expressão de afectos («desesperada», «pensar na vida») rapidamente contra-investida pelo recurso a um retraimento narcísico (pôr em quadro), que pretende isolar e manter à distância os afectos depressivos pois assim deixa de ter uma valência depressiva e passa a ser «giro».

Deste modo, mesmo entrando em contacto com esses afectos, o sujeito consegue manter a sua estruturação colocando-os a uma distância confortável, existindo assim uma “fuga à depressão”.

A elaboração da posição depressiva não é totalmente possível pois apesar de ser evocado um reconhecimento e a expressão verbalizada de afectos depressivos («parece desesperada...está a pensar na vida...»), com possibilidade de resolução inscrita no fazer («...a pensar...no que vai fazer.»), estes não são permitidos ser associados a uma representação de perda.

Esta resposta possui uma conotação transferencial que deve ser apreciada («está a pensar na vida, no que vai fazer»), tal como no cartão, onde existe uma pessoa que não encontra solução para os seus problemas, precisa de pensar no que vai fazer

#### **Cartão 4**

Problemática:

Existe uma entrada directa no material, com um tempo de latência muito reduzido, que muito possivelmente motivou a desorganização perante o estímulo.

Sem existir grande tempo de reflexão, a passagem muito rápida de uma identificação feminina para uma identificação masculina, e a representação contrastada de estados emocionais opostos («casal feliz. Ela gosta dele mas ele não tem cara disso»), Luísa começa a resposta quebrando essa proximidade/intimidade, revelando uma eminente separação, e consequentemente, arrastando uma instabilidade da relação, que provavelmente se fica a dever a uma intromissão da angústia (de separação), que se entrepõe na relação a dois.

um forte desejo de grande proximidade (intimidade) reactiva a agressão ao objecto de desejo

Face a esta problemática que remete um conflito pulsional no seio de uma relação heterossexual, e perante a possível ameaça da separação insuportável leva Luísa, a um nível mais arcaico, a atacar e desqualificar o elemento masculino que olha de um modo persecutório. O olhar não é então integrado num sistema conflitual interno e as moções pulsionais agressivas, projectadas em fortes quantidades sobre a personagem masculina, arrastam uma irrupção de representações maciças e uma deformação do material («olhos de diabo»).

A capacidade de evocar um meio que permita a projectar/introjectar o bom e o mau, põe em causa a existência de um suporte que assegure a clivagem do bom e do mau: a representação da relação passa de um quadro feliz para uma tónica persecutória, que remete para uma modalidade de funcionamento muito arcaica.

Dificuldade em elaborar o conflito interpessoal. Impasse na relação.

#### **Cartão 5**

Problemática:

O tempo de latência é muito elevado, e o sujeito fica em silêncio a olhar para o cartão, dando conta da dificuldade em abordar o conteúdo latente («não me diz nada»), e da necessidade em evitar o cartão, possivelmente sustentada por uma problemática difícil de abordar por ser complexa para Luísa. Esta ideia é fortalecida pela dificuldade em produzir uma resposta que permita a elaboração de uma história, o tempo de latência até verbalizar a sua dificuldade, e consequente recusa.

Na impossibilidade de aceder ao conteúdo latente do cartão, que reenvia para uma imagem materna que olha e penetra, Luísa encontra-se confrontada com um vazio interior («esta pessoa não me diz nada») referente à imagem materna.

Dir-se-ia que num movimento iniciado no cartão precedente, que mobilizou defesas primárias maciças, Luísa viu-se confrontada com a impossibilidade de construir um relato. A crítica de Luísa a si própria incide no reconhecimento da sua inibição em pensar e contar uma história.

Terá Luísa medo de exteriorizar a sua raiva/agressividade face à mãe expressando-se de outras formas, através de crises de angústia e de sintomas psicossomáticos, ou seja, não conseguindo aceder a uma comunicação verbal expressa-se somente na sua modalidade protomental?

### **Cartão 6 GF**

Problemática:

Existe uma entrada directa no material, com o recurso a uma referência literária («era uma vez...»), que vai permitir a Luísa construir uma narrativa cuja temática integra as solicitações latentes do cartão remetendo para um fantasma de sedução.

No entanto Luísa acede às solicitações latentes do cartão que remetem para um fantasma de sedução mostrando capacidade de integrar a identificação feminina no seio de uma relação de desejo. Ligado ao fantasma de sedução está o anonimato da figura feminina e o investimento narcísico da personagem masculina, onde se observa um sobreinvestimento do ar da personagem e a sua idealização, sem verdadeira possibilidade de aceder a uma elaboração do conflito pulsional.

Parece existir uma forte ligação ao personagem da história, ou mais propriamente à problemática em jogo, e em contrapartida, um apego ao conteúdo manifesto do cartão permite um evitamento do material latente, apesar de aceder é reprimida a expressão da relação de desejo colmatando a angústia provocada pela ferida narcísica que lhe está associada.

### **Cartão 7 GF**

Problemática:

Neste cartão em que é encenada a relação mãe-filha, Luísa fala de uma relação onde projecta (por identificação) a sua própria relação com a sua filha (ou quiçá mãe) onde é expressa a imaturidade de um dos elementos (a filha).

Este facto poderá indicar da parte de Luísa uma ligação ao quotidiano, que é transportado para a reposta TAT, dando conta de uma modalidade do funcionamento com forte apego ao banal assegurado pela integração daquilo que actualmente se pode dizer ser uma referência social e do senso comum num sentido depreciativo («quer brincar com as bonequinhas, apesar de ser crescida»).

Luísa projecta-se, claramente neste cartão, na sua relação com a filha, num contexto edipiano que abre a via para a identificação feminina. Luísa é portadora do desejo, de querer “contar-lhe uma história” e a filha “não lhe liga nenhuma”. O cenário clássico entre o desejo de saber e a defesa contra esse desejo.

Parece-nos que há uma distância que impede uma verdadeira ligação, encenada sob um conflito em que uma (a mãe) quer falar e a outra (a filha) não quer ouvir, sem resolução para o conflito onde predomina o anti-vínculo, o desligamento, a separação pelo caminho do evitamento do conflito mantendo um apoio no quotidiano.

### **Cartão 8 GF**

Os contornos do cartão permitem uma delimitação psíquica entre dentro e fora com uma personagem representada. Este cartão remete para uma problemática com acento inscrito nos na vivência intrapsíquica. Reenvia para o tema de solidão e reactiva a posição depressiva.

A temática evocada (vivência depressiva, solidão, isolamento) leva a que haja uma identificação tão forte ao personagem da história que faz com que seja perdida a distância face a si e ao personagem («Isto pareço eu às vezes...»).

Novamente perante um estímulo pouco estruturado, Luísa reage, demonstrando a sua falta de recursos para fornecer uma organização interna, deixando assim a solução em aberto através do enquistamento narcísico com críticas de, pois exterioriza o facto de não conseguir exprimir o que pensa, ou seja, o que sente. As relações com os objectos internos são difíceis dadas a pobreza ou ausência destes.

A ausência de objectos internos que povoem a mente interior reenvia para o vazio interno que angustia mas que não é capaz de ser exteriorizado pois existe um sentimento de vazio. A reacção de Luísa perante esta problemática reflecte alguma indiferença. Este vazio de objectos internos remete para a falta de um objecto interno (primário) que permita pensar, reflectir, o bom objecto que permita aceder à posição depressiva.

## **Cartão 9 GF**

Problemática:

O cartão solicita fortemente uma problemática identitária e a possibilidade de aceder à identificação sexual feminina. Na impossibilidade de aceder ao conteúdo latente do cartão, Luísa confronta-se novamente com um vazio interior que já se tinha deparado no cartão 5 (problemática materna), e que expressou no cartão anterior (8GF).

São evidentes algumas expressões de ansiedade na abordagem do cartão: tempo de latência elevado, questionar o clínico e critica a si própria (reflectida no reconhecimento da sua incapacidade em pensar e contar uma história) que servem para evitar o cartão como fuga à representação do conteúdo que suscita, reactivando elementos fóbicos que não permitem a sua elaboração. Mais uma vez a fuga ao conflito parece ser a única solução perante uma problemática tão complexa para si que não é permitida abordar, apesar de haver a tentativa esforçada para a sua realização.

Neste sentido não é permitido o acesso a uma identificação feminina, nem tão pouco o reconhecimento da existência do outro (de personagens que pudessem apoiar a construção de uma história) . Será que houve uma falha nos processos de individuação e de diferenciação em relação ao outro? Ou esta identidade é tão frágil que não pode ser abrdada? Existirá um aparelho de afectos onde possa fantasmar a presença/ausência do outro e conseqüente elaborar a posição depressiva e construir uma unidade identitária estável?

A recusa ao cartão permite pensar que não existe a capacidade de aceder a um conflito que permita manter uma identidade/identificação estável, no sentido em que “identificar-se a alguém é poder imaginar-se tomar o seu lugar”, e tomar o lugar do outro é poder fantasmar o seu desaparecimento.

## **Cartão 10**

Problemática:

A problemática remete para uma aproximação libidinal no seio de uma relação, ou seja uma aproximação do conflito edipiano.

Aqui, mais uma vez, domina a problemática narcísica na medida em que, perante um material vago e pouco claro quanto à idade e sexo das duas personagens, a diferença de sexos não é tida em conta e dá lugar à representação de relações especulares que são rapidamente metidas em quadro com afecto-título («É um momento de ternura») no sentido de evitar o conflito associado.

A resposta denota assim um apego ao conteúdo manifesto do cartão e em contrapartida existe o evitamento do material latente onde é reprimida a expressão libidinal com o risco de se aproximar mais de uma relação de suporte. É no entanto encenado um esboço da relação dual onde a exclusividade relacional permite a evocação de um continente e um meio que permite a introjecção do bom objecto relacional. O comentário final («as fotografias deviam ser a cores») permite a retirada, a fuga, pela expressão do desagrado das qualidades sensoriais do material, como possibilidade de aliviar o excesso de tensão causado até aqui pelo material TAT.

### **Cartão 11**

Problemática:

A incapacidade de Luísa mergulhar neste material, cuja solicitação à regressão é particularmente importante e pressante, dá conta da sua incapacidade de elaborar a angústia pré-genital.

A qualidade da relação que é mantida com a representação internalizada da mãe arcaica acenta numa incapacidade em organizar estes conteúdos mais regressivos, e portanto na incapacidade em elaborar uma história que os contenha (possivelmente pelo valor agressivo e destrutivo que estes podem assumir). Assim a solução é não aceder, não pensar, não sentir, não elaborar uma posição depressiva e sim realizar uma retirada narcísica com críticas de si, pois é mais fácil manter o conflito longe do pensamento e portanto da possibilidade de manter distante a emoção. De facto não é possível a possibilidade de mergulhar num material regressivo. É como se houvesse um vazio de bons objectos internos que permitam aceder à posição depressiva e que consequentemente sustentem e conttenham o sujeito perante uma angústia provocada pela percepção dos maus.

As expressões de ansiedade perante o estímulo são evidentes: um tempo de latência elevado, comentário ao material, com acento nas expressões motoras e agitação motora. A recusa deste cartão (que remete para a evocação das relações coma a mãe arcaica) juntamente com a recusa do cartão 5 (que remete para a imagem materna) permite-nos pensar e portanto questionar:

Será que a impossibilidade em aceder a esta angústia arcaica, a falta de continente não permite a elaboração de um conteúdo que contenha? Terá Luisa medo de exteriorizar a sua raiva/agressividade face a uma mãe arcaica expressando-se de outras formas, através de crises de angústia e de sintomas psicossomáticos? Ou seja, não conseguindo

elaborar uma angústia pré-genital (por falta de um continente securizante que permita a estruturação de um material mais regressivo), recalca o pensamento, como evitamento em aceder a uma posição depressiva, sendo apenas possível a manifestação de uma comunicação verbal, expressando-se somente na sua modalidade protomental?

### **Cartão 12 BG**

Problemática:

A entrada imediata no material, e a relação com retirada fóbica no cartão precedente, reactiva um pensamento que remete para a posição depressiva, mas esta fica apenas pelo pensamento, superficialmente, sem capacidade para ser sentida profundamente e assim poder-se elaborar, condição necessária para resolver verdadeiramente «os problemas da nossa vida». Assim fica apenas pelo pensamento sem capacidade de realização, isso seria aceder ao sentimento e portanto à depressão.

Parece existir uma forte ligação à problemática em jogo com acento inscrito na vivência subjectiva (e portanto não relacional) com referências pessoais por identificação a pormenores narcísicos.

A temática evocada (vivência depressiva, solidão, isolamento) leva a que haja uma identificação forte à percepção do material, no entanto a idealização desta paisagem, como local onde pode aceder ao pensamento, empacotada em esquemas estereotipados da vida quotidiana, fica presa na rede de uma realidade externa, que vem amordaçar qualquer expressão dos afectos e ocultar os verdadeiros pensamentos e sentimentos como defesa de uma posição depressiva.

Assim evita a representação dos afectos não indicando o motivo dos conflitos. Estes ficam apenas na superficialidade de um pensamento de circunstância que garante a fuga ao acesso profundo da problemática em causa.

### **Cartão 13 MF**

Problemática:

As solicitações induzidas pelo carácter cru da cena representada, suscita uma importante reactivação pulsional e fantasmática, que determina movimentos de inibição e uma história restrita. Do ponto de vista económico existe um conflito intrapsíquico dado pelo tema de culpabilidade e remorso. O material mobilizou uma quantidade de afectos e de representações muito importantes, mas sem possibilidade (pelo menos verbalmente) de ligar os movimentos libidinais e agressivos que surgem na relação.

O importante fantasma incestuoso surge sob a forma de arrependimento e culpabilização «cara de arrependido...que não devia fazer», mas a erotização da relação permanece isolada e não pode ser integrada no decurso do relato.

Podemos questionar-nos se a evocação da culpabilidade «alguma coisa que não devia fazer» constitui uma modalidade defensiva do fantasma de incesto ou um apelo a normas exteriores tendo em conta a história do sujeito (culpabilidade dum relação incestuosa).

Mais uma vez uma defesa do sentimento (algo que não se permite sentir) com apelo a normas exteriores («alguma coisa que não devia fazer»). Para Luísa sentir é fazer e a acção de fazer algo não permitido é aceder ao proibido com consequência da perda do objecto e portanto deparar-se com sentimentos que reactivem uma posição depressiva.

### **Cartão 13 B**

Problemática:

As solicitações latentes do cartão reenviam à solidão num contexto de precariedade do simbolismo materno. Luísa defende-se não deixando que surjam os afectos depressivos e que estes sejam efectivamente associados a representações de perda.

A solidão e imaturidade funcional percebidos, não são verbalizados numa dimensão depressiva e abandonica, ou seja não é permitido que surjam afectos depressivos associados a representações de perda. A possibilidade de uma forte ligação ao personagem representado no material, não permite o surgimento de afectos depressivos. Observa-se então o aparecimento de defesas maníacas (idealização do objecto) e narcísicas (idealização de si) com afecto de valência positiva em título, com controlo assegurado pelo recurso ao sonho.

É extremamente interessante a defesa depressiva (com restrição do relato) que acede à mobilização de desejos de reparação de uma imagem materna, a possibilidade de um colo (do útero) que tem o desejo de conter (« um dos meus sonhos era ter um bebé como este») mas que determina um movimento de inibição maciço comrelato restritivo, pousando de seguida o cartão.

NOTA: Este é talvez um dos cartões mais interessantes do seu protocolo e interessa também aqui dizer que no fim da aplicação do teste projectivo, Luísa pediu para olhar novamente para ele o que proporcionou uma consequente formação reactiva da posição depressiva.

## **Cartão 19**

Problemática:

As solicitações latente deste cartão remetem implicitamente e simbolicamente para a imago materna. O estímulo reactiva uma problemática pré-genital na evocação de um continente e de um meio que permitam a projecção do bom e do mau objecto, pondo à prova a capacidade de delimitação entre dentro e fora.

A evocação de fantasmas fobogénicos (desabamento do mundo) dão conta da regressão, de um acesso a um continente e um meio que apenas permite projecção do mau sem introjecção do bom, introjecção essa essencial para garantir a evocação de sentimentos positivos e negativos assegurando a clivagem entre o bom e o mau objecto: guardar o bom no interior e expulsar o mau para o exterior.

Os limites dentro e fora não são fiáveis, as representações de relação põem a tónica na destruição, na morte, provocando um “desabamento” do mundo interno de Luísa («Isto parece quando desaba o mundo» o que remete para modalidades de funcionamento muito arcaicas.

## **Cartão 16**

Problemática:

A dimensão transferencial da situação é intensificada, dado que o material não é figurativo e se trata do último cartão.

No movimento iniciado no cartão precedente, face a um material que não oferece qualquer suporte concreto a partir do qual ela possa fantasmear, pensar ou elaborar uma história, Luísa encontra-se confrontada com um vazio interior que se reflete no elevado tempo de latência inicial (3'25"). Parece haver um recalçamento da função do imaginário (directamente associada à realização do desejo), e assim na ausência de uma imagem não consegue criar uma resposta.

O cartão branco (perda do objecto) é difícil e angustiante permitindo a Luísa aceder a uma posição depressiva, permite aperceber-se que há coisas que gostava de fazer na sua vida mas que não tem coragem. Dá-se conta da sua impotência quanto à realização dos seus desejos. O vazio interno vai mobilizar os afectos e representações ligados a uma impotência em criar, projectando no cartão a sua própria história, a sua impotência em «...fazer mais coisas...» na qual liga essa impotência à falta de coragem.

A imaginação é de facto a capacidade de criar o tudo a partir do nada, de criar uma história a partir de um estímulo vazio no branco, às claras. Mas para isso, diz Luísa,

«...gostava de ter mais força..» e para isso era necessário «...que a minha vida mudasse 180°», só assim poderia «tirar mais partido da minha vida», da imaginação que não está totalmente recalcada. A questão pode ser mais profunda: tendo uma falha básica arcaica que se prende pela falha na contenção de um conteúdo capaz de fantasiar/imaginar sem agredir o outro, objecto de amor/de desejo, o continente falhado não contém a angústia de separação pela impossibilidade de conter a perda abrindo a possibilidade ao abandono afectivo, que remete para o vazio interno e portanto a morte psíquica. A angústia de morte que é demasiado intrusiva e compromete maciçamente a expressão do desejo, da fantasia, da imaginação pelo evitamento e a fuga, pela incapacidade, por falta de estrutura, de aceder à elaboração depressiva.

A história põe em evidência a problemática maciça de impotência. O cartão reenvia Luísa à fragilidade do seu mundo interno que Luísa tenta contra-investir pela idealização e a ancoragem narcísica. A angústia muito intensa provoca o fracasso deste movimento, levando-a à sua fragilidade identitária.

Assim acede aos seus conflitos intrapessoais (conflito entre o desejo e as exigências morais).

De facto dá-se um movimento positivo no cartão: a função do imaginário não está totalmente perdida, existe a capacidade de fantasiar algo, o que está reprimido é a capacidade de contenção da imaginação que pode comprometer a defesa depressiva reactivando angústias de separação, perda e morte portanto não se permite fantasiar pois não tem acesso a um suporte mental, a um continente, que contenha a fantasia e consequentes angústias e ao mesmo tempo as possa reparar sem o risco de agredir os bons objectos internos. Assim à um acesso à fantasia mas esta é constantemente evitada e reprimida.