



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PERDIDO NO CORPO
O LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
NUMA PERSPETIVA PSICOSSOMÁTICA
PSICANALÍTICA

MIGUEL FIGUEIRA SIMÃO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR, CSONGOR JUHOS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR, CSONGOR JUHOS

Dissertação submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2020/2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Csongor Juhos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho:

Ao Prof. Dr. Csongor Juhos, por todo o acompanhamento, orientação, disponibilidade, esclarecimento de dúvidas e incentivo.

Aos meus amigos, pelo apoio e momentos de descontração.

À minha namorada, pelo apoio e por ter acreditado em mim.

Aos meus pais e à minha irmã, por tudo.

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica, recorrente e multisistêmica, com variadas manifestações orgânicas, podendo variar desde o envolvimento cutâneo até à falência multiorgânica. A literatura existente destaca o carácter psicossomático do LES e reconhece o papel do stress como fator de agravamento e frequência do quadro clínico dos pacientes, como também a influência de outros fatores psicossociais, como situações de perda, estados depressivos e problemas conjugais.

A partir da teorização sobre o fenómeno psicossomático e dos pressupostos psicanalíticos, das suas investigações, revisões e desenvolvimentos, pretende-se compreender e analisar as relações existentes entre as relações objetais primárias e o processo somático, com enfoque na problemática identitária, na depressão e na vida fantasmática e simbólica, em sujeitos com LES. Especificamente neste estudo, iremos focar-nos, numa compreensão e análise de possíveis vivências traumáticas, decorrentes de falhas na relação precoce.

O método utilizado neste trabalho foi o de estudo de caso e dispõe a participação de dois indivíduos diagnosticados com LES. Priorizamos os aspetos transferenciais e defensivos de forma a aceder ao mundo simbólico, fantasmático e representativo dos participantes, particularmente à natureza da angústia, aos mecanismos defensivos e às relações objetais estabelecidas. A recolha dos dados foi feita através da entrevista psicológica semiestruturada.

As conclusões foram de encontro à literatura psicanalítica acerca do fenómeno psicossomático, corroborando o pressuposto de que o processo de somatização pode ser visto como um fenómeno relacional.

Palavras-Chave: lúpus eritematoso sistêmico; psicanálise; psicossomática; relações objetais.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic, relapsing and multisystemic autoimmune disease, with various organic manifestations, ranging from skin involvement to multiorgan failure. Studies highlight the psychosomatic character of SLE and recognize the role of stress as a factor in the aggravation and frequency of the clinical condition of patients with SLE, as well as the influence of other psychosocial factors, such as situations of loss, depressive states, and marital problems.

Based on the theorizing about the psychosomatic phenomenon and psychoanalytic theory, their investigations, revisions, and developments, it is intended to understand and analyze the relationships that may exist between somatization and primary object relations, focusing on identity issues, depression and the phantasmatic and symbolic capacity, in subjects with SLE. Specifically in this study, we will focus on an understanding and analysis of possible traumatic experiences that may be at the origin of failures in primary relationships.

This study features the participation of two individuals diagnosed with SLE. We prioritize transference and defensive aspects to access the symbolic, phantasmatic and representative world of the participants, particularly the nature of anxiety, defensive mechanisms, and established object relations. Data collection was done through semi-structured psychological interview.

The conclusions were in line with the psychoanalytic literature on the psychosomatic phenomenon, supporting the idea that the psychosomatic process can be seen as a relational phenomenon.

Keywords: systemic lupus erythematosus; psychoanalysis; psychosomatics; object relations

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	2
1. Definição e Patogénese do Lúpus	2
1.1 Imunologia, a doença autoimune e o Lúpus Eritematoso Sistémico	5
1.2 A medicina psicossomática	6
2. O fenómeno psicossomático e a psicanálise	8
2.1 Franz Alexander e a Escola Psicossomática de Chicago: a solidificação da medicina psicossomática	9
2.2 Pierre Marty e a Escola Francesa de Psicossomática: o modelo psicossomático	9
2.2.1 Depressão essencial, pensamento operatório e mentalização	10
2.3 A simbolização e não-simbolização	13
2.4 O Trauma	14
2.5 Ideal do Ego, Ego ideal e Superego	16
2.6 Coimbra de Matos: Idealização, a personalidade predisponente e o acontecimento psíquico desencadeante	17
2.7 Sami-Ali: O recalçamento do imaginário	18
2.7.1 O espaço corporal e o Eu-Pele	19
2.8 Relações objetais primárias e o sentimento de self	22
MÉTODO	27
1. Caracterização do estudo	27
2. Objetivo do estudo	27
3. Participantes	28
4. Instrumento	28
5. Procedimento	28
ESTUDOS DE CASO	29
1. Caso “Maria”	29
1.1 História de vida	29
1.2 História da Doença	33
2. Caso “Sra. Joana”	34
2.1 História de vida	34
2.2 História da doença	37
ANÁLISE DE CONTEÚDO	39
DISCUSSÃO	40
CONCLUSÃO	44

REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	52
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO	53
ANEXO II – ENTREVISTA MARIA	55
ANEXO III – ENTREVISTA SRA. JOANA	67
ANEXO IV - ANÁLISE DE CONTEÚDO	74

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), nas suas diversas manifestações, provoca um amplo espectro de sintomas clínicos, podendo afetar vários órgãos em múltiplas localizações, incluindo o sistema nervoso central (Filho, 2010).

O LES é uma das patologias autoimunes sobre a qual se tem vindo a desenvolver vários estudos no sentido de determinar as suas causas, no entanto, várias questões ainda são levantadas relativamente à sua origem e manifestação. Atualmente, sabe-se que existe uma relação entre o sistema imunitário, o sistema nervoso central e a manifestação de várias doenças autoimunes (Filho, 2010).

O presente estudo, pretende abordar a doença autoimune – LES, numa perspetiva psicossomática e psicanalítica. Procura-se compreender a doença, partindo dos pressupostos conceptuais psicanalíticos, que contribuiram para a investigação de modelos compreensivos na área da psicossomática e do fenómeno psicossomático. A questão da relação mente-corpo é abordada nas concepções psicanalíticas freudianas e pós-freudianas. A Escola Francesa da Psicossomática, contribuiu para a construção e investigação na área da psicossomática introduzindo conceitos como a depressão essencial, pensamento operatório e mentalização, tendo grande influência na investigação teórica posterior, nas quais maior parte dos autores se apoiaram. Sami-Ali (1991) compreende a doença orgânica como um fenómeno relacional, e a existência de uma problemática identitária e depressiva em sujeitos com doenças autoimunes e alérgicas. Coimbra de Matos (2012) elabora a tríade psicopatológica presente na estrutura psicossomática: a depressão falhada, o sonho falhado e a raiva amordaçada. Autores como Winnicott, Pierre Marty, Sami-Ali e André Green prestaram importantes contributos na compreensão das relações objetais estabelecidas em fases mais precoces da vida do indivíduo e a sua importância para o desenvolvimento da personalidade.

Apesar da existência de vários estudos em psicossomática, existe a necessidade de investigações qualitativas que abordem a doença autoimune numa perspetiva multidimensional e dinâmica, nomeadamente no Lúpus. Considerando que o modelo da psicossomática e psicanalítico integram a complexidade e a multidimensionalidade humana, proporcionando um olhar atento à relação corpo-mente e aos mecanismos psíquicos subjacentes ao processo somático, este modelo parece dar uma nova direção para a compreensão dos diversos e complexos fatores envolvidos no LES. Assim, permite articular alguns aspetos que estão

subjacentes ao aparecimento e evolução da doença, nomeadamente o aspeto relacional e a sua inscrição corporal.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Definição e Patogénese do Lúpus

A palavra “Lúpus”, tem origem do latim, e significa lobo. O Lúpus, nas suas primeiras manifestações, quando a doença foi primeiramente descrita em 1851, um dos sintomas mais comuns eram as manchas que surgiam na face dos pacientes, consideradas semelhantes à mordida de um lobo (Gordon & Isenberg, 2016).

O Lúpus caracteriza-se por ser uma patologia autoimune, ou seja, consiste na resposta descontrolada do sistema imunológico contra o próprio organismo, através da produção e presença de autoanticorpos denominados por anticorpos antinucleares (ANAs). Este processo, impossibilita a distinção entre corpos estranhos e células do próprio organismo, levando a lesões orgânicas (Gordon & Isenberg, 2016).

O Lúpus pode ser classificado em dois tipos: Lúpus Eritematoso Discoide e Lúpus Eritematoso Sistémico:

O Lúpus Eritematoso Discoide, trata-se de uma forma benigna de Lúpus que afeta apenas a pele no seu quadro clínico. É caracterizado por erupções cutâneas em forma de disco que podem evoluir para danos mais graves, levando, por exemplo, à formação cicatrizes e à alopecia.

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) caracteriza-se por ser uma doença crónica, recorrente e multisistémica, com várias manifestações orgânicas. A primeira descrição da natureza sistémica do Lúpus remonta a 1872. A par da ausência de um aspeto único que a caracteriza e, por apresentar um acometimento orgânico vasto, torna o seu diagnóstico bastante específico e complexo. Caracteriza-se por uma apresentação clínica altamente variável e diversificada, que pode variar desde o envolvimento cutâneo leve até à falência multiorgânica, envolvendo diferentes sistemas orgânicos. Embora as suas manifestações possam ocorrer em patologias de um único órgão, o LES é caracterizado por apresentar uma série de diferentes características autoimunes que afetam diferentes sistemas, de forma síncrona ou sequencial (Gordon & Isenberg, 2016; Filho, 2010)

A etiologia e patogénese do LES permanece maioritariamente desconhecida, mas a literatura existente sublinha o envolvimento de fatores multifatoriais complexos como: fatores genéticos, hormonais e ambientais.

A patogênese do Lúpus pode ser dividida, de acordo com a classificação de Gordon & Isenberg (2016), em três estágios: 1) predisposição genética e exposições ambientais; 2) perda de tolerância e 3) ativação imunológica:

No primeiro estágio, há um longo período de predisposição para a autoimunidade com suscetibilidade genética e questões ambientais, cada uma contribuindo para o desenvolvimento da doença. O gênero também desempenha um papel na suscetibilidade à doença, sendo que mulheres em idade fértil são nove vezes mais propensas a desenvolver a doença. O segundo estágio desenvolve-se quando existe uma perda de tolerância aos próprios antígenos e, assim são gerados os autoanticorpos. O terceiro estágio é consequência da inadequação e regulação da produção de anticorpos, eventualmente levando a danos nos tecidos e às manifestações clínicas da doença.

O LES é atualmente a patologia autoimune mais prevalente nos países desenvolvidos. Já foi apelidada da doença das mil faces ou de epilepsia do sistema imune. As suas características relativas à localização geográfica, são mais frequentes no Extremo Oriente (japoneses e chineses), registando 1 caso por cada 250 habitantes, comparativamente ao resto do mundo (1 em 1000 habitantes). Observou-se uma menor incidência em pacientes com hábitos ocidentais. Estas evidências salientam a ideia de que existe influência cultural na manifestação e evolução da doença (Filho, 2010). O pico da sua incidência ocorre entre os 15 e os 40 anos, sendo mais prevalente no sexo feminino. Estes dados, reforçam a ideia de que, existe influência de fatores genéticos, hormonais e bioquímicos, psicossociais hormonais e bioquímicos, que contribuem para a patogênese do LES (Araújo, 1989 cit. por Filho, 2010).

No LES, assiste-se a uma produção de complexos imunes, como é o caso dos autoantígenos e autoanticorpos, que se vão acumular nos múltiplos tecidos nobres do organismo (p.e: pele), levando à produção de uma variedade de lesões (p.e: nefrite, artrite, eritema cutâneo, entre outras). Trata-se de uma das doenças mais polimórficas que se conhece. Perante um período de crise da doença, o paciente poderá apresentar diferentes quadros clínicos, podendo levar a que o mesmo entre num estado paranoico devido à imprevisibilidade da manifestação da doença (Filho, 2010).

Tal como supramencionado, o LES apresenta um envolvimento multisistémico como será abordado de seguida, conforme descrito por Gordon & Isenberg (2016).

O envolvimento do sistema musculoesquelético é uma das características mais comuns e afeta mais de 80% dos pacientes, podendo envolver as articulações, estruturas e músculos peri-articulares. No que toca às articulações, a artrite e as artralguas são as manifestações mais

frequentes, sendo que a inflamação articular associada pode ser temporária ou persistente. No que toca ao envolvimento muscular este pode manifestar-se num vasto espectro, começando pela comum mialgia até à miosite com fraqueza muscular

Uma ampla gama de lesões cutâneas é observada nos pacientes com LES, como por exemplo, uma erupção cutânea malar em "borboleta" ou em forma de disco.

No que toca ao envolvimento renal, a nefrite é a manifestação mais comum associada ao LES.

Pode ainda, afetar qualquer parte do sistema visual, os segmentos do olho e do nervo ótico. A manifestação mais comum é a ceratoconjuntivite seca, caracterizada por uma redução da camada aquosa do filme lacrimal e visto como uma manifestação da síndrome de Sjögren secundária.

Apesar das manifestações nos sistemas musculoesquelético e cutâneo serem as mais comuns, é o envolvimento do sistema renal, do sistema nervoso central e sistema cardiorrespiratório, juntamente com um aumento do risco de infeção, que são responsáveis pelo aumento da mortalidade e da morbilidade, associadas a esta patologia.

Muitos sintomas não estão diretamente relacionados ao Lúpus, mas podem estar relacionados com a toma de determinados fármacos, como por exemplo, a toma de anti-inflamatórios não esteróides que aumenta a probabilidade de úlcera péptica.

A incidência de sintomas psiquiátricos no LES é elevada, devido à agressão do sistema nervoso central pelo meio das arterites que poderão atingir regiões do encéfalo. Nestes quadros, pode-se gerar quadros de convulsões (Filho, 2010).

O termo Lúpus neuropsiquiátrico é usado para descrever uma série de doenças neurológicas e síndromes psiquiátricas observáveis em pacientes com LES.

Os mecanismos subjacentes não são completamente compreendidos, mas dois amplos elementos neuropatológicos desempenham um papel importante. As principais manifestações são a depressão – no entanto, a depressão é muito comum na população em geral e não há características específicas para distinguir a depressão no Lúpus. A psicose devido ao Lúpus é rara (2%), mas apresenta-se com um espectro de características semelhantes à esquizofrenia paranóide, incluindo delírios e alucinações auditivas (Gordon & Isenberg, 2016). É também comum nestes pacientes, a presença de quadros psicóticos, principalmente, induzida por esteróides (Filho, 2010).

1.1 Imunologia, a doença autoimune e o Lúpus Eritematoso Sistêmico

O sistema imunitário é constituído por um conjunto de células, tecidos e órgãos que funcionam em simultâneo para defender o corpo contra ataques do exterior. Compete ao sistema imunitário não permitir a entrada e/ou destruir ameaças do exterior. A chave para um sistema imunitário saudável é a capacidade para distinguir entre as células do próprio corpo (self) e células estranhas (nonself) (Elgert, 2009).

Qualquer coisa que possa desencadear esta resposta do sistema imunológico é chamada de antígeno. Um antígeno pode ser um micróbio, como um vírus. Em situações anormais, o sistema imunológico pode confundir o self com o não-self e lançar um ataque contra as próprias células do corpo ou tecidos, resultando na patologia autoimune (Elgert, 2009).

As respostas do sistema imunológico, podem ser naturais/inatas ou adaptativas. A imunidade natural, que é, por definição, inata, consiste numa série de mecanismos físico-químicos que agem como o intuito de proteger o organismo da entrada de agentes infecciosos. Este tipo de imunidade é inespecífico, no sentido de que não distingue os diferentes agentes infecciosos. A imunidade adquirida corresponde à produção (imunidade ativa) ou transmissão (passiva) de um estado de resistência a um antígeno por meio da ação direta de anticorpos ou células específicas para aquele antígeno. Essa imunidade melhora com a exposição repetida a um determinado antígeno.

Segundo Filho (2010), sobre o LES, destaca que: “Muitas indagações têm sido feitas no sentido de se determinar porque um constituinte orgânico passa a ser reconhecido como non-self. Supõe-se que uma atividade diminuída de células supressoras permitiria esse tipo de reação. Ao que parece, tais constituintes são normalmente liberados, porém a atividade de células T supressoras poderia impedir a ampliação das reações contra tais constituintes. Então, a hipótese de falência dessa atividade supressora explicaria em linhas gerais a eclosão de certas doenças de autoagressão. Seria isso que ocorreria basicamente no LES.” (p. 193).

De acordo com Filho (2010), vários estudos indicam que indivíduos com características de alta agressividade apresentam níveis elevados de citocinas inflamatórias e respostas imunológicas desreguladas. A agressividade e a depressão foi a correlação mais forte da desregulação imunológica. A literatura demonstra que o stress psicológico pode desencadear a libertação de citocinas, e têm evidenciado o papel do sistema imunológico na regulação de estados emocionais e em aspetos da personalidade (Filho, 2010). O stress crónico, um dos fatores de risco mais comuns de depressão e ansiedade, é conhecido por induzir déficits

comportamentais e afetivos por meio de alterações neuro imunes, incluindo a ativação das células imunológicas do cérebro, expressão de citocinas pró-inflamatórias e alterações subsequentes na neurotransmissão e nos circuitos neurais relacionados ao stress (Bekhbat & Neigh, 2018).

O sistema imunológico pode ser articulado com o sistema nervoso central, em mecanismos que envolvem os sistemas nervoso e endócrino. Por exemplo, o stress ou as emoções negativas, como a raiva, ativam o eixo HPA e o eixo-simpático-adrenal-medular para induzir a libertação de hormonas. Os glucocorticoides suprimem as células do sistema imunológico e são amplamente utilizadas no tratamento de doenças inflamatórias e autoimunes (Filho, 2010)

Numa experiência clínica realizada por Filho (2010), a mais de 50 pacientes com LES, o autor destaca para o carácter psicossomático da doença. O autor indica a presença de fatores psicossociais da doença: situações de perda, problemas conjugais, estados depressivos, e episódios de stress anteriores à crise.

Como descrito anteriormente, vários estudos apontam para a relação do aparecimento dos primeiros sinais e agravamento do LES e a presença de vários fatores psicossociais. Neste sentido, procuramos compreender e analisar a existência, em indivíduos diagnosticados com LES, de falhas relacionais e ambientais que possam estar na origem do desencadeamento da doença, numa perspetiva psicossomática.

1.2 A medicina psicossomática

A relação entre a mente e corpo nos processos de adoecimento é reconhecida por várias gerações de pensadores. O entendimento que as emoções têm efeitos no corpo foram abordados por diversos autores científicos ao longo dos anos (Kimball & Krakowski, 1983). O reconhecimento desta relação, levou ao conceito da psicossomática. O crédito pelo uso da palavra "psicossomática" é de Johann Heinroth, que defende uma orientação unicista do corpo e da psique. O termo psicossomático é derivado da palavra grega "psique" e "soma" (corpo) (Vicente, 2005).

Em 1922, Felix Deutsch introduz o termo medicina psicossomática (Nisar & Srivastava, 2018) no entanto, o conceito só se solidificou com os trabalhos de Franz Alexander e a Escola Americana de Psicossomática, que iremos abordar em maior detalhe ao longo da revisão da literatura.

A medicina psicossomática procura explorar como fatores psicológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde, as alterações fisiológicas e a qualidade de vida do indivíduo. Sobre o conceito da psicossomática, Filho (2010) define: “Psicossomática, em síntese, é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de Saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática – a prática de uma Medicina integral.” (p.29).

Fundamentalmente, a doença psicossomática é vista como uma patologia que envolve a mente e o corpo. A patologia psicossomática surge como consequência de vários fatores que resultam da influência psíquica no controle orgânico. As investigações na área da genética e da imunologia, vieram destacar a influência patogénica dos fatores externos e internos do indivíduo no processo somático (Vicente, 2005). Hoje, sabemos que o sistema nervoso autónomo, responsável pelo funcionamento e coordenação dos órgãos, é regulado pelo sistema límbico, que por sua vez é influenciado pelo stress, emoções e afetos experienciados pelo indivíduo (Cruz & Júnior, 2010).

Um estudo realizado por Pawlak et al. (1999), sublinha a influência que o stress psicológico induz no agravamento da atividade da doença em pacientes com LES. Os dados obtidos pelos autores indicam que as respostas imunes induzidas pelo stress diferem dos mecanismos considerados saudáveis. Um outro estudo, conduzido por Peralta-Ramírez et al. (2004), evidencia que 74,1% dos pacientes com LES identificou um agravamento na sua sintomatologia clínica derivado dos efeitos do stress quotidiano.

É importante sublinhar que não é apenas o stress que influencia a manifestação da doença, mas também ter em conta que a própria doença causa stress significativa nos pacientes, criando um ciclo vicioso (Stojanovich & Marisavljevich, 2008). Embora as relações entre o stress e o LES sejam complexas, é reconhecido o seu papel como fator de agravamento do quadro clínico dos pacientes com LES (Bricou et al., 2006)

No domínio da medicina, o corpo é visto pela sua dimensão biológica e fisiopatológica. Por outro lado, no campo psicanalítico, o corpo é visto não apenas pelo plano biológico, mas a partir de uma organização pulsional e a sua representação no inconsciente. A psicossomática psicanalítica surge como uma possibilidade de compreender o sofrimento vivido e o psicossoma do indivíduo tendo em conta a sua complexidade e subjetividade.

2. O fenómeno psicossomático e a psicanálise

O fenómeno somático foi primeiramente considerado pela psicanálise como uma manifestação simbólica do conflito psíquico. Na sua origem estaria um conflito interno entre desejo e a censura que se exprimia, simbolicamente, pela excitação ou inibição, distúrbio e ou desvio do funcionamento orgânico normal. A teorização sobre o fenómeno somático, surge inicialmente na teoria da conversão histérica de Freud, presente na clínica da neurose histérica (Matos, 2012; Vicente, 2005). A conversão foi caracterizada por Freud como um mecanismo inconsciente, na qual a pulsão conectada a uma representação “é recalçada e convertida em representantes ideativos do próprio corpo. Mas não se trata, aqui, do corpo biológico, e sim do corpo erógeno, dotado de uma anatomia imaginária, que subverte o corpo real, de tal forma que a ordem erógena se constitui como um duplo da ordem biológica a partir da superfície corpora. O corpo erógeno é aquele que tem, em sua anatomia imaginária, fantasias sexuais específicas que, de alguma maneira, estão interligadas a um órgão correspondente” (Leclaire, 1979/1992, cit. por Galdi & Campos, 2017, p. 30).

Na teoria freudiana, consoante descrito por Aisenstein e Smadja (2010), pode-se descrever quatro modelos de sintomas somáticos: sintomas de histeria de conversão, os sintomas somáticos da neurose atual, sintomas hipocondríacos; e doenças orgânicas organizadas. Resumidamente, os sintomas da histeria de conversão são símbolos de memória, que são convertidos no corpo e que representam um conjunto de fantasias inconscientes. Os sintomas da neurose atual correspondem aos distúrbios funcionais da medicina clássica, estes resultam de um hipo ou hiperfuncionamento de certas funções somáticas. Os sintomas hipocondríacos são queixas somáticas, onde não existe lesão orgânica, no entanto o sujeito é persistente e paranoico sobre a sua existência. As doenças orgânicas são o domínio específico da psicossomática, e onde agrupamos o LES. Neste caso, a doença ocorre devido à regressão narcísica e numa modificação da economia libidinal.

Importa destacar, que as reflexões sobre a soma-psique e a sua relação, e a consciência de que se tratam de fenómenos indissociáveis e interinfluenciáveis, abriram um novo caminho nos estudos da compreensão do fenómeno psicossomático.

Na década de 40, Alexander Franz e Flanders Dunbar (1950), fundam a Escola Psicossomática de Chicago, e contribuem para o desenvolvimento de diversas correntes da psicossomática, numa altura em que a investigação psicanalítica se deslocou da interrogação do significado simbólico do sintoma, para o estudo minucioso dos mecanismos de adaptação e defesa do Ego (Matos, 2012).

2.1 Franz Alexander e a Escola Psicossomática de Chicago: a solidificação da medicina psicossomática

A Escola Psicossomática de Chicago solidifica o conceito de psicossomática e desenvolvem a teoria da especificidade do conflito, apoiando-se numa abordagem dualista e numa perspectiva psicanalítica e fisiopatológica. Na perspectiva dos autores, o fenómeno psicossomático não é visto como uma tentativa de defesa perante o conflito ou desorganização psíquica, porém, os conflitos internos associam-se a determinadas reações emocionais, numa explicativa linear, procurando correlacionar os conflitos psíquicos com as manifestações fisiológicas (Aisenstein & Smadja, 2010; Vicente, 2005).

Nesta escola, a medicina psicossomática baseia-se no princípio teórico da neurose dos órgãos, criada através da conceção freudiana da neurose atual, e postula que emoções reprimidas de longa data são transmitidas pelas vias nervosas em direção aos órgãos. Este movimento alteraria o funcionamento desses órgãos, e resultaria em distúrbios funcionais e em patologias orgânicas (Aisenstein & Smadja, 2010).

Por desvio da dinâmica psíquica, o conflito mental de certa personalidade levaria, a particulares formas do adoecimento somático. Para Alexander (1950), o fenómeno sintomático não contribui para a resolução do conflito, em oposição ao movimento que assistimos na histeria de conversão, existem, porém, conflitos inconscientes capazes de modificar certas funções fisiológicas no sujeito sem lhes associar uma simbolização (Brito, 2010; Matos, 2012).

2.2 Pierre Marty e a Escola Francesa de Psicossomática: o modelo psicossomático

A difusão na França das obras dos autores psicossomáticos americanos, conduziram a críticas e à elaboração de novas conceções psicanalíticas na compreensão do fenómeno psicossomático. Os trabalhos realizados por Pierre Marty e colaboradores (1958/1963), enfatizam a insuficiência dos mecanismos de defesa neuróticos e atribuem um outro valor aos sintomas somáticos, desprovidos de qualquer dimensão simbólica (Aisenstein & Smadja, 2010).

A vertente francesa da psicossomática, vai além da teoria dos traços de personalidade, procura, por outro lado, estudar e compreender a atividade psíquica subjacente ao processo de somatização.

Pierre Marty, de acordo com Galdi & Campos (2017), considera a expressão psicossomática causada por um fenómeno, pelo qual denomina de desorganização progressiva. A desorganização progressiva seria resultado de uma tensão entre a pulsão de morte a pulsão de vida, que afeta o corpo erógeno, com o objetivo de se defender contra desorganizações de maior intensidade.

A desorganização progressiva poderá levar a uma destruição das funções psíquicas e acarreta uma limitação das funções libidinais, levando a uma decaixia geral de todas as áreas libidinais. Os processos psíquicos organizadores, como a identificação, a projeção, a associação livre de ideias e a simbolização ficam limitados. O conflito depressivo com o objeto interno é separado e transposto para o corpo, numa ausência de representação mental. A dor física e a incapacidade de lidar com a dor psíquica surge como defesa a fim de evitar os aspetos dolorosos do conflito e do afeto a ele associado (Temple, 2019).

Perante tal desorganização, os mecanismos de defesa, frágeis, tornam-se insuficientes e a clivagem torna-se contínua. Latente a todos os mecanismos primitivos e regressivos, existe uma falha na função da fantasia, de tal forma que o indivíduo psicossomático não investe e tende a desenvolver-se no sentido do inconsciente: “A pobreza associativa do discurso é clara, a ausência de liberdade é igualmente evidente, e o domínio ocupado pelas neuroses de carácter bem como pelas chamadas neuroses-comportamentais é notavelmente extenso (Green, 2001 cit. por Marreiros, 2013, p. 12).

2.2.1 Depressão essencial, pensamento operatório e mentalização

Para a Escola Francesa de Psicossomática, o fenómeno psicossomático “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, afetividade plana, o discurso factual e a tendência coisificante, com pouco lugar para o sonho” (Matos, 2012, p.87).

Os autores franceses, estendem a sua teoria à volta de conceitos como: pensamento operatório, depressão essencial e mentalização. Na base da estrutura psicossomática estaria subjacente uma perda precoce, anterior ao estabelecimento da memória de reconhecimento e anterior à capacidade de representação objetal unificada e estável – seria uma perda antes dos 6 meses de idade (Matos, 2012).

A perda pré-objetal levaria à depressão branca descrita por Matos (2012), equivalente à depressão essencial descrita por Marty (1958).

A depressão essencial caracteriza-se por uma depressão sem objeto, que por consequência da desorganização progressiva, a carga afetiva ligada às emoções não é elaborada, nem simbolizada, não há o luto do objeto, distinguindo-se assim, das características que assistimos no movimento depressivo comum. O inconsciente isola-se, no sentido em que é afastado das atividades conscientes e pré-conscientes e os mecanismos de defesa responsáveis pela organização psíquica ficam limitados. Mecanismos como a introjeção, a projeção, a simbolização, a identificação, o deslocamento, são afetados e revelam-se insuficientes, bloqueando a elaboração onírica e fantasmática (Marreiros, 2013). Green (2010), reforça o conceito de depressão essencial, proposto por Marty, como uma redução do tónus psíquico, diferenciando-as das depressões presentes na neurose e na melancolia.

O conceito de depressão é fundamental para a compreensão psicanalítica das condições psicossomáticas, pois representa um conflito com um objeto interno. Objeto este, que persegue e domina o Superego, ameaçando a integridade psíquica do paciente e a forma como o conflito é defendido. McDougall (1989/1996) descreveu formas semelhantes na falha da contenção materna, que podem levar a dificuldades na expressão e simbolização do afeto. A autora salienta que todos os indivíduos podem estar sujeitos a reações somáticas em circunstâncias de stress, no sentido em que estes eventos stressantes são substituídos por outras maneiras, que não as suas formas comuns e habituais de lidar com a dor mental e o conflito (Temple, 2019). A autora aponta a alternativa psicossomática, como uma forma de equilíbrio psíquico, ao invés da formação de sintomas psicóticos ou neuróticos (Dias, 2007).

A partir da reflexão e revisão teórica de Temple (2019) podemos distinguir duas descrições contrastantes do conceito de depressão em doenças psicossomáticas: a primeira diz respeito à depressão essencial, onde o indivíduo experimenta um isolamento do afeto e o conflito é deslocado para sintomas somáticos. Em contraste, na depressão melancólica, existe uma preocupação ativa com a dor mental, culpa e sentimentos autodestrutivos. Neste segundo tipo de depressão, há um conflito contínuo com um objeto interno, dominando o Superego por sentimentos de autoculpabilidade. Neste estado, os sentimentos de culpa e o sofrimento são de tal forma intensos, que envolvem o medo de danos e retaliação. Representa-se como um estado ativo e doloroso, onde o conflito com a figura interna é representado como uma fantasia consciente que envolve autocensuras.

O pensamento operatório é manifesto na depressão essencial. A pobreza da vida fantasmática, o evitamento do conflito e o pensamento mecânico e funcional, virado para o exterior, dificultam a identificação e a descrição dos afetos. O pensamento operatório caracteriza-se por um funcionamento psíquico virado para o mundo do concreto e do factual,

sem relação com movimentos representativos e fantasmáticos, e, portanto, um funcionamento empobrecido (Vicente, 2005; Brito, 2010). Green (2010), reforça esta ideia de Marty, quando este afirma que nas estruturas psicossomáticas existe uma redução do campo psíquico, isto é, do mundo interior, e por outro lado uma hipercatexia da realidade externa, do fatual.

O conceito de pensamento operatório remete-nos ao conceito elaborado por Sifneos (1975) - a alexitimia. A alexitimia caracteriza-se pela dificuldade em identificar e distinguir afetos e sensações corporais de emoções, na dificuldade em descrever e comunicar afetos aos outros, numa diminuição da vida fantasmática, e uma orientação do pensamento direcionada para o exterior e para a realidade factual (Vicente, 2005). Num estudo realizado por Barbosa et al. (2009), os autores salientam uma significativa prevalência de características alexitimias e dificuldades na gestão emocional em pacientes diagnosticados com LES.

De acordo com Coimbra de Matos (2012), a falha na capacidade de mentalização, a falha na simbolização, encaminharia o indivíduo à depressão essencial. A carga afetiva relacionada com as emoções não é elaborada na sua totalidade, nem simbolizada. A falha nestes processos, não permite a vivência ou expressão consciente do conflito. A procura do equilíbrio do desequilíbrio psíquico, traduz-se num estado de tensão, que procura a expressão e o seu alívio pelas vias somáticas.

Entende-se por mentalização, todo o campo da atividade representacional e fantasiosa do sujeito. Segundo Aisenstein & Smadja (2010), classicamente existem duas formas diferentes no processo de somatização: somatizar por regressão e somatizar por meio de uma desvinculação das pulsões. Estes dois processos podem ser distinguidos maioritariamente pela qualidade da mentalização:

Na somatização por regressão, normalmente leva a convulsões somáticas benignas e reversíveis, por exemplo, convulsões asmáticas, cefálicas, convulsões ulcerosas e ocorre em indivíduos cujo funcionamento psíquico é organizado num modo normal-neurótico. A mentalização é tipicamente satisfatória ou dificilmente prejudicada. Aqui, as somatizações ocorrem como uma irregularidade no funcionamento mental. Os movimentos de regressão, levam à modificação do equilíbrio do Ego e dos seus mecanismos defensivos. Assiste-se a uma sobrecarga da psique e a libido é levada a regredir em direção a fontes somáticas

Na somatização por desvinculação das pulsões, este processo psíquico geralmente termina em doença progressiva e grave. Aqui estão incluídas as manifestações de doenças autoimunes, como é o caso do LES, e as doenças oncológicas. Caracterizam-se por uma dimensão de perda narcísica, que abre caminho para um fracasso temporário ou permanente na mentalização. Estes

sujeitos têm uma organização do ego não-neurótica ou sofreram traumas psíquicos que reabriram feridas narcísicas profundas e precoces. A perda narcísica está correlacionada a um estado de desvinculação das pulsões que altera o equilíbrio psicossomático do sujeito. Geralmente, neste processo, assiste-se ao desenvolvimento de modificações psicopatológicas, e, posteriormente, a modificações fisiopatológicas.

2.3 A simbolização e não-simbolização

Ao conceptualizar a simbolização, os autores Nemiah et al. (1976), observaram que muitos dos pacientes somáticos manifestam um mundo fantasmático e uma imaginação restrita, como também uma dificuldade na capacidade de representar simbolicamente e expressar verbalmente emoções – alexitimia.

Solano (2019) acerca da simbolização, sugere a existência de um sistema não-simbólico e um sistema simbólico, conectados na saúde pelo que denomina de *links*. O sistema não-simbólico, inclui tudo aquilo que acontece a nível do corpo, dotado de um pensamento organizado, embora não-verbal, e de emoções básicas. A formação de *links* é dependente das relações objetais. Os *links* entre os dois sistemas (simbólico e não-simbólico) podem ser estabelecidos de forma insuficiente perante uma contenção insuficiente por parte do cuidador, ou podem ser interrompidos posteriormente devido a eventos traumáticos. Perante esta possibilidade, o sistema não-simbólico fica desconetado, e, portanto, deixa uma excitação em busca de conexão. Em comparação ao conceito de Marty de vida operatória, esta desconexão pode ser experienciada como um embotamento emocional e na presença das características funcionais que assistimos na alexitimia.

Portanto, quando mencionamos indivíduos não-simbolizantes, referimo-nos a indivíduos alexitimicos, que apresentam dificuldades na sua capacidade de traduzir e expressar as suas sensações corporais em palavras. A falha na mentalização diz respeito às dificuldades dos indivíduos em ter a sua própria mente, os seus próprios pensamentos, intenções e sentimentos. Em termos de desenvolvimento, deve-se ser capaz de simbolizar para mentalizar, caso contrário o stress fica preso no corpo e poderá atuar por via da soma.

A excitação não-simbólica poderá encontrar conexões com um símbolo, como é o caso das fobias ou paranoias, ou por outro lado, no agir, como é o caso dos transtornos alimentares. Se nenhuma destas opções ocorrer, a doença somática poderá surgir. Neste sentido, assistimos a

um corpo, não-simbolizante, que reage aos problemas relativos à relação do sujeito com o mundo, com uma limitada conexão ao mundo simbolizante (Solano, 2017; Sloate, 2016).

2.4 O Trauma

Segundo os autores Bobos, Frommer e Senarclens (2019) o trauma pode ser visto como um excesso de excitação e uma conseqüente limitação da simbolização.

A Escola de Psicossomática de Paris sugere a existência de uma forte conexão entre um evento de perda traumática e a desorganização psicossomática do sujeito. Nesta perspectiva, o trauma é definido pelo seu efeito desorganizador que provoca na integridade corporal e psíquica. Smadja (2013), na sua experiência clínica de pacientes que vivenciaram perdas de objeto, coloca a hipótese de que a somatização se constitui como solução para o trauma narcísico primário do ego prematuro. Devido à perda do objeto, o trauma primário é reativado, dando origem à depressão essencial psicossomática (Bobos, 2019).

Nesta forma de depressão, existe a falta de sintomas psíquicos do trabalho de luto como solução narcísica. Observa-se o aparecimento de sintomas somáticos por desintegração psicossomática, no papel da regressão somática ou desorganização progressiva. A nível emocional, existe uma ausência de sentimentos de luto. A decaência da pulsão de morte domina, limitando o mecanismo de reconhecimento da dor, comparando-se a uma automutilação psíquica. Devido ao trauma psíquico, as representações psíquicas ficam indisponíveis e são substituídas pela presença dos sintomas somáticos. A dor somática substitui o psíquico ausente, e o corpo doente assume o comando e substitui o objeto psíquico ausente (Bobos, 2019).

Frommer (2019), acrescenta e reforça a ideia de que o trauma representa um efeito desorganizador no aparelho psíquico e somático. Bobos et al. (2019) argumenta como eventos da vida do indivíduo podem reativar traumas primários, e destacam para a forma como os sintomas corporais podem ser a expressão disso. Nesse sentido, os autores conectam o trauma a uma falha no encontro primário, ou, segundo as concepções bionianas, uma falha na função alfa materna. Nesta perspectiva, ocorre uma sobrecarga na psique do indivíduo, e salienta-se a importância do fator económico, no sentido em que se, não houver nenhum objeto para receber e conter o excesso de excitação, não existirá transformação e associação a um sistema de representação. Considerando a mentalização como a capacidade da psique de elaborar o trabalho de interpretação, pode-se argumentar que o desmoronamento da função psíquica sob

o efeito de fatores traumáticos pode dar origem ao *acting-out* ou a sintomas somáticos - *acting-in* (Bobos et al., 2019).

Frommer (2019), realça o mecanismo de divisão (*splitting*), no sentido em que as emoções geradas por traumas primários podem ser contidas numa divisão, e mantidas como ativas. Sendo que estas emoções podem ser reativadas, esta divisão representa uma zona de fragilidade no equilíbrio psicossomático.

Devido à falha nos mecanismos de mentalização e simbolização, Coimbra de Matos (2012) refere que a frustração e insatisfação afetiva não é vivenciada nem entendida, não existe representação e reconhecimento mental do acontecimento traumático: “No self do paciente fica um vazio, um branco; que precisa de amor para seu preenchimento estrutural. Mas o sujeito, o Eu, ignora essa necessidade, e conseqüentemente não procura satisfazê-la. Como resultado da insatisfação existente, mas ignorada, gera-se uma raiva imensa, sem finalidade, uma raiva em regra apenas sentida como tensão, desconforto ou irritabilidade – ou nem sequer sentida – e quase sempre não reconhecida, não liga a eventos, pessoas, raiva difusa e invasiva que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por eferentes nervoso vários. Quer dizer, a não percepção ou insuficiente percepção afetiva prejudica a regulação relacional, e a desregulação da relação introduz turbulência na homeostasia.” (p.136). O sujeito fica nas mãos das necessidades dos objetos, que sugam afeto, depositando no sujeito a agressão que este objeto projeta (Matos, 2012).

O papel da experiência traumática na compreensão do processo somático é de essencial destaque. O trauma é o que oprime e limita a atividade psíquica. É uma excitação que não tem meios de ser contida, seja pelo ego frágil ou pelos objetos primários. O trauma primário invade o sujeito e sobrecarrega-o além das suas capacidades. Nestes casos, pode-se observar como a divisão (*splitting*) surge como mecanismo de defesa numa tentativa de preservar os ideais de fusão e onipotência. Este mecanismo de divisão está relacionado com o *ideal ego* mais do que com o *superego*.

Em suma, as experiências traumáticas revelam-se um campo fértil para o desenvolvimento de desorganizações psicossomáticas. De forma a entender a um nível mais profundo a dinâmica intrapsíquica provocada pelo acontecimento traumático, consideramos, em seguida, a forma como as instâncias de ideal do ego, ego ideal e o Superego podem estar relacionadas ao processo de somatização.

2.5 Ideal do Ego, Ego ideal e Superego

Freud (1914) teoriza nos seus trabalhos sobre as instâncias ideal do ego, ego ideal e superego nos seus trabalhos. O ideal do ego, estaria relacionado com o ego primitivo ligado ao ideal narcisista, marcado pela onipotência infantil. Trata-se de uma formação intrapsíquica limitada, no sentido em que as representações pré-conscientes são pobres, e surge como imperativo à sobrevivência, uma questão de vida ou morte.

O ego ideal, faz parte do Superego, herdeiro do Complexo de Édipo. Tem uma função protetora e reflete um Ego mais sólido. Está ligado ao processo de identificação, e representa o que o Eu gostaria de ser, refere-se aos valores para o qual o sujeito se investe, e está relacionado ao modo como o sujeito se deve comportar a fim de satisfazer a demanda da autoridade. Autoridade essa que o Superego reproduz da relação pai-filho.

O ideal do ego e o Superego/ego ideal são estruturas diferentes, no sentido em que se referem a dois períodos do desenvolvimento do ego – pré e pós-edipiano (Senarclen, 2019).

O desenvolvimento do Ego é um processo longo até à integração das pulsões e das relações objetais, que permitem a transformação do ideal do ego arcaico, para um Superego e ego ideal integrado e estruturado. Se o Superego/ego ideal for suficiente sólido, contribuem para mecanismos de defesa adequados e um desenvolvimento psíquico saudável. No entanto, se as estruturas Superego/ego ideal não forem suficientemente sólidas, o ideal do ego primitivo, carregado do seu pensamento mágico, assume a liderança, limitando o Superego. Observa-se como este tipo de regressão, ao ideal do ego e à sua onipotência, é usado como mecanismo para controlar e prevenir o retorno do sofrimento relacionado a um estado traumático primário. Esta defesa parece estar ligada a uma falha na mentalização e limitação na metabolização das pulsões (Senarclen, 2019).

No funcionamento operatório descrito por Pierre Marty, frequentemente observa-se uma deterioração na qualidade do Superego e na substituição por um sistema de idealização - o ideal do ego. Este sistema baseia-se nas exigências inesgotáveis do sujeito em relação aos seus próprios valores ideais e implica uma recusa drástica da passividade, bem como de qualquer movimento regressivo. Opera assim, em oposição ao Superego protetor, levando o sujeito a colocar-se em perigo tanto no plano psíquico como no somático (Aisenstei & Smadja, 2010).

Neste caso, o sujeito vive uma onipotência primária, que ocupa todo o espaço psíquico, sem lugar para estruturas diferenciadas. Existe uma dificuldade na metabolização das pulsões. O ideal do ego, juntamente com um desenvolvimento pobre da estrutura do Ego e Superego,

produz uma fraca introjeção e capacidade de contenção, e processos de simbolização inadequados, podendo ser uma porta aberta para a somatização (Senarclen, 2019).

De forma conclusiva, Senarclen, Temple & Bobos (2019) questionam se um Ego mal integrado, fragmentado, poderá ser um dos caminhos que levam à somatização, equivalente a um sistema imunológico frágil, que não tem capacidade de oferecer defesas suficientes contra as doenças somáticas. Ou por outro lado, será que um ego fortalecido, com uma economia psíquica suficientemente boa, com uma estrutura sólida de Superego e Ego ideal, fornece proteção contra certas formas de somatização?

2.6 Coimbra de Matos: Idealização, a personalidade predisponente e o acontecimento psíquico desencadeante

Coimbra de Matos (2012), na sua experiência clínica com pacientes com patologia somática, observou que: “São pessoas com uma forte tendência à idealização objetal – extensiva ou circunscrita, conforme se associa a uma grande sociabilidade, ou pelo contrário, uma componente esquizoide. Autoalimentam-se da idealização do objeto. Não esperam, nem recebem, a retribuição devida e desejável – agradecem o simples facto de poderem amar. A gratidão, levada ao exagero. São felizes fazendo os outros felizes – abdicando do desejo próprio, que quase ignoram. Vivem, num amor não correspondido, o que é necessariamente deprimente, mas não sentem, não vivem a depressão. É como se não tivessem um aparelho psíquico para sentir os sentimentos – não são mentalizados, escoando-se na vertente somática, como estados corporais. A insatisfação não é percebida estado afetivo (alexitimia) e muito menos reconhecida como ligada ao acontecimento insatisfatório (...) apenas ficou, quando ficou, a sensação corporal vaga de um mal-estar indefinido. Da experiência frustrante ou de privação afetiva, o único registo é o rasto somático” (p. 135).

Consequência da idealização objetal excessiva e da falha dos processos de elaboração afetiva, fica um vazio, no qual o sujeito não procura preencher. Esta insatisfação existente, mas ignorada, provoca uma raiva vazia, falhada, não reconhecida e sem direção, embora carregada de tensão e irritabilidade, que se espalha pelo corpo (Matos, 2012).

A personalidade predisposta, segundo Coimbra de Matos (2012) é “uma variante específica da estrutura depressiva com um particular estilo de relação de objeto: idealização objetal, caracterizada pela incapacidade do sujeito de ver aspetos negativos do objeto, vivendo numa idealização ilusória, por identificação projetiva benigna.” (p.137).

Quando um acontecimento real, impõe a realidade, e obriga a queda da idealização ilusória, verifica-se o acontecimento psíquico, carregado de desilusão. O impensável torna-se real. A desorganização psíquica desencadeada pelo acontecimento traumático é intensa, favorecendo o recalçamento. A depressão, resultada da desilusão e da perda afetiva, não se desenvolve – falha, não permitindo a sua função elaborar a perda e reorganizar o investimento, fica a raiva à deriva. Esta raiva sem direção, perturba o funcionamento mental e consequentemente dá-se uma desorganização homeostática – podendo afetar o sistema imune e alterar as suas funções de defesa biológicas. A desregulação relacional e o afetivo afetam a homeostasia e o biológico. É a tríade psicopatológica da doença psicossomática proposta por Coimbra de Matos (2012): a depressão falhada, o sonho falhado e a raiva amordaçada (Matos, 2012).

A partir desta linha de pensamento, perante tal destruturação psíquica e limitação da capacidade simbólica, a mente primitiva procura defender-se perante a frustração. Uma das possibilidades é a projeção. Green (1998), destaca que apenas uma parte poderá ser projetada para o exterior, sendo que outra parte é expulsa, não pela projeção, mas pelo pensamento - através da extinção, mecanismo este que apaga drasticamente o que aconteceu da mente. Neste sentido, a representação é perdida, criando um vazio, uma raiva e dor sem direção, sem imagem, pelo qual Green apelida de estado mental branco. Deste modo, na destruição da capacidade de representação, o aparelho psíquico fica comprometido, e a continuidade dos acontecimentos produtos da relação diádica ficam comprometidas (Green, 1998, cit. por Marreiros, 2013).

2.7 Sami-Ali: O recalçamento do imaginário

Sami-Ali (1991), tendo por base a revisão de literatura de Germano (2002), no âmbito da sua investigação da psicossomática, desenvolve um modelo teórico compreensivo do ser humano, tendo em conta a sua totalidade relacional e corporal, numa perspetiva multidimensional e considerando a complexidade humana.

No modelo teórico elaborado por Sami-Ali, a relação é um pressuposto base. O orgânico, o psíquico e a patologia, são entendidos num envolvimento relacional, numa lógica circular, que articula os níveis imunológicos, genéticos, rítmicos e relacionais.

Para o autor, o fenómeno psicossomático, pode ser pensado em dois planos: o plano do imaginário e o plano do real. O plano do real é articulado com o relacional. Menciona que na

estrutura psicossomática, a existência do recalçamento do imaginário, e a conseqüente falha na mentalização, submete o corpo aos efeitos diretos (Germano, 2002).

A sua teoria é elaborada em redor do processo do imaginário e do processo projetivo. Torna-se, portanto, necessário perceber estes dois processos, o imaginário e a projeção. O imaginário é um mecanismo de interpretação e elaboração da percepção do real. Através deste processo, que é o imaginário, o indivíduo interage com o mundo exterior. É neste processo que se constitui a distinção entre o eu-outro e interno-externo. É algo que se estabelece na relação, e pelo qual o indivíduo projeta a subjetividade, através do sonho, jogo, vida fantasmática e derivados.

A projeção é um processo inconsciente e imaginário, que põe o sujeito em relação com o mundo exterior, é a objetivação de si fora de si. Neste sentido, o fenómeno da projeção estrutura a experiência do indivíduo sobre o mundo, realizada pelo corpo, num esquema de representação mental da realidade, articulando o imaginário com o real (Germano, 2002).

Para o autor, não existe distinção entre consciência vígil e consciência onírica, visto que fazem parte do mesmo processo. Quando ocorre a desintegração do sonho da vida vígil, o autor define esse fenómeno como o recalçamento da função onírica. Esta situação pode vir a constituir em diferentes eixos de funcionamento, dependendo da dimensão do recalçamento. (Germano, 2002)

Sami-Ali (1991) refere-se ao sucesso do recalçamento da função do imaginário no processo sintomático, que resulta numa diminuição da vida psíquica. O recalçamento caracterial, põe término ao conflito psíquico, como também, à elaboração onírica (Aurélio, 2010).

A patologia do banal acontece, segundo o autor, quando existe o recalçamento inconsciente do imaginário (funcionamento onírico é apagado da consciência vígil), e a subjetividade é suprimida – dando origem ao funcionamento banal. A somatização é resultado do recalçamento da função do imaginário, num sucesso do recalçamento caracterial e uma situação de impasse (Germano, 2002). Coimbra de Matos (2012), refere que o indivíduo psicossomático vive um impasse afetivo e relacional: “não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação.” (p. 127).

2.7.1 O espaço corporal e o Eu-Pele

O espaço corporal permite um espaço de representação, e a conseqüente estruturação e elaboração do pensamento. É através do corpo que o sujeito molda o objeto através da projeção.

No espaço corporal constituem-se referências espaciais e temporais, sendo o mediador da percepção – a projeção. Este contacto permitirá um espaço para a estruturação e elaboração da capacidade de representação

Considerando que é pelo corpo que o indivíduo inicialmente estabelece relação com o mundo, o afeto é também sentido no corpo, sendo, portanto, indissociável de representação. A interdependência entre afeto e representação é o primeiro princípio que possibilita pensar o somático.

Segundo a concepção bioniana referente ao aparelho protomenta, os pacientes somáticos parecem apresentar um funcionamento mental bastante primitivo - a um nível protomenta. Dada a incapacidade para o bebé formar representações mentais complexas, característico da protomente, todo o estímulo externo é maioritariamente registado no espaço corporal. É na relação com o outro, que a simbolização surge e se elabora, primordialmente, através da interação corporal afetiva (alimentação, falar, olhar...), que levará à construção da vinculação com a mãe. Esta interação fornece uma percepção externa e interna, que estrutura o Ego. Percepções e vivências estas, anteriores à simbolização, sendo por isso, livres de representações, uma vez que são registadas a nível sensorial, pré-verbal e corporal - permanecem no inconsciente e apenas pelo corpo se podem expressar. A expressão de conteúdos primitivos, que não conseguem encontrar expressão, atua pela soma. Não existindo função continente, e capacidade de lidar e organizar a angústia, o Id acaba por embutir o Eu corporal (Dias, 2007; Marreiros, 2013).

Desta forma, a importância dos primórdios de vida para a constituição do aparelho psíquico, deve ser vista numa abordagem com base corporal, dado ser esta a primeira forma de contato e comunicação do indivíduo com o mundo. É também, a partir da pele que se estabelece o primeiro e principal forma de contato do indivíduo com o mundo, a ligação entre o eu e o outro, entre o mundo externo e interno, desde o momento do nascimento, durante a amamentação, no afeto e nos cuidados (Dias, 2007).

O Lúpus é uma doença que apresenta sintomatologia maioritariamente na pele. Sintomas, como manchas na pele, aftas e alopecia estão presentes frequentemente no quadro clínico da doença. Assim, revela-se pertinente compreender a sua inscrição corporal.

Para Freud (1905), a pele é a zona erógena por excelência. Anzieu (1987), refere-se à pele como um envelope psíquico (Ulnik, 2007).

A pele está intimamente relacionada com as expressões das emoções. Freud afirma que entre outras mudanças físicas que fazem parte da expressão das emoções, a pele é um exemplo da ação da mente sobre o corpo. Indiscutivelmente a pele está presente na expressão de estados afetivos como o medo, o choque, a raiva, o nervosismo, a tristeza, a alegria, entre outras (Ulnik, 2007).

Didier Anzieu (1987), publica a obra "O Eu-Pele", onde descreve a pele como uma interface, ou seja, como uma superfície constituída por um interno e um externo, que permite a distinção entre o exterior e o interior e ao mesmo tempo fornece uma experiência contentora.

Na obra, argumenta duas suposições básicas: o primeiro refere-se à vida psíquica, no sentido em que a função psíquica desenvolve-se com base numa função física, que ultrapassa a área mental. A segunda põe o sentido tátil como base (Ulnik, 2007).

Segundo Anzieu (1987), o aparelho psíquico desenvolve-se, como ponto de partida, numa base fornecida por experiências físicas de natureza biológica, em que a pele desempenha um papel fundamental. Experiências estas, que são de natureza externa e interna, e que serão ressignificadas através da interação com o cuidador (mãe). Posteriormente, ao adquirir a capacidade simbólica, será representado novamente de forma abstrata, em forma de símbolos, fantasias e pensamentos.

A construção do *self*, ao que Anzieu apelida de Eu-Pele, pode ser resumida como aquela que realiza uma série de funções fundamentais a fim de fornecer ao Ego a capacidade de receção, proteção, coesão, suporte, integração e identidade (Ulnik, 2007).

A partir do Eu-Pele, pode ser desenvolvido um Ego capaz de pensar e representar, ao que o autor chama de Ego-pensante. A patologia do Ego-pensante e do Eu-Pele mostra-nos como é que o Ego consegue fazer uso de perceções físicas, como as da pele, com o intuito de comunicar com o outro e na tentativa de se defender dos perigos internos e externos. Este Ego será mais patológico e primitivo, e apresentará um maior número de falhas nas funções abstratas, que não foram simbolizadas ou integradas (Ulnik, 2007).

Com o objetivo de explicar a origem das falhas na estruturação do ego, o autor volta-se para a teoria da vinculação e a sua relação com a psicopatologia.

Para Anzieu, as doenças da pele mantêm uma relação próxima com as falhas narcísicas e as insuficiências estruturantes do Ego. Em primeiro lugar, o autor sugere a existência de uma equivalência entre a relação das funções do Ego têm com o pensamento, e a relação das funções

da pele têm com o corpo. Poderá também existir uma segunda equivalência entre o Ego e a pele, em que uma falha nas funções do ego é acompanhada por problemas na pele (Ulnik, 2007).

Anzieu questiona se as doenças da pele estão relacionadas com o excesso ou pelo defeito do contato com a mãe durante as primeiras fases da vida do bebê. Segundo a sua experiência clínica, o autor afirma que algumas doenças da pele parecem estar relacionadas à estimulação excessiva ou insuficiente

Por um lado, o excesso de cuidado materno pode ser sentido como intrusivo e perigoso, pois transgride a proibição de tocar que é necessária para permitir que a criança construa um envelope psíquico próprio. No entanto, a falta de carinho e cuidado materno pode ser considerado equivalente a uma proibição excessiva e violenta na tentativa de aderir e conectar ao corpo do outro. A proibição de tocar poderia ser, em termos táteis, o que castração, a repressão ou a função da lei é em termos edipianos (Ulnik, 2007).

Nesta direção, torna-se pertinente focar a nossa revisão da literatura nos cuidados maternos precoces, na relação primária mãe-bebê, e na sua influência no desenvolvimento psíquico do indivíduo.

2.8 Relações objetais primárias e o sentimento de self

Segundo as concepções teóricas winnicotianas, é através da relação com a mãe que o bebê adquire a união mente-corpo. A interligação entre mente e soma, contribui para a formação do self.

Na sua teoria, de acordo com a revisão de literatura de Dias (2007), Winnicott (1975/1988) destaca a capacidade da mãe para a função de *holding*, *handling* e da função da constância do objeto. O *holding* representa o colo da mãe, a partilha simbólica e experiência física na relação mãe-filho, a forma como o bebê é sentido e contido, numa situação de atenção total ao bebê e um estado de preocupação materna primária, focada na satisfação das necessidades do bebê. A mãe funcionaria neste contexto, como um espelho, que permite ao bebê o reflexo da sua existência, uma confirmação do self através do olhar do outro, que estaria na base da construção da sua identidade.

O *handling*, diz respeito à ação pela qual a mãe ajuda o bebê a experienciar e a entrar em contacto com diversas partes do corpo. Se estas funções forem satisfatoriamente cumpridas, significa que a característica do objeto assegura a experiência da onipotência infantil, ou seja,

o bebê terá competências para usar o objeto, objeto este que é subjetivo e criado por si (Aurélio, 2010)

Winnicott entende a separação da figura materna como uma forma de diferenciação, neste sentido, a mãe deve possuir recursos de forma a cumprir a sua função cuidadora e assim permitir a diferenciação e desenvolvimento do self da criança (Dias, 2007). Seria equivalente à capacidade de rêverie (função alfa materna) elaborada nas concepções bionianas, ou seja, a capacidade de a mãe receber, imaginar, significar, decodificar as angústias do bebê e reenviá-las adequadamente significadas.

Winnicott introduz uma outra concepção mais ampla sobre a função materna - a de mãe suficiente boa. A mãe deve ter a capacidade, de, progressivamente, afastar-se da criança e permitir que a mesma se aproprie do seu próprio espaço e se torne autónoma. Este processo implica uma aceitação e um resignificação da criança-ideal, e a aceitação do seu progressivo amadurecimento em rumo à autonomia e personalização. Isto irá possibilitar à criança um espaço para a sua independência e uma determinante essencial para a constituição da integração psique-corpo. O autor, coloca em foco, os efeitos devastadores que podem ocorrer quando as relações não correspondem às necessidades do bebê. Quando a capacidade empática da mãe se encontra condicionada pelo seu mundo fantasmático e frustrações, a vinculação mãe-filho torna-se comprometida, e conseqüentemente, o desenvolvimento emocional da criança (Dias, 2007).

Na perspectiva em que a mãe investe o corpo do bebê como uma extensão do seu - não permite a separação e autonomia corporal do bebê, sendo algo sentido como externo, neste caso, pertencente à mãe. Não possibilitando a internalização do objeto interno, este objeto é procurado no exterior, favorecendo a dissociação psique-soma (Marreiros, 2013). Uma falha na integração da psique e soma motivaria a criação de mecanismos de defesa, como a dissociação, como estratégia autorregulatória. Por consequência, o indivíduo ficará vulnerável a emoções avassaladoras, que se manifestam no corpo como sintomas físicos (Bustarviejo, 2018).

Lacan (1977) salienta a importância da experiência infantil no estabelecimento da relação entre o mundo externo e interno. Este fenômeno deve ser alcançado através do que o autor denominou do estágio do espelho - pelo qual o bebê desenvolve o seu primeiro sentido de identidade, através do reconhecimento da sua própria imagem no espelho. Neste processo, a mãe tem um papel fundamental no reforço da ideia de que o bebê se está a ver ao espelho. Assim, neste processo de espelhamento, a mãe utiliza a linguagem para nomear e indicar o corpo do bebê, facilitando o reconhecimento e consciência do bebê pelo seu próprio corpo. Para

o autor, o bebé possui três corpos, ou estados de ser: o simbólico, que diz respeito ao significado que a mãe dá ao corpo através do uso da linguagem; o imaginário, que representa a fantasia do corpo do bebé; e o real, que se refere à experiência somática do corpo. Estes três elementos formariam o sentido de identidade da criança (Lacan, 1977 cit. por Bustarviejo, 2018).

Green (1986), apoiando-se no conceito de depressão essencial e nos pressupostos winnicottianos, introduz o conceito de complexo da mãe morta. O complexo da mãe morta consiste numa configuração psíquica específica, pela qual a figura materna direciona toda libido para si mesma durante os primeiros anos de vida do bebé. Nesta situação, a mãe encontra-se deprimida, perdida num profundo vazio narcísico. Esta indisponibilidade materna pode provocar no bebé depressão infantil ou grandes feridas narcísicas. Green hipotetiza que a mãe deprimida, perde a falta de interesse e torna-se um objeto morto para o bebé. Este desinvestimento e desvinculação da mãe sentida pelo bebé, é vivenciada psiquicamente como catastrófica. Vivência essa, para a qual o bebé não tem mecanismos para encontrar uma explicação, acarretando consigo uma desilusão precoce, pela perda de amor e de significado. Na tentativa em reparar a mãe, o bebé enfrenta diversas angústias e ansiedades. Mobiliza defesas como a decaetexia do objeto materno, e a identificação com a mãe morta. Resultado dessas defesas, e do não reconhecimento da mãe que o bebé tem a sua própria psique e a negação da separação, constitui-se um vazio nas relações objetais. A decaetexia, afetiva e representativa, simboliza a morte psicológica do objeto, realizada sem ódio - de forma a não deteriorar ainda mais a imagem da mãe. No seu lugar ficou um vazio e um sentimento de solidão angustiante. (Green, 1986, cit. por Marreiros, 2013).

De acordo com Coimbra de Matos (2012), em pacientes psicossomáticos, por vezes verifica-se uma falha na função continente na vinculação mãe-filho. É nessa relação deficiente que se constituiu um indivíduo com uma estrutura identitária frágil, onde os limites entre o eu-outro não estão bem definidos – confronta o indivíduo com o catastrófico desamparo. Não tendo mecanismos para se autonomizar, para ser independente, devido á falta de mecanismos de autorregulação e de elaboração no plano mental, fica apenas no plano biológico, protomental. A única hipótese é depender, incorporando a figura materna, a figura depressiva, a depressão. Para Coimbra de Matos (2012): “ser/ter sido único e especial, exclusivo e com rosto, constitui a condição determinante de uma autoestima estável, forte, homogénea, ativa e com pressão suficiente (...) a pessoa predisposta à patologia psicossomática não foi ou foi insuficientemente investida como indivíduo único e excecional, desde o princípio, pelos seus pais. Não esteve no centro da atenção, apreço e estima destes. Não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do self e a intencionalidade do eu.” (p. 119).

Sami-Ali (1991) menciona que associada às patologias autoimunes e alérgicas está a problemática identitária. Existe um impasse na diferenciação entre o self e o não self, e ao mesmo tempo uma dependência do outro, dificuldades em separar-se do outro, algo que provoca angústia (Marreiros, 2013).

Falar em identidade, é, em grande medida, falar em identificação, pois é a partir da relação com outro e com o ambiente, que o self constrói a sua identidade e subjetividade, num processo evolutivo e progressivamente diferenciado. Vicente (2005), refere que nos pacientes psicossomáticos, assistimos a uma identidade que se funde na identidade do outro, moldando o pensamento próprio ao pensamento do objeto.

Marty (1958), caracteriza um tipo de relações de objeto específico, que denomina de relações de objeto alérgicas, que são visíveis em pacientes com condições alérgicas (p.e: eczema). Estes tipos de relação caracterizam-se pelo esforço constante do indivíduo em se aproximar do objeto ao ponto de se fundir com este, nesse sentido, ocorre uma procura do objeto e o esforço pelo controlo do mesmo. É uma identificação massiva e desmedida com o objeto, misturando-se com o mesmo numa utilização massiva de mecanismos de projeção e identificação, numa fusão progressiva, onde as diferenças e os limites tendem gradualmente a desaparecer. A procura da identificação do objeto é procurada somente no sentido da fusão simbiótica frente a ameaça da perda do objeto (Marreiros, 2013).

Quando ocorre uma falha na fase de reaproximação caracterizada por Mahler, poderá existir uma tendência para o desenvolvimento de relações simbióticas. Nesta fase, os cuidadores devem possibilitar à criança um espaço de exploração do meio, ao mesmo tempo que mantem a prontidão empática para fornecer apoio à criança quando necessário. Se, de alguma forma, os cuidadores inibem as manifestações de autonomia da criança, e simultaneamente, valorizam em demasia todas as manifestações de dependência e identificação, o desenvolvimento da identidade e o sentimento da própria individuação pode ser condicionado. Os indivíduos com tendência a desenvolver relações simbióticas são caracterizados por uma falta de sentimento de identidade própria, que é apenas encontrada num estado de fusão - fundindo-se com outro indivíduo (Lewandowska-Walter & Blazek, 2015)

Nos comportamentos dos indivíduos simbióticos, existem duas tendências dominantes - ou se tornam indivíduos completamente unidos ao outro, ou se tornam extremamente distantes dele. Em ambos os casos, esses comportamentos estão relacionados com a fusão, e têm como função realizar esta fusão, ou evitar os sentimentos ansiogénicos de a fusão não acontecer. São indivíduos que apresentam dificuldades em reconhecer e nomear as próprias emoções, desejos,

opiniões. O alto nível de empatia que se manifesta nos indivíduos simbióticos, surge como "ferramenta" para construir relacionamentos, mas apenas até certo momento, desde que não envolva conflitos e não ameace esses indivíduos. As emoções provenientes do conflito, são sentidas para o indivíduo simbiótico, como uma rejeição. Neste sentido, os relacionamentos dos indivíduos simbióticos são repletos de ansiedade e de sensibilidade às opiniões do outro. Consequência disso, o indivíduo simbiótico alicia-se em atividades e comportamentos de forma a manter o equilíbrio no relacionamento, e evitar o conflito. Existe uma falta de aprovação interna para expressar as próprias necessidades nos relacionamentos, e uma facilidade para adotar a identidade do outro (Lewandowska-Walter & Blazek, 2015)

Na concepções teóricas de Bleger (1997), a relação simbiótica envolve a fusão de dois egos, na qual não existe uma diferenciação se os sentimentos e as emoções pertencem a um ou ao outro. Um relacionamento simbiótico ocorre por identificação projetiva, onde cada um dos sujeitos deposita no outro e recebe, conteúdos psíquicos inconscientes, tornando-se assim, um tipo de interdependência do mundo externo. No seio da relação simbiótica, os dois sujeitos depositam um no outro ansiedades, emoções e angústias intensas, que não puderam ser elaboradas e processadas. Este mecanismo, de dependência mútua gera a sensação temporária, um equilíbrio psíquico patológico, de alívio psíquico e contenção, mas que, no entanto, esse alívio leva a limitações no desenvolvimento saudável. O autor destaca para a ruptura de uma relação simbiótica, como sendo um momento suscetível do ponto de vista emocional, e pode levar ao desenvolvimento de diversos sintomas. Neste sentido, Bleger contribui para a compreensão de manifestações corporais, associadas a processos psíquicos arcaicos (Bleger, 1997 cit. por Azevedo, 2009).

McDougall, de acordo com Dias (2007), a autora refere-se ao desejo e ao medo da fusão com o outro, originado da indiferenciação primária na relação entre a mãe e a criança. Este processo consiste numa dupla busca infantil – por um lado numa tentativa de recriar a unidade corporal e mental primária com a mãe-seio, ou por uma luta em favor da diferenciação. Uma falha nesse processo poderá comprometer a capacidade da criança de reconhecer e integrar os pensamentos, afetos e corpo – dissociação psique-soma.

Integrando os pressupostos teóricos anteriormente discutidos, importa destacar a relevância dos contributos no estudo das relações objetais primárias, em específico, nas deficiências sequentes da relação precoce sucedidas a um nível protomental e pré simbólico, e das suas consequências na construção de representações e dinâmicas relacionais, no desenvolvimento de esquemas simbólicos e na regulação dos afetos. Salienta-se, conforme

abordado nesta secção, a natureza fusional da relação em indivíduos portadores de doenças autoimunes ou alérgicas.

É com base nesta perspectiva, da essência relacional primária, que pretendemos estabelecer e compreender as relações entre o processo somático presente no LES e os traumas/falhas experienciadas no seio das relações precoces.

MÉTODO

1. Caracterização do estudo

O presente estudo pretende compreender as dimensões relacionais manifestas na patologia somática, numa perspectiva que integre a subjetividade, singularidade e unicidade do indivíduo. Assim, a metodologia escolhida para a elaboração desta investigação é de natureza qualitativa e de carácter exploratório, através do método de estudo de caso, fazendo uso de dados qualitativos, recolhidos através da entrevista psicológica.

Escolhemos este método por ser um dos mecanismos qualitativos que nos permite pesquisar informações acerca de determinado fenómeno, de uma forma profunda e extensa. Uma outra singularidade da utilização do método do estudo de caso diz respeito à comparação da literatura existente com os resultados apresentados (Toledo & Shiraishi, 2009).

Neste sentido, o estudo de caso permite a análise de determinado fenómeno e possibilita uma compreensão profunda do mesmo, permitindo o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistémica e precisa.

2. Objetivo do estudo

A partir da teorização sobre o fenómeno psicossomático, das suas investigações, revisões e desenvolvimentos, pretende-se compreender e analisar as relações existentes entre as relações objetais primárias e o processo somático, com enfoque na problemática identitária, na depressão e na capacidade fantasmática e simbólica, em sujeitos com LES.

Tendo em conta que este estudo se baseia numa abordagem psicanalítica e psicossomática, temos como referência os pressupostos conceptuais psicanalíticos freudianos e pós-freudianos, que contribuíram para a compreensão do processo sintomático.

Especificamente neste estudo, iremos focar-nos, numa compreensão e análise de possíveis vivências traumáticas, decorrentes de falhas na relação precoce.

3. Participantes

O presente estudo, dispõe da participação de dois indivíduos, ambos do género feminino, de nacionalidade portuguesa, com 60 e 25 anos de idade, diagnosticadas com Lúpus Eritematoso Sistémico, há cerca de 40 e 12 anos respetivamente. Ambas as participantes apresentam um quadro clínico de LES nas suas formas mais graves, afetando diversos órgãos.

4. Instrumento

O instrumento utilizado para a recolha de dados deste estudo foi a entrevista psicológica semiestruturada, onde se apoiamos em aspetos teóricos e hipóteses relacionadas com o tema da investigação.

Para Manzini (2004), este tipo de entrevista não está condicionado a uma padronização de alternativas, no sentido em que pode fazer emergir informações de forma mais livre.

A construção da entrevista psicológica, foi realizada com base nos pressupostos teóricos relativos à formulação de casos psicanalíticos de Nancy McWilliams (1999), sendo, no entanto, adaptadas às particularidades consideradas importantes neste estudo e que vão de encontro ao objetivo do estudo. Neste sentido, o conteúdo da entrevista focou-se em aspetos como as relações objetais, a história pessoal e profissional, a vida onírica e ao quadro clínico da doença.

5. Procedimento

Estabeleceu-se contacto com as participantes, com o intuito de receber o seu consentimento na participação do estudo e estabelecer um momento para a entrevista. Ambas as participantes foram informadas dos aspetos e objetivo do estudo, sendo garantido a confidencialidade e o anonimato dos seus dados. Foi realizada uma sessão com cada uma das participantes, com duração aproximadamente de 50 minutos.

As entrevistas foram realizadas via videochamada, e na habitação de uma das participantes. As entrevistas iniciaram-se com a leitura do consentimento informado (consultar Anexo I).

As narrativas da entrevista foram organizadas e transcritas posteriormente (consultar Anexo II e Anexo III) a partir de uma gravação áudio. Registaram-se os conteúdos verbalizados pelas participantes, como também as expressões corporais que acompanharam os discursos.

ESTUDOS DE CASO

Foi esclarecido e informado aos participantes, o objetivo do estudo e das entrevistas e asseguradas as questões da confidencialidade e anonimato. Por questões de confidencialidade e anonimato dos participantes, irei referir-me ao longo da sua apresentação utilizando o nome “Sra. Joana” e “Maria”.

1. Caso “Maria”

Tomei conhecimento da Maria através de uma colega, que me disponibilizou o seu contacto.

Quando abordada para participar neste estudo, a Maria mostrou-se interessada e fez algumas questões relativamente ao processo da entrevista, nomeadamente ao vestuário a utilizar e demonstrou a sua preocupação relativamente ao facto de estar a tomar antidepressivos e à interferência disso no decorrer da entrevista. Após o esclarecimento de algumas dúvidas e inseguranças, mostrou-se de imediato disponível para a realização da entrevista.

A entrevista (consultar anexo II) foi realizada online, por vídeo chamada, onde me recebeu pontualmente e prontamente. A Maria exibe uma figura cuidada e uma expressão gestual e facial ativa. A emoção, que se assiste em vários momentos, é contida. A ansiedade e a emoção transparecem pelo tremor da voz que assiste em vários momentos ao longo da entrevista. Apresenta um discurso fluente e espontâneo, em geral não faz silêncios ou pausas.

1.1 História de vida

A Maria tem 25 anos de idade, vive em Lisboa, é recém-mestre em Psicologia Forense, tem três irmãos mais novos, um irmão de 20 anos e uma irmã de 13 anos, fruto do

relacionamento da mãe com o padrasto, e um irmão de 18 anos de idade, fruto da relação do pai com a madrasta. Viveu com os pais biológicos até aos 4 anos, até ao momento do seu divórcio. Desde então, vive com a mãe, o padrasto e atualmente com mais o seu irmão e irmã.

A Maria conta que a sua *“personalidade não tem mudado muito”* (Anexo II). Descreve-se como uma pessoa extrovertida e comunicativa com aqueles que sente confiança. Considera-se teimosa, pessimista e pacata, procurando sempre ficar *“longe das confusões, no meu cantinho”* (Anexo II), tentando evitar, sempre que possível, multidões e festas. Caracteriza-se como sendo uma pessoa emocional, ansiosa e com frequentes mudanças de humor: *“eu já sou por mim uma pessoa muito ansiosa, já sou muito nervosa, quero tudo para ontem e enervo-me com tudo, por exemplo – começo a falar de um assunto mais sério e começo logo a chorar, não me controlo. Choro muito facilmente, sou capaz de estar muito bem de manhã, e há tarde achar que o mundo vai todo cair e que eu sou horrível, mas depois há noite já estou bem outra vez... as mudanças de humor são muito frequentes, sou capaz de um momento para o outro, ficar muito triste e começar a chorar”*. (Anexo II)

Na sua infância revela ser um pouco mais tímida e reservada em comparação à atualidade. A infância foi marcada pela separação dos pais e à mudança da dinâmica familiar. Aos 6 anos ingressou na primeira classe, e conta ter tido algumas dificuldades de integração, nomeadamente na relação com a sua professora – *“Nessa altura tinha uma professora assim um bocadinho complicada, não gostava muito dela, tinha sido professora da minha mãe também, e a minha mãe também não gostava dela. A professora puxava-nos as orelhas, não nos deixava ir à casa de banho... não era maus-tratos, mas também não nos tratava bem, então foi um bocadinho difícil.”* (Anexo II).

Na quarta classe deu-se uma mudança de escola e de professora. Até ao décimo ano expressa que *“foi tudo tranquilo”*. Nesta altura, conta que a nível escolar se esforçava para obter boas notas: *“esforçava-me e estudava muito, muito muito para ter as melhores notas, mas porque eu queria... sentia-me bem a fazer isso, porque não queria desapontar os outros... a minha mãe, o meu padrasto, então esforçava-me mesmo para ter boas notas”* (Anexo II). Conta que foi nesta fase da sua pré-adolescência, que conheceu a sua melhor amiga, primeira relação de amizade que teve que permanece até hoje : *“foi aí que encontrei a minha melhor amiga, que é a minha melhor amiga até hoje, e como tive essa relação logo com ela, foi uma mudança muito grande, porque naquela pessoa que... por exemplo as minhas outras amigas iam-se afastando porque enfim eramos crianças... mas essa relação com a minha melhor amiga, foi a primeira relação de amizade de que tive que dura até hoje, sentia que esta pessoa vai ficar para*

sempre... senti-me um bocadinho menos criança... senti-me numa escola de adultos... com relações mais adultas, então foi um ano que cresci um bocadinho.” (Anexo II).

Ingressou, no décimo ano, na área das ciências, altura em que surgiram as primeiras dificuldades, nomeadamente no rendimento escolar: *“as minhas notas começaram a descer um bocadinho, porque não era aquilo que eu realmente queria, a matemática e essas coisas”* (Anexo II). Realizou dois anos de estudo na área das ciências, e no início do último ano, tomou a decisão de recomeçar na área das Humanidades, onde se sentia concretizada: *“Então no 1º dia no 12º ano voltei para trás, fui para Humanidades (...) Aí já começou a correr bem, já gostava... História, as Línguas, já era mais a minha onda.”* (Anexo II).

Após a conclusão do ensino médio, ingressou na faculdade no curso de Psicologia, onde se sentiu realizada: *“foi o melhor de sempre”*. Recorda o seu caminho académico, com um ponto assente nas relações interpessoais: *“... lembro-me daqueles tempos... dos meus amigos, tenho montes de saudades, os professores eram ótimos, houve as coisas más claro, mas foi dos melhores anos, a turma era muito unida, não havia conflitos.”* (Anexo II)

Após a conclusão da Licenciatura em Psicologia, seguiu o Mestrado em Psicologia Forense, numa outra faculdade. Nesta fase, demonstrou algumas dificuldades de integração e nas relações interpessoais, nomeadamente com os colegas de turma: *“aí já não gostei tanto (...) a turma em si era conflituosa, porque havia membros que eu não me identificava mesmo e chocávamos um bocadinho. Foi sem dúvida o ano mais difícil, foi aquele que mais desafios meteu.”* (Anexo II)

Na altura da separação dos pais, costumava passar os fins de semanas com o pai, até este emigrar para a Suíça, altura em que o contacto com o mesmo foi diminuindo. A Maria mantém contacto com o pai, embora demonstrado uma certa desvinculação emocional na relação com o mesmo. Considera essa relação um pouco instável e considera o pai *“uma pessoa mais explosiva”* (Anexo II), e que a família paterna é conflituosa e que isso é algo com que não se identifica, argumento este que usa para justificar o seu afastamento na relação.

Descreve a relação com a sua mãe como próxima e íntima. Para Maria a sua mãe *“é tudo... não somos de mostrar afeto, do género: Gosto tanto de ti... Ah, és tao linda... Não..., mas sabemos... quando uma precisa de ajuda a outra esta logo lá... e sabemos que acontece o que acontecer estamos lá uma para a outra, não é muito exteriorizar, é mais mostrar em pequenas coisas.”* (Anexo II). Considera que, devido à sua doença e às crises clínicas (p.e AVC), sempre foi muito protegida pela sua família, sendo a mãe, particularmente, mais preocupada e protetora. Verbaliza que considera a mãe, por vezes, hiperprotetora e intrusiva:

“A minha mãe sinto-a muito mais preocupada, ela já se preocupava antes do AVC, mas depois do AVC parece que se começou a preocupar ainda mais, e às vezes até com coisas que não fazem muito sentido (...) quando tenho um episódio de visão dupla, que acaba por não ser nada, ela de meia em meia hora vem ao meu quarto ver se está tudo bem, se estou viva, quando tomo banho fica sempre a olhar para o tempo, se eu ficar um bocado mais de tempo, ela vai bater á porta a perguntar se está tudo bem” (Anexo II).

Tem uma relação possessiva com a irmã mais nova, impondo-se subtilmente como figura materna, demonstrando sentimentos de afeto e carinho: *“Com a minha irmã, é a minha princesinha, é tudo... faço tudo o que a menina quer, tudo o que a menina diz, é tudo para a menina, é a bebé... apesar de ser também assim um feitio teimoso, é... pronto... perdooo tudo à menina.”* (Anexo II).

Relativamente à relação com os dois irmãos, é marcadamente ambivalente: *“é uma relação mais afastada, mas falo com ele, ligo-lhe, vejo como é que ele está. Com o meu irmão da parte da minha mãe, ele tem assim um feitio assim mais difícil, ou seja, é muito teimoso, então as vezes chocamos um bocadinho, mas é pacífico, ele é também mais na onda dele.”* (Anexo II)

Mantém uma relação amorosa muito próxima e íntima com o namorado. Considera-o paciente e preocupado. A relação é marcada por aspetos anaclíticos marcantes: *“é um anjinho – coitado – eu às vezes pergunto-me mesmo – não, tive sorte - é normal as pessoas que têm uma relação dizem que a outra pessoa é boa e é a melhor do mundo e essas coisas todas, mas sendo realista é uma pessoa que me apoia muito e que está sempre presente – “Mete o protetor que está sol; Cuidado com as nódoas negras; Não chores que ficas nervoso e depois podes te sentir mal; Como é que estás hoje, como é que correram as análises”. É muito cuidadoso.”* (Anexo II)

A percepção que a Maria tem do seu corpo é negativa. Verbaliza que a percepção do seu corpo têm uma grande influencia na sua autoestima desde a sua pré-adolescência até à atualidade. Os sentimentos negativos relativos ao corpo, são evocados constantemente ao longo da narrativa : *“Tenho uma autoestima muito baixa, mesmo muito, e como sempre tive problemas com o meu peso – é algo que me afeta muito, mesmo muito – o foco mesmo é o peso”; “Quando partilho com os meus amigos que estou mal porque sou gordinha, eles elogiam-me – ok, mas é normal que quando eu me estou a queixar de uma coisa, tu vás dizer as coisas contrárias para me fazer sentir melhor. Ou seja, são positivos, mas não têm impacto nenhum.”* (Anexo II)

1.2 História da Doença

A Maria foi diagnosticada com Lúpus aos 13 anos de idade, altura em que lhe surgiram os primeiros sintomas: *“umas manchas na cara (...) já era em ferida”*; *“comecei a sentir as mãos muito inchadas e doía-me as mãos”*. Conta que o diagnóstico foi bastante complexo: *“... inicialmente pensaram que eu tinha sífilis, a medica teve uma conversa comigo a perguntar se alguém tinha abusado de mim ou alguma coisa que eu quisesse contar... não... não aconteceu mesmo nada... pronto, então aí percebeu-se que era Lupus”* (Anexo II)

Inicialmente com o aparecimento da doença, expressa não ter tido dificuldades em lidar com a mesma: *“Para ser honesta nem me importei muito, era mais uma coisa para lidar, não dei muita importância...”* *“foi como uma coisa leve... quis mostrar que estava tudo bem”*. (Anexo II)

Ao longo do seu registo clínico, a Maria apresentou diversos sintomas: *“No início foram as articulações, as articulações (...) doem-me sempre as articulações, ou me doi o pescoço, o joelho ou a mão... já me habituei... e coisas pequenas como aftas, estou sempre com aftas a toda a hora, essas coisas são mais do dia-a-dia. Agora outras coisas, foi a nefrite, também já tive uma alopecia, que me caiu o cabelo, tive AVC's também”* (Anexo II). Revela que o sintoma mais complicado de lidar são os AVC's devido à incerteza do seu aparecimento e às consequências agressivas do mesmo, levando-a estar sempre atenta à medicação e aos sintomas: *“tenho que tomar sempre a medicação para não ter alterações no sangue, e como tenho muitos sintomas... por exemplo continuo com muita sintomatologia, por exemplo ver a dobrar ou tonturas e não tenho o AVC, tenho essa sintomatologia que ficou, por exemplo, quando estou nervosa, fico logo com tonturas, começo a ver a dobrar e começo logo a pensar que possa ser um AVC e começo a ter mais sintomas, mas acaba por não ser nada. Mas o AVC é o mais difícil, é o que dá mais medo.”* (Anexo II)

A Maria conta uma sequência de perdas e situações traumáticas ao longo da sua vida adulta, que a levaram a procurar ajuda psiquiátrica e a inicializar a toma de antidepressivos: *“tive uma relação de amizade muito forte, e a pessoa acabou fazer coisas que eu não gostei e acabou por ser uma desilusão, e afetou-me. Depois, estava num estágio académico, onde eu também não estava bem (...) Depois a tese também não me estava a correr muito bem. A nível pessoal foi o que estragou tudo mesmo, foi a cereja no topo do bolo, porque tive uma avó diagnosticada com Alzheimer, não é avó biológica, mas foi quem cuidou de mim. (...) Depois,*

tive outra familiar que é filha dessa senhora, que teve um cancro, ou seja, foi uma altura muito difícil também (...) o culminar daquelas coisas todas, começou-me a fazer muita confusão na cabeça e acabei por ir para o hospital com sintomas como a visão dupla, a pensar que era AVC. Fizeram-me exames, tudo, era sintomatologia que não estava lá, era mesmo o stress. Chorava todos os dias, em qualquer lugar, era capaz de ir na rua e começar a chorar, porque estava mesmo a chegar ao limite. Foi aí que a medica me passou uns antidepressivos, para tentar controlar.” (Anexo II)

Mantém muitos dos sintomas mencionados, atualmente, com intensidade média e frequência diária, fazendo terapêutica medicamentosa que alivia. Revela não ter conhecimento de antecedentes familiares com Lúpus.

2. Caso “Sra. Joana”

A entrevista (consultar anexo III) foi antecipada por um familiar, que me expôs a sua história de vida e me direcionou à Sra. Joana.

Quando questionada relativamente ao seu interesse em participar neste estudo, a Sra. Joana mostrou-se interessada, disponível e aberta ao diálogo. A entrevista teve lugar na sua habitação, onde me recebeu calorosamente. Convidou-me para me sentar à sua frente, numa mesa-redonda, onde estava a fazer croché.

A Sra. Joana exibe uma figura cuidada, e apresenta evidente simpatia. Tem um olhar triste e uma expressão depressiva, de quem guarda enorme angústia e sofrimento. Exibe um discurso desarticulado e lentificado. Apresenta uma movimentação corporal desarticulada, transparece na sua postura tensão, ansiedade e fragilidade.

2.1 História de vida

A Sra. Joana tem 60 anos, está reformada por indicação médica há cerca de 5 anos, é casada há cerca de 30 anos com o seu marido “Luís”, e vive numa vila do baixo Alentejo. Desta união, nasceram o “Vítor” de 25 anos, a “Matilde” de 37 anos e o “Roberto” de 40 anos de idade. Vive atualmente com o marido e com o filho mais novo. A mãe e o pai da Sra. Joana faleceram há 1 ano e 5 anos respetivamente. Tem dois irmãos, e é a mais nova da fratria. O irmão mais velho faleceu num acidente automóvel há 35 anos.

Até à altura do seu casamento, aos 20 anos de idade, viveu com os seus pais, vivência esta maioritariamente marcada pelo conflito entre a mãe o pai, notoriamente abusivo. Partilha memórias em que o seu pai era agressivo, chegando a assistir a várias agressões físicas e psicológicas à sua mãe.

Com o seu pai, a relação era conflituosa e fria, demonstrando sentimentos de desprezo pelo mesmo, num funcionamento marcadamente clivado – *“o meu pai, tinha temporadas, não sei o que era, mas foram 5 irmãos foram todos iguais, todos maus. Não sei o que era, qualquer coisa que lhe pegava, que ele andava 1 ou 2 semanas bruto, bruto, bruto, partia tudo em casa, batia na minha mãe, jogou-lhe uma chave de fendas, tentou jogá-la para dentro dum poço. Depois quando tava bem, é o melhor pai do mundo, nunca me bateu.”* (Anexo III)

Pela forma como fala sobre esta relação, inferimos que a relação com a sua mãe era próxima e íntima. Expressa enorme angústia ao falar na perda da sua mãe – *“eu ouvia a minha mãe em todo o lado, ouvia a minha mãe chamar-me em todo o lado (...) Sinto tanta falta da minha mãe (...) mãe é mãe... custou muito”* (Anexo III)

Mantém uma relação conjugal emocionalmente desvinculada, marcada pela ausência de elementos prazerosos quando menciona o marido, e no qual não encontra apoio, nomeadamente na compreensão da sua doença – *“Começámos a namorar, conheci-o num baile e dançámos o resto da noite. Foi a partir daí (silêncio) (...) Ψ: Mencionou anteriormente que considera que o seu marido não compreende a sua doença. J.: Não, não percebe (silêncio)”* (Anexo III).

É, no entanto, notável o carácter funcional na relação com o seu marido -: *“A relação é boa, mas ele é muito calado, eu sou o contrário. Então, temos os 3 filhos, primeiro veio o “Roberto” e a “Matilde” e depois os manos começaram a pedir um irmão, e daí arranjei o “Vitor”, tem 11 anos de diferença da mana, 13 do mano.”* (Anexo III).

Mantem uma relação vinculativa com os três filhos, revestida de aspetos anaclíticos marcantes, na qual procura e recebe bastante apoio, especialmente com a filha do meio – *“dos meus filhos tenho tido sempre apoio (...) Dos meus filhos sinto muito muito apoio, principalmente da minha filha, que também passou mais ou menos pelo mesmo, e tem me apoiado muito mesmo.”* (Anexo III). Procura na relação com os filhos um suporte emocional e constante apoio e dependência *“e tudo aquilo me levou abaixo. Depois casei, e com o nascimento dos filhos, ajudou tudo.”* *“É a melhor coisa da vida, se soubesse o que sei hoje tinha arranjado mais 2 ou 3 (...) Ψ: Porque é que diz isso? J.: Porque gosto muito de crianças, sinto uma falta dos meus filhos, estão longe.”* (Anexo III).

Conta que a infância e a adolescência foram tranquilas. Na escola, não tinha problemas em fazer amigos, e criou relações de amizade que leva até à atualidade, embora sejam relações maioritariamente superficiais. Conta que nesta altura, passava a maior parte do tempo livre a conviver com as amigas.

Revela que o único desgosto que sofreu na adolescência foi aos 17 anos, quando sofreu a perda do seu irmão mais velho num acidente automóvel, pela qual se considera culpada: *“Eu levei anos e anos a sonhar que mandava o meu irmão deitar-se no chão e passava-me um camião por cima.”* *Erámos praticamente gémeos, tínhamos 13 meses de diferença. Éramos muitos amigos, trabalhávamos juntos na altura.*” (Anexo III). Verbaliza que o pai a culpava pela morte do seu irmão, segundo a Sr^a Joana, no dia do acidente, o pai afirmou: *“olha vês... tu é que devias ter morrido não era o teu irmão, era o meu filho, o meu filho fazia-me falta.”* (Anexo III)

Começou a trabalhar numa biblioteca durante alguns anos, depois num supermercado, e até à sua reforma trabalhava numa loja própria na venda de peças de mármore, emprego esse que, mesmo após reformada, mantém ativo. Gosta de fazer trabalhos manuais, pintar, fazer croché e tecidos nos tempos livres.

Descreve-se como sendo uma pessoa bastante ansiosa e depressiva, que em grande parte atribui causa à doença. Apresenta-se, no entanto, como uma pessoa bastante comunicativa, que procura socializar diariamente, e manter o contacto com o outro: *“eu falo muito, falava com as vizinhas todas”* (Anexo III). Considera-se uma pessoa pouco afetiva: *“Eu nunca fui muito de coiso, aos meus filhos mando-lhe uns beijinhos, mando coiso, (...) era beijinhos e pronto”* (Anexo III)

A Sra. Joana exhibe comportamentos obsessivos e compulsivos no modo como organiza a casa e a obsessão com a arrumação: *“porque eu, pronto, estava sentada, mas não me conseguia concentrar no almoço, porque para mim estava tudo sujo, estava a ver tudo sujo, e limpava constantemente.”* (Anexo III)

2.2 História da doença

A história de vida da Sra. Joana é intensamente marcada pela presença e evolução de diversas doenças, muitas delas comorbilidades do Lúpus. Desde o início da nossa interação, que a necessidade de falar sobre a doença é notável.

Recorda-se como sendo sempre uma “pessoa doente(...) lembro-me de ter papeira... tive tudo... tive tudo. Por volta dos 3, 4 anos. Quando andava no 10º ano, também tive muito doente... agora já não me lembro do nome da doença, mas tive muitas recaídas, tive mesmo doente. Fui operada à garganta aos 10 anos, correu mal... tudo correu mal na minha vida, estive internada 32 dias, infetou tudo, já tinha infeção no estômago, em todo o lado.” (Anexo III).

O aparecimento e o diagnóstico do Lúpus surge aos 21 anos, após o nascimento da filha, embora já: “tive umas fortes hemorragias quando ela nasceu e tivemos em perigo de vida, tanto ela como eu.” (Anexo III).

Relativamente aos primeiros sintomas conta que foram manchas vermelhas nos membros e aftas, sintomas estes que diz já não ter tanto. Ao longo da sua história clínica, menciona uma variedade de doenças e diagnósticos médicos: “Síndrome de Raynaud, que afetam as unhas, tanto nos pés como nas mãos, não posso tocar em frio, rebenta logo sangue. Tenho também o Síndrome de Sjogren, que é falta de saliva. E pronto, tenho vários problemas que vieram e estão todos ligados ao Lúpus”; “o meu querido Lúpus, trouxe-me muitos problemas, fechou-me a artéria renal, fechou-me as artérias do coração – tinha sintomas que ia mesmo morrer, desmaiava constantemente. Também tenho muitas tonturas e visão dupla.” (sic). Revela já ter sido submetida diversas cirurgias ao longo da sua vida: “Operações já tive muitas, aos tendões, à coluna lombar, aos rins, aos pés. O maior problema que isto (doença) tem, é o fechar as artérias” (Anexo III).

Verbaliza que o sintoma que tem mais dificuldades em lidar: “é que isto é muito depressivo. Tem uns dias que nos apetece desaparecer, pronto, dores no corpo”; “Tem a ver com o querer fazer e não conseguir fazer, tenho alturas que só me apetece estar fechada em casa e eu sei que isso me faz mal”; “Quando ia à praia, pensava que era a água que me fazia um mal terrível, vinha de lá cheia de manchas, doíam-me os ossos, e eu pensava ser da água estar gelada. Afinal não era, era do sol que eu apanhava. E eu gostava muito de água e da praia, nunca mais fui à praia”; “é uma doença que impedidora, não podes fazer isto, não podes

ir além, não podes, não podes, não podes. Não me permite fazer grandes coisas, principalmente sair, irmos à praia, que era uma coisa que gostava tanto de fazer.” (Anexo III)

Mantém muitos dos sintomas mencionados, atualmente, com intensidade média e frequência diária, fazendo terapêutica medicamentosa que alivia a sua manifestação. Também lhe foi prescrito, pela psiquiatria, antidepressivos e indutor de sono: “*não sei o que é dormir, não consigo*” (Anexo III)

Conta que havia uma suspeita de antecedentes na família do Lúpus – “*dizem que o meu Lúpus talvez seja hereditário, eu tive uma tia que morreu, teve esses problemas todos, e ficou numa cadeira de rodas durante 20 anos e nunca chegaram a saber o que é que ela tinha.*” (Anexo III).

ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo (consultar Anexo IV) foi organizada através de uma abordagem teórica psicanalítica. Priorizamos os aspetos transferenciais de forma a aceder ao mundo simbólico, fantasmático e representativo dos participantes, particularmente à natureza da angústia, aos mecanismos defensivos, às relações objetais internas, e às características discursivas.

Tomamos como base referencial a obra de *Formulação Psicanalítica de Casos* de Nancy McWilliams (1999), que orienta a formulação do caso psicodinâmico como um processo inferencial, individualizado, compreensivo e subjetivo. As reflexões e as inferências feitas assentes nas narrativas das entrevistas realizadas, terão como base fundamental os pressupostos de Nancy, por integrar uma perspetiva compreensiva e subjetiva sobre a doença. A autora argumenta que para se conceber uma boa formulação experimental da personalidade e psicopatologia da pessoa, deve-se atender às seguintes áreas: temperamento e atributos fixos, temas maturacionais, padrões defensivos, identificações, esquemas relacionais, regulação da autoestima e crenças patogênicas.

Nancy McWilliams (1999), destaca para a necessidade de se considerar características e aspetos do individuo que são fixos e imutáveis, ou seja, aquilo que não pode ser mudado, como o seu temperado; condições congénitas; efeitos irreversíveis de trauma, vício ou doença; realidades físicas imutáveis; circunstâncias de vida imutáveis; e história pessoal. A principal implicação terapêutica de quaisquer facetas da vida do individuo, é não admitir a mudança, e a substituição do luto e da adaptação por ódio de si mesmo e desejos mágicos de transformação. A negação e minimização das implicações de ter uma doença crónica séria, é inadequada para a tomada de decisões médicas autoprotetoras. Destaca para a importância de compreender a depressão não só como tendência a reduzir o poder do sistema imunológico, mas o inverso também é verdadeiro, no sentido em que estar doente faz pessoas deprimidas. A nível da imagem corporal, destaca que o senso de integridade do corpo de um individuo é uma base natural de autoestima e saúde emocional. Quando a integridade corporal é comprometida pela doença, o luto é necessário para evitar a depressão.

DISCUSSÃO

O fenómeno psicossomático poderá ser compreendido com base na teoria acerca as relações objetais. Partindo da ideia de que o corpo é o primeiro contacto do individuo com o mundo, o entendimento e a teoria relativa às relações objetais deve ser vista através de uma abordagem corporal, visto ser este o primeiro contacto que permitirá estabelecer um espaço para a estruturação e elaboração sentimento de self, através da relação primordial mãe-bebé. Encontramos ao longo da literatura, em histórias de vida de pacientes portadores de doenças somáticas, a existência de uma mãe inadequada, quer rejeitadora, quer hiperprotetora (Silva, 2002 cit. por Santos, 2012).

A união simbiótica da criança com a mãe é representada como superfície corporal comum – um corpo para dois. A separação da mãe e a perda da fusão, é representada pelo arrancar dessa superfície comum - pele.

A doença da pele, que surge na vida adulta como sintoma, poderá estar associada a essa perda e separação precoce com a figura materna. Nesse sentido, o adoecimento da pele pode ser visto como a incapacidade do individuo em lidar com o stress resultante de uma situação de separação ou perda, que remetem às inscrições das primeiras relações com os objetos primários. Na teorização psicanalítica, é sabido que na vida adulta, perante a emergência de conflitos psíquicos e situações de crise, tendemos a funcionar de forma mais ou menos regressiva. Desta forma, devemos considerar o uso do corpo como condutor da expressão do sofrimento, sempre que motivos externos ou internos superam as formas psíquicas de resistência habitual (Dias, 2007).

Muitas das teorizações na área da psicanálise e psicossomática incluem falhas na relação de cuidado primária com a figura materna. Os estudos de caso psicanalíticos e os modelos teóricos psicossomáticos apontam para uma relação primária que é frequentemente descrita como íntima e próxima, porém, os indivíduos com tendência a apresentar uma sensibilidade à manifestação de doenças somáticas estão circundados em relações diáticas simbióticas, na qual existe uma limitação no reconhecimento do Outro como separado de si, originando-se uma falha na internalização das funções regulatórias (Marreiros, 2013).

A agressão pela e na pele demonstra uma escolha pela externalidade, também vista na forma como o individuo simbiótico se relaciona com o mundo. A somatização da pele, parece marcar uma limitação entre o eu e o outro, o si e o não-si. A pele afetada e comprometida parece representar esse corte, um rasgo simbólico com o outro fusionado (Dias, 2007).

Em suma, a teorização das relações objetais primárias representa uma perspectiva de significativa importância, na compreensão da dinâmica relacional do indivíduo, que se estende ao longo da vida adulta. Procurámos, deste modo, compreender a existência de tipos de relação regressivas em indivíduos com LES.

Tendo em conta as características relacionais analisadas através das entrevistas, consideramos que ambos os casos se enquadram numa linha do funcionamento psicossomático, e por esse motivo, pertinente analisar a relação precoce com a figura materna, e a restante dinâmica familiar, como também acontecimentos de vida, conflitos ou perdas, que possam aparecer como fatores concomitantes no aparecimento ou agravamento da doença.

No caso Maria, a natureza e a essência da relação com a imago materna parece-nos ter sido vivenciada com proximidade, envolta de uma relação diática simbiótica, ficando retida num modo de relação dual indiferenciada, em que o outro é um prolongamento do Eu. A relação dual inibiu as manifestações de autonomia da Maria, condicionando o desenvolvimento da identidade e o sentimento de individuação, constituindo-se uma estrutura identitária frágil, em que os limites entre o eu-outro não estão bem definidos. A identidade de Maria ficou diluída, e as suas características únicas, misturaram-se com a dos outros, numa dependência intensa do externo.

Estando submersa na relação dual indiferenciada, a Maria não teve a possibilidade de desenvolver mecanismos para se autonomizar, elaborar dimensões fantasmáticas, internalizar funções regulatórias e desenvolver aspetos do reconhecimento emocional - lacunas na mentalização.

O seu mundo interior nunca foi totalmente investido e preenchido, pois nunca teve a possibilidade de se subjetivar e individualizar. Ao lado da perda da sua unicidade, nunca aprendeu a reconhecer os seus próprios sentimentos, ficando numa situação de impasse emocional. Essa impossibilidade de expressão e vivência afetiva das emoções diretamente ao objeto, leva a um acting-in – adoecer somático (Matos, 2012).

Em Maria, salienta-se um funcionamento psíquico em que domina a angústia de separação. Segundo Nancy McWilliams (1999), a ansiedade de separação ameaça o Eu com a dissolução, embora menos radical comparativamente à ansiedade de aniquilação. Na ausência do outro, sente-se um vazio, podendo impulsionar regressões e movimentos psíquicos aparentemente inexplicáveis. A Maria faz uma separação mínima do interno-externo, logo, existe uma fraca capacidade de separação, de contenção dos afetos e das angústias, e uma falha na capacidade de continência ou simbolização desses afetos.

A ameaça da perda do objeto fusional e o trauma da separação precoce, acarretam sentimentos ansiogênicos, dos quais Maria tenta evitar, pois originaria consigo implicações ao nível da autorregulação emocional. A procura e necessidade de manter as pessoas perto de si, relaciona-se à necessidade de fusão e dependência do objeto. Verifica-se igualmente uma incapacidade e evitamento de entrar em conflito, sentida como uma ameaça pela possibilidade da não-fusão. As emoções provenientes do conflito constituem-se como ameaçadoras pois são sentidas como uma rejeição. A Maria demonstra um narcisismo dependente do olhar do outro, repleto de ansiedade e de sensibilidade às opiniões do outro, pois nunca se consolidou e personalizou através do olhar materno, não há uma regulação interna e comportamentos que visam a manutenção e promoção da autoimagem e autoestima (Matos, 2012).

O aparecimento dos primeiros sintomas de Lúpus em Maria na sua adolescência, não foram sentidos como um alerta para um sofrimento corporal, não reconheceu o perigo dos sintomas, remetendo para uma incapacidade em integrar o nível psicológico e o somático – dissociação psique-soma (Matos, 2012).

Face ao Lúpus assistimos a uma atitude conformista, verbalizando que rapidamente se ajustou: *“Para ser honesta nem me importei muito, era mais uma coisa para lidar, não dei muita importância”* (sic). Existe uma clara hiperadaptação à realidade, com uma impossibilidade de exprimir os seus desejos e os seus medos, resultado de uma falha ao nível da identidade. A dimensão afetiva é desconhecida, não exprime os afetos, porque não aprendeu a reconhecê-los por si própria.

No segundo caso (Sra. J.) salienta-se uma dificuldade em abordar as relações, assim como um evitamento e isolamento da afetividade, mantendo-se num registo descritivo e virado para o fatural. Demonstra uma angústia extrema ligada ao corpo e às doenças das quais tem, manifestando-se por uma concentração particular na sua doença, como se nada mais fosse significativo na sua vida. Assistimos, no seu discurso, uma limitação na simbolização e uma fraca moldagem afetiva.

As relações, quando aparecem na narrativa, baseiam-se na superficialidade e na moldagem à identidade do outro, numa hiperadaptação e conformismo ao outro. A sua identidade molda-se aos outros por falta de características próprias. Evidencia-se uma vivência marcada pelo desinvestimento afetivo e pelo irreconhecimento de si própria. Parece perdida na sua identidade, a qual não construiu na sua plenitude. Mostra um tipo de funcionamento caracterizado pelo conformismo, pela passividade, e funcionalidade com que regula as relações com os outros. Isso é visível na forma como fala do marido, fazendo uma descrição fatural da

vida em conjunto, sem, no entanto, colorir essa relação por meio da afetividade. Destaca-se assim, uma incapacidade marcada ao nível da expressão dos afetos, assim como uma incapacidade em captar o afeto, pois não o reconhece – falha na introjeção dos bons objetos (Matos, 2012).

A Sra. Joana apresenta um quadro clínico altamente diversificado, com a manifestação e agravamento de diversas patologias. Evidencia-se um corpo extremamente frágil e em processo de desintegração, assim como a sua identidade, pouca coesa e fragmentada. A pessoa e o corpo são ainda duas dimensões irreconhecíveis e indistinguíveis – dissociação psique-soma. A manifestação constante das diversas patologias, impõe uma limitação do futuro – pela falha da mentalização e capacidade simbólica o seu sonho é falhado e repetitivo (Matos, 2012).

Os afetos quando surgem na narrativa são ligados à angústia da perda, do desamparo e da morte. Predominam afetos maciços, primitivos, implicando a projeção dos maus objetos. Existe uma separação significativamente mínima do interno-externo, e, portanto, não existe capacidade de contenção e simbolização.

Ambas as participantes, revelam uma relação próxima com o seu animal de estimação, nomeadamente o gato, no caso da Maria, e os cães, no caso da Sra. Joana. O animal poderá ser visto com um depósito de identificações, através do deslocamento. Neste sentido, os animais representam pessoas e são-lhe associados afetos outrora vivenciados com o outro. No caso da Sra. Joana encontramos um discurso clivado em relação aos animais de estimação, expressa que em certa altura da sua vida *“só me apetecia matar os cães, e hoje em dia é a melhor coisa que eu tenho. Eu não queria os cães, mas a minha mãe insistiu em ficar com eles, e hoje em dia é a melhor coisa que eu tenho.”* (sic). Parece-nos, que, após a insistência por parte da sua mãe para ficar com os cães, a Sra. Joana ganhou um novo olhar e afeto perante os mesmos, sustentando a hipótese do deslocamento. No caso de Maria, o seu gato representa para si algo que não se vai embora, que está sempre perto de si e a apoia em qualquer altura, remetendo para a necessidade de apoio/fusão do objeto e para o evitamento da angústia de separação.

Nos dois casos, as participantes mencionam ter sonhos repetitivos. A Sra. Joana verbaliza ter tido sonhos relacionados a um evento traumático, neste caso o falecimento do seu irmão mais velho: *“Eu levei anos e anos a sonhar que mandava o meu irmão deitar-se no chão e passava-me um camião por cima”* (sic). No caso da Maria, menciona que os seus sonhos estão muitas vezes relacionados com a angústia da separação e abandono: *“sonho muito que, por exemplo que o meu namorado me vai deixar, não sei se é por causa da doença, mas sinto que ele se vai fartar e que se vá embora. Isso é um sonho que tenho muito frequentemente.”* (sic)

O trabalho repetitivo do sonho, poderá ser visto como uma tentativa do indivíduo integrar, por meio da elaboração simbólica e imaginária, o evento traumático ou o trauma infantil. O sonho traumático repetitivo, pode indicar uma falha relativa ao trabalho de luto em subjetivar e dar sentido ao real traumático (Rudge, 2016).

Neste estudo também se propôs relacionar a vivência de acontecimentos da ordem do traumáticos nos indivíduos com LES, no sentido, em que estas vivências conduziram ao aparecimento e intensificação da doença. Nas duas participantes, assistimos a uma sequência de eventos traumáticos e perdas presentes ao longo da sua história de vida que, pela incapacidade de os elaborar e representar, abriram caminho para uma vulnerabilidade psicossomática.

CONCLUSÃO

O estudo de caso de Maria e da Sra. Joana, possibilitou-nos a constatação da importância da relação precoce na constituição da estrutura psicossomática. Verificou-se que em ambos os casos ocorreram falhas profundadas na relação vivenciada com a figura materna, cuja vivência de uma relação dual indiferenciada, não possibilitou o processo de individuação e subjetivação. Falhas essas, que se estabeleceram desde uma fase precoce até à vida adulta, e que foram suscetíveis de criar condicionamentos ao desenvolvimento emocional e relacional. Em ambos os casos, o aparelho mental não se desenvolveu na sua plenitude a nível emocional, fantasmático e simbólico. Sem ter acesso ao sofrimento básico, sem poder viver e sentir a perda, a depressão latente não poderá ser vivida, sentida e elaborada - fica presa no corpo, num processo de desordem (desorganização progressiva) e desvitalização (Matos, 2012).

As observações obtidas em ambos os casos são consistentes com a literatura apresentada. A presença de uma fragilidade a nível da representação corporal; a evidência da problemática identitária e depressiva, associada a um modo de relação dual indiferenciada, num registo fusional/anaclítico; e um funcionamento psíquico regressivo, virado para o exterior, dificultando a identificação e a descrição dos afetos (pensamento operatório descrito por Marty), assim como movimentos representativos e fantasmáticos.

Com este estudo, procurámos refletir e abordar as relações entre o psíquico e somático, dentro de um contexto específico da doença autoimune, o Lúpus Eritematoso Sistémico. Uma das limitações deste estudo, diz respeito ao pouco tempo conseguido para realizar as entrevistas, que permitiria uma análise mais aprofundada.

O cruzamento das teorias da psicossomática e psicanalíticas revela-se de grande importância na compreensão do fenômeno psicossomático, no sentido em que, integra um modelo compreensivo e subjetivo do indivíduo com doença, numa perspectiva relacional e considerando a complexidade humana. Por isso, identifica-se a importância para o desenvolvimento de futuros estudos nesta área, procurando estudar profundamente os fatores psicológicos relacionados no surgimento e manifestação do Lúpus, atendendo, não só, aos aspectos relacionais, mas integrando também a compreensão subjetiva da experiência vivida do paciente no que é estar-doente.

Relativamente às implicações clínicas e conforme a literatura psicanalítica apresentada ao longo deste trabalho relativa ao funcionamento psíquico dos sujeitos psicossomáticos, destaca-se a natureza das suas relações objetais primárias. Nesse sentido, torna-se fundamental que o trabalho do analista ofereça um espaço de contenção (*holding*), e um *setting* coerente onde o paciente possa organizar o seu espaço, ritmo pessoal e a forma como habita o seu corpo. Assim, o analista deve proporcionar um ambiente que favoreça a retomada do processo maturacional e a elaboração de formas de organização subjetivas. No trabalho analítico o paciente deve ser compreendido com base na sua corporeidade e a forma como ela foi constituída, e, portanto, revela-se essencial uma presença constante e viva do analista, numa tentativa de recriar o ambiente de cuidados primários, remetendo à vivência precoce mãe-bebê e de forma a proporcionar um ambiente com condições necessárias para que o indivíduo encontre os elementos fundamentais para integrar a psique e o soma (Dias, 2012).

REFERÊNCIAS

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*, New York: W. W.
- Aisenstein, M., Smadja, C. (2010). Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*. 91(3), 621-640;
- Aisenstein, M., Aisemberg, E. R. (2010). *Psychosomatics Today: A psychoanalytic Perspective*. Londres: Karnac Books Ltd
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aurélio, D. I. C. F. (2010). *Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia, Lisboa. Disponível em: (https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2439/1/ulfp035820_tm.pdf);
- Azevedo, G. M. G., Neme, C. M. B. (2009). Simbiose e psoríase: um estudo psicanalítico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 77(02/09), 307-321;
- Barbosa, F., et al. (2009). Alexithymia in systemic lupus erythematosus patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1173(1), 227.
- Bekhbat, M., Neigh, G. N. (2018). Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. *Brain, Behavior and Immunity*. 67, 1-12;
- Bobos, F., et al. (2019). *Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics*. New York: Routledge.
- Bobos, F. (2019). Trauma and its effects. In: Bobos, F. et al. (Ed.) *Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics*. (pp. 47-52). New York: Routledge
- Bobos, F., Frommer, J., Senarclens, B. (2019). Trauma and its effects. In: Bobos, F. et al. (Ed.) *Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics*. (pp. 47-59). New York: Routledge.
- Bricou, O., Taïeb, O., Baubet, T., Gal, B., Guillevin, L., & Moro, M. R. (2006).

Stress and Coping Strategies in Systemic Lupus Erythematosus: A Review.
Neuroimmunomodulation, 13(5-6), 283–293.

Brito, A. C. (2010). *Um espaço uterino num tempo de tensão: Psicossomática, depressão e imunidade: Estudo de caso—Um olhar sob o ponto de vista da psicossomática* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário: Ciências psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

Bustarviejo, L. (2018). *Psychosomatic symptoms: a contemporary psychotherapeutic exploration* (Dissertação de Mestrado). Dublin Business School, Dublin. Disponível em:
https://esource.dbs.ie/bitstream/handle/10788/3403/ba_bustarviejo_1_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y);

Carvalho, P. N. M. (2011). *Psicossomática: Uma perspectiva psicanalítica* (Trabalho de Psicossomática). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia, Coimbra. Disponível em: (<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0282.pdf>);

Cruz, M. Z., Júnior, A. P. (2011). Corpo, Mente e Emoções: Referenciais teóricos da Psicossomática. *Simbio-Logias*. 4(6), 46-66;

Dias, H. Z. J. (2007). *Pele e Psiquismo, Psicossomática e Relações objetais: Características relacionais de pacientes portadores de dermatoses* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Faculdade de Psicologia, Porto Alegre. Disponível em: (<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/614/1/399590.pdf>);

Dias, M. F. (2012). A existência psicossomática: aspectos clínicos. *Winnicott e-prints*, 7(1), 16-48.

Elgert, K. D. (2009). *Immunology: Understanding the Immune System* (2ª Edição). Hoboken: Wiley-Blackwell;

Filho, J. M., Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje* (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed;

Freud, S. (1914) 'On narcissism: an introduction', S.E., Vol. 14 . London: The Hogarth Press, pp. 67–102.

Galdi, M. B., Campos, E. B. V. (2017). Modelos teóricos em Psicossomática

- Psicanalítica: Uma revisão. *Temas em Psicologia*. 25(1), 29-40;
- Germano, H. M. J. (2002). *Gaguez: contributo da psicossomática para a sua compreensão e tratamento* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário: Ciências psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em: (<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/551>);
- Gordon, C., Isenberg, D. (2016). *Systemic Lupus Erythematosus*. Oxford: Oxford University Press;
- Green, A (2010). Thoughts on the Paris School of Psychosomatics. In: Aisenstein, M.; Aisenberg, E. R. (Ed.), *Psychosomatics today: Psychoanalytic perspective* (pp. 1-45). Londres: Karnac Books
- Kimball, C. P., Krakowski A. J. (1983). *Psychosomatic Medicine: Theoretical, Clinical, and Transcultural Aspects*. Montreal: Springer US;
- Lewandowska-Walter, A., Blazek, M., Kazmierczak, M. (2015). The Symbiotic bond questionnaire – theoretical background and psychometric qualities. *Current Issues in Personality Psychology*. 3(2), 112-124;
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, Bauru. *A pesquisa qualitativa em debate* (pp. 10-20). Anais: Bauru;
- Marreiros, A. C. N. (2013). *Os dialectos do inconsciente: uma visão psicanalítica e desenvolvimental sobre a asma psicossomática em relação com as falhas nas relações objectais primárias* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário: Ciências psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em: (<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2510/1/14410.pdf>);
- Marty, P. (1958). The allergic object relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 98-103.
- Matos, A. C. (2012). *Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores;

- Nemiah, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P. E., & Hill, O. W. (1976). Modern trends in psychosomatic medicine. *Alexithymia: a view of the psychosomatic process*, 3, 430-9.
- Neves, S. L. R. (2015). *Experiência de Crise na Doença Inflamatória-Intestinal* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário: Ciências psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em: (<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3968/1/18274.pdf>);
- Nisar, H., Srivastava, R. (2018). Fundamental Concept of Psychosomatic Disorders: A Review. *International Journal of Contemporary Medicine, Surgery and Radiology*, 3(1), 12-18;
- Oliveira, R. A. (2010). A entrevista clínica psicanalítica. *Sociedade Portuguesa de Psicanálise*;
- Oliveira, A. (2002). *Função materna e os fenómenos psicossomáticos: reflexões a partir da asma infantil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia, Porto Alegre. Disponível em: (<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4283>);
- Pawlak, C. R., et al. (1999). Patients with Systemic Lupus Erythematosus Differ from Healthy Controls in Their Immunological Response to Acute Psychological Stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13(4), 287–302.
- Peralta-Ramírez, M. I., Jiménez-Alonso, J., Godoy-García, J. F., & Pérez-García, M. (2004). The Effects of Daily Stress and Stressful Life Events on the Clinical Symptomatology of Patients With Lupus Erythematosus. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 788–794.
- Rudge, A. M. (2016). Sonhos traumáticos na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19, 603-615.
- Ali, S. (1991). Pensar o Somático-Imaginário e patologia. Casa do Psicólogo.
- Santos, L. R. (2012). *Psicodermatologia: Perspectivas sobre a Vinculação em Pacientes*

com Psoríase (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário: Ciências psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em: (<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2603/1/14558.pdf>);

Sernarclens, B. (2019). Somatic and borderline states. In: Bobos, F. et al. (Ed.)

Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics. (pp. 60-67). New York: Routledge

Senarclens, B., Temple, N., Bobos, F. (2019). Ideal ego, ego ideal and superego. In:

Bobos, F. et al. (Ed.) *Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics*. (pp. 112-122). New York: Routledge

Seulin, C. (2019). Somatic and borderline states. In: Bobos, F. et al. (Ed.) *Experiencing*

the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics. (pp. 60-70). New York: Routledge

Sloate, P. L. (2016). *From Soma to Symbol*. Londres: Karnac Books Ltd;

Solano, L. (2019). Symbolisation. In: Bobos, F. et al. (Ed.) *Experiencing the body: A*

psychoanalytic dialogue on Psychosomatics. (pp. 123-129). New York: Routledge

Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease.

Autoimmunity Reviews, 7(3), 209–213.

Temple, N. (2019). Depression and psychosomatics. In: Bobos, F. et al. (Ed.)

Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics. (pp. 39-43). New York: Routledge

Temple, N. (2019). Ideal ego, ego ideal and superego. In: Bobos, F. et al. (Ed.)

Experiencing the body: A psychoanalytic dialogue on Psychosomatics. (pp. 116-120). New York: Routledge

Toledo, L. A., Shiraishi, G. F. (2009). Estudo de caso em pesquisas exploratórias

qualitativas: um ensaio para protocolo do estudo de caso. *Revista FAE*. 12(1), 103-119;

Ulnik, J. (2007). *Skin in psychoanalysis*. Londres: Karnac Books Ltd;

Vicente, B. L. (2005). Psicanálise e Psicossomática – Uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 7(1-2), 257-267.

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento informado

O presente estudo foi desenvolvido por Miguel Simão, e tem como objetivo uma compreensão e análise detalhada da manifestação da doença Lúpus Eritematoso Sistémico. O seu testemunho é muito importante para se ficar a conhecer melhor esta doença numa perspetiva psicossomática. Este estudo pressupõe a realização de uma entrevista. No decorrer da entrevista, pretende-se conhecer a sua história de vida e do aparecimento do Lúpus.

Para efeitos de transcrição e análise, a entrevista será gravada, em regime de total anonimato e confidencialidade.

Indica que autorizou e entendeu as informações deste consentimento informado, que foi lido antes de se inicializar a entrevista.

Agradecido pela sua participação neste estudo.

ANEXO II – ENTREVISTA MARIA

Entrevista Maria

Ψ: Gostaria de inicializar a entrevista por conhecer-te um pouco. Quem é a Maria na atualidade e quem era a Maria na sua infância?

M.: Então, penso que a minha personalidade não tem mudado muito, sou uma pessoa assim... sou extrovertida, mas só depois de conhecer as pessoas, ao início sou sempre assim um bocado mais tímida, mas depois de me dar com as pessoas é tranquilo, sou extrovertida, gosto de falar. Em pequena também era assim, também era mais tímida, mas não era assim tão extrovertida, já era mais reservada, foi uma coisa que foi acontecendo com o tempo, também com a escola, a faculdade, fui mudando um bocadinho... Mais coisas... gosto de ajudar os outros, sou um bocadinho teimosa às vezes, sou muito pessimista, muito (pausa) mas sou assim uma pessoa pacata, que não arranja confusões, gosto de estar no meu cantinho, não gosto de ir para festa ou multidões, de muitos amigos... não... sou uma pessoa mais calminha, com os meus, gosto de estar sossegada.

Ψ: Em relação à tua infância, com quem é que vivias ou lembraste de alguns acontecimentos que tenham marcado essa altura?

M.: Sim, primeiro vivia com os meus pais, aos 4 anos eles separaram-se, e a minha mãe está com o meu padrasto desde que eu tinha 4 anos, depois tiveram o meu irmão que tem agora 20 anos, e depois a irmã que tem 13 anos. Ou seja, estive sempre habituada a viver com o meu padrasto e os meus irmãos desde sempre, não estava habituada a viver com o meu pai, ia a casa dele de 15 em 15 dias, passar o fim de semana, ou visitar e vir embora, e ele agora está na Suíça há 6 anos.

Ψ: Mencionaste que esta transição de começar a viver com a tua mãe e o teu padrasto deu-se quando tinhas 4 anos?

M.: Sim, os meus pais divorciaram-se e depois passado uns tempos, a minha mãe encontrou o meu padrasto e ficaram juntos.

Ψ: Como é que consideras a tua relação com a tua mãe e com o teu padrasto?

M.: É boa... É boa... A minha mãe é tudo, não somos de mostrar afeto, do género: Gosto tanto de ti. Ah, és tao linda... Não. Mas sabemos... quando uma precisa de ajuda a outra esta logo lá... e sabemos que aconteça o que acontecer estamos lá uma para a outra. Não é muito exteriorizar, é mais mostrar em pequenas coisas. Com o meu padrasto a relação também é boa, as vezes embatemos assim um bocadinho, porque ele as vezes gosta de picar, e depois eu

também gosto de o picar, então é tipo meio cão e gato, mas gosto muito dele, não são discussões à seria, é mais picardias a ver se o outro vai lá picar também.

Ψ: E em relação ao teu pai, como consideras essa relação?

M.: Com o meu pai já é um bocadinho mais diferente, gosto dele e dou-me bem com ele, mas já é uma relação mais afastada, porque quando eu ia para o meu pai, a família da parte dele já é um bocadinho mais conflituosa com ele, ou seja, o meu bem-estar quando ia para a do meu pai não era assim tanto. Então ganhei assim uma espécie de afastamento, e o meu pai também é assim uma pessoa mais explosiva... não me identifico muito, portanto somos um bocadinho mais afastados, mas está tudo bem, falamos todas as semanas. Já fui visitá-lo à Suíça inclusive, apenas não é uma relação tão próxima como é com o meu padrasto e com a minha mãe.

Ψ: Em que altura é que o teu pai foi para a Suíça?

M.: Ele já tinha ido antes, teve lá só 1 ano ou 2 e voltou para cá, e voltou para lá há cerca de 6 anos

Ψ: Como é que te sentiste com essa mudança?

P1 : Pensei que não ia sentir tanto, pensei que como tínhamos esta relação mais afastada, pensei que ia ser fácil ele ir, até fiquei feliz de não ter aquela obrigação de ter de ir ter com ele todas as semanas, mas depois quando foi o choque de perceber que ele não estava aqui e se tinha ido embora foi difícil, porque eu sou uma pessoa muito emocional com as pessoas, eu preciso de ter as pessoas muito perto de mim, quer sejam muito afastadas... apesar de não gostar de muita gente... os meus têm de estar aqui ao pé de mim, então foi um bocadinho difícil, mas depois habituei-me... às vezes custa um bocadinho... ele costuma vir cá todos os anos, então dá para matar as saudades. Estou mais habituada... já faz parte.

Ψ: Como é a relação com os teus irmãos?

M.: Da parte do meu pai também tenho outro irmão lá na Suíça, que é dele com a minha madrasta, que tem 18 anos. É uma relação mais afastada, mas falo com ele, ligo-lhe, vejo como é que ele está. Com o meu irmão da parte da minha mãe, ele tem assim um feitio assim mais difícil, ou seja, é muito teimoso, então as vezes chocamos um bocadinho, mas é pacífico, ele é também mais na onda dele, então também não sai muito do quarto, está na fase do deixem-se estar sossegado. Com a minha irmã, é a minha princesinha, é tudo... faço tudo o que a menina quer, tudo o que a menina diz, é tudo para a menina, é a bebé... apesar de ser também assim um feitio teimoso, é... pronto... perdooo tudo à menina.

Ψ: Como é que vives todo o ambiente familiar?

M.: Não... é um bom ambiente... é tudo muito... por exemplo... é tudo à base do grito, a minha mãe quer falar com a minha irmã - Oh filha, Anda cá!! - ou seja é tudo muito despassarado, é tudo muito... chega a ser engraçado... porque depois às vezes eu estou a falar com a alguém, e entram quarto a dentro todos acelerados, e eu: pois ainda bem que aqui há privacidade e pode-se bater à porta. Está tudo sempre em movimento e chega a ser engraçado.

Ψ: Gostava que me falasses do teu percurso escolar, desde a tua infância até à atualidade.

M.: Ok, então, assim do 1º ao 4º ano, tinha notas normais. Nessa altura tinha uma professora assim um bocadinho complicada, não gostava muito dela, tinha sido professora da minha mãe também, e a minha mãe também não gostava dela. A professora puxava-nos as orelhas, não nos deixava ir á casa de banho... não era maus-tratos, mas também não nos tratava bem, então foi um bocadinho difícil. No 4º ano já foi melhor, mudei de escola, mudei de professora, depois até ao 10º ano, foi tudo tranquilo, também em termos de nota... esforçava-me e estudava muito muito muito para ter as melhores notas, mas porque eu queria... sentia-me bem a fazer isso, porque não queria desapontar os outros... a minha mãe, o meu padrasto, então esforçava-me mesmo para ter boas notas. Depois no 10º ano fui para o curso de ciências, as minhas notas começaram a descer um bocadinho, porque não era aquilo que eu realmente queria, a matemática e essas coisas... pronto... Então no primeiro dia no 12º ano voltei para trás. Fui para Humanidades, a minha mãe: Então agora é que te lembras... mas pronto se é o que queres... força. Aí já começou a correr bem, já gostava... História, as Línguas, já era mais a minha onda. Depois consegui entrar na faculdade que eu queria de Psicologia, que foi o melhor de sempre... agora que já tive outras experiências noutras faculdades, percebo que aquela faculdade é das melhores... lembro-me daqueles tempos... dos meus amigos, tenho montes de saudades, os professores eram ótimos, houve as coisas más claro, mas foi dos melhores anos, a turma era muito unida, não havia conflitos. Depois tive noutra faculdade a tirar o Mestrado em Psicologia Forense, aí já não gostei tanto, porque eramos menos, eramos só 10 alunos, os professores apesar de serem muito bons eram muito desorganizados entre si... os horários não eram muito bons, a turma em si era conflituosa, porque havia membros que eu não me identificava mesmo e chocávamos um bocadinho. Foi sem dúvida o ano mais difícil, foi aquele que mais desafios meteu.

Ψ: A transição inicial para a primeira faculdade foi um processo fácil para ti? No entanto, a entrada para a segunda faculdade para ter sido um processo mais complicado.

M.: É assim... foi... podia ter sido pior, foi aquele choque ao início, mas correu bem, conhecer as pessoas e ir me adaptando e acabou por não custar nada. No Mestrado, já foi diferente, havia pessoas... parecia haver um grupo que estava sempre a querer ser melhor, ou seja, não eram pessoas que eu me identificava, por exemplo haviam pessoas que emprestavam os apontamentos e depois outra pessoa tinha notas melhores e ficavam chateadas com isso... esse tipo de atitudes e eu não me identificava com essas pessoas. Mas depois havia pessoas muito boas e foi a esses que me peguei e pronto...mas o ambiente era muito diferente, havia muita competitividade e de gostar de ver o outro abaixo... e não me sentia tão bem. Na outra faculdade por exemplo juntávamo-nos todos e estudávamos em conjunto para termos melhores notas e nos ajudarmos uns aos outros.

Ψ: Lembras-te de alguns episódios da tua adolescência?

M.: Sim, foi um bom altura, porque mudei de escola também, para uma escola ao lado, e foi aí que encontrei a minha melhor amiga, que é a minha melhor amiga até hoje, e como tive essa relação logo com ela, foi uma mudança muito grande, porque naquela pessoa que... por exemplo as minhas outras amigas iam-se afastando porque enfim éramos crianças... mas essa relação com a minha melhor amiga, foi a primeira relação de amizade de que tive que dura até hoje, sentia que esta pessoa vai ficar para sempre... senti-me um bocadinho menos criança... senti-me numa escola de adultos... com relações mais adultas, então foi um ano que cresci um bocadinho

Ψ: Relativamente ao Lupus recordaste-te quando é que surgiram os primeiros sinais ou sintomas?

M.: Sim... até me lembro do contexto... estava com o meu pai... tinha assim umas caravanas, num campismo... e fui á casa de banho e vi que tinha umas manchas na cara, e pensei que fosse do sol, só que depois as manchas começaram a aparecer mais, até que ficar com a cara toda manchada e já era em ferida. Pronto... isso foi o mais marcante, mas talvez antes o que me aconteceu foi sentir... eu sempre tive frieiras... mas comecei a sentir as mãos muito inchadas e doía-me as mãos... fui ao hospital e disseram-me que era frieiras, ficou por aí... só que começou-me a doer muito e a mãe começou a estranhar, e após vários exames, foi aí que se percebeu o que era... inicialmente pensaram que eu tinha sífilis, a médica teve uma conversa comigo a perguntar se alguém tinha abusado de mim ou alguma coisa que eu quisesse contar... não.. não aconteceu mesmo nada... pronto, então aí percebeu-se que era Lúpus.

Ψ: Como é que lidaste com o diagnóstico, sendo uma adolescente de 13 anos?

M.: Para ser honesta nem me importei muito, era mais uma coisa para lidar, não dei muita importância...

Ψ: Achas que poderia ser uma negação inicial da doença?

M.: Não... foi como uma coisa leve... quis mostrar que estava tudo bem, até depois descobrirem que eu tinha tido uma nefrite depois de ter o diagnóstico, e tive que tomar muita cortisona, e cheguei a pensar 80 kilos, e para uma rapariga do 8º ano, era difícil e depois com a cara toda em ferida ir para a escola assim..., mas para mim não era nada comigo, via os olhares e os comentários, mas não... está tudo tranquilo.

Ψ: Lidavas bem com isso?

M.: Sim, sim... não... em tempos de sol, eu não podia ir para a rua, o pessoal ia todo para a rua brincar e eu ficava lá dentro, a comer sozinha... aí comecei a ficar um bocadinho mais sentida... mas pronto...

Ψ: E atualmente, como é o teu olhar para com o Lupus, e como é viver com Lupus?

M.: Depende... tem alturas que é fácil, nem ligo ao que tenho, outras que é difícil... depende de dia para dia, há dias que parece que é o fim do mundo, outros dias não se passa nada, estou ótima e esqueço-me que tenho isto..., mas no geral lido bem com isto. Tenho os meus momentos que pergunto o porque, porque é que tenho isto, mas depois passa tudo.

Ψ: A nível orgânico como é que o Lupus te tem vindo a afetar?

M.: No início foram as articulações, as articulações é sempre... no inverno, no verão doem-me sempre as articulações, ou me doi o pescoço, o joelho ou a mão... já me habituei... e coisas pequenas como aftas, estou sempre com aftas a toda a hora, essas coisas são mais do dia-a-dia. Agora outras coisas, foi a nefrite, também já tive uma alopecia, que me caiu o cabelo cá atrás, tive AVC's também e é por aí...

Ψ: Como é que foi lidar para ti com esses sintomas e acontecimentos?

M.: O mais difícil é os AVC's sem dúvida, tenho que estar sempre atenta e tomar a medicação, mas é uma coisa que se vai controlando. A alopecia também foi um episódio muito raro que aconteceu, mas agora o AVC's é um cuidado mais específico, tenho que tomar sempre a medicação para não ter alterações no sangue, e como tenho muitos sintomas... por exemplo

contínuo com muita sintomatologia, por exemplo ver a dobrar ou tonturas e não tenho o AVC, tenho essa sintomatologia que ficou, por exemplo, quando estou nervosa, fico logo com tonturas, começo a ver a dobrar e começo logo a pensar que possa ser um AVC e começo a ter mais sintomas, mas acaba por não ser nada. Mas o AVC é o mais difícil, é o que dá mais medo.

Ψ: Como é que sentes o apoio das pessoas á tua volta?

M.: A minha mãe sinto-a muito mais preocupada, ela já se preocupava antes do AVC, mas depois do AVC parece que se começou a preocupar ainda mais, e às vezes até com coisas que não fazem muito sentido, por exemplo, o AVC aconteceu quando eu estava num autocarro com a minha prima de viagem para a minha terra, ou seja, ela não estava presente no momento, então uns tempos depois, eu pedi para ir de autocarro com a minha prima outra vez, e a minha mãe: Nem penses, não vais andar de autocarro outra vez!. Portanto são estas preocupações que não fazem muito sentido, mas tem sido mais cuidadosa, por exemplo quando tenho um episódio de visão dupla, que acaba por não ser nada, ela de meia em meia hora vem ao meu quarto ver se está tudo bem, se estou viva, quando tomo banho fica sempre a olhar para o tempo, se eu ficar um bocado mais de tempo, ela vai bater á porta a perguntar se está tudo bem, pronto, fica tudo em bocado mais em cima de mim... mas pronto, acho que faz parte.

Ψ: E o resto da família?

P1 : Estão bem... acho que estão bem... o meu padrasto também se preocupa, não diz tanto... lá está... aqui em casa ninguém diz, mas mostram... então ele também não diz, mas está sempre a ver se está tudo bem, passa muitas vezes no meu quarto, nas alturas mais frágeis, aconselha-me sempre ou para ter cuidado... eu sou muito trapalhona, então vou muitas vezes contra as coisas... faço muito nodoas negras, porque o sangue está muito fininho não é... Padrasto : “pois, vais contra tudo... tas sempre cheia de nodoas negras, isso é perigoso”... pronto... são essas coisas... é como se eu fosse um bocadinho mais de vidro, têm todos mais cuidado. A minha irmã e o meu irmão não tanto... é mais se eu tiver um episódio mais grave em que tenha que ir ao hospital, eles ficam preocupados, mas enquanto está tudo bem, é como se não houvesse doença, o que também é bom, para não estar sempre a pensar nisso.

Ψ: Que tipo de terapêutica medicamentosa é que esta a realizar para o Lúpus?

M.: Neste momento estou a tomar cortisona, é o principal de todos. Estou a tomar medicamentos para o cálcio, para controlar os AVC's, antidepressivos e imunodepressores.

Ψ: Mencionaste que tomas antidepressivos.

M.: Sim, estava no Mestrado, no último ano, e foi um desencadear de acontecimentos. O Mestrado já estava a ser difícil devido ao ambiente da turma. Ainda por cima, tive uma relação de amizade muito forte, e a pessoa acabou fazer coisas que eu não gostei e acabou por ser uma desilusão, e afetou-me. Depois, estava num estágio académico, onde eu também não estava bem, as pessoas que lá trabalhavam, eu sentia que... comportavam-se de uma maneira que eu não gostava... lá por serem superiores não quer dizer que façam sentir os outros menos que ao que são, e isso acabava por me sentir um bocado burra e que estava a fazer tudo mal, e era tratada como tal, menos que não dissessem. Depois tinha também que fazer o relatório de estágio para fazer, e o estágio era muito longe, eu acordava todos os dias às 6 da manhã, apanhava não sei quantos autocarros, barcos, metros, e chegava a casa às 11 da noite, e tinha que trabalhar. Depois a tese também não me estava a correr muito bem. A nível pessoal foi o que estragou tudo mesmo, foi a cereja no topo do bolo, porque tive uma avó diagnosticada com Alzheimer, não é avó biológica, mas foi quem cuidou de mim. O facto de se estar a esquecer de quem é que eu era, sendo ela tão importante e presente para mim, foi uma coisa muito difícil de assimilar. Então, além das outras coisas todas, isso começou a mexer muito comigo e custava-me ver aquela pessoa a olhar para mim como se fosse uma enfermeira ou uma empregada, não fazer ideia de quem é que eu era. Depois, tive outro familiar que é filha dessa senhora, que teve um cancro, ou seja, foi uma altura muito difícil também, e por consequência da quimioterapia, felizmente tratou-se e correu tudo bem. Mas com o processo ficou imobilizada, não consegue andar, e sendo uma pessoa que era muito viva e viajava muito, e agora parar de repente, foi também algo que mexeu muito comigo, ou seja, o culminar daquelas coisas todas, começou-me a fazer muita confusão na cabeça e acabei por ir para o hospital com sintomas como a visão dupla, a pensar que era AVC. Fizeram-me exames, tudo, era sintomatologia que não estava lá, era mesmo o stress. Chorava todos os dias, em qualquer lugar, era capaz de ir na rua e começar a chorar, porque estava mesmo a chegar ao limite. Foi aí que a médica me passou uns antidepressivos, para tentar controlar.

Ψ: Estes episódios aconteceram com que idade?

M.: Há cerca de 1 ano, nos meus 23-24 anos.

Ψ: Podemos falar um pouco mais da tua relação com esta avó?

M.: Sim, eu tenho 2 avós que sempre foram muito presentes. Entretanto uma avó faleceu há pouco tempo, mas foi um luto que foi feito, ou seja, quando ela faleceu... foi a tristeza, mas foi... ok... eu já tinha feito o luto antes, foi um luto que se foi fazendo ao longo do tempo. A

minha outra avó mora aqui ao meu lado, no outro lado da rua – também sou menina da avó, foi esta avó que tratou de mim desde que eu nasci até eu começar a ir para a escola. Ia lá todos os dias ver a minhas avós, muito queridas.

Ψ: Qual é o teu entendimento pessoal sobre a doença?

M.: Se eu quisesse explicar a alguém o que é, eu diria – o que eu costumo dizer é que algo que em vez de te proteger, junta-se ao teu corpo para te fazer ainda pior, ou seja, é como se não tivéssemos nenhuma imunidade e qualquer que nos venha prejudicar – uma constipação, uma gripe, um problema qualquer – é como se o nosso corpo disse-se – não vamos ajudar... vamos antes ajudar a prejudicar – juntam-se ao que está mal para fazer ainda pior. É como se não tivesse imunidade, e para além de não ter imunidade é que se tivesse aqui algo a tentar fazer que as coisas sejam ainda piores – e que pode afetar qualquer coisa, tanto pode afetar um rim, o cérebro, como pode afetar as articulações – nunca se sabe ao certo o que esperar, porque se ele acorda não se sabe ao certo o que lhe apetece fazer, é uma coisa muito independente. E psicologicamente, também afeta psicologicamente, para além de fisicamente.

Ψ: Como consideras que te afeta a nível psicológico?

M.: (Silêncio) Não sei... É assim, eu já sou por mim um pessoa muito ansiosa, já sou muito nervosa, quero tudo para ontem e enervo-me com tudo, por exemplo – começo a falar de um assunto mais sério e começo logo a chorar, não me controlo. Choro muito facilmente, sou capaz de estar muito bem de manhã, e há tarde achar que o mundo vai todo cair e que eu sou horrível, mas depois há noite já estou bem outra vez... as mudanças de humor são muito frequentes, sou capaz de um momento para o outro, ficar muito triste e começar a chorar, e se me perguntarem o porquê – não sei... porque sim, porque posso?

Ψ: De onde consideras que poderá surgir esse sentimento?

M.: Acho que começo a pensar numa coisa... é tipo bola de neve... por exemplo – ainda ontem-ontem tive um mini-ataque de stress... do nada... estava mesmo a tentar dormir. Comecei a pensar na pandemia, depois comecei a pensar nas saudades que eu tenho das pessoas, e isto está a piorar, e nunca mais vou sair de casa, depois vai puxando e puxando... parece que é uma bola de neve.

Ψ: Mencionaste que te consideras uma pessoa muito ansiosa. Desde quando é que sentes isso?

M.: Não sei, em pequenas coisas eu acho que sempre fui percebendo que era uma pessoa ansiosa, por exemplo – para um teste, até na primaria, sempre que tinha um teste ficava sempre

muito nervosa, maldisposta, dormia mal. Ou até em coisas pequenas, por exemplo, se me dissessem: “Amanhã tens que ir fazer isto a “x” horas” - eu ficava a noite toda a pensar nisso, tinha que ficar a planear isso, não me posso atrasar, e ficava ali a remoer o assunto, era muito fácil eu ficar nervosa e pronto, depois com a idade, quanto maior responsabilidade, mais nervosismo.

Ψ: De quem é que tens saudades?

M.: Sinto falta dos meus avós, embora estejam aqui ao lado, é diferente, tenho saudades dos beijinhos dos avós. Sinto saudades do meu namorado, custa muito, de vez em quando, como não podemos estar em muito contacto, só estou umas horas com ele e o vejo, mas depois se calhar estou um mês sem o ver outra vez e custa muito. E pronto, os amigos também, há alguns que não vejo há 1 ano, mas principalmente o namorado, porque a minha família está muito junta aqui, vivemos todos muitos juntos, ou seja, podemos ver-nos. Agora, o namorado é diferente, pronto, como somos mais próximos, mais íntimos.

Ψ: Gostaria que me falasses um pouco mais da relação com o teu namorado.

M.: Ele é muito paciente, porque uma pessoa que tem estes problemas todos, eu por exemplo tenho muitas crises, e eu às vezes pergunto – eu tenho os AVC’s, as dores, os ataques de humor, tenho tantos problemas e pergunto-me como é que ele tem paciência para aturar isto – queres mesmo aturar isto durante muito tempo? Podes arranjar uma pessoa mais calma sem tantos problemas – mas não, ele tem mesmo muita paciência, e é muito preocupado também, diz-me sempre para quando eu tiver crises para lhe ligar, é um anjinho – coitado – eu às vezes pergunto-me mesmo – não, tive sorte - é normal as pessoas que têm uma relação dizem que a outra pessoa é boa e é a melhor do mundo e essas coisas todas, mas sendo realista é uma pessoa que me apoia muito e que está sempre presente: “Mete o protetor que está sol; Cuidado com as nodoas negras; Não chores que ficas nervoso e depois podes te sentir mal; Como é que estas hoje, como é que correram as análises”. É muito cuidadoso.

Ψ: Em que altura da tua vida é que começou essa relação?

M.: Há cerca de 4,5 anos, quando eu tava na faculdade. Em 2016, eu ando assim com os anos um bocado trocados.

Ψ: Os sonhos, por vezes, contêm muitas informações sobre preocupações mais profundas. Recordaste-te de algum sonho que tenhas tido?

M.: Eu sonho muito, eu sou capaz de me lembrar dos meus sonhos todos durante a noite, e normalmente são coisas que não fazem sentido nenhum, mas sonho muito que, por exemplo

que o meu namorado me vai deixar, não sei se é por causa da doença, mas sinto que ele se vai fartar e que se vá embora. Isso é um sonho que tenho muito frequentemente, e depois acordo a mandar vir com ele, não que o coitado tenha culpa, mas pronto. Essa coisa do abandono costuma ser frequente.

Ψ: Como é que te sentes ao pensar nesse sonho?

M.: Primeiro sinto-me aliviada, porque não aconteceu, mas depois como começo a pensar que há um motivo – como a minha autoestima também não é muita – começo a pensar se será mesmo isto que ele sente, será que se quer ir embora... eu ia, se eu tivesse no lugar dele, eu ia. E também tenho sonhado muito em ir ver as pessoas que tenho saudades, ou então, sonhar com as pessoas que já partiram – por exemplo a minha avó, que era muito importante para mim, sonho muito que elas voltam e posso falar com elas. Mas estes três tipos de sonhos têm sido frequentes ultimamente

Ψ: Quando dizes que a tua autoestima não é muita, o que queres dizer com isso?

M.: Tenho uma autoestima muito baixa, mesmo muito, e como sempre tive problemas com o meu peso – é algo que me afeta muito, mesmo muito – o foco mesmo é o peso, porque nunca fui magrinha, e depois comecei a tomar cortisona e ainda piorou, descontrolava – então isso marca mesmo muito. Odeio compras, vestir roupa – quando vou às compras acabo a chorar porque não me gosto de ver, e é muito complicado.

Ψ: Desde quando é que te sentes desta forma?

M.: Talvez a partir dos 13 anos, sempre foi um problema para mim.

Ψ: Que outros fatores consideras que influenciam a tua autoestima?

M.: Não sei se está relacionado, mas por exemplo – almoços de família, quando vejo as minhas primas, que são todas magrinhas e bonitinhas, ou seja, as pessoas que estão à minha volta adequam-se àquilo que eu gostava de ser – fica difícil, ou seja, ver nos outros, ou ver frequentemente aquilo que queríamos ser e não somos.

Ψ: E fatores que consideras que influenciam positivamente a tua autoestima?

M.: O meu namorado está sempre a elogiar-me, mas, ele não gosta que eu diga, mas estou lhe sempre a dizer – Ah, és namorado, faz parte – mas pronto, ele depois chateia-se. Mas não acredito, mesmo que outras pessoas digam, até os meus amigos. Quando partilho com os meus amigos que estou mal porque sou gordinha, eles elogiam-me – ok, mas é normal que quando

eu me estou a queixar de uma coisa, tu vás dizer as coisas contrárias para me fazer sentir melhor. Ou seja, são positivos, mas não têm impacto nenhum.

Ψ: Gostaria que partilhasses episódios marcantes da tua vida.

M.: Pelo lado negativo, acho que foi a morte dessa tal pessoa, tal filha da minha avó. Ela era como uma irmã mais velha para mim, ela ajudava-me a estudar, era ela que me dava explicações, eu ia vê-la muitas vezes, íamos às compras – apesar de ter idade para ser minha mãe – era uma melhor amiga, uma irmã mais velha, contava-lhe tudo – e como partiu tão repentinamente e foi a primeira morte com que tive de lidar, foi muito difícil. Agora consigo falar disso, mas até há uns dois anos eu não conseguia, foi algo que me marcou mesmo muito. Quanto a positivos, pronto, os nascimentos dos irmãos são sempre positivos. Recentemente ter acabado o mestrado, foi algo que nunca pensei – os médicos sempre diziam que tendo Lúpus e cansando-me muito mais facilmente que as outras pessoas, e tendo mais limitações que as outras pessoas, poderia levar mais tempo ou até impossível, porque era um stress muito grande para quem não tem capacidade para lidar com isso. E ter conseguido ter conseguido fazer isto, foi uma grande alegria. Provei a mim mesma que consegui fazer uma coisa que eu achava que ia ser impossível.

Ψ: Gostarias de partilhar algo que aches relevante?

P1: O meu gato, eu gosto muito do meu gato, porque ele está sempre comigo, ao meu lado, e sei que não se vai embora, está lá sempre e ajudou-me muito em momentos difíceis. De resto, acho que não, não sei, acho que não haja assim nada...

ANEXO III – ENTREVISTA SRA. JOANA

Entrevista Sra. Joana

Ψ: Gostaria de inicializar a entrevista por conhece-lá um pouco. Quem é a Sra. Joana na atualidade e quem era a Sra. Joana na sua infância?

J.: Tive uma infância um bocado complicada, o meu pai era mau para a minha mãe, e a minha infância foi um bocado triste e complicada. Hoje estou casada, tenho 3 filhos, estão todos bem graças a Deus – são dois enfermeiros e a rapariga tirou Ciências da comunicação. Vim viver para aqui quando casei e pronto, e aos 21 anos quando a minha filha nasceu, já havia antes disso uma desconfiança do Lúpus. Aos 21 anos quando tive a minha filha foi quando me descobriram o Lúpus. Tive umas fortes hemorragias quando ela nasceu e tivemos em perigo de vida, tanto ela como eu.

Ψ: A Matilde foi a sua primeira filha?

P1: Não, foi a segunda, o primeiro foi um menino e dizem que nas meninas é pior. E então foi o que aconteceu foi isso, tive umas fortes hemorragias, tive que levar transfusões de sangue, e depois de várias análises feitas, deram uns valores exorbitantes. Tenho sido seguida no Hospital desde então, fiz vários exames, isto não foi aos 21 anos, mas um pouco mais tarde. A partir daí também começou a desconfiança que a minha filha também teria Lupus. Mas era algo estável, mas eu ia sempre piorando, cada vez com valores mais altos – que veio confirmar o facto de ter mesmo Lupus. E a minha filha está bem, ela pode ir à praia – eu não posso ir à praia, por causa do Sol. E depois como tenho vários outros problemas – Síndrome de Raynaud, que afetam as unhas, tanto nos pés como nas mãos, não posso tocar em frio, rebenta logo sangue. Tenho também o Síndrome de Sjogren, que é falta de saliva. E pronto, tenho vários problemas que vieram e estão todos ligados ao Lúpus.

Ψ: Recorda-se quais foram os primeiros sinais ou sintomas?

J.: Muitas vezes apareciam-me manchas vermelhas, ou bolinhas vermelhas, nos membros. E tinha sempre, sempre, sempre aftas. Com a medicação melhorei isso tudo, mas ainda vão aparecendo, mas muito raramente.

Ψ: Qual é o sintoma que tem mais dificuldades em lidar?

J.: O sintoma mais difícil é que isto é muito depressivo. Tem uns dias que nos apetece desaparecer, pronto, dores no corpo. E depois o que o Lupus me trouxe, o meu querido Lupus, trouxe-me muitos problemas, fechou-me a artéria renal, fechou-me as artérias do coração – tinha sintomas que ia mesmo morrer, desmaiava constantemente. Também tenho muitas

tonturas e visão dupla, quando estou a ler ou a olhar para a televisão, não consigo ver nitidamente o que lá está.

Ψ: Quando foi diagnosticada com o Lúpus aos 21 anos, como é que sentiu o apoio das pessoas à sua volta?

M.: Ah! Eu dos meus filhos tenho tido sempre apoio, o meu marido não compreende muito bem a doença. Dos meus filhos sinto muito apoio, principalmente da minha filha, que também passou mais ou menos pelo mesmo, e tem me apoiado muito mesmo. Falo com eles todos os dias para saber se está tudo bem. Mas é uma doença muita má de compreender, porque eu já tive quadros de depressões daquelas mesmo de ir ao fundo.

Ψ: Pode explorar um pouco mais o que sente quando menciona estes quadros de depressão?

J.: Tem a ver com o querer fazer e não conseguir fazer, tenho alturas que só me apetece estar fechada em casa e eu sei que isso me faz mal, foi por isso que eu continuo a trabalhar mesmo reformada. E pronto, eu penso que seja isso.

Ψ: Anterior ao aparecimento do Lupus, já sentia sintomas da depressão?

J.: Não, nunca tive nada. Tive um desgosto com o meu irmão que faleceu, ele tinha 18 anos, eu tinha 17, aí foi a minha primeira depressão, mas depois nunca mais tive nada. De vez em quando vou abaixo, mas quando isso acontece vou à Psiquiatra.

Ψ: Gostaria que me falasse um pouco mais da relação com esse seu irmão

J.: Erámos praticamente gémeos, tínhamos 13 meses de diferença. Éramos muitos amigos, trabalhávamos juntos na altura. Eu estava no escritório e ele estava como ajudante de camionista. Ele estava de folga nesse dia, foi horrível. Eu disse-lhe para ele não ir porque estava de folga, mas ele insistiu. E nesse dia, não sei porque, disse-lhe – hoje é o dia mais feliz da minha vida – porque não tinha que ia trabalhar. Ao fim de um bocado, estávamos em casa, e veio a notícia. Aquela notícia que recebemos e não queremos acreditar, e mesmo quando vamos no caminho com a esperança de chegar lá e ser mentira. O meu pai estava numa feira, o meu pai era mau, era muito mau para a minha mãe. Conforme entrou em casa, olhou para mim e disse-me – olha vês... tu é que devias ter morrido não era o teu irmão, era o meu filho, o meu filho fazia-me falta – e tudo aquilo me levou abaixo. Depois casei, e com o nascimento dos filhos, ajudou tudo.

Ψ: Pode-me falar da relação com o seu marido?

J.: Começamos a namorar, conheci-o num baile e dançamos o resto da noite. Foi a partir daí.

Ψ: Mencionou que considera que o seu marido não compreende a sua doença.

Ψ: Não, não percebe (silêncio). Eu tive numa depressão muito grande, onde eu repetia as coisas constantemente. Eu lembro-me que uma vez que me levantei e fui limpar a televisão, e conforme me sentei - custou-me tanto ouvir aquilo - ele disse-me- olha vai lá limpá-la outra vez que ela tá suja outra vez – porque eu, pronto, estava sentada, mas não me conseguia concentrar no almoço, porque para mim estava tudo sujo, estava a ver tudo sujo, e limpava constantemente, gostava de ter as coisas organizadas e limpas. Na altura tinha uma cadela, e ela teve dois cãezinhos, e eu tomei uma zanga tão grande aos cães, só me apetecia matar os cães, e hoje em dia é a melhor coisa que eu tenho. Eu não queria os cães, mas a minha mãe insistiu em ficar com eles, e hoje em dia é a melhor coisa que eu tenho. Depois o meu filho veio-me visitar, e viu que eu não estava capaz de nada e levou-me a uma Psiquiatra e a partir daí tenho estado a fazer medicação e tenho estado mais ou menos.

Ψ: Como é a relação com o seu marido?

J.: A relação é boa, mas ele é muito calado, eu sou o contrário. Então, temos os 3 filhos, primeiro veio o “Luís” e a “Joana” e depois os outros começaram a pedir um irmão, e daí arranjei o “Valter”, tem 11 anos de diferença da mana, 13 do mano. É a melhor coisa da vida, se soubesse o que sei hoje tinha arranjado mais 2 ou 3.

Ψ: Porque é que diz que teria arranjado mais 2 ou 3?

J.: Porque gosto muito de crianças, sinto uma falta dos meus filhos, estão longe.

Ψ: Como é que considera que a doença afetou a sua vida?

J.: Quando ia à praia, pensava que era a água que me fazia um mal terrível, vinha de lá cheia de manchas, doíam-me os ossos, e eu pensava ser de a água estar gelada. Afinal não era, era do sol que eu apanhava. E eu gostava muito de água e da praia, nunca mais fui à praia. Operações já tive muitas, aos tendões, à coluna lombar, aos rins, aos pés. O maior problema que isto (doença) tem, é o fechar as artérias. E é assim, e leva-se um dia de cada vez. Estou à espera de netos, é o que eu quero, e ainda não tenho nada.

Ψ: Recorda-se de ter alguma doença na sua infância?

J.: Lembro-me... lembro-me ter papeira... tive tudo... tive tudo. Sempre fui uma pessoa doente. Por volta dos 3, 4 anos. Quando andava no 10º ano, também tive muito doente... agora já não

me lembro do nome da doença, mas tive muitas recaídas, tive mesmo doente. Fui operada à garganta aos 10 anos, correu mal... tudo correu mal na minha vida, estive internada 32 dias, infetou tudo, já tinha infeção no estomago, em todo o lado.

Ψ: Durante a adolescência recorda-se de ter alguma doença?

J.: Não, nessa fase não tive nada. O único problema que tive foi a morte do meu irmão aos 17 anos, e fomos todos abaixo. Mas problemas de saúde nunca notei assim nada. Eu só notava, realmente é verdade, que – o meu pai tem horta, tem terrenos, tinha, já não estava cá, agora é nosso – e eu gostava muito de ir para a horta nas tardes com a minha mãe, aos fins de semana e voltava sempre cheia de manchas, não sabíamos o que era – isso com os meus 12 anos. Porque dizem que o meu Lupus talvez seja hereditário, eu tive uma tia que morreu, teve esses problemas todos, e ficou numa cadeira de rodas durante 20 anos e nunca chegaram a saber o que é que ela tinha. É um diagnóstico muito difícil, as análises que eu fiz deram valores altíssimos.

Ψ: Gostaria que explorasse um pouco mais a sua relação com a sua mãe e pai.

J.: A minha relação... o meu pai, tinha temporadas, não sei o que era, mas foram 5 irmãos foram todos iguais, todos maus. Não sei o que era, qualquer coisa que lhe pegava, que ele andava 1 ou 2 semanas bruto, bruto, bruto, partia tudo em casa, batia na minha mãe, jogou-lhe uma chave de fendas, tentou jogá-la para dentro dum poço. Depois quando tava bem, era o melhor pai do mundo, nunca me bateu, tratou mal o meu irmão mais velho que não é filho da minha mãe, só é que sou filha do meu pai e da minha mãe. Mas, o meu irmão, já que não tenho o outro, o que está vivo é o melhor do mundo, não podia ser melhor do que àquilo que ele é, é impossível. Então, o meu pai tratava-nos muito mal, a ele, a mim e à minha mãe. Nunca nos bateu a mim e ao meu irmão, mas na minha mãe sim. Até houve um dia que eu disse ao meu pai – se você continua a fazer mal à minha mãe, eu levo-a daqui e você fica sozinho – parece que emendou um bocado, mas fazia o barulho à mesma, chamava-lhe todos os nomes possíveis, e a mim igual, como eu era a favor da minha mãe, já me chamava a mim também. E coitadinha, ainda fez queixa à polícia umas várias vezes, eles iam lá a casa, e não podiam fazer nada. Eles iam lá e ele dava desculpas – Ah, então não lhe havia de bater, então ela roubou-me 100 contos – pronto, ele era o senhor do poder, senhor do dinheiro e é assim.

Ψ: E a sua relação com a sua mãe?

J.: A minha mãe era uma santa, teve comigo até há pouco tempo, morreu o ano passado. E o meu pai também, o meu pai tinha Parkinson, já não era capaz de levar a colher à boca, veio para a minha casa, eu tratei dele, e morreu com um AVC, nos meus braços. Ele disse-me – Filha,

doí-me o coração, e eu respondi: Qual coração você nunca teve coração – e faleceu ali nos meus braços. A minha mãe teve vários problemas, várias quedas, até que um dia partiu ao col do fémur, foi ao Hospital disseram que não podiam fazer nada e voltou para casa. Passado 15 dias ela começou a querer andar novamente. Um dia que precisava de ir a uma consulta ao Hospital, deixa-a no Lar. Diz-me ela assim – Doí-me tanto a perna, uma dor que eu nunca tive filha – já não fui à consulta e fui com ela ao Hospital. Disseram que precisava de ser operada ao col do fémur. No outro dia cheguei lá, a minha mãe tinha acabado de morrer.

Ψ: Como é que foi para si lidar com essa perda?

J.: Sofri muito, muito, muito. E agora voltei a trabalhar, porque eu ouvia a minha mãe em todo o lado, ouvia a minha mãe chamar-me em todo o lado, então criei uma lojinha para ir para lá porque já não conseguia estar em casa.

Ψ: Como era a sua relação afetiva com a sua mãe?

J.: Eu nunca fui muito de coiso, aos meus filhos mando-lhe uns beijinhos, mando coiso, mas à minha mãe, sim, era beijinhos e pronto. Sinto tanta falta da minha mãe. Mas pronto, penso se realmente há outra vida, está junta ao meu irmão, e é assim. Apesar de eu não acreditar, mas... custou-me muito. O meu irmão, não sei se era por eu ser ainda muito nova, mas a minha mãe... mãe é mãe... custou muito.

Ψ: Relativamente ao seu percurso escolar e profissional. De que se lembra?

J.: Lembro, lembro, tive sempre amigos, ainda hoje falamos. Sempre tive muitos amigos, sempre, sempre, sempre, muitas moças amigas, íamos à casa uma das outras, brincávamos. Na escola foi sempre tudo bem. Depois trabalhei na biblioteca, depois num supermercado, e depois o meu marido criou a loja para mim. Até que a minha medica, decidi reformar-me, reformou-me com 50 anos, e eu disse-lhe que não precisava, mas acabei por aceitar.

Ψ: Como é que foi essa transição da reforma?

J.: Aceitei mal, muito mal. Eu estava habituada a trabalhar todos os dias, porque eu falo muito, falava com as vizinhas todas, elas vinham aqui, e então aceitei muito mal. Comecei a ganhar uma nova rotina, ia ao café e depois ia para casa, e como eu gosto de muito de trabalhos manuais comecei a fazer muitos trabalhos manuais, pinto, faço croché, faço tecidos.

Ψ: Há pouco mencionou a sua relação com os animais, neste caso os seus cães.

J.: Ah sim, os animais só quando eu tive a depressão, não queria os cães. Agora não, vão todos passear comigo. São a melhor coisa que eu tenho. Também tenho cágados, adoro cágados. Não

sei porque, levei anos a sonhar – Ah há outra coisa que eu lhe quero contar também – Levei anos a sonhar que estava numa ribeira e que apareciam cágados, parece que era com o meu filho que eu estava e íamos comentado o tamanho dos cágados. Muitos cágados, sempre o mesmo sonho, não sei o que é que aquilo significa.

Ψ: Também teve cágados na sua infância?

J.: Tive sempre, agora tenho dois. O meu filho mais novo também adorava cágados. Estava-lhe a dizer - que quando o meu irmão faleceu, e como só fui eu que o vi, a família não o viu, antes de ele falecer. Eu levei anos e anos a sonhar que mandava o meu irmão deitar-se no chão e passava-me um camião por cima. Até que um dia contei isto a um medico, e o medico que já devia ter contado aquilo há mais tempo, deixei de sonhar com aquilo.

Ψ: O que é que esse sonho significa para si?

J.: Não sei... não sei... significa que seria eu a culpada de ele ter ido, ele estava de folga e eu não o consegui segurar e ele foi na mesma. Penso que foi isso... Agora já consigo falar nisso, parece que o sentimento de culpa já se foi embora, já estou aliviada. Nunca mais sonhei com isso. O mesmo aconteceu com os cágados, disse isso uma vez a alguém e deixei de sonhar com isso. Sonhava todas as noites. Eram cágados por todos os lados, sentia-me feliz, tava a encontrar muitos, e ele levava-os para casa. Para além desses, não tenho grandes sonhos, é raro sonhar.

Ψ: Se tivesse de descrever a doença para alguém, como é que o faria?

J.: Diria é que uma doença chata, e que me fecha dentro duma (Pausa) e é uma doença que impedidora, não podes fazer isto, não podes ir além, não podes, não podes, não podes. Não me permite fazer grandes coisas, principalmente sair, irmos à praia, que era uma coisa que gostava tanto de fazer.

Ψ: Que medicação está a tomar?

P1: Para o Lúpus faço corticoides, e outros tantos para o coração, para o sangue. Para dormir também, não sei o que é dormir, não consigo. Eu tenho aqui uma folha que o médico me deu na última consulta (procura na mala pela folha). Não a tenho aqui, deve estar em casa. Ah! e também tomo antidepressivos.

Ψ: Gostaria de partilhar algo que ache relevante?

J.: Acho que é tudo.

ANEXO IV - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Análise de conteúdo

<p><u>Materno</u></p>	<p>a) relação e Características Atribuídas</p>	<p>M.: “A minha mãe é tudo (...) não somos de mostrar afeto (...) Mas sabemos... quando uma precisa de ajuda a outra esta logo lá... e sabemos que aconteça o que acontecer estamos lá uma para a outra. Não é muito exteriorizar, é mais mostrar em pequenas coisas.” (Anexo II)</p> <p>J.: “A minha mãe era uma santa (...) Sinto tanta falta da minha mãe (...) a minha mãe... mãe é mãe” (Anexo III)</p>
<p><u>Paterno</u></p>	<p>a) relação e Características Atribuídas</p>	<p>M.: “meu pai já é um bocadinho mais diferente, gosto dele e dou-me bem com ele, mas já é uma relação mais afastada (...) o meu bem-estar quando ia para a do meu pai não era assim tanto. Então ganhei assim uma espécie de afastamento, e o meu pai também é assim uma pessoa mais explosiva... não me identifico muito” (Anexo II)</p> <p>J.: “o meu pai era mau” (Anexo III)</p> <p>“o meu pai, tinha temporadas, não sei o que era (...) qualquer coisa que lhe pegava, que ele andava 1 ou 2 semanas bruto, bruto, bruto, partia tudo em casa, batia na minha mãe, jogou-lhe uma chave de fendas, tentou jogá-la para dentro dum poço. Depois quando tava bem, era o melhor pai do mundo” (Anexo III)</p>
<p><u>Relações afetivas</u></p>	<p>a) Marido/Namorado: Relação e Características atribuídas</p>	<p>M.: “Ele é muito paciente (...)e é muito preocupado também (...) mas sendo realista é uma pessoa que me apoia muito e que está sempre presente (...) É muito cuidadoso.” (Anexo II)</p> <p>J.: “o meu marido não compreende muito bem a doença”</p>

		<p>“A relação é boa, mas ele é muito calado, eu sou o contrário” (Anexo III)</p>
	<p>b) Filhos/Irmãos: Relação e Características atribuídas</p>	<p>M.: “Com o meu irmão da parte da minha mãe, ele tem assim um feitio assim mais difícil, ou seja, é muito teimoso, então as vezes chocamos um bocadinho, mas é pacífico.” (Anexo II)</p> <p>“Com a minha irmã, é a minha princesinha, é tudo... faço tudo o que a menina quer, tudo o que a menina diz, é tudo para a menina, é a bebé... apesar de ser também assim um feitio teimoso, é... pronto... perdoo tudo à menina.” (Anexo II)</p> <p>J.: “(...) dos meus filhos tenho tido sempre apoio (...), principalmente da minha filha, que também passou mais ou menos pelo mesmo, e tem me apoiado muito mesmo. Falo com eles todos os dias para saber se está tudo bem.” (Anexo III)</p> <p>J.: Em relação ao irmão mais velho: “Éramos praticamente gémeos, tínhamos 13 meses de diferença. Éramos muitos amigos.” (Anexo III)</p> <p>Em relação ao irmão do meio: “o meu irmão, já que não tenho o outro, o que está vivo é o melhor do mundo, não podia ser melhor do que àquilo que ele é, é impossível” (Anexo III)</p>
<u>Imagem Corporal</u>	<p>a) Percepção e relação com o corpo</p>	<p>J.: “Sempre fui uma pessoa doente.” (Anexo III)</p> <p>M.: “era difícil e depois com a cara toda em ferida ir para a escola assim, mas para mim não era nada comigo” (Anexo II)</p>
<u>Idealização</u>	<p>a) relações</p>	<p>M.: “esforçava-me e estudava muito muito para ter as melhores notas, mas porque eu queria... sentia-me bem a fazer isso, porque não queria desapontar os outros... a minha mãe, o meu padrasto, então esforçava-me mesmo para ter boas notas.” (Anexo II)</p>

	<p>b) Ideal do Ego primitivo</p>	<p>M.: “tive uma relação de amizade muito forte, e a pessoa acabou fazer coisas que eu não gostei e acabou por ser uma desilusão, e afetou-me” (Anexo II)</p> <p>J.: “A minha mãe era uma santa” (Anexo III)</p> <p>J.: “Mas, o meu irmão, já que não tenho o outro, o que está vivo é o melhor do mundo, não podia ser melhor do que àquilo que ele é, é impossível.” (Anexo III)</p> <p>M.: “almoços de família, quando vejo as minhas primas, que são todas magrinhas e bonitinhas, ou seja, as pessoas que estão à minha volta adequam-se àquilo que eu gostava de ser – fica difícil, ou seja, ver nos outros, ou ver frequentemente aquilo que queríamos ser e não somos.” (Anexo II)</p> <p>M.: “Tenho uma autoestima muito baixa, mesmo muito, e como sempre tive problemas com o meu peso – é algo que me afeta muito, mesmo muito – o foco mesmo é o peso, porque nunca fui magrinha, e depois comecei a tomar cortisona e ainda piorou, descontrolava – então isso marca mesmo muito. Odeio compras, vestir roupa – quando vou às compras acabo a chorar porque não me gosto de ver, e é muito complicado.” (Anexo II)</p>
<p>Controlo dos Objetos</p>		<p>M.: “Eu preciso de ter as pessoas muito perto de mim (...) os meus têm de estar aqui ao pé de mim.” (Anexo II)</p> <p>M.: “Amanhã tens que ir fazer isto a “x” horas” - eu ficava a noite toda a pensar nisso, tinha que ficar a planear isso, não me posso atrasar, e ficava ali a remoer o assunto, era muito fácil eu ficar nervosa e pronto, depois com a idade, quanto maior responsabilidade, mais nervosismo.” (Anexo II)</p> <p>M.: “(...)esforçava-me e estudava muito muito muito para ter as</p>

		<p>melhores notas, mas porque eu queria... sentia-me bem a fazer isso, porque não queria desapontar os outros... a minha mãe, o meu padrasto, então esforçava-me mesmo para ter boas notas” (Anexo II)</p> <p>J.: “Falo com eles todos os dias para saber se está tudo bem” (Anexo III)</p> <p>J.: “Não me conseguia concentrar no almoço, porque para mim estava tudo sujo, estava a ver tudo sujo, e limpava constantemente” (Anexo III)</p>
<p><u>Separação/Trauma</u></p>		<p>M.: “A nível pessoal foi o que estragou tudo mesmo, foi a cereja no topo do bolo, porque tive uma avó diagnosticada com Alzheimer, não é avó biológica, mas foi quem cuidou de mim. O facto de se estar a esquecer de quem é que eu era, sendo ela tão importante e presente para mim, foi uma coisa muito difícil de assimilar.” (Anexo II)</p> <p>M.: “Depois, tive outra familiar que é filha dessa senhora, que teve um cancro, ou seja, foi uma altura muito difícil também, e por consequência da quimioterapia, felizmente tratou-se e correu tudo bem. Mas com o processo ficou imobilizada, não consegue andar, e sendo uma pessoa que era muito viva e viajava muito, e agora parar de repente, foi também algo que mexeu muito comigo.” (Anexo II)</p> <p>M.: “sonho muito que, por exemplo que o meu namorado me vai deixar, não sei se é por causa da doença, mas sinto que ele se vai fartar e que se vá embora. Isso é um sonho que tenho muito frequentemente, e depois acordo a mandar vir com ele, não que o coitado tenha culpa, mas pronto. Essa coisa do abandono costuma ser frequente.: Primeiro sinto-me aliviada, porque não aconteceu, mas depois como começo a pensar que há um motivo – como a minha autoestima também não é muita – começo a pensar se será</p>

		<p>mesmo isto que ele sente, será que se quer ir embora.” (Anexo II)</p> <p>J.: - “Aquela notícia que recebemos e não queremos acreditar, e mesmo quando vamos no caminho com a esperança de chegar lá e ser mentira. O meu pai estava numa feira, o meu pai era mau, era muito mau para a minha mãe. Conforme entrou em casa, olhou para mim e disse-me – <i>olha vês... tu é que devias ter morrido não era o teu irmão, era o meu filho, o meu filho fazia-me falta</i> – e tudo aquilo me levou abaixo. Depois casei, e com o nascimento dos filhos, ajudou tudo.” (Anexo III)</p> <p>J.: “E o meu pai também, o meu pai tinha Parkinson, já não era capaz de levar a colher à boca, veio para a minha casa, eu tratei dele, e morreu com um AVC, nos meus braços. Ele disse-me – Filha, doí-me o coração, e eu respondi: Qual coração você nunca teve coração – e faleceu ali nos meus braços. A minha mãe teve vários problemas, várias quedas, até que um dia partiu ao col do fémur, foi ao Hospital disseram que não podiam fazer nada e voltou para casa. Passado 15 dias ela começou a querer andar novamente. Um dia que precisava de ir a uma consulta ao Hospital, deixa-a no Lar. Diz-me ela assim – Doí-me tanto a perna, uma dor que eu nunca tive filha – já não fui à consulta e fui com ela ao Hospital. Disseram que precisava de ser operada ao col do fémur. No outro dia cheguei lá, a minha mãe tinha acabado de morrer (...) Sinto tanta falta da minha mãe.” (Anexo III)</p>
<p><u>Introjetos</u></p>	<p>a) securizantes</p>	<p>M.: “Ela era como uma irmã mais velha para mim, ela ajudava-me a estudar, era ela que me dava explicações, eu ia vê-la muitas vezes, íamos às compras – apesar de ter idade para ser minha mãe – era uma melhor amiga, uma irmã mais velha, contava-lhe tudo.” (Anexo II)</p>

		<p>M.: “também sou menina da avó, foi esta avó que tratou de mim desde que eu nasci até eu começar a ir para a escola. Ia lá todos os dias ver a minhas avós, muito queridas.” (Anexo II)</p> <p>M.: “A minha mãe é tudo.” (Anexo II)</p> <p>J.: “A minha mãe era uma santa (...) mãe é mãe.” (Anexo III)</p> <p>J.: “Em relação ao irmão mais velho. Éramos praticamente gémeos (...) Éramos muitos amigos” (Anexo III)</p>
	b) rejeição	<p>J.: “(...) o meu pai, tinha temporadas, não sei o que era, mas foram 5 irmãos foram todos iguais, todos maus. Não sei o que era, qualquer coisa que lhe pegava, que ele andava 1 ou 2 semanas bruto, bruto, partia tudo em casa, batia na minha mãe, jogou-lhe uma chave de fendas, tentou jogá-la para dentro dum poço” (Anexo III)</p> <p>M.: “o meu bem-estar quando ia para a do meu pai não era assim tanto. Então ganhei assim uma espécie de afastamento, e o meu pai também é assim uma pessoa mais explosiva... não me identifico muito.” (Anexo II)</p>
<u>Representação de si</u>		<p>M.: “(...) sou uma pessoa assim... sou extrovertida, mas só depois de conhecer as pessoas, ao início sou sempre assim um bocado mais tímida, mas depois de me dar com as pessoas é tranquilo, sou extrovertida, gosto de falar (...) sou um bocadinho teimosa às vezes, sou muito pessimista, muito (pausa) mas sou assim uma pessoa pacata, que não arranja confusões, gosto de estar no meu cantinho, não gosto de ir para festa ou multidões, de muitos amigos... não... sou uma pessoa mais calminha, com os meus, gosto de estar sossegada.” (Anexo II)</p> <p>M.: “(...) já sou por mim uma pessoa muito ansiosa, já sou muito nervosa, quero tudo para ontem e enervo-me com tudo.” (Anexo II)</p>

		J.: “Hoje estou casada, tenho 3 filhos, estão todos bem graças a Deus – são dois enfermeiros e a rapariga tirou Ciências da comunicação. Vim viver para aqui quando casei e pronto.” (Anexo III)
<u>Tracos depressivos</u>	a) Sentimentos de culpa	J.: “Não sei... não sei... significa que seria eu a culpada de ele ter ido, ele estava de folga e eu não o consegui segurar e ele foi na mesma.” (Anexo III)
	b) Isolamento	M.: “(...) mas sou assim uma pessoa pacata, que não arranja confusões, gosto de estar no meu cantinho (...)” (Anexo II)
	c) Angústia de separação e abandono	M.: “sonho muito que, por exemplo que o meu namorado me vai deixar (...) Essa coisa do abandono costuma ser frequente.” (Anexo II) M.: “Comecei a pensar na pandemia, depois comecei a pensar nas saudades que eu tenho das pessoas, e isto está a piorar, e nunca mais vou sair de casa.” (Anexo II) J.: “custou-me muito. O meu irmão, não sei se era por eu ser ainda muito nova, mas a minha mãe... mãe é mãe... custou muito (...) tenho tantas saudades da minha mãe” (Anexo III)
	c) Instabilidade Emocional	M.: “Choro muito facilmente, sou capaz de estar muito bem de manhã, e há tarde achar que o mundo vai todo cair e que eu sou horrível, mas depois há noite já estou bem outra vez... as mudanças de humor são muito frequentes, sou capaz de um momento para o outro, ficar muito triste e começar a chorar, e se me perguntarem o porquê – não sei... porque sim, porque posso?” (Anexo II)
	d) Impulsividade	J.: “Na altura tinha uma cadela, e ela teve dois cãezinhos, e eu tomei uma zanga tão grande aos cães, só me apetecia matar os cães” (Anexo III)

<u>Defesas</u>	a) Negação	M.: “Não... foi como uma coisa leve... quis mostrar que estava tudo bem” (Anexo II)
	b) Dissociação	M.: “era difícil e depois com a cara toda em ferida ir para a escola assim..., mas para mim não era nada comigo, via os olhares e os comentários, mas não... está tudo tranquilo.” (Anexo II)
	c) Clivagem	J.: “Não sei o que era, qualquer coisa que lhe pegava, que ele andava 1 ou 2 semanas bruto, bruto, bruto, partia tudo em casa, batia na minha mãe, jogou-lhe uma chave de fendas, tentou jogá-la para dentro dum poço. Depois quando tava bem, era o melhor pai do mundo (...)” (Anexo III)