

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



O CORPO SOFRE POR DESAMOR... DEPRESSÃO E DOENÇA DE CROHN  
(UM ESTUDO DE CASO)

Pedro António de São João

nº 12267

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

O CORPO SOFRE POR DESAMOR... DEPRESSÃO E DOENÇA DE CROHN  
(UM ESTUDO DE CASO)

**Pedro António de São João**

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Mendes Pedro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que permitiram a elaboração deste trabalho e que me acompanharam durante a realização da investigação:

Ao meu orientador Prof. Doutor António Mendes Pedro, a confiança e motivação que me transmitiu, o encorajamento; os contactos e sugestões para que o meu estudo se realizasse e progredisse; o gosto pela partilha de conhecimentos, reflexões, interesses e experiências com os seus alunos.

Ao Prof. Dr. Carlos Ferreira, a sua disponibilidade e os contactos necessários para a realização desta investigação no Hospital de Santa Maria (H.S.M.).

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Estela Monteiro, Directora do Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do H.S.M., que aprovou a realização do meu estudo nesse local.

À Dr<sup>a</sup> Lurdes Tavares, o afável acolhimento no H.S.M., a disponibilidade e os esforços que realizou para que o meu projecto se realizasse com rigor e sucesso.

Ao Dr. David Barreira, a confiança que depositou em mim, o apoio no delineamento da investigação e o espaço que gentilmente me disponibilizou para a realização das entrevistas.

Ao Prof. Doutor Luís Delgado, a qualidade das suas aulas; as suas sugestões relativas à análise dos dados recolhidos através do método projectivo utilizado neste estudo.

À “Carla”, a participante nesta investigação, agradeço a sua disponibilidade; sem a qual este estudo não existiria.

Aos meus colegas do seminário de dissertação, a motivação; as sugestões e ideias partilhadas foram preciosos contributos.

À Madalena Resende, colega que me acompanhou neste percurso, a amizade; as críticas e sugestões.

Aos meus Pais e ao Nuno, cujo apoio e estímulo foram essenciais!

À Patrícia, por TUDO!

NOME: Pedro António de São João

Nº ALUNO: 12267

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Prof. Doutor António Mendes Pedro

DATA: 2008

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O corpo sofre por desamor... Depressão e doença de Crohn  
(Um Estudo de Caso)

#### RESUMO

A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal, cuja etiologia ainda se encontra pouco esclarecida. Vários estudos referem a importância de factores biopsicossociais na evolução das doenças inflamatórias intestinais, salientando a influência dos factores psico-emocionais no desenvolvimento de surtos inflamatórios. Sendo a depressão frequentemente associada ao aparecimento e agravamento de patologias orgânicas, neste estudo pretendeu-se investigar a relação entre depressão e o desencadeamento dos surtos inflamatórios que caracterizam a doença de Crohn. O método utilizado foi o estudo de caso, tendo sido utilizadas técnicas de recolha de dados como a entrevista semi-estruturada e o teste de Rorschach. Ao longo de nove sessões, acompanhámos uma mulher de 28 anos diagnosticada com doença de Crohn, utente do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria. Da vida relacional do sujeito, destacou-se um significativo número de perdas e separações que despoletaram acentuados quadros depressivos. Constatámos que essas vivências depressivas precederam e acompanharam a emergência de surtos inflamatórios. A partir de uma análise compreensiva do funcionamento do sujeito verificámos a existência de uma estrutura depressiva da personalidade. Da análise do caso, concluímos que a organização depressiva da personalidade e os estados depressivos vivenciados terão potenciado os surtos inflamatórios da doença de Crohn.

**Palavras-chave:** Teste de Rorschach; Psicossomática; Doenças Auto-Imunes.

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO EM INGLÊS: The body suffers from lack of love...  
Depression and Crohn's disease (A Case Study)

ABSTRACT

Crohn's disease is an inflammatory bowel disease, whose precise cause is still not known. Several studies report the importance of biopsychosocial factors in the development of inflammatory bowel disease, highlighting the influence of psycho-emotional factors in the development of inflammatory outbreaks. As depression is often associated with the onset and worsening of organic diseases, this study intended to investigate the relationship between depression and triggering of the inflammatory outbreaks that characterize Crohn's disease. The used method was the case study, making use of techniques such as the semi-structured interview and Rorschach test. Over nine sessions, we followed a 28 years old woman diagnosed with Crohn's disease, patient at the Gastroenterology Department of St. Maria Hospital. From the subject's relational life, a significant number of separations and losses stood out, which triggered acute depressive states. We noted that these depressive experiences preceded and followed the emergence of inflammatory outbreaks. From a comprehensive analysis of the subject's functioning we found the existence of a depressive personality structure. From the case analysis, we concluded that depressive personality and depressive episodes triggered inflammatory Crohn's disease outbreaks.

**Key-words:** Rorschach Test; Psychosomatics; Autoimmune Diseases.

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	2
2.1. Doença de Crohn .....	2
2.1.1. Definição .....	2
2.1.2. Epidemiologia.....	2
2.1.3. Etiologia e Patogenia .....	3
2.1.4. Diagnóstico .....	3
2.1.5. Sintomatologia.....	4
2.1.6. Tratamento.....	4
2.1.7. Prognóstico .....	4
2.2. Psicossomática, Imunidade e Crohn .....	4
2.2.1. História e Evolução da Psicossomática .....	4
2.2.2. Imunidade e Autoimunidade (Crohn).....	7
2.2.3. Psiconeuroimunologia e Doenças Auto-ímmunes.....	7
2.2.4. Investigação Psicossomática em Doença de Crohn.....	8
2.3. Depressão.....	9
2.3.1. Definição e Fenomenologia da Depressão .....	9
2.3.2. Depressão e Depressividade: a Teoria de Coimbra de Matos .....	11
3. Metodologia.....	13
3.1. Tipo de Estudo .....	13
3.2. Participante .....	13
3.3. Instrumentos.....	14
3.4. Procedimento .....	15
4. Estudo de Caso ( <i>Carla</i> ) .....	17
4.1. Observação e Entrevistas .....	17
4.2. Teste de Rorschach .....	29
4.3. Análise de <i>Carla</i> .....	38
5. Discussão / Conclusões .....	46
6. Referências Bibliográficas .....	48
Anexos.....	51



## **1. Introdução**

O presente trabalho analisa a relação entre depressão e a evolução da doença de Crohn.

Os investigadores no campo da psicossomática têm relacionado depressão e traços depressivos de personalidade com o aparecimento e desenvolvimento de patologias orgânicas. Relativamente à investigação em doenças inflamatórias intestinais, vários estudos foram concebidos para avaliar se o factor depressão se relaciona com o desenvolvimento e o agravamento desse tipo de doenças, sendo que os mesmos salientam uma significativa influência desse factor em alguns indivíduos. Os estudos realizados em doença de Crohn são escassos e insuficientemente esclarecedores da relação entre depressão e a evolução da doença, e sobre a especificidade das formas depressivas que os indivíduos afectados por doença de Crohn manifestam.

Este estudo, assenta nas teorias que referem que a depressão e a depressividade são factores de risco para o desenvolvimento de doenças orgânicas.

Assim, os nossos objectivos consistem em perceber se as vivências depressivas poderão estar relacionadas com a precipitação das crises inflamatórias e, ainda, realizar uma análise compreensiva do tipo de depressões de um caso com doença de Crohn.

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1. Doença de Crohn**

#### **2.1.1. Definição**

A doença de Crohn é uma das principais doenças inflamatórias intestinais. É uma doença crónica e caracteriza-se por fases de surto inflamatório e exacerbação dos sintomas mas também por períodos de remissão, em que os sintomas diminuem ou desaparecem totalmente. O processo inflamatório ocorre subitamente e pode afectar qualquer segmento do tracto gastrointestinal (desde a boca ao ânus), atingindo com maior frequência o íleo e o cólon. As lesões podem afectar todas as camadas da parede intestinal e, caracteristicamente, de forma descontínua (porções intestinais afectadas separadas por segmentos saudáveis), podendo ainda surgir fístulas e abcessos (Friedman & Blumberg, 2008).

A doença de Crohn é uma doença auto-imune. Alguns exemplos de doenças auto-imunes são a esclerose múltipla, artrite reumatóide, psoríase, diabetes *mellitus*, lúpus, doenças da tiróide, doenças inflamatórias intestinais, entre outras. O que se verifica nas doenças auto-imunes é que o sistema imunitário do indivíduo produz anticorpos que atacam células e tecidos do próprio organismo (Parslow, Stites, Terr & Imboden, 2004). Por outras palavras, é o próprio organismo que se auto-agride e provoca a doença.

#### **2.1.2. Epidemiologia**

O início da doença de Crohn ocorre habitualmente entre os 15 e 30 anos e com uma distribuição equitativa em ambos sexos. Com alguma frequência, os primeiros sintomas surgem também numa faixa etária mais avançada (60-80 anos). As doenças inflamatórias intestinais afectam maioritariamente as populações judaicas nos E.U.A, Europa e África do Sul. A sua incidência atinge com maior frequência judeus de ascendência europeia e diminui progressivamente em caucasianos não-judeus, africanos-americanos, hispânicos e populações asiáticas. A prevalência desta doença ocorre em maior grau nas áreas urbanas e em classes socio-económicas mais elevadas. Os maiores números de mortalidade verificam-se nos primeiros anos após o aparecimento da doença e nos casos de duração prolongada devido ao risco de cancro do cólon (Friedman & Blumberg, 2008).

### **2.1.3. Etiologia e Patogenia**

A sua etiologia é desconhecida, todavia muitos investigadores consideram a doença de Crohn uma doença psicossomática. As investigações em etiologia e patogenia indiciam a existência de uma combinação de factores (genéticos, imunológicos e ambientais) que poderão fazer despoletar esta doença.

Investigações recentes revelam a existência de alguma predisposição genética, sendo que mutações ocorridas no gene CARD15/NOD2, localizado no cromossoma 16, poderão estar associadas ao desenvolvimento de Crohn. As mutações ocorridas nesse gene encontram-se associadas a alterações imunológicas que constituem um factor de risco (Friedman & Blumberg, 2008; Cho & Abraham, 2007).

Uma susceptibilidade genética associada à exposição de vírus e bactérias poderá constituir uma vulnerabilidade e, assim, despoletar os primeiros sintomas. A doença inflamatória pode ser desencadeada por agentes externos (vírus, bactérias, tabaco) num organismo vulnerável e que reage com uma resposta desadaptada de tipo auto-imune (Parslow et al., 2004).

Factores psicossociais também poderão contribuir para o agravamento dos sintomas, como por exemplo, doença ou morte de um familiar, divórcio, separação e perdas significativas, conflitos interpessoais, entre outros, estão associados ao aparecimento e intensificação dos sintomas (Friedman & Blumberg, 2008).

As alterações emocionais acentuadas, bem como traços de personalidade, parecem contribuir para um aumento e agravamento dos sintomas (mencionaremos adiante alguns estudos realizados nesta área).

### **2.1.4. Diagnóstico**

Não existem exames específicos para apurar a existência da doença de Crohn, sendo que para tal os gastroenterologistas recorrem a diversas técnicas: anamnese e exames médicos, entre os quais, a análise ao sangue e às fezes, radiografias, biopsias, tomografia axial computadorizada e ressonância magnética (Carter, Lobo & Travis, 2004; Friedman & Blumberg, 2008).

### **2.1.5. Sintomatologia**

Os sintomas principais são dor abdominal, diarreia (por vezes sanguinolentas), obstruções intestinais, perda de peso e anemia, fístulas ou abscessos, fadiga e febre consequentes da inflamação. Podem ainda ocorrer alterações extra-intestinais, ao nível da pele, olhos e boca, articulações, fígado e canais biliares (Friedman & Blumberg, 2008).

### **2.1.6. Tratamento**

Embora, no momento actual, não exista terapêutica totalmente eficaz no tratamento desta doença, é possível prolongar os períodos de remissão através de acção farmacológica. Deste modo, os tratamentos farmacológicos visam sobretudo a supressão dos sintomas e a sua prevenção. São habitualmente utilizados os seguintes fármacos: antibióticos, corticosteróides, imunossuppressores e aminossalicilatos. Por vezes, o uso de fármacos não é suficiente e torna-se necessário recorrer à cirurgia, sendo que uma parte do intestino é removida. No entanto, isso não permite a cura, uma vez que os sintomas tendem a surgir posteriormente, mesmo após um longo período de remissão (Friedman & Blumberg, 2008).

### **2.1.7. Prognóstico**

Normalmente, a doença de Crohn não diminui o tempo de vida, porém aumenta o risco de cancro do tracto gastrointestinal, mais especificamente no cólon (Friedman & Blumberg, 2008).

## **2.2. Psicossomática, Imunidade e Crohn**

### **2.2.1. História e Evolução da Psicossomática**

Desde que o ser humano existe que a saúde e a doença o acompanham, sendo que o mesmo há muito se questiona acerca da interdependência de fenómenos psíquicos e físicos. No decorrer dos tempos, assistimos a uma evolução ao nível das concepções sobre o funcionamento do ser humano, no sentido de uma perspectiva dualista (mente-corpo) para uma visão holística do organismo. Actualmente, os investigadores em psicossomática têm em

conta a complexidade, unicidade e globalidade das características dos seres humanos, seres que são considerados biológico-relacionais.

De seguida faremos uma breve revisão histórica do percurso realizado na investigação em psicossomática, destacando os contributos mais importantes de alguns dos autores.

O conceito de psicossomática foi introduzido em 1818 por Helmholtz que averigou a possibilidade das perturbações psíquicas terem causas orgânicas. Em 1918 Heinroth criou as expressões psicossomática e somatopsíquica, explicando dois tipos de influências e direcções. Freud (1856-1939) foi um dos principais percursores da investigação em psicossomática, sendo que a partir dos seus estudos na histeria de conversão e através das suas concepções psicanalíticas desenvolveu modelos psicossomáticos. Do seu ponto de vista, a doença psicossomática era seria a expressão simbólica de um conflito psíquico, ou seja, existiria um conflito intrapsíquico entre desejo e censura que se manifestava, simbolicamente, numa perturbação orgânica.

A partir da década de 40, surgiram alguns investigadores dos Estados Unidos que desenvolveram estudos clássicos em medicina psicossomática. Franz Alexander, investigador da Escola Americana de Chicago, criticou o modelo de conversão histérica de Freud para a compreensão de manifestações psicossomáticas. Desenvolveu uma teoria explicativa dos fenómenos psicossomáticos, correlacionando conflitos intrapsíquicos com modificações fisiológicas. Segundo o investigador, o recalçamento de emoções geradoras de conflito intrapsíquico provoca tensões fisiológicas. Nesse sentido, referiu que os estados crónicos de tensão emocional provocariam tensões fisiológicas que poderiam culminar em disfunções ao nível dos órgãos internos. Este autor estudou ainda sete doenças (mais tarde consideradas universalmente psicossomáticas) e correlacionou-as com estruturas de personalidade, as quais face a determinados momentos vitais e factores de natureza constitucional, tendencialmente, despoletariam a perturbação psicossomática (Filho, 2008).

Em finais dos anos 50, psicanalistas como Marty, De M'Uzan e David da Escola Psicossomática Francesa, iniciam uma nova investigação em psicossomática, centrando-se na investigação analítica para compreender os pacientes. Concluíram que os pacientes ditos psicossomáticos tendiam a revelar um pensamento operatório, uma ausência de fantasia e vida onírica, apresentando um discurso bastante factual e concreto (Marty, M'Uzan & David, 1963). A esta forma de vida operatória precederia uma “depressão essencial”, caracterizada

por uma ausência de objecto e de sintomas. Na base desta depressão estaria uma perda precoce (pré-objectal), responsável assim por uma depressão branca, sem sintomas psíquicos mas com abatimento geral (Marty, 1993).

Outro conceito importante, que parece caracterizar doentes psicossomáticos é o conceito de alexitimia introduzido na década de 70 por Sífneos. Segundo o autor, a alexitimia refere-se a um conjunto de características cognitivo-afectivas associadas a sujeitos com doenças psicossomáticas, nomeadamente dificuldade em identificar e descrever por palavras as suas próprias emoções (Sífneos, 1973).

Sami-Ali é um investigador contemporâneo que criticou o pensamento freudiano e seus continuadores, defendendo que o somático não poderia ser pensado nem nos modelos clássicos, propostos por Freud, nem nos modelos cuja causa explicativa da patologia orgânica incide exclusivamente em estados psíquicos. Então, elaborou e apresentou um modelo teórico – *modelo multidimensional de somatização* - a partir do qual propôs explicar o fenómeno de somatização (Sami-Ali, 2002).

Na sua obra, este autor refere que o imaginário (sonho, afecto, jogo, *rêverie*, humor...) é uma função que medeia a projecção da subjectividade do indivíduo e que determina negativa ou positivamente o funcionamento psicossomático. O imaginário é também definido por oposição ao banal, à ausência de subjectividade, sendo que o recalçamento da função do imaginário poderá dar lugar a uma patologia do banal ou patologia da adaptação. Esta, é descrita como uma patologia do conformismo social, em que o indivíduo, simultaneamente perde interesse por tudo o que não é real e tem dificuldade em recorrer ao seu imaginário. Segundo o autor, em momentos de crise ou *impasse* (situação conflitual à qual o sujeito não perspectiva uma solução) este funcionamento favorece o surgimento de perturbações psicossomáticas (Sami-Ali, 2002).

Sami-Ali (2002) faz também referência a um outro conceito que considera fundamental, a *depressão a priori*, tratando-se de uma depressão de fundo associada a uma situação de *impasse* no sujeito, *impasse* que resulta da impossibilidade em adquirir uma verdadeira autonomia e libertar-se da dependência ao outro. Segundo o autor, a *depressão a priori* seria uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma patologia psicossomática.

Coimbra de Matos (2003) refere que a depressividade e a depressão falhada potenciam e acompanham, frequentemente, quadros clínicos de doença psicossomática. São conceitos diferentes, embora possam coexistir.

A depressividade é um traço de personalidade (personalidade depressiva), que se traduz numa depressão latente e larvar e, concomitantemente, num esforço do indivíduo para não se deixar deprimir. Constitui, todavia, uma predisposição à doença depressiva e a patologias somáticas.

A depressão falhada trata-se de uma depressão sem sintomas psíquicos, sendo uma depressão que não é mentalmente organizada e cujos sintomas não se manifestam tanto a um nível psíquico mas directamente no soma, sob a forma duma depressão biológica e/ou imunitária. A depressão falhada, o sonho falhado e a raiva amordaçada, constituem, segundo Coimbra de Matos, a tríade da constelação psicossomática.

Mais adiante, neste trabalho, reservar-se-à um espaço para a apresentação pormenorizada da teoria de Coimbra de Matos considerada relevante para o presente estudo.

### **2.2.2. Imunidade e Autoimunidade (Crohn)**

O organismo saudável tem a capacidade de reagir contra agentes agressores como vírus e bactérias, evitando assim o desenvolvimento de infecções.

Tal como já foi referido neste trabalho, um aspecto fundamental que caracteriza a doença de Crohn é a autoimunidade. Assim sendo, à semelhança de outras doenças auto-imunes, o organismo produz anti-corpos contra auto-antígenos, ou seja, identifica células e tecidos do próprio organismo como se de células invasoras se tratasse, atacando-as (Parslow et al., 2004). Apesar da investigação imunológica das doenças auto-imunes ter evoluído nos últimos anos, o mecanismo responsável pela inflamação descontrolada e persistente que se verifica nas doenças inflamatórias intestinais é, ainda, conhecido de uma forma incompleta (Friedman & Blumberg, 2008).

### **2.2.3. Psiconeuroimunologia e Doenças Auto-imunes**

Os desenvolvimentos actuais da investigação em várias áreas disciplinares (psicológicas e biológicas) permitiu ampliar, consideravelmente, o conhecimento científico em psicossomática. Actualmente, conhecemos as relações existentes entre os sistemas nervoso central, endócrino e imunitário, assim como a importância que as emoções assumem

no funcionamento global do organismo. A influência de estados de stress e/ou depressivos, com maior ou menor grau de cronicidade, pode ter repercussões somáticas e diminuir a resposta imunitária (ex: produção de hormonas que suprimem a actividade imunitária).

A resposta ao stress ocorre mediante a acção integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imunitário, num processo de alteração e retorno à homeostasia. Quando a essa resposta não é adequada ou suficiente, as alterações do funcionamento daqueles sistemas favorecem o aparecimento de doenças. O stress crónico, através da acção neuroendócrina, pode modificar/diminuir a resposta imunitária, o que aliado a uma predisposição genética pode originar o despoletar de uma doença auto-imune (Filho, 2008).

Na depressão também se encontram flutuações hormonais no funcionamento neuroendócrino. Observa-se, ainda, uma diminuição da actividade de células do sistema imunitário devido a reduções de actividade física e dos ritmos de sono, comportamentos que comprometem a imunidade e são factores de risco para o desenvolvimento de doenças orgânicas (Irving & Friedman, 1999). Porém, a depressão não está associada somente à diminuição da imunidade mas também a alterações do funcionamento imunológico.

Embora a etiopatogenia das doenças auto-imunes não seja completamente conhecida, sabemos que a desregulação do sistema imunitário, por influência emocional, é uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma doença desse tipo. Alguns estudos em animais, sugerem que a desregulação do funcionamento do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenais) parece constituir uma susceptibilidade para o início da autoimunidade. De facto, acontecimentos de vida que despoletam reacções/alterações emocionais acentuadas, precedem com alguma frequência doenças auto-imunes (Kavelaars & Heijnen, 1999).

#### **2.2.4. Investigação Psicossomática em Doença de Crohn**

Alguns estudos realizados em sujeitos com doença de Crohn, tiveram como objectivo avaliar as características psicológicas, emocionais e relacionais em indivíduos afectados por esta doença.

Julga-se que alguns tipos de personalidade constituem uma vulnerabilidade para se desenvolver este tipo de patologia orgânica. Smith, Van der Meer, Ursing e Prytz (1995) salientam a existência de personalidades dependentes, ansiosas e alexitímicas.

Outros estudos salientam a dificuldade das pessoas com doença inflamatória expressarem emoções, bem como a presença de traços de personalidade depressivos e tendência para incorrerem em estados de depressão em algum momento das suas vidas

(Moreno-Jiménez, Blanco, Rodríguez-Muñoz & Hernandez, 2007; Helzer, Chammas, Norland, Stillings & Alpers, 1984).

Contudo, torna-se difícil esclarecer se as características avaliadas nessas investigações constituem um factor de risco ou se traduzem uma consequência da doença, uma vez que os participantes dos estudos efectuados encontravam-se já diagnosticados com esta doença crónica, cujas repercussões a nível psico-emocional e relacional podem alterar o seu funcionamento habitual.

Bucalo-Triglia (2004), refere que um elevado número de separações e perdas é frequentemente observado na história de vida de sujeitos com doença de Crohn.

Mittermaier et al. (2004) realizaram um estudo com o intuito de averiguar se factores como a ansiedade ou a depressão podem influenciar o curso das doenças inflamatórias intestinais. Os investigadores estudaram uma amostra de 60 doentes (doença de Crohn, n=47; Colite Ulcerosa, n=13) após um episódio de inflamação. A ansiedade e a depressão foram avaliadas em cada três meses durante um período de 18 meses, verificando-se uma correlação significativa entre depressão e o número de recaídas das doenças após 12 e 18 meses. A ansiedade também se relacionou com a frequência de recaídas durante o período de acompanhamento. Estes dados indicam que factores como ansiedade e depressão podem influenciar o curso das doenças inflamatórias intestinais como Crohn e Colite Ulcerosa, ainda que sejam necessários novos estudos que contrastem estes resultados preliminares.

A investigação psicossomática em doença de Crohn através de trabalhos de natureza qualitativa que permitam abordagens em profundidade e detalhe são escassas, e julgamos que o seu desenvolvimento seria importante.

## **2.3. Depressão**

### **2.3.1. Definição e Fenomenologia da Depressão**

Segundo o autor Carvalho Teixeira (2005), os estados depressivos ou depressões reúnem um conjunto de manifestações psicológicas e físicas, entre as quais humor deprimido (tristeza, abatimento ou desânimo), perturbação psicomotora (lentificação ou inquietação/agitação), diminuição da auto-estima (sentimentos de culpa, incapacidade ou inferioridade), alterações ao nível do apetite (anorexia e emagrecimento ou bulimia e aumento

de peso), sono (insónia/hipersónia), aparelho digestivo (obstipação), comportamento sexual (diminuição da libido), e ainda dores somáticas e fadiga.

O autor salienta que a depressão poderá envolver ansiedade, anedonia e isolamento social, alterações fisiológicas e um défice nas funções cognitivas, contudo, e embora a sua manifestação nos indivíduos seja variável, a depressão é inevitavelmente acompanhada por sofrimento psíquico (Carvalho Teixeira, 1989). Também o tempo e o espaço vividos tendem a ser experienciados como alterados: as horas costumam a passar e o espaço partilhado com os outros parece distante, o que é revelador da incapacidade do deprimido em se relacionar com o exterior.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), as “Perturbações do Humor” incluem as perturbações depressivas, destacando-se as perturbações depressiva *major* e distímica.

Considera-se, assim, a existência de um episódio depressivo *major* em sujeitos que apresentem, durante o mesmo período de duas semanas, humor depressivo e/ou anedonia e, ainda, pelo menos cinco dos seguintes sintomas: humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades, a maior parte do dia; perda de peso; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva quase todos os dias; diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias; pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação ou tentativa suicidas. Na perturbação depressiva *major*, os sintomas causam mal estar significativo e não são provocados por alterações orgânicas ou fisiológicas, luto ou indução de quaisquer substâncias.

A perturbação distímica é considerada quando se verifica a presença de humor depressivo num sujeito adulto a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante dois anos. Adicionalmente, encontram-se presentes pelo menos dois dos seguintes sintomas: aumento ou diminuição do apetite, hipersónia ou insónia, fadiga ou pouca energia, baixa-autoestima, dificuldades de concentração ou tomada de decisões e desesperança. Diagnostica-se a perturbação distímica pela presença dos sintomas atrás referidos, mal estar significativo e caso não haja a influência de efeitos fisiológicos decorrentes de uma substância ou perturbação orgânica.

### **2.3.2. Depressão e Depressividade: a Teoria de Coimbra de Matos**

Segundo Coimbra de Matos (2002), o que provoca a depressão em determinado sujeito é a perda/retirada de afecto do seu objecto de amor. Nas depressões normais (ou reactivas), o sujeito reage com revolta, exteriorizando a sua raiva contra o objecto. Ao invés, na depressão patológica a agressividade é inflectida sobre o próprio, uma vez que o sujeito culpabiliza-se e idealiza/desculpabiliza o objecto.

Trata-se de uma relação depressígena que se estabelece entre o sujeito e seu objecto, esse também depressígeno. Assim, o objecto idealiza-se e culpabiliza e/ou inferioriza o sujeito. O autor acrescenta que na relação saudável o amor é oblatoivo; a relação de objecto do depressivo caracteriza-se por uma economia depressiva, pois o sujeito investe muito o objecto mas dele recebe pouco investimento afectivo - o objecto é, essencialmente, captativo do amor do sujeito - logo, não existe uma verdadeira relação de troca afectiva (Coimbra de Matos, 2001).

A depressividade, na teoria de Coimbra de Matos, corresponde a um traço de personalidade (personalidade depressiva), estável, permanente e egossintónico, sendo caracterizada predominantemente por humor depressivo e baixa auto-estima, mas ausência de sintomatologia depressiva exacerbada. Trata-se de uma depressão latente e larvar, e que compreende simultaneamente atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva. A depressividade, segundo o autor, constitui uma vulnerabilidade à patologia depressiva e também ao adoecer somático.

Coimbra de Matos (2001), aponta três aspectos essenciais que caracterizam a estrutura depressiva da personalidade: estilo relacional caracterizado por dependência oral-anaclítica, insuficiência da compleição narcísea e severidade do supereu. O autor destaca que na personalidade depressiva (depressividade) está em causa baixa auto-estima, referindo mesmo tratar-se de uma situação permanente de depressão narcísica (ou de inferioridade). Salienta, ainda, que na depressividade existe não só uma situação de perda mas também de frustração, por falta daquilo que é desejado; impulsos insuficientemente satisfeitos, relações insuficientemente vividas. Trata-se de uma carência real do sujeito, devido à incapacidade do seu objecto de amor proporcionar a satisfação das suas necessidades. Para o depressivo, a realidade encontra-se permanentemente aquém dos seus desejos.

Coimbra de Matos (2001) relaciona a etiologia da depressividade com perdas afectivas cumulativas na primeira infância e proibição excessiva da espontaneidade da criança. Refere também que um dos factores etiológicos da disposição depressiva é o facto do sujeito

(enquanto criança) ter sido investido narcísica e negativamente pelo seu objecto primário. A criança não correspondeu ao objecto narcísico idealizado que a mãe projectou, sendo que o mesmo passou a ser ambivalentemente investido (desejado-rejeitado). Desse modo, a mãe tende mostrar-se exigente e severa com a criança. Consequentemente, a relação primária assim será interiorizada/introjectada pelo sujeito, o que dará origem à constituição de um objecto interno severo e exigente mas impriscindível, porque sem ele o sujeito sentir-se-ia desprotegido e culpabilizado. Neste sentido, o autor considera que o depressivo tem o sentimento mal consciencializado de dependência e opressão (isto é, o sujeito receia simultaneamente ficar só e não conseguir autonomizar-se), sendo que, assim, se mantém a depressividade.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

O método utilizado foi o estudo de caso, sendo que optámos por abordar o sujeito através de entrevista e aplicação de um teste projectivo.

O estudo de caso permite uma elucidação sobre a problemática do sujeito, sendo que através da utilização de entrevistas de recolha de dados e de outros instrumentos avaliativos é possível obter uma história narrável e compreensível. Este método compreende o estudo minucioso e preciso de um caso singular (ou de poucos casos) e pressupõe uma maior proximidade com o sujeito, possibilitando aprofundar a forma como este vivencia, percebe e interpreta o que se pretende estudar. Como se centra numa abordagem descritiva e interpretativa de um caso concreto, os dados obtidos e as conclusões formuladas, não podem ser generalizados à população, servindo essencialmente para exemplificar, clarificar e apoiar uma dada hipótese (Ribeiro, 2007).

De acordo com Ribeiro (2007), a investigação qualitativa é adequada sempre que o investigador deseja compreender o significado de um determinado fenómeno, de um modo mais profundo, pormenorizado e holístico, considerando o indivíduo como um ser biopsicossocial, único e complexo. É enfatizado o seu ponto de vista e a sua percepção acerca das suas experiências de vida.

O estudo de caso possibilita-nos também pensar novas questões que possam surgir no decorrer da investigação e que possam ser desenvolvidas, no presente estudo ou em investigações futuras.

Em investigação psicossomática é útil a elaboração da anamnese do sujeito para que possamos compreender melhor o indivíduo, dar um sentido à sua vida, perceber relações entre factos e aproximar-nos da forma como o vivido é experienciado psíquica e corporalmente. Através da análise aprofundada da anamnese será possível perceber a problemática do sujeito e formular hipóteses de funcionamento. Os testes projectivos poderão confirmar (ou infirmar) essas hipóteses, possibilitando uma compreensão mais global do sujeito.

#### **3.2. Participante**

Participou neste estudo uma mulher com 28 anos de idade e estatuto sócio-económico médio-alto. É licenciada em Psicologia Social, área onde exerce a sua actividade laboral.

A selecção do participante foi realizada no Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Relativamente ao processo de selecção, estipulámos alguns critérios que o participante deveria apresentar, nomeadamente o diagnóstico médico de doença de Crohn (em fase de remissão de sintomas) e residência na área de Lisboa, o que facilitaria o desenvolvimento da investigação nas instalações do Hospital. Importa referir que obtivemos a colaboração de um clínico do hospital, que através da sua consulta de processos clínicos nos possibilitou o contacto de utentes com as características acima mencionadas. A selecção de um sujeito com essas características foi realizada de forma aleatória, tendo sido seleccionado um sujeito que demonstrou disponibilidade em participar na investigação.

### **3.3. Instrumentos**

#### *Entrevista semi-estruturada*

A recolha dos dados realizou-se através de entrevista semi-estruturada (semi-directiva). Nesta técnica de recolha de informação, o entrevistador elabora uma lista prévia de questões a ser colocadas mas que não têm necessariamente de ser seguidas de forma rígida e formal. A entrevista é constituída sobretudo por questões abertas permitindo alguma liberdade e flexibilidade de resposta por parte do sujeito, deixando fluir o seu discurso e deste modo obter uma maior riqueza informativa. À medida que a entrevista decorre, este discurso deve ser clarificado procurando-se esclarecer o significado atribuído pelo sujeito a determinados acontecimentos, expressões e vivências (Ribeiro, 2007).

Quanto às nossas intervenções, estas realizaram-se com o intuito de evitar dispersões ou focar aspectos que gostaríamos de ver desenvolvidos para ampliar a nossa compreensão sobre o sujeito. Adoptámos uma atitude empática e calorosa no decorrer das entrevistas/sessões, e procurámos estabelecer um clima de autenticidade relacional, por forma a facilitar o estabelecimento de uma relação de confiança e, assim, possibilitar que o sujeito se expressasse com espontaneidade e fornecesse informações sobre si com segurança. O nosso objectivo era conhecer a sua subjectividade; focalizar o nosso interesse nos relatos sobre acontecimentos de vida significativos para si, na forma como o sujeito referia tê-los vivenciado e na ressonância emocional que a rememoração despoletava em si naquele momento.

A técnica de entrevista possibilitou-nos, concomitantemente, a observação do comportamento do sujeito.

### ***Prova Projectiva Rorschach***

O instrumento Roschach é um teste projectivo da personalidade, sendo utilizado para compreender o modo como determinado sujeito se organiza para encarar o seu mundo interno e o seu ambiente externo. Através da projecção, o sujeito confrontado com um material que apresenta características imprecisas, irá atribuir-lhe um sentido, um significado, elaborando as suas respostas de acordo com a representação que tem de si e da relação, relações que estabelece com o imaginário e realidade externa (Chabert, 1998).

A prova projectiva Rorschach é um instrumento privilegiado em investigação psicossomática. A percepção das imagens é realizada por um ser simultaneamente biológico e relacional, com sentimentos, emoções e desejos próprios, dotado ainda de espacialidade, temporalidade e ritmicidade corporal/relacional, e que serão manifestas aquando da aplicação do Rorschach, possibilitando-nos dessa forma perceber o mundo interno biológico-relacional do sujeito (Mendes Pedro, Soubigou, Balanda, 2001).

Em termos descritivos, destaca-se que o material Rorschach é composto por 10 cartões com manchas de tinta. Os estímulos apresentam-se de forma simétrica em todos os cartões e apresentam diferentes cores. Chabert (1998) distingue os cartões ditos unitários (I, IV, V, VI e IX) dos que apresentam uma configuração bilateral (II, III, VII e VIII). Salienta ainda a existência de cartões abertos (I, IV, V, VI) e fechados (II, III, VI, VII, IX, X), diferenciando cartões com diferentes cores: os cinzento-escuros (I, IV, V e VI); os cinzentos (VII); negro-branco-vermelho (II e III); e também os pastel (VIII, IX, X).

Os cartões são ainda dotados de simbolismo, solicitações fantasmáticas e afectivas, sendo importante perceber e analisar a forma como o sujeito reage ao material (Chabert, 1998).

### **3.4. Procedimento**

A recolha de dados foi realizada nas instalações do Hospital de Santa Maria entre Abril e Julho de 2008, numa sala reservada para esse efeito.

Num primeiro encontro com o participante, apresentámos os objectivos e explicámos os procedimentos da investigação, e garantiu-se a confidencialidade de todas as informações prestadas durante as entrevistas. Reservou-se também um espaço para o esclarecimento das suas dúvidas e demonstrámos um contacto afável, por forma a minimizar o impacto da

ansiedade inicial. Combinámos o local e a periodicidade em que realizar-se-iam as entrevistas, apontando para um total entre oito a dez entrevistas e com uma regularidade semanal, sempre que possível. Após o consentimento informado (*Anexo I*), iniciámos a recolha de dados.

A recolha dos dados iniciou-se com entrevista semi-directiva e seguidamente com a aplicação do Teste Projectivo de Rorschach. Foram realizadas oito entrevistas com a duração de 45 minutos e uma sessão de aplicação do teste de Rorschach.

## **4. Estudo de Caso (Carla)**

Neste capítulo iremos expôr um estudo de caso. Assim, começaremos por apresentar uma síntese dos dados recolhidos através da observação e das entrevistas realizadas, seguidamente apresentaremos os resultados obtidos através do teste de Rorschach e, por último, faremos a análise do caso.

### **4.1. Observação e Entrevistas**

Carla (*nome fictício*) é uma mulher de 28 anos, solteira, Psicóloga Social, reside e trabalha em Lisboa. Natural do Funchal, é a segunda mais nova de uma fratria de quatro irmãs (Telma, Denise, Carla e Filomena – *nomes fictícios*). Os seus pais vivem em Santarém e as suas irmãs em Lisboa, excepto a mais velha, que reside nos Estados Unidos. Actualmente, Carla vive acompanhada da sua irmã mais nova.

Compareceu assídua e pontualmente às entrevistas marcadas. Apresentou-se, invariavelmente, com um vestuário formal e demonstrou investimento ao nível da sua imagem pessoal. Porém, aparentou uma idade superior à real.

No primeiro contacto, quando lhe foi solicitada a participação na investigação, manifestou alguma curiosidade, colocando dúvidas e questões, mostrando interesse no estudo proposto e aceitando colaborar com o investigador.

No decorrer das entrevistas, desenvolveu as questões formuladas e revelou bastante informação sobre si de uma forma espontânea. Apresentou uma boa capacidade de expressão verbal, todavia, notámos algum controlo/distanciamento afectivo na forma como relatou os seus acontecimentos de vida e vivências passadas (especialmente as mais penosas, relatando-as até com alguma ironia). Por outras palavras, o não verbalizado, por vezes, não parecia ir ao encontro daquilo que era verbalizado, revelando alguma incongruência a esse nível. Também nos pareceu existir alguma dificuldade em verbalizar afectos, em reconhecê-los ou em exteriorizá-los.

Definimos o seu discurso como tendo sido algo intelectualizado, com pouca inscrição do afecto. O afecto que mais transpareceu foi do tipo depressivo, aquando da evocação de acontecimentos passados.

Relativamente ao conteúdo do seu discurso espontâneo, centrou-se na sua história de vida e nas relações familiares, principalmente nas que estabelece com a mãe e a irmã mais

nova. Mostrou uma atitude de reserva face a questões relacionadas com relações extra-familiares. Quanto às relações no seio da família, essas foram descritas e relatadas com maior naturalidade, sem grandes resistências; já as relações extra-familiares (ex-namorados, amigas) foram descritas com superficialidade e tendência à restrição.

Inicialmente, as entrevistas centraram-se sobre os momentos actuais da vida de Carla. Esta começou por se apresentar, falando-nos da sua profissão e das suas relações com colegas de trabalho, descreveu-nos o seu dia a dia, o modo como ocupa os seus tempos livres, os fins de semana. Posteriormente, descreveu-nos os seus membros familiares e a relação que mantém com cada elemento - as irmãs, os pais. Foi nestes momentos que expressou maior afecto depressivo. Começou por relacionar acontecimentos recentes (vivenciados no plano das relações familiares) com acontecimentos do seu passado, e assim, foi construindo uma narrativa sobre a sua história de vida.

Seguidamente, apresentaremos dados da sua história pessoal (tal como foram descritos pela própria) que considerámos pertinentes para a investigação proposta.

Sobre o seu percurso de vida, Carla começou por referir que é natural do Funchal, onde viveu até aos 11 anos com os pais e as irmãs.

Da sua infância recordou-se das discussões frequentes entre os seus pais, verbalizando a esse respeito: *“o casamento dos meus pais nunca resultou, ainda hoje discutem imenso... há sempre gritos lá em casa! Os meus pais viviam em Angola, e lá viviam bem, mas com o 25 de Abril largaram tudo e vieram viver para o Funchal... Só que o meu pai nunca mais conseguiu um emprego fixo... (situação que ainda hoje se mantém), era a minha mãe quem nos sustentava... e sei que ainda hoje discutem por isso!”*. Acrescentou que o pai *“tem um problema com o álcool, talvez por nunca se ter adaptado à vida no Funchal, por não ter conseguido um emprego satisfatório”*. Relatou, no entanto, as dificuldades relacionais entre os pais com alguma ironia/ humor.

Ao nível das suas relações primárias, referiu-se ao pai como *“alguém sempre muito ausente, distante de mim e de toda a família”*. Da infância recorda-se, sobretudo, de um pai que *“nunca demonstrava qualquer sinal de afecto às filhas, pelo contrário, nunca quis saber da sua família e sempre a tratou mal (...) bebia e tornava-se muito violento, tratava mal a minha mãe”*. Descreveu-o também como sendo *“um homem muito fechado, nunca gostou que levássemos pessoas lá a casa.”*. Relativamente à mãe essa foi descrita como uma mãe hiper-

controladora: *“o contrário do meu pai, no sentido de ser presente, mas presente até demais (...) controlava todos os meus movimentos e queria dar opiniões sobre tudo o que eu deveria ou não fazer, algo que ainda o faz... sempre tivemos uma relação meio estranha”*. Questionada acerca da *“relação meio estranha”* que mencionou ter com a mãe, Carla respondeu: *“porque a minha relação com ela sempre foi diferente da relação dela com as minhas irmãs, mais distante (...) quando eu era nova, houve uma altura que não conseguia abraçá-la, deixei até de conseguir estar na mesma sala que ela, não sei explicar, ficava toda nervosa, tremia.”*. Referiu também que desde a sua infância, se recorda dos comportamentos irrefletidos da mãe, atitudes contraditórias, explosividade (*“à mínima coisa fica muito zangada e deixa de falar às pessoas”*) e intrusividade: *“irritava-me por invadir o meu espaço! Não respeitava a minha privacidade nem a minha vontade”*.

Recordou-se, ainda, com assinalável ressonância emocional, das sucessivas mudanças de escola, e das dificuldades emocionais que isso lhe causou. Centrou-se particularmente na mudança das escolas pré-primária / primária. A este propósito verbalizou, *“...foi para facilitar a transição de uma escola para a outra, que a minha mãe me tirou da pré-primária a meio do ano, mantendo-me aí metade da semana e levava-me alguns dias para a outra escola, no sentido de facilitar a minha integração naquele novo ambiente. Mas o que é certo é que eu não gostei nada. Recordo-me que chorava todos os dias, pois não queria ir. Depois, quando fui para a 1ª classe lá me habituei, mas traumatizou-me aquela mudança de escola!”*. Relativamente às recordações que mantém do pré-escolar referiu que, *“era um colégio de freiras, mas já não me recordo de ninguém, nem colegas nem professores... aliás, recordo-me apenas de dois gémeos, um ano mais velhos que eu, e que nem eram da minha turma, mas sim da turma da minha irmã D., talvez só pelo facto de serem gémeos e andarem sempre juntos (...) recordo-me do pátio da escola que era bonito, é a imagem que tenho gravada. Talvez se o visse agora não acharia nada de especial, e por isso até preferia não voltar lá, para ficar com aquela imagem”*.

Aos 11 anos, os pais decidiram deixar a Madeira, deslocando-se para Portugal Continental por motivos profissionais. A mãe empregou-se em Santarém, localidade para a qual foram morar. Sobre a partida da Madeira, do seu ambiente escolar, referiu ter sido *“uma saída com naturalidade, e ficámos todas entusiasmadas em vir morar para o continente, pois os meus pais diziam-nos que era um local onde existiam mais possibilidades de emprego, e*

*pensávamos que se o meu pai arranjasse empregasse, a relação entre os dois talvez melhorasse”.*

Dos tempos que viveu em Santarém, aquando do início da sua adolescência, recordou-se dos inúmeros conflitos que vivenciou com a mãe devido às suas primeiras saídas de casa com colegas. A propósito do assunto verbalizou: *“Os meus pais eram muito conservadores. A minha mãe não me deixava sair muito com os colegas, à noite nem pensar, com medo que eu incorresse nalgum comportamento mais desviante, mas nós éramos tão certinhas, enfim... houve uma altura em que andava desconfiada que eu andava a fumar, porque tinha colegas que o faziam, e às vezes aparecia de surpresa na escola para ver se me apanhava a fumar... eu bem lhe dizia que não fumava mas ela desconfiava de mim!”.* Carla salientou ainda: *“A minha mãe também não achava bem que fôssemos almoçar ou jantar fora com colegas. Dizia-nos que só gastávamos dinheiro sem nos preocupar, que ela é que trabalhava... e recordo-me que em alguns jantares que fui com os colegas, cheguei a sentir-me culpada, estupidamente, se por um lado pensava que devia estar a aproveitar aquele momento e divertir-me, o que realmente acabava por acontecer é que passava todo o jantar a sentir-me culpada e nunca me divertia nada!”.*

Sobre o período da sua adolescência, salientou ainda um conflito familiar que vivenciou aos 15 anos, descrevendo-o com assinalável ressonância emocional. Contou-nos que nessa altura assistiu a uma grande discussão entre os seus pais e a mãe de uma forma muito agressiva, disse-lhe que o pai tinha desejado que ela não tivesse nascido. Sobre este acontecimento verbalizou o seguinte: *“...disse-me que quando estava grávida de mim tinham algumas dificuldades económicas e o meu pai queria que ela tivesse abortado! Foi totalmente despropositado, ter ouvido aquilo magoou-me muito... pela forma como me contou... estava a discutir com o meu pai, sobre uma coisa que não tinha nada a ver e, de repente, disse-me aquilo! Foi bruta e totalmente desadequada, pois eu era muito nova, não estava preparada para ouvir uma coisa daquelas. E nunca me pediu desculpas(...) Mesmo quando tentei abordar novamente a questão para esclarecê-la... faz-se de vítima e acaba sempre por amuar e eu também não quero insistir, pois sinto que nunca é possível esclarecer nada, essas conversas nunca adiantam de nada e são sempre muito cansativas (...) nunca me explicaram bem essa história e as minhas irmãs também evitam falar sobre isso, talvez por saberem que é um assunto que me pode magoar”.*

Foi também aos 15 anos (alguns meses depois da discussão com a mãe) que Carla decidiu ir morar com as irmãs para a zona de Lisboa, e aí prosseguir os seus estudos, deixando, assim, de viver em Santarém com os seus pais. Começou por referir que esses decidiram comprar uma habitação nas proximidades de Lisboa (em Alverca) aquando do ingresso da irmã mais velha (Teresa) na faculdade. No momento em que a sua irmã Denise também decidiu ir estudar para Lisboa, perguntou-lhe se Carla não estaria disposta a ir morar com as irmãs – *“portanto, a ideia não partiu de mim, a T. já vivia em Lisboa e quando a D. veio estudar para Lisboa, perguntou-me se eu não queria ir também. Os meus pais também acharam boa ideia porque assim morávamos as três juntas. Fui pensando nisso durante o Verão e acabei por tomar essa decisão (...) foi também uma forma de me afastar daquele ambiente em casa, que me esgotava, os meus pais passavam a vida a discutir e ainda me sentia chateada com a minha mãe”*. E assim, matriculou-se no 11º ano numa escola do ensino secundário em Lisboa. Acrescentou que os colegas que deixou em Santarém *“quando souberam ficaram surpreendidos com a minha ida para Lisboa, mas como já nos tínhamos afastado devido às diferentes escolhas de áreas que realizámos no 10º ano, não me custou”*. Relativamente à adaptação ao novo estilo de vida, em Lisboa, foi possível apurar a existência de importantes dificuldades de adaptação a essa mudança: *“Arrependi-me logo no primeiro dia! Porque era muito cansativo... em Santarém ia a pé para a escola e passei a ter de apanhar o combóio, andar de transportes (...) fui para a escola da D. e nos primeiros tempos andávamos sempre juntas (...) e também percebi que afinal ainda precisava muito do apoio dos meus pais... senti muitas dificuldades no início (...) Quis fugir ao mau ambiente lá em casa mas depois... lembro-me de quando tinha uma má nota num teste, apetecia-me contar à minha mãe e não a tinha cá. Durante uma fase andei um bocado triste. Eles só vinham aos fins de semana visitar-nos, não todos, só esporadicamente (...) vivia com as minhas irmãs mas conversávamos pouco – tal como ainda hoje conversamos - sentia-me muito só (...) Foi nessa altura que tive as primeiras diarreias (aos 15 anos) por vezes tinha de faltar à escola e esses momentos custavam-me muito, pois sentia falta dos meus pais.*

Após a conclusão do 12º ano, Carla referiu que tentou concorrer a vários cursos, em diversas faculdades, contudo não conseguiu ingressar em nenhum curso da sua preferência, verbalizando a esse respeito: *“as médias das notas de acesso eram muito altas e não entrei em nenhuma das minhas opções (...) fiquei um bocado triste nessa altura, comecei a andar em baixo mas a minha mãe puxou por mim, ajudou-me a encontrar alternativas, e como ainda havia 3ª fase de candidaturas em algumas faculdades, concorri e entrei num curso de*

*engenharia na faculdade da Covilhã.*” Assim, contou-nos que foi habitar para essa cidade durante algum tempo: *“óbviamente que nem sequer terminei o 1º ano, pois afinal aquele curso não me entusiasmava minimamente, no entanto, e apesar disso, gostei muito do período em que lá vivi, pois conheci bons colegas, e criei algumas amizades que me custou deixar lá (...) tive uma companheira de quarto, era uma rapariga mais velha, já andava há algum tempo nessa faculdade, e deu-me muito apoio... ajudou-me muito nos primeiros tempos, mostrou-me a cidade e a faculdade”.* Todavia, decidiu regressar a Lisboa e candidatar-se a outro curso. Quanto à separação da sua amiga, com quem viveu e considerou ter estabelecido uma importante relação de apoio, justificou: *“recordo-me que tínhamos longas conversas de serão, gostava dela, mas éramos muito independentes, ela não me dava muita confiança, foi mais no fim do ano que ganhamos mais confiança... quando vim para Lisboa trocávamos cartas... mas a distância acabou por nos separar”.*

Regressou, então, a Lisboa, tendo ido viver novamente com as suas irmãs. Uma vez mais voltou a preparar-se para os exames de ingresso ao ensino superior, sendo que dessa vez ficou colocada no curso (Psicologia Social) e na faculdade onde a sua irmã Denise estudava. Segundo Carla, o interesse naquele curso surgiu a par do interesse da irmã, verbalizando a esse respeito: *“era um curso que me atraía, e a minha irmã gostava do ambiente da faculdade e transmitia-me isso (...) talvez ela tenha contribuído pelo gosto que desenvolvi por essa área”.*

Relativamente ao início dessa experiência universitária começou por referir: *“era diferente da faculdade da Covilhã, talvez por quase todas as pessoas morarem em Lisboa. Aqui não havia o espírito académico que existia na Covilhã, onde cada um era de um canto de Portugal e por isso passávamos muito tempo juntos. Aqui havia grupos, as amizades circunscreviam-se a pequenos grupos e sempre foi difícil criar laços de amizade... apesar de ter conseguido umas amigas durante o curso, depois cada uma seguiu a sua vida”.*

No que concerne à sua vida afectiva, contou-nos que teve um primeiro namoro durante os tempos de faculdade. Tinha 21 anos quando começou a namorar com um colega, mencionando: *“durou seis meses, foi o meu record! (risos) mas sempre existiram problemas relacionais, talvez porque sempre tentei evitar que o que o meu pai fazia à minha mãe não acontecesse comigo, e admito que por vezes exagerei (...) tinha receio que ele me mentisse ou me enganasse, ele também era uma pessoa um bocadinho perturbada, parecia que estava sempre a querer esconder algo de mim(...) acabou por se afastar de mim (...) foi um período*

*em que andei muito mal...”. Quanto à relação que manteve com esse namorado, salientou os seguintes aspectos: “pertencíamos à mesma associação de estudantes, logo passávamos grande parte do tempo com mais colegas e não vivíamos completamente apaixonados! Mas andávamos sempre juntos! Ele também não era uma pessoa emocionalmente estável, tal como eu! Logo era impossível que os déssemos bem! (...) ele dizia que eu o controlava muito, foi o motivo pelo qual se afastou de mim. De facto eu era explosiva e zangava-me facilmente. Se ele tinha coisas que eu gostava, existiam outras que detestava! Quando nos encontrávamos só os dois, ele estava sempre a olhar para o relógio, parecia que estava sempre preocupado com alguma coisa ou com pressa de se ir embora. Era um bocado obcecado com as horas, e eu detestava isso!”.*

Aquando da separação do casal, Carla descreveu a vivência dessa rotura da seguinte forma: *“acho que foi a primeira vez que me senti mesmo triste (silêncio). Já me tinha sentido triste no passado, mas nunca assim, aquela relação fez-me mesmo muito mal, nunca tinha sentido aquele sentimento... era uma dor, uma dor forte, uma angústia, um desespero... era quase físico. Andava branca, emagreci muito, acordava angustiada. Acho que a minha ligação às pessoas é diferente, não é muito normal, pois fiquei assim tão triste... por certo seria também por outras coisas que já cá estavam... falta de afecto, nunca recebi muito carinho. Fiquei mesmo em baixo por ter deixado de andar com aquela pessoa... acho que sentia falta da atenção dele... e quando terminámos acordava angustiada, não me apetecia fazer nada, sentia uma dor tão forte, insuportável...”.*

A perda dessa relação despoletou uma acentuado quadro depressivo. Referiu como se sentiu algum tempo após essa separação: *“recordo-me que fui passar férias com as minhas irmãs e estraguei as férias a toda a gente porque estava triste! E só passou com o tempo... meses (...) Durante essa fase sentia-me triste, desesperada porque ou sentia muito a falta dele ou vontade de nunca mais o ver (...) mas não me sentia assim só quando estava sozinha, mesmo quando estava acompanhada... era incapaz de me abstrair daquela dor.”*

Foi nessa altura (aos 21 anos e cerca de três meses após a perda) que os sintomas da doença de Crohn surgiram ou se agravaram, visto que Carla já teria passado por um período semelhante aos 15 anos quando foi estudar para Lisboa. Contou que começou, então, a sofrer diarreias diárias e dores abdominais que se acentuavam dia após dia, a par de uma diminuição de peso: *“Já tinha passado por fases de dores abdominais intensas na adolescência e por isso ao princípio não liguei muito. Depois surgiram diarreias que não passavam, e só aí consulte um médico. Mas durante muito tempo não se sabia bem o que tinha, fiz vários exames... foi*

*um período muito difícil (...) andei em vários médicos, inclusive psiquiatria, pois os exames não revelavam nada, e porque perdi muito peso, julgou-se que tivesse uma doença do comportamento alimentar mas afinal não tinha (...) também andei em ginecologia, julgou-se que tivesse alguma anemia... até que fui a um médico gastroenterologista e que me mandou fazer mais exames e lá se chegou ao diagnóstico”.*

Questionada, na nossa entrevista, sobre como reagiu à descoberta da doença, e como tem vivenciado a adaptação à mesma desde a altura do diagnóstico respondeu: *“Ainda, hoje, acho que estou em negação! (risos) digo isto porque no meu caso não houve necessidade de grandes mudanças no meu estilo de vida, não houve grandes restrições a nível alimentar e, por vezes, custa-me ter de tomar sempre a medicação, só isso”.*

Referiu, ainda, que a família demonstrou preocupação com o aparecimento da doença: *“a minha mãe ficou muito preocupada, talvez porque fosse uma doença rara e ainda pouco conhecida, e recordo-me que queria vir para cá, para cuidar de mim (risos), mas lá lhe expliquei que não era tão grave assim, pois conseguia cuidar bem de mim. Acho também que foi uma fase em que por eu andar triste e doente, a minha família mostrou-se mais preocupada comigo, queriam sempre saber como eu estava e a minha mãe ligava-me mais vezes, no princípio vinha quase todos os fins de semana a Lisboa, e que até me admirei!”.*

Contudo, referiu ter regressado à faculdade no seguinte ano lectivo e investido de uma forma intensiva nos seus estudos até à conclusão do curso.

Contou que se deslocava a Santarém, algumas vezes por ano, para visitar os pais, todavia era a sua mãe que mais frequentemente viajava até Alverca para visitar as filhas, aos fins de semana. Em relação ao pai, mencionou que parecia isolar-se da família cada vez mais – *“nunca quis saber da família, pelo contrário, sempre nos tratou mal, devia tratar do problema do álcool mas nunca quis aceitar ajuda(...) nunca se lembrava dos meus anos...”.*

Aquando da frequência do último ano do seu curso, a sua irmã mais nova partiu de Santarém e foi estudar para Lisboa, tendo ido morar para Alverca com as irmãs.

Do período em que viveu com as irmãs referiu: *“éramos todas muito independentes, cada uma com a sua vida... não falávamos de namorados nem nada disso (...) mesmo com a minha irmã D., apesar de no início termos andado alguns anos na mesma faculdade e mais próximas, cada uma tinha a sua vida, o seu espaço”.*

Aos 24 anos concluiu o curso. Acerca do início do seu percurso laboral verbalizou: *“comecei bem porque fiquei a trabalhar na faculdade, em investigação”.* Contou que alguns

meses após ter iniciado essa actividade profissional alugou uma casa – *“senti necessidade de ter o meu espaço, não me dava mal com as minhas irmãs, mas senti essa necessidade, um espaço onde me conseguisse concentrar melhor, fosse só meu (...) de facto adorei a altura em que vivi sozinha!”*. Contudo, menciona que foi uma fase de vida em que começou a isolar-se: *“aquilo ocupava-me demasiado tempo, passava o dia todo a pensar no trabalho, até aos fins de semana! Em parte gostava do que fazia, só que o tempo escasseava para o trabalho que tinha, era muito stressante. Saía da faculdade e ia para casa pensar sobre aquilo e ler coisas relacionadas com a investigação. Assim eram os meus dias”*.

Contou que cerca de dois anos mais tarde, as suas irmãs mais velhas casaram e a mãe decidiu vender a habitação de Alverca, propondo que a irmã mais nova (Filomena) alugasse um quarto ou então morasse em casa de Carla, até terminar o curso. A este respeito Carla verbalizou o seguinte: *“a minha irmã F. preferiu morar comigo, facto que não fui capaz de recusar (...) embora, confesso, preferisse morar sozinha”*. No entanto, referiu que a partir do momento em que começou a viver com essa irmã, começou também a perceber que a irmã tinha problemas pessoais, referindo que em Dezembro de 2007 essa irmã chegou mesmo a realizar tentativas de suicídio, verbalizando a esse respeito: *“as coisas não iam bem na escola nem com o namorado, apesar dela quase não falar comigo acerca dessas coisas, nunca me contava o que se passava (...) descobri que ela arranhava-se, cortava-se (...) no início ela pediu-me para esconder-mos isso da minha mãe, só eu e o namorado dela sabíamos, até que ela começou com tentativas de suicídio... um dia encontrei-a com cortes nos pulsos, cheia de sangue (...) contei à minha irmã D., levamos a F. ao hospital e começou a ser seguida por um psiquiatra”*. Em relação aos momentos que vivenciou com a irmã referiu: *“passei um mau bocado com a F. , também comecei a andar muito em baixo, sempre muito preocupada, pois quando saía do trabalho e ia para casa nunca sabia em que estado ia encontrá-la (...) comecei a não ter disponibilidade psicológica para a investigação, aquilo ocupava-me demasiado tempo e tinha prazos para cumprir, não conseguia sequer concentrar-me, e optei por desistir da investigação”*. Referiu ter-se demitido da investigação/faculdade em Dezembro de 2007. Seguidamente, começou a ser acompanhada em consulta de psiquiatria (no hospital onde a irmã também já tinha iniciado tratamento psiquiátrico): *“tive uma crise, era muito duro viver com a F. assim, não sabia o que fazer por ela... estava sempre preocupada, quase não dormia, chorava, procurei então um psiquiatra (...) então, no hospital, começaram a dizer-me que seria melhor para mim se me afastasse um pouco dela, pois aquele ambiente piorava a minha situação (...) estava desesperada com aquela situação e acabei por contar à minha mãe... então a F. foi morar com a minha mãe durante algum*

*tempo (Santarém), mas sei que ela ficou muito sentida por eu preferir afastar-me dela”. Acerca da sua decisão de separação da irmã verbalizou: “no início senti-me muito culpada por querer separar-me dela, por ela precisar de apoio e parecer uma atitude algo egoísta da minha parte, mas depois senti-me muito aliviada”.*

Carla referiu ter começado a procurar emprego em meados de Janeiro de 2008, tendo conseguido empregar-se em Fevereiro, numa empresa em Lisboa. Porém, referiu ter sido uma actividade laboral muito curta: *“era um serviço na minha área, mas permaneci muito pouco tempo naquela empresa, cerca de três semanas (...) era um ambiente estranho, os colegas eram muito cuscos, queriam saber muito de mim(...) a filha do patrão também trabalhava lá mas gritava com as pessoas... por vezes tinha de falar com ela mas tinha até algum receio (...) estava também a recibos verdes... e aconteceram uma série de situações pelas quais decidi deixar aquele local(...) uma relação que me deixou muito abaixo”.* Carla descreveu um relacionamento que vivenciou com um homem que conheceu nessa empresa: *“queria muito uma relação com uma pessoa, mas acho que a assustei, por querer dar continuidade aquela relação... só andamos durante uma semana... mas ele afastou-se... e aquilo deixou-me muito abaixo!”.* Acerca dos motivos que originaram o fim da relação, explicou: *“ele não me contou algumas coisas que seria natural que tivesse contado... que tinha uma empresa para além daquele emprego. Um dia descobri isso através de um cliente, e mais tarde confrontei-o com esse facto, mas ele apresentou a desculpa que nos conhecíamos há pouco tempo e não queria contar isso porque podia parecer que se estava a gabar. Disse-lhe que gostaria que passasse mais tempo comigo e partilhasse mais coisas, mas ele decidiu não envolver-se mais comigo e terminou a relação (...) foi o início de uma depressão muito grande”.*

Relativamente à sua vivência emocional decorrente da perda da relação mencionada, verbalizou: *“fiquei muito deprimida, uma dor intensa, uma angústia, uma tristeza muito grande... e ainda hoje não percebo como é que aquela relação me deixou tanto abaixo! É que só durou uma semana! Sei que devo conhecer melhor as pessoas, e ir com mais calma, acho que apaixonei-me demasiado... gostava de ter continuado a vê-lo”.*

Contou que nessa altura sofreu acentuadas alterações ao nível do sono (insónia) e optou por consultar o seu psiquiatra (*“comecei a tomar comprimidos para dormir”*). Revelou também que *“não quis tomar em simultâneo os comprimidos da psiquiatria e os da gastro, e como resultado tive uma crise de Crohn... surgiram logo complicações”* – referiu-se à emergência súbita de fortes dores abdominais e diarreia.

Segundo Carla, esse foi o último surto inflamatório que sofreu (Fevereiro/Março de 2008), e que desde então tem cumprido o plano terapêutico que o seu gastroenterologista lhe recomendou e, actualmente, a sua situação clínica encontra-se estabilizada.

Referiu terem existido melhorias do seu estado emocional com o decorrer de algumas semanas, e em Março do mesmo ano, voltou a procurar emprego, verbalizando *“Com o tempo a tristeza foi passando e senti necessidade de regressar ao mercado de trabalho... comecei a procurar anúncios de emprego e ir a várias entrevistas”*.

No entanto, durante o período em que se encontrou desempregada existiram novas mudanças na sua vida, verbalizando a esse respeito: *“a minha irmã D. teve um filho, e a minha mãe decidiu vir para ao pé dela, para lhe dar algum apoio. Acontece que decidi instalar-se em minha casa... e a minha irmã F. veio também! (...) situação que não tem lógica nenhuma! Mas na minha família as coisas sempre foram acontecendo desta forma... Este mês lá se tocaram e a D. achou melhor que a minha mãe ficasse em casa dela. Acontece que a F. acabou por ficar comigo, situação estúpida, porque se comprei uma casa era para viver sozinha! Mas elas acabam sempre por me fazer sentir culpada... e claro que não consigo dizer-lhe que não a quero lá em casa!”*

Carla referiu sentir dificuldade em expressar as suas opiniões, desejos, necessidades, com a mãe e as irmãs - *“as coisas vão acontecendo... e quando se tenta demonstrar as opiniões elas levam a mal, já sei como é, a minha mãe fica logo amuada e não quer mais conversas... por isso acabo por não demonstrar muitas vezes aquilo que penso”*.

Em Abril de 2008 iniciou uma nova actividade laboral (desempenhando funções da Psicologia Social). No entanto, revelou alguma insatisfação com o seu novo emprego, não tanto pelas funções que desempenha, mas pelo clima relacional que a rodeia, definindo-o como *“um ambiente estranho”*. Verbalizou o seguinte: *“limito-me a fazer o meu trabalho, e sinceramente não sei quanto tempo irei lá ficar, porque é um ambiente estranho (...) os colegas são muito competitivos, todos lutam para ser promovidos, e por isso já me fizeram algumas perguntas, sobre quem era, de onde vinha, para ver se represento uma ameaça para eles!”*. Salientou que tende a estabelecer relações com homens com maior facilidade, verbalizando a esse respeito: *“dou-me melhor com os homens, aliás, sempre foi assim, não me perguntem porquê. As mulheres são muito complicadas, metem-se demasiado na vida dos outros, fazem perguntas, arranjam intrigas”*. Sobre o seu quotidiano laboral, referiu desenvolver as suas funções quase sempre só, por encontrar-se a maior parte do tempo num

gabinete isolado. Salientou algumas das dificuldades que sente, relacionadas com insegurança pessoal: *“No dia a dia, por vezes sinto-me muito ansiosa quando é necessário telefonar a algum cliente, sei que ninguém gosta mas penso muito antes de ligar, penso sobre várias alternativas de resposta, se o cliente vai ou não concordar comigo... fico muito insegura, sei que é de mim...”*.

Embora sinta algum descontentamento com a sua actividade laboral, Carla não se projecta no futuro, verbalizando a esse respeito: *“não sei quanto tempo ficarei a trabalhar nesta empresa, provavelmente não será muito tempo mas quanto ao futuro... sinceramente não sei, nem me apetece pensar nisso”*.

Referiu, ainda, a existência de uma amiga, que no entanto não a vê há algum tempo: *“Estamos zangadas!”*- comentou sem querer explicar o porquê do distanciamento entre ambas. Porém, revelou-nos (emocionada) a sua recordação dos tempos em que se conheceram: *“conheci-a numa fase em que andei muito mal, andava na faculdade, e nessa altura eu não me exprimia como agora, ficava amuada no meu canto e não conversava com ninguém... e ela vinha para ao pé de mim e dizia, o que tens tu? E eu dizia-lhe: nada, deixa-me ficar sozinha. Mas ela dizia: não saio daqui enquanto não falares comigo mas se não te apetecer falar agora, tudo bem, fico aqui ao pé de ti e falas quando te apetecer”*. Sobre o motivo da recente zanga, nada soubemos, recusando-se a comentar a questão, tendo referido somente: *“nas relações de amizade tudo é diferente, não sinto aquela tristeza que sinto com os homens... não perdo, fico com o orgulho ferido, sinto-me traída!”*.

Relativamente aos seus tempos livres verbalizou: *“Gosto de ficar no meu canto sem fazer nada! (risos) Sempre gostei do meu cantinho, ainda que escuro, húmido e triste. No entanto, julgo que ultimamente tenho saído mais de casa, sinto-me mais animada. Por exemplo, durante muito tempo só li livros técnicos, mas agora procuro conhecer coisas novas... também tenho andado a remodelar a decoração da minha casa, nesse aspecto sinto diferenças, apetece-me fazer coisas”*.

Referiu não sonhar com frequência, recordando-se apenas de alguns tipos de sonho mais habituais: *“normalmente sonho com coisas que eu quero fazer mas não consigo terminar, ou então que ando a fugir de alguma coisa ou de alguém(...) já sonhei várias vezes com um clima de discussão na minha família... sonho que estou aos gritos com a minha mãe e as minhas irmãs”*.

### Alguns dados familiares

Não soube referir exactamente a idade dos seus pais, sabendo apenas que a mãe nasceu em 1945. Contou-nos que a mãe encontra-se reformada, tendo sido enfermeira aquando da vida activa. Destacou o carácter impulsivo, controlador e imprevisível da sua mãe.

Relativamente à figura paterna, referiu que é cerca de oito anos mais velho que a mãe. Referiu também que actualmente está reformado mas salientou a precariedade laboral que caracterizou a sua vida. Contou que o pai é alcoólico, tornando-se frequentemente agressivo. Descreveu-o como um homem reservado, pouco sociável, agressivo e desvinculado da família.

Quanto à sua irmã mais velha (Telma), contou-nos que nasceu em 1976 (três anos mais velha do que Carla), é casada, licenciou-se em Matemática, e actualmente encontra-se nos Estados Unidos a realizar um curso de Enfermagem. Contou-nos também que Telma, saiu de casa dos pais muito nova, aquando de um primeiro namoro: *“os meus pais eram muito conservadores e não queriam que nós namorássemos com ninguém, a Telma fugiu de casa quando começou o namoro”*. Descreveu a irmã como sendo *“ingénua, muito influenciável pelo marido... ele é muito possessivo e ela faz tudo o que ele quer (...) ele é um homem inteligente, mas é muito pouco sociável, isola-se muito, e a minha irmã acaba por se isolar também”*.

Denise nasceu em 1978. É casada e tem um filho, vive em Almada e é licenciada em Psicologia Social. Carla começa por descrever esta irmã como sendo, *“a emocionalmente mais estável de todas nós, apesar de ter os seus problemas (...) é a mais segura e decidida”*. Referiu também que Denise teve várias anemias aquando da adolescência, sofre de sinusite e já fez uma depressão, tendo recebido tratamento psiquiátrico.

Filomena nasceu em 1983. É a sua irmã mais nova (4 anos mais nova que Carla) e com quem vive actualmente. Referiu que essa irmã já realizou várias tentativas de suicídio e é seguida em consulta de Psiquiatria, com diagnóstico *borderline*. Tem diabetes e uma doença do foro respiratório, a qual, Carla não soube especificar.

## **4.2. Teste de Rorschach**

O Protocolo Rorschach e o respectivo Psicograma encontram-se em anexo (*Anexo 2*).

Com o intuito de facilitar a leitura das respostas e a respectiva análise, cartão a cartão, optámos pela seguinte apresentação:

**a) Análise cartão a cartão**

Cartão I

Elaboração Espontânea	Inquérito	Cotação
I		
21'' 1 - Parece um insecto qualquer, esquisito, com umas antenas... mas depois é um bocado estranho (...)	- Insecto ( <i>aponta em G e faz observação de simetria</i> )	G F+/- A
2 - Ou uma espécie de morcego. 1.12''	- Também podia ser um morcego por ser maior e por ter umas asas esquisitas que ele tem – <i>em G</i>	G F+ A Ban

Na primeira abordagem, Carla faz referência a “*um insecto qualquer, esquisito*”, verificando-se alguma dificuldade em definir um objecto preciso.

Num primeiro momento existe uma centração nas “*antenas*” do insecto, sendo que poderíamos pensar na existência duma preocupação em captar a realidade externa. Apesar de fazer referência à banalidade neste cartão, salienta-se que tanto o insecto como o morcego que referiu, possuem algo “*esquisito*” que a incomoda (na prova das escolhas percebemos que existe emergência de angústia intensa aquando da apresentação deste cartão).

Cartão II

II		
55'' 3 - À primeira impressão parece-me um palhaço, mas depois a olhar melhor não consigo identificar nenhuma formas (...)	-Palhaço ( <i>os olhos – Dbl sup; Pintura - vermelho sup; Cara – negro; boca - vermelho inf.</i> )	G bl F- Hd →C

<p>4 - Coisas separadas, num todo não, aqui em baixo parece-me uma borboleta.</p> <p style="text-align: right;">2'52''</p>	<p>- este vermelho tb podia ser uma borboleta, pela forma simétrica (<i>observ. simetria</i>)</p>	<p>D F+ A Ban</p>
--	---	-------------------

Tempo de latência aumentado. Nesta prancha percebemos uma preocupação em elaborar uma resposta Global, ainda que a configuração do estímulo se apresente de forma bilateral, o que poderá traduzir uma tentativa em evitar o relacional. Da mesma forma, o conteúdo apresentado (“*um palhaço*”), transmite, no plano simbólico, bom humor, alegria, o que poderá ser uma defesa à angústia que emergiu no cartão anterior, bem como evitar o apelo à agressividade implícito neste segundo cartão.

No mesmo sentido, referiu ainda reconhecer mais facilmente objectos isolando partes da mancha, nomeadamente o vermelho. Esse isolamento impossibilita a emergência de pulsões agressivas (que neste cartão são solicitadas), sendo que sem relação nem agressividade não poderá surgir uma relação agressiva – o que julgamos ser fortemente evitado.

### Cartão III

<p style="text-align: center;">III</p> <p>8''</p> <p>5 - Parecem duas pessoas... agarradas a uma fonte ou uma coisa qualquer, aqui no meio.</p> <p>6 - Aqui parece uma borboleta de novo.</p> <p style="text-align: right;">1'10''</p>	<p>- pessoas agarradas a um género de fonte com água</p> <p>- borboleta (<i>vermelho central</i>)</p> <p>R.A.:</p> <p>Um mutante qualquer. Parece a cabeça de um cavalo marinho (<i>D vermelhos laterais</i>). Parece que tem patas e asas, parece um cavalo voador, daqueles que não existem, daqueles que se vêm nos desenhos animados.</p> <p>[D F+ (A)]</p>	<p>G K H Ban</p> <p>D F+ A Ban</p>
--	---	------------------------------------

Refere as banalidades, no entanto não existe preocupação em identificar sexualmente as figuras humanas. Estas, surgem também numa relação de cariz anacrónico, pois Carla salienta o facto das figuras se encontrarem agarradas a uma fonte com água, o que remete para uma relação muito regressiva.

Aquando do inquérito, começa por evocar “*um mutante*”, mas que aos poucos acaba por lhe retirar a dimensão assustadora, finalizando com uma resposta muito infantil – “*daqueles que se vêem nos desenhos animados*”.

#### Cartão IV

IV	<i>(Folha em G - aponta)</i>	
5''		
7 - Parece uma folha de Outono ...à primeira vista! (sorri meio intimidada) (...)	Já seca e meio partida, com buracos e tudo... pela forma triangular, parece daquelas que eu vejo no Outono.	G F+ Bot
8 - Parece o focinho de um gato, mas é só este bocadinho, num todo não parece fazer muito sentido.	- Focinho de gato porque parece o nariz e os bigodes ( <i>D sup – D3</i> )	D F+ Ad →E
9 - Depois esta parte parecem umas botas (...)	- Botas, o salto das botas ( <i>aponta D inf.</i> )	Do F+ Obj
10 - No todo parecem daquelas peles de animais..	- Pele ( <i>em G</i> )	G F+ A Ban
2'42''		

Neste cartão, aquando da primeira resposta, verifica-se a existência de uma representação de si muito depressiva. A falta de apoio sentida (má relação com figuras parentais) parece originar uma representação de si depressiva e atingida na sua imagem corporal: “*seca e meio partida, com buracos e tudo...*”. Face a uma solicitação da ímago paterna, o sujeito dá uma representação de si depressiva e danificada, ou seja, sem apoio, esta mulher parece não conseguir organizar-se/estruturar-se.

Adicionalmente, apresenta uma resposta onde surge a dimensão mais passiva do seu funcionamento (“*parecem daquelas peles de animais*”), verificando-se uma incapacidade em identificar-se a posições activas e de poder.

#### Cartão V

V		
7''		
11 - Também parece um género de insecto, com asas, aqui a cabeça e as antenas (...)	- Bicho, borboleta ou qualquer coisa que voe ( <i>em G</i> )	G F+/- A
12 - Aqui deste lado, parece uma pessoa com barba e bigode, nariz.	- Uma pessoa, é só a cabeça, nariz, barba. ( <i>D lateral</i> )	D F+ Hd
2'18''		

Existe, novamente, dificuldade em precisar um objecto, verificando-se concomitantemente algumas precauções verbais (“*parece um género de insecto; parece uma pessoa*”), o que sugere dificuldades de afirmação/assertividade.

Apresenta um conteúdo humano mas sem preocupação em identificar o género da figura, ainda que lhe tenham sido atribuídas características masculinas.

#### Cartão VI

VI		
( <i>olhou para a prancha durante dois minutos, acabando por entregar o cartão e dizendo: nada.</i> )	R.A: uma bengala, tipo chapéu de chuva, mas sem aquela parte curva, a parte de apoio. ( <i>D2</i> )  [D F- Obj]	Recusa

Recusa o cartão VI, o que poderia dar conta da existência de dificuldades no plano da sexualidade.

No entanto, aquando do inquérito acaba por fornecer uma resposta adicional, centrando-se numa falha do objecto, mais precisamente na função de apoio ou anáclise do objecto.

### Cartão VII

VII		
19''	Planta – por causa destas partes irregulares ( <i>aponta contorno</i> )... mas só metade, porque a simetria confunde um bocado ( <i>DI</i> )	D F+/- Bot
13 - Parece uma planta (...)		
14 - aqui um bocadinho de peixe... a boca.	Boca de peixe ( <i>Dd 24</i> )	Dd F- Ad / Frag
1'46''		

As respostas elaboradas neste cartão sugerem a existência de uma difícil relação com a ímago materna.

Num primeiro momento é evitado o apelo à relação e apresentada uma resposta com um conteúdo vegetal, algo bastante regressivo. Aquando do inquérito percebemos que Carla ignora metade do cartão porque ela própria admite confundir-se com a apresentação bilateral do estímulo.

Apresenta, seguidamente, uma segunda elaboração espontânea, referenciando um fragmento de um objecto.

### Cartão VIII

VIII		
18''	Animais – ( <i>banalidade</i> )	
15 - Nesta parte, um animal qualquer... um castor, uma lontra, uma coisa qualquer.	R.A: (Ri) é um bocado parvo, mas parece a parte de um espartilho ( <i>rosa – D6</i> )	D F + A Ban
1'40''	[D FC Obj]	

Refere a banalidade do cartão, ainda que revele alguma instabilidade do objecto e dificuldade em precisar o mesmo.

Cartão IX

IX		
2''		
16 - Aqui a cabeça de uma criança (...)	Cabeça bebé – rosa (D4)	D F+ Hd Ban
17 - Aqui a branco, um vaso ou uma jarra.	Vaso – (Dbl pela forma)	Dbl F+ Obj
18 - Aqui uma lagosta, uma coisa qualquer (...)	Lagosta (D3) - tem o formato do corpo e das pinças	D F- A
19 - E aqui a verde parece uns olhos e uma cara de alguma coisa... um animal qualquer.	Cabeça (D1) e olhos (Ddbl)	D bl F- Ad
1'56''		

Após a apresentação desta prancha observamos um funcionamento bastante perturbado. Carla começa por referir a banalidade, logo de seguida é atraída pelo branco (ou vazio) do estímulo e seguidamente refere “*uma lagosta*” - uma vez mais um conteúdo que pelas suas características remete para um objecto muito primário. Após uma pausa demorada, surge um conteúdo persecutório.

Cartão X

X		
4''		
20 - Parece um peixe..	- aqui a cabeça, e a cauda de um peixe ( <i>aponta amarelo, D15</i> )	D F- A
21 - uma lagarta..	- porque as lagartas são alongadas e verdes ( <i>verde sup, D12</i> )	D FC A
22 - um caranguejo...	- carangueijo ( <i>azul, D1</i> )	D F+ A Ban

23 - uma ilha,	- parece uma ilha pela forma (rosa D9)	D F+/- Geo
24 - uma planta subaquática. 1'07''	- alga ou uma planta qualquer – (cinzento D7)	D F+/- Bot

Surge a banalidade e alguma (pouca) sensibilidade à côr, que neste protocolo está quase ausente.

## b) Análise Quantitativa

### Tipo de Apreensão

*D(58%) / Dd (4%) / Dbl (4%) / Do (4%)*

Neste protocolo, destaca-se a fraca exploração do detalhe (D e Dd). Porém, existe alguma sensibilidade ao detalhe branco (Dbl ou localizações associadas – G bl e D bl). Observa-se ainda a ocorrência de um detalhe oligofrénico.

### Determinantes

$F\% = 92\% \uparrow\uparrow / F+\% = 60\%$

$F\%a = 100\% \uparrow\uparrow / F+\%a = 65\%$

$K = 1 / FC = 1 / C + CF = 0$

O determinante formal é extremamente utilizado em detrimento doutros, o que sugere existir uma preocupação neste sujeito para utilizar um pensamento rigoroso em relação à realidade. Observa-se, no entanto, uma significativa presença de respostas F+/- e F-, sendo que as respostas F+/- surgem pela dificuldade em precisar ou especificar um objecto (conteúdos animais) e as respostas F- devido à inadequação da resposta ao estímulo perceptível. Verifica-se esta última situação aquando do recalçamento das pulsões (ex: cartão II) e da emergência de angústia intensa (ex: cartões VII e IX).

Salienta-se também a quase ausência de cinestésias (nota: a única cinestesia surge na banalidade do cartão III), o que poderá estar relacionado com inibição/repressão da actividade imaginária e/ou baixa capacidade criativa.

Destaca-se, ainda, a quase ausência de respostas que tivessem em conta a côr presente nos cartões, donde se constata existir pouca sensibilidade aos estímulos externos que apelam às emoções. Os valores observados no psicograma indiciam existir acentuado controlo emocional ( $FC > C + CF$ ).

### Conteúdos / Banalidade-Originalidade

*A / H / Bot*

*Ban* ↑

Os conteúdos animais (A e Ad) são os que surgem com a maior frequência, aparecendo em respostas que indiciam a existência de um pensamento pouco criativo, infantil, e parecendo ser até utilizados como um deslocamento, um evitamento de conflitos (relacionais).

Os conteúdos humanos surgem em respostas consideradas banais ou em respostas pouco elaboradas. A discriminação sexual não é verbalmente explicitada.

Vários conteúdos apresentados remetem ainda para uma tendência regressiva (plantas, animais aquáticos) e também infantil (palhaço, cavalo voador, desenhos animados).

Existe, neste protocolo, um grande número de banalidades em detrimento de respostas originais razoavelmente elaboradas.

$T.R.I = 1K/0,5\sum C \rightarrow$  coartativo

$F.C = 0k/0\sum E$

R.C. (42%)

O Tipo de Ressonância Íntima é coartativo, sendo confirmado pela fórmula complementar. Estes dados sugerem a existência de uma repressão interna, ao nível do imaginário e da actividade pulsional, observando-se uma acentuada dificuldade em reagir aos estímulos da realidade exterior que apelam às emoções e aos afectos.

Nos cartões pastel destaca-se uma dinâmica regressiva, através de conteúdos que, simbolicamente, apelam ao mundo das relações precoces.

### **c) Análise Qualitativa**

Da análise da sua verbalização, verifica-se a existência de respostas pouco elaboradas e de um mundo interno com poucos interesses (são apresentados conteúdos pobres e

repetitivos). Salienta-se também a insegurança que se faz notar nas suas respostas: precauções, hesitações, críticas de si, indiciam a presença de um indivíduo pouco assertivo.

As dimensões pulsionais parecem ser maciçamente recalcadas, não existindo expressão libidinal nem agressiva. Aliados a mecanismos de inibição/retraimento encontram-se mecanismos de defesa como o isolamento e o recalçamento, que operam para evitar a exteriorização das pulsões.

Existe pouca sensibilidade a estímulos que apelam às emoções, sendo que o afecto é minimamente expresso. Importa também salientar a existência de uma dinâmica regressiva perante cartões coloridos e naqueles que apelam à relação.

A nível relacional percebemos a existência de importantes dificuldades de socialização (excessivos conteúdos animais e banalidades em detrimento de abordagens relacionais).

Aquando do confronto com os cartões que apelam à relação, surge uma angústia que é difícil de elaborar, por vezes invasiva, comprometendo a qualidade do pensamento (ocorrendo a inadequação da resposta ao real). Ou seja, apesar do grande investimento num pensamento com rigor, capaz de apreender fielmente a realidade externa, é perante situações de angústia intensa que as suas capacidades adaptativas falham.

Não existe referência à genitalidade, pelo contrário, surgem tendências regressivas. Existe uma forte concentração na função anaclítica do objecto.

As pranchas que remetem para relações com as imagos parentais são perturbadoras e desorganizadoras do psiquismo. Na prancha IV surge uma dimensão depressiva e uma ameaça de desintegração corporal; na prancha VII surge uma dinâmica regressiva, seguida de angústia de fragmentação.

Face à prancha IX (que remete para as relações do sujeito com mundo) surge uma tendência regressiva, seguida de um apego ao vazio e, por último, uma ansiedade persecutória.

### **4.3. Análise de Carla**

Da sua infância, Carla destacou o mau ambiente familiar que a acompanhou, caracterizado por discussões frequentes e um clima de agressividade entre os pais, situação que poderá ter constituído um trauma precoce, bem como influenciado a representação da relação de casal que hoje tem.

Ao nível das relações primárias destacou-se um padrão relacional pouco gratificante, tendo sido observados sentimentos de tristeza, abandono e ressentimento face às figuras

parentais. O pai foi sentido como uma figura abandonada e mal tratante; a mãe, imprevisível no comportamento e afecto. Este quadro familiar desarmónico, poderá ter dificultado o desenvolvimento de uma relação de apoio, securizante e contentora às suas ansiedades, a possibilidade de vivenciar uma relação triangular positiva e o desenvolvimento de um narcisismo saudável.

Da análise do seu discurso, verificámos também que a sua infância foi marcada por várias mudanças de escola/localidade e que as separações/perdas do seu ambiente escolar foram muito dolorosas para si, vivenciadas com um afecto depressivo que ainda hoje influencia muito o seu discurso e estado emocional. Essas separações parecem ter dificultado uma previsibilidade e estabilidade dos seus ritmos relacionais, o que gerou uma angústia que não foi adequadamente contida por um objecto securizador.

Apesar do sentimento depressivo associado às separações, Carla parece ter recalcado uma parte da sua infância. Refere não se recordar de professores nem de colegas, excepto “*de dois gémeos*” (e aqui pensamos na ausência de rosto ou identidade, que possivelmente se encontra implícito).

Em relação ao período da adolescência, centrou-se nos conflitos que tinha com a mãe, donde se destacaram profundos sentimentos de tristeza. Salientam-se os sentimentos de tristeza e culpabilidade face à desconfiança e distanciamento afectivo da mãe. Da análise das descrições de Carla acerca da personalidade da sua mãe e da relação que mantinha com a mesma, é possível verificar a existência de uma mãe sentida como opressora e culpabilizadora (e que ainda hoje se mantém). Contudo, Carla não respondia com sentimentos de zanga e revolta mas com abatimento depressivo, culpabilidade e acentuados sentimentos de tristeza.

Segundo Coimbra de Matos (2001), a relação depressígena é caracterizada pela existência de um objecto narcísico dominador e culpabilizador. Face às atitudes e comportamentos do objecto, o sujeito (que é dependente do objecto) não se revolta contra ele mas incorre num funcionamento depressivo, em que se submete à vontade do objecto e inflecte a agressividade sobre si mesmo (culpabiliza-se).

Aos 15 anos sentiu-se muito magoada com a mãe, quando esta lhe disse que o seu nascimento não tinha sido desejado. No entanto, não se verificou uma reacção de revolta ou qualquer agressividade dirigida à mãe mas pelo contrário, uma tentativa de reparação, mesmo tendo sido a mãe que a agrediu. Carla, sentiu-se atingida no seu narcisismo, percebendo a falta de amor com que os pais vivenciaram o seu nascimento, embora tivesse demonstrado

alguma resistência em consciencializá-lo. Vivenciou o acontecimento com acentuados sentimentos de tristeza e distanciou-se afectivamente da mãe (com o pai estabelecia já uma relação distante e desafectivada). E esse acontecimento também motivou o desejo de separar-se dos pais e ir morar com as irmãs.

Todavia, essa separação foi vivenciada com arrependimento, sentimentos de tristeza e desamparo, que associou à necessidade que ainda sentia do apoio da mãe. Foi também possível apurar que os pais de Carla incentivaram a sua deslocação para Lisboa.

McWilliams (2005) refere que o facto dos pais incentivarem/pressionarem os filhos a abandonar comportamentos dependentes antes destes se sentirem emocionalmente preparados para o fazer, pode ser vivenciado por esses como uma perda.

Foi nesse período de vida, descrito pela própria como triste e associado à separação dos pais, especialmente à falta da mãe, que surgiram os primeiros sintomas (diarréias), provavelmente, relacionados com a doença de Crohn que se viria a diagnosticar no futuro.

No que respeita à relação com as irmãs, verificou-se a existência de uma importante relação de apoio com a irmã Denise, sendo que esta ajudou-a a adaptar-se ao novo meio. Porém, constatámos que essa relação se caracterizou por um padrão relacional algo superficial em termos de troca afectiva, partilha de experiências e emoções (à semelhança da sua relação com as outras irmãs).

Dos tempos que viveu na Covilhã, recordou-se de uma amiga com saudade, expressando um afecto claramente depressivo. Constatámos que a essa amiga facilitou a sua integração naquela cidade e faculdade, constituindo um importante apoio a Carla, algo que sempre necessitou. Da análise da descrição dessa relação, verificámos que a relação de amizade foi algo idealizada por Carla, que valorizou especialmente o apoio que a amiga lhe prestou.

Com o seu regresso a Lisboa, Carla deparou-se novamente com um futuro desconhecido e, face à situação, aproximou-se novamente da irmã (Denise), tendo ido estudar para a faculdade onde aquela estudava. Percebemos que a sua necessidade era situar-se próximo de alguém que a apoiasse, devido à sua pouca autonomia e necessidade de protecção.

Após a sua integração no novo ambiente, destacou a dificuldade em estabelecer relações de amizade e preservá-las, associando essa dificuldade à especificidade do novo contexto académico sem, no entanto, questionar as suas dificuldades pessoais. A precaridade das relações marcava já o seu percurso de vida.

Em relação à sua vida afectiva, apurámos a existência um primeiro relacionamento amoroso quando Carla tinha 21 anos. Essa relação, caracterizou-se pelo seu carácter anaclítico e não tanto por uma relação de cariz libidinal / sexualizada. Também verificámos que a relação foi vivenciada com demasiada ansiedade por Carla, uma ansiedade de separação/abandono afectivo. Carla pareceu-nos ser extremamente sensível a qualquer comportamento do namorado que evidenciasse desejo de separação. Os seus sentimentos de desconfiança e pouca segurança relacional originaram o seu comportamento “*controlador*” e “*explosivo*”, o que originou diversos conflitos com o namorado e motivou a rotura dessa relação pelo próprio. Vivenciou a rotura dessa relação como uma rejeição, o que despoletou sentimentos muito difíceis de tolerar porque em nossa opinião existia uma grande dependência ao namorado.

Constatamos, assim, que Carla vivenciou uma relação depressiva marcada pela dependência a um objecto de apoio e por ansiedade de separação, tendo procurado nessa relação um Eu auxiliar sentido como impriscindível e não tanto um objecto de desejo libidinal (Coimbra de Matos, 2001).

Contudo, Carla referiu não perceber porque é que essa perda teve tal impacto desorganizador. Provavelmente, o acontecimento terá reactivado anteriores experiências de perda.

Salientamos que a reacção de Carla face à perda caracterizou-se por acentuada tristeza, abatimento, angústia, insónia, emagrecimento e palidez, utilizando, no momento da entrevista, a expressão “*quase físico*” para descrever a “*dor*” que sentiu naquele período. A perda despoletou uma angústia intensa, que se manifestou não só no psíquico como teve também a sua expressão no somático. Cerca de três meses após essa perda e concomitantemente ao estado depressivo, surgiram complicações a nível do seu estado de saúde (sintomatologia da doença inflamatória intestinal), sendo que após o acompanhamento clínico necessário foi diagnosticada a doença de Crohn. O quadro depressivo que vivenciou poderá ter precipitado o aparecimento da doença orgânica. Carla não reagiu com revolta face ao abandono do namorado, mas antes com abatimento, angústia, tristeza, isolamento e retraimento relacional. O facto do sofrimento psíquico não ter sido suficientemente expresso por emoções, palavras e actos, e a revolta/raiva/agressividade não ter sido manifesta nem exteriorizada poderá ter constituído um factor de risco para o aparecimento/agravamento de doença orgânica (Coimbra de Matos, 2003).

Em relação aos anos que viveu com as irmãs, durante os tempos de estudante, verificámos que a relação que mantinha com as mesmas era muito superficial, com pouca densidade e evitamento da expressão emocional. Relativamente ao pai abandonado que Carla descreveu, expressou ressentimento e tristeza face ao afastamento progressivo do mesmo. Durante o período em que esteve doente, recordou-se dos momentos em que a mãe a visitara. Esta mãe, funcional, ausente e afectivamente distante, pareceu-nos ser algo idealizada.

Aquando do início da sua vida laboral e durante os dois anos que viveu sozinha, percebemos a existência de um grande investimento profissional, destacando-se uma concentração excessiva na sua ocupação e desvalorização de relações interpessoais. Isolou-se da família e de amigas. O trabalho ocupava o seu espaço mental durante o dia, noite e fins de semana, e foi vivenciado com mais ansiedade do que entusiasmo. A sua vida relacional tornou-se quase desértica.

Embora preferisse viver só, em sua casa, foi pressionada pela mãe e por Filomena (a irmã mais nova) para que esta última vivesse consigo durante algum tempo, acabando por ceder, contrariada. Tal como refere Coimbra de Matos (2001), o sujeito depressivo submete-se à vontade do seu objecto, desistindo dos seus interesses e objectivos; está em causa a relação com um objecto exigente e opressor, mas, do qual, o sujeito não se consegue afastar nem opôr, pois à falta dele sente-se desprotegido e culpabilizado.

Todavia, Carla desorganizou-se emocionalmente face aos problemas que a irmã revelou (tentativas de suicídio) durante o período que viveram juntas, e optou pela separação de ambas. Tendo em conta a sua história de vida, percebemos a existência de uma tendência para Carla procurar estabelecer relações de apoio, sendo que quando confrontada com uma situação em que lhe foi exigido ser cuidadora de alguém, não revelou capacidade para tal. Carla nunca se tinha deparado com uma situação idêntica, afinal, ela própria teria sempre ocupado a posição inversa: ser cuidada por alguém (mãe, irmãs, amigas). Desse modo, não conseguiu prestar cuidados à irmã e afastou-se dela.

O início de um novo emprego caracterizou-se pelas relações com os colegas, que foram vivenciadas com alguma desconfiança e, ainda, por um envolvimento afectivo com um colega. Esse relacionamento, embora muito curto no tempo, originou uma vivência depressiva extremamente dolorosa para Carla. Da análise dessa relação, percebemos que esta se sentiu

traída e rejeitada uma vez mais, o que terá despoletado um sentimento de desespero e uma angústia intensa que desencadeou acentuadas alterações emocionais e dos ritmos de sono. Importa também salientar que nessa altura, Carla revelou ter deixado de tomar a medicação referente à doença de Crohn, o que aliado à patologia depressiva, poderá ter sido uma susceptibilidade para sofrer novo surto inflamatório. Nesse momento, a sintomatologia típica da doença de Crohn agravou-se, provavelmente pela exacerbação da perturbação depressiva que caracterizou essa fase de vida.

Carla foi bastante sensível à separação, que foi sentida como um abandono, contudo, e uma vez mais, não demonstrou qualquer reacção agressiva face ao homem que dela se afastou. Vivenciou o acontecimento com angústia e tristeza. Todavia, não elaborou o luto da relação, nem soube explicar (pensar) o porquê do seu abatimento e da intensidade da sua tristeza. Assim, constatamos que Carla não atribuiu um significado àquela relação nem ao sofrimento vivenciado por essa perda. Para o autor Coimbra de Matos (2001), a negação do sentimento de perda (em que indivíduo fica triste sem saber porquê) ocorre para evitar a consciencialização da existência de uma dependência sentida como uma inferioridade pessoal. Contudo, o trabalho de luto não se faz e a depressão arrasta-se.

Para Carla, essa relação ficou aquém do seu desejo; foi o sentimento que permaneceu até hoje.

Posteriormente, a mãe e a irmã deslocaram-se para a habitação de Carla, mesmo com o seu desagrado. Verificámos a sua dificuldade em ser assertiva, em manifestar desacordo e oposição. Da análise do seu discurso, verificamos, de facto, a intrusividade e manipulação que a mãe e a irmã exercem sobre si, sem que, no entanto, Carla defenda o seu espaço (embora, internamente, se sinta revoltada). Constatámos que essa passividade/submissão é motivada por uma culpabilidade que Carla sente (ou absorve!).

A dificuldade de Carla, que nos parece prender-se com o medo de perder o outro e a sua afectividade, tem uma base depressiva. Segundo Coimbra de Matos (2001), o depressivo estabelece uma relação de ambiguidade; quer e não quer libertar-se do objecto, alcançar independência. Contudo, o objecto do depressivo tende adoptar uma atitude de vítima, o que propicia o sentimento de culpa no sujeito e dificulta a sua libertação do objecto.

Relativamente à sua vida actual, Carla referiu sentir alguma insatisfação a nível profissional. Percebemos que uma das suas preocupações são as situações de competitividade e que existem maiores dificuldades no relacionamento com colegas do sexo feminino, o que

traduz a sua insegurança pessoal. As relações são vivenciadas com alguma desconfiança e distanciamento. Talvez seja o reflexo das relações vivenciadas no plano familiar, uma vez que uma das suas principais queixas prende-se com a intrusividade da mãe e irmã mais nova.

Ao nível de relações exteriores ao quadro familiar, destaca-se, actualmente, uma vida relacional algo desértica, constatando-se a existência de somente uma amiga (com a qual não estabelece contacto há alguns meses devido a ocorrência de conflitos entre ambas) e de colegas de trabalho com os quais parece estabelecer relações caracterizadas por algum retraimento / evitamento.

Sobre a sua vida quotidiana, constatamos, ainda, um certo desânimo devido à sua insatisfação profissional e falta de energia para elaborar planos e projectos futuros.

Os seus sonhos, caracterizam-se pelo seu carácter repetitivo e expressam as suas ansiedades e angústias principais, nomeadamente, insegurança e conflitos familiares (talvez sentidos como conflitos insolúveis).

Em relação à prova projectiva Rorschach, é possível verificar um funcionamento psicológico donde se destaca a existência de uma significativa pobreza afectiva e imaginária.

Da análise das respostas obtidas, salienta-se um mundo interno com poucos interesses, assim como um elevado número de respostas banais, indiciando uma ausência de subjectividade.

Carla apresenta um funcionamento psicológico marcado por um sobre-investimento do pensamento, uma preocupação em apreender a realidade com rigor, demonstrando, porém, pouca capacidade criativa.

Ao nível da representação de si surge uma clara dimensão depressiva, caracterizada por sentimentos de insegurança e desvalorização pessoal. Salienta-se a existência de dificuldades de afirmação (precauções verbais, inibições), uma possível problemática identitária (sensibilidade à simetria dos cartões; alguma tendência para perceber objectos em partes; instabilidade de objectos) e identidade sexual mal consolidada (não existe preocupação em discriminar o sexo das figuras humanas). Assim, percebemos a existência de um sujeito mal estruturado internamente.

Ao nível relacional percebemos a existência de dificuldades relacionais e tendência para estabelecer relações de cariz anaclítico.

Existe uma clivagem entre os mundos da razão e da emoção, com hiperinvestimento no primeiro e desvalorização do segundo. O seu funcionamento psicológico parece caracterizar-se por uma inibição (ou depressão) que não permite a expressão das emoções, desejos e impulsos (agressivos/libidinais).

Existe dificuldade em elaborar e transformar a angústia.

A depressividade parece estar inscrita no seu funcionamento.

## 5. Discussão / Conclusões

Da vida relacional do caso analisado, destacou-se um significativo número de perdas e separações, as quais se verificaram desde a infância à adultícia e despoletaram acentuados quadros depressivos. De facto, em doentes com doença de Crohn é frequente observar que um número elevado de vivências de perda ou separação precede o aparecimento da doença inflamatória (Bucalo-Triglia, 2004). Essas vicissitudes relacionais são factores que influenciam o desenvolvimento de afecto depressivo e a desregulação neuro-hormonal e imunitária.

Constatámos que as vivências depressivas mais acentuadas que o participante do nosso estudo experienciou, precederam e acompanharam a emergência e o agravamento da doença de Crohn. Tal evidência permite-nos confirmar a hipótese de que os surtos inflamatórios de Crohn podem ser potenciados por estados depressivos. Deste modo, consideramos que as alterações emocionais que ocorrem aquando dos estados depressivos podem precipitar os sintomas desta doença, pois o sofrimento psíquico do indivíduo manifesta-se inevitavelmente no funcionamento orgânico, contribuindo assim para o seu desequilíbrio psicossomático. Os resultados do nosso estudo revelam uma congruência com as hipóteses/conclusões colocadas por autores que relacionam a depressão com o desenvolvimento de patologias psicossomáticas (Coimbra de Matos, 2001; Sami-Ali, 2002).

A presente investigação permitiu ainda a exploração e compreensão das depressões experienciadas pelo sujeito, bem como da especificidade das suas dinâmicas relacionais, sendo que a partir da sua análise foi possível verificar a existência de uma estrutura depressiva da personalidade. De acordo com Coimbra de Matos (2003) a depressividade constitui uma vulnerabilidade à depressão e ao adoecer somático. Assim, os resultados deste estudo convergem com a teoria desenvolvida pelo autor, permitindo-nos reflectir sobre a relação entre personalidade depressiva e doença de Crohn. No caso analisado, a evolução da doença orgânica pareceu-nos estar relacionada com um afecto depressivo de base, uma depressividade e um estilo relacional depressivo, que terão sido uma vulnerabilidade para quadros de depressão acentuada e, conseqüentemente, potenciado o agravamento de Crohn.

Consideramos, pois, a hipótese de que a depressão poderá desestabilizar o equilíbrio psicossomático de sujeitos com doença de Crohn e despoletar crises inflamatórias. Neste sentido, colocamos ainda a hipótese de que a personalidade depressiva ou depressividade poderá encontrar-se frequentemente patente nos indivíduos que padecem desta doença auto-imune e ser um risco potencial para o seu agravamento.

Em termos metodológicos, importa referir que a nossa opção pelo estudo de caso implicou óbvias limitações ao presente trabalho, não permitindo a replicação da investigação realizada nem a possibilidade de efectuar generalizações de resultados/conclusões. Por outro lado, permitiu o desenvolvimento de um estudo com um carácter exploratório, o esclarecimento da problemática do sujeito e uma análise compreensiva do seu funcionamento psicossomático.

A entrevista semi-directiva permitiu garantir a espontaneidade do sujeito e simultaneamente especificar os fenómenos em estudo, contudo, uma abordagem mais directiva poderia revelar-se útil na aquisição de informações que poderiam ampliar a nossa compreensão sobre o funcionamento depressivo do sujeito.

Este estudo considerou-se pertinente devido à carência de investigações, no âmbito da psicossomática, que relacionem a depressão com o agravamento da doença de Crohn. Através dos resultados obtidos é possível colocar a hipótese de que a depressividade poderá constituir um factor de risco para as crises inflamatórias da doença, afectando assim a qualidade de vida dos indivíduos com esta enfermidade. O estudo realça a necessidade de avaliar a depressividade (e não só a depressão) em sujeitos com doença de Crohn, a fim de se desenvolverem estratégias terapêuticas adequadas à problemática em questão.

Neste sentido, seria interessante que futuras investigações através de estudos longitudinais e abordagens quantitativas verificassem a validade das observações e hipóteses sugeridas neste estudo. Para tal, poder-se-ia avaliar a existência de depressividade em sujeitos com doença de Crohn através da aplicação de escalas ou questionários, que não avaliassem a depressão propriamente dita mas traços da personalidade depressiva, e avaliar longitudinalmente a evolução da doença de Crohn nos sujeitos depressivos. A confirmação das nossas hipóteses ajudaria a orientar intervenções terapêuticas de carácter preventivo em depressivos com doença de Crohn.

Do mesmo modo, seria interessante avaliar longitudinalmente as dinâmicas depressivas de pessoas com doença de Crohn, perceber os aspectos comuns e as especificidades de cada um, por forma a melhorar a compreensão do funcionamento psicossomático dessa mesma população. Estudos descritivos das dinâmicas relacionais entre sujeitos com doença de Crohn e os seus familiares mais significativos, bem como avaliações da personalidade destes últimos, poderiam facilitar essa compreensão.

## 6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2002)
- Bucalo-Triglia, A. (2004). Rythmes et rupture dans un cas de maladie de Crohn. In Sami-Ali, M. (Ed), *Rythmes et pathologie organique* (pp. 49-64). Paris: EDK.
- Carter, M. J., Lobo, A. J. & Travis, S.P. (2004). Guidelines for management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut an International Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 53 (5), 1-16. Consultado em 18 de Novembro de 2008 através de [http://gut.bmj.com/cgi/reprint/53/suppl\\_5/v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESU LTFORMAT=&author1=carter&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=53&resourcetype=HWCIT](http://gut.bmj.com/cgi/reprint/53/suppl_5/v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESU LTFORMAT=&author1=carter&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=53&resourcetype=HWCIT)
- Carvalho Teixeira, J.A. (1989). Fenomenologia da Dor Moral. *Análise Psicológica*, 4 (VII), 527-531.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2005). *Psicopatologia Geral. Introdução, Métodos e Modelos, Psicopatologia Descritiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Chabert, C. (1998). O Rorschach na clínica do adulto. Interpretação psicanalítica. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1997)
- Cho, J. & Abraham, C. (2007). Inflammatory Bowel Disease Genetics: Nod2. *Annual Review of Medicine*, 58, 401-416.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor – menos doença. A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filho, J. M. (Ed.). (2008). *Psicossomática hoje*. Lisboa: Fim de Século. (Obra original publicada em 1992)
- Friedman, S., & Blumberg, R. (2008). Distúrbios do sistema gastrintestinal. In Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (Eds.), *Harrison. Medicina Interna* (17ª Ed., Vol 2, pp. 1886-1899). São Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 2007)
- Helzer, J.E., Chammas, S., Norland, C. C., Stillings, W.A., & Alpers, D. H. (1984). A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 86 (2), 324-30.
- Irving, M., & Friedman, E. (1999). Does psychological depression cause immune suppression in humans?. In Schedlowski, M., & Tewes, U. (Eds), *Psychoneuroimmunology : an interdisciplinary introduction* (pp. 327-340). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Kavelaars, A., & Heijnen, C. J. (1999). Psychoneuroimmunology and autoimmune diseases. In Schedlowski, M., & Tewes, U. (Eds), *Psychoneuroimmunology : an interdisciplinary introduction* (pp. 509-516). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P., M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: P.U.F.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1994)

- Mendes Pedro, A., Soubigou, D., & Balanda, A. B. (2001). Le Rorschach en clinique psychosomatique. In Sami-Ali (Ed.), *Manuel de thérapies psychosomatiques* (pp. 303-335). Paris: Dunod.
- Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Tillinger, W., Gangl, A., & Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 79-84.
- Moreno-Jiménez, B., Blanco, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Hernandez, E. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (1), 39-46. Consultado em 18 de Março de 2008 através da Base de Dados ScienceDirect.
- Parslow, T. G., Stites, D., Terr, A. I., & Imboden, J. B. (2004). *Imunologia Médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/LivPsic.
- Sami-Ali, M. (2002). *Pensar o Somático. Imaginário e Patologia* (2ª ed.). Lisboa: ISPA. (Obra original publicada em 1987).
- Sífneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Smith, G., Van der Meer, G., Ursing, B., & Prytz, H. (1995). Psychological profile of patients suffering from Crohn's disease and ulcerative colitis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92 (3), 187-192.

## **Anexos**

Anexo 1  
Consentimento Informado ao Participante

## Anexo 1. Consentimento Informado ao Participante

### Consentimento informado ao participante

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Pedro António de São João se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

A investigação, assim como a minha participação, foram-me definidas e inteiramente explicadas por Pedro António de São João.

Tive oportunidade de formular as questões que considerei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sou livre de responder às questões que me são formuladas e posso, a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

---

(Participante)

---

(Pedro António de São João)

Anexo 2  
Protocolo Rorschach e Psicograma (Carla)

Anexo 2. Protocolo Rorschach e Psicograma (Carla)

Elaboração Espontânea	Inquérito	Cotação
<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p>21'' 1 - Parece um insecto qualquer esquisito , com umas antenas... mas depois é um bocado estranho (...)</p> <p>2 - Ou uma espécie de morcego.</p> <p style="text-align: right;">1.12''</p>	<p>- Insecto (<i>aponta em G e faz observação de simetria</i>)</p> <p>- Também podia ser um morcego por ser maior e por ter umas asas esquisitas que ele tem – <i>em G</i></p>	<p>G F+/- A</p> <p>G F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <p>55'' 3 - À primeira impressão parece-me um palhaço, mas depois a olhar melhor não consigo identificar nenhuma formas (...)</p> <p>4 - coisas separadas, num todo não, aqui em baixo parece-me uma borboleta</p> <p style="text-align: right;">2'52''</p>	<p>- Palhaço (<i>os olhos - Dbl sup; Pintura no vermelho sup; Cara – negro; Boca - vermelho inf.</i>)</p> <p>- este vermelho tb podia ser uma borboleta, pela forma simétrica (<i>observ.simetria</i>)</p>	<p>G bl F- Hd →C</p> <p>D F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;"><b>III</b></p> <p>8'' 5 - Parecem duas pessoas... agarradas a uma fonte ou uma coisa qualquer, aqui no meio.</p> <p>6 - Aqui parece uma borboleta de novo.</p> <p style="text-align: right;">1'10''</p>	<p>- pessoas agarradas a um género de fonte com água</p> <p>- borboleta (<i>no vermelho central</i>)</p> <p>R.A.: Um mutante qualquer. Parece a cabeça de um cavalo marinho (<i>D vermelhos laterais</i>). Parece que tem patas e asas, parece um cavalo voador, daqueles que não existem, daqueles que se vêm nos desenhos animados. [D F+ (A)]</p>	<p>G K H Ban</p> <p>D F+ A Ban</p>

<p style="text-align: center;"><b>IV</b></p> <p>5''</p> <p>7 - Parece uma folha de Outono ...à primeira vista! (sorri meio intimidada) (...)</p> <p>8 - Parece o focinho de um gato, mas é só este bocadinho, num todo não parece fazer muito sentido.</p> <p>9 - Depois esta parte parecem umas botas (...)</p> <p>10 - No todo parecem daquelas peles de animais..</p> <p style="text-align: right;">2'42''</p>	<p>(Folha em G - aponta)</p> <p>Já seca e meio partida, com buracos e tudo...pela forma triangular, parece daquelas que eu vejo no Outono.</p> <p>- Focinho de gato porque parece o nariz e os bigodes (<i>D sup - D3</i>)</p> <p>- Botas, o salto das botas (<i>aponta D inf</i>)</p> <p>- Pele (<i>em G</i>)</p>	<p>G F+ Bot</p> <p>D F+ Ad →E</p> <p>Do F+ Obj</p> <p>G F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;"><b>V</b></p> <p>7''</p> <p>11 - Também parece um género de insecto, com asas, aqui a cabeça e as antenas (...)</p> <p>12 - Aqui deste lado, parece uma pessoa com barba e bigode, nariz...</p> <p style="text-align: right;">2'18''</p>	<p>- Bicho, borboleta ou qualquer coisa que voe (<i>em G</i>)</p> <p>- Uma pessoa , é só a cabeça, nariz, barba. (<i>D lateral</i>)</p>	<p>G F+/- A</p> <p>D F+ Hd</p>
<p style="text-align: center;"><b>VI</b></p> <p>(olhou para a prancha durante dois minutos, acabando por entregar o cartão e dizendo: nada.)</p>	<p><i>R.A:</i> uma bengala, tipo chapéu de chuva, mas sem aquela parte curva, a parte de apoio. (<i>D2</i>)</p> <p>[D F- Obj]</p>	<p>Recusa</p>
<p style="text-align: center;"><b>VII</b></p> <p>19''</p> <p>13 - Parece uma planta (...)</p> <p>14 - aqui um bocadinho de peixe... a boca.</p> <p style="text-align: right;">1'46''</p>	<p>Planta – por causa destas partes irregulares (<i>aponta contorno</i>)... mas só metade, porque a simetria confunde um bocado (<i>DI</i>)</p> <p>Boca de peixe (<i>Dd 24</i>)</p>	<p>D F+/- Bot</p> <p>Dd F- Ad/Frag</p>

<p style="text-align: center;"><b>VIII</b></p> <p>18''</p> <p>15 - Nesta parte, um animal qualquer... um castor, uma lontra, uma coisa qualquer.</p> <p style="text-align: right;">1'40''</p>	<p>Animais – (<i>banalidade</i>)</p> <p>R.A: (Ri) é um bocado parvo, mas parece a parte de um espartilho (<i>rosa – D6</i>)</p> <p>[D FC Obj]</p>	<p>D F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;"><b>IX</b></p> <p>2''</p> <p>16 - Aqui a cabeça de uma criança (...)</p> <p>17 - Aqui a branco, um vaso ou uma jarra.</p> <p>18 - Aqui uma lagosta, uma coisa qualquer (...)</p> <p>19 - E aqui a verde parece uns olhos e uma cara de alguma coisa... um animal qualquer.</p> <p style="text-align: right;">1'56''</p>	<p><i>Cabeça de bebé – rosa (D4)</i></p> <p><i>Vaso – (Dbl pela forma)</i></p> <p><i>Lagosta (D3) - porque tem o formato do corpo e das pinças</i></p> <p><i>Cabeça (D1) e olhos (Ddbl)</i></p>	<p>D F+ Hd Ban</p> <p>Dbl F+ Obj</p> <p>D F- A</p> <p>D bl F- Ad</p>
<p style="text-align: center;"><b>X</b></p> <p>4''</p> <p>20 - Parece um peixe..</p> <p>21 - uma lagarta..</p> <p>22 - um caranguejo...</p> <p>23 - uma ilha</p> <p>24 - uma planta subaquática.</p> <p style="text-align: right;">1'07''</p>	<p>- aqui a cabeça, e a cauda de um peixe (<i>aponta amarelo, D15</i>)</p> <p>- porque as lagartas são alongadas e verdes (<i>verde sup, D12</i>)</p> <p>- carangueijo (<i>azul, D1</i>)</p> <p>- parece uma ilha pela forma (<i>rosa D9</i>)</p> <p>- alga ou uma planta qualquer (<i>cinzento D7</i>)</p>	<p>D F- A</p> <p>D FC A</p> <p>D F+ A Ban</p> <p>D F+/- Geo</p> <p>D F+/- Bot</p>

## Prova das Escolhas

### Cartões que menos gostou:

I – porque estas partes (*aponta Dbl centrais*)... faz-me lembrar qualquer coisa *evil*... não me suscita bons sentimentos (*apresenta um sorriso tímido*)

VI – pq não consegui imaginar nada que se parecesse com nada

### Cartões que mais gostou:

III – porque é a que faz mais sentido, está mais organizada.

X – porque faz-me lembrar um ambiente subaquático.

## Psicograma

<p>R= 24 Recusa= 1</p> <p>G=6 G bl = 1 (29%)</p> <p>D= 13 D bl =1 (58%)</p> <p>Dd= 1 (4%)</p> <p>Dbl= 1 (4%)</p> <p>Do= 1 (4%)</p> <p>T.Apreensão: — —</p> <p>G D Dd <u>Dbl</u> Do</p>	<p>F= 22</p> <p>K=1</p> <p>FC= 1</p> <p>→C →E</p> <p>F%= 92% ↑↑ F+% = 60% F%a= 100% ↑↑ F+% a= 65%</p>	<p>F+ = 12 F- = 5 F+/- = 5</p> <p>T.R.I.= <math>1K/0,5\sum C</math> coartativo</p> <p>F.Comp.= <math>0k/0\sum E</math></p> <p>RC%= 42 %</p>	<p>A= 11 Ad= 3</p> <p>H= 1 Hd= 2</p> <p>Obj= 2 Bot= 3 Geo= 1</p> <p>A% = 58% ↑ H% = 13%</p>	<p>Ban = 8 ↑</p> <p>Prova Escolhas: - I e VI + III e X</p>
--	---	---	---	--