

DM
BARB/L1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA




Dissertação de Mestrado em Psicossomática

O papel do psicólogo num estudo sobre Respostas Emocionais e Hormonais ao Stress Psicológico durante a indução de um Estado Alterado de Consciência



ORIENTADOR: Dr. Coimbra de Matos

Trabalho elaborado por: Lourdes Aparecida Mota Barbosa, nº 1577

	<i>C</i>
<small>Instituto Superior de Psicologia Aplicada</small>	
<small>Departamento de Psicologia Aplicada</small>	
<small>Registo</small>	16708
<small>Data</small>	26.06.06
<small>TEL: 21 881 17 53 • LISBOA</small>	

RESUMO

Tendo em atenção o problema: Que tipos de respostas emocionais (psicológicas e hormonais) podem surgir durante a indução de um Estado Alterado de Consciência? - , foi escolhido para esta dissertação de mestrado, um caso ilustrativo de um estudo realizado no âmbito de um projecto de investigação sobre respostas hormonais e neurofisiológicas a situações ou acontecimentos vivenciados (eventualmente stressantes), durante estados alterados de consciência, fossem estes comprovadamente reais ou imaginários.

Os objectivos deste trabalho em concreto (tese de mestrado), foram definidos da seguinte forma:

- Estudo da personalidade pela entrevista e aplicação da prova projectiva Rorschach;
- Estudo e descrição das respostas emocionais em estado alterado de consciência;
- Relacionar os dados da entrevista, da prova projectiva e das respostas emocionais e a sua associação de uma forma geral com as respostas endócrinas;
- Estudar a ocorrência de alguma modificação da patologia ou de comportamentos negativos apresentados na entrevista inicial e na indução do estado alterado de consciência;
- Avaliação geral do caso.

Não se pretendeu fazer uma avaliação psicoterapêutica do estado modificado de consciência induzido.

Os resultados obtidos foram interessantes. Assim, observámos que:

- Existem variados tipos de respostas emocionais (psicológicas e hormonais) dependendo do tipo de indução do estado alterado de consciência, da presença de traumas e da sua natureza;
- Existe variabilidade das hormonas, nomeadamente do cortisol e da prolactina em resposta à variabilidade emocional;
- A variabilidade hormonal está relacionada com os momentos particulares da vivência do conflito essencial trazidos pelo sujeito.

Por exemplo, verificou-se que a prolactina registou subidas importantes em situações de stress emocional em que predominaram os sentimentos de impotência e humilhação, enquanto que o cortisol, que responde a emoções de surpresa e desbloqueamento de memórias reprimidas, não se alterou.

Verificou-se ainda que a paciente não conseguiu solucionar o seu problema, nomeadamente o medo de viajar de automóvel. No entanto, a sua problemática revelou-se mais profunda e complexa do que parecia de início.

*Para ti Beatriz.....
Cujo nome significa “a que dá felicidade”.*

AGRADECIMENTOS

Para o desenvolvimento do presente trabalho, foi indispensável a colaboração de vários intervenientes a quem estou muito grata:

- Dr.Coimbra de Matos (orientador) a quem muito admiro pelo seu trabalho e pela sua sapiência;
- Prof. Doutor Luís Sobrinho por me ter convidado para integrar uma de equipa de investigação de alto nível.
- Dra. Teresa Rodrigues pela sua amizade e disponibilidade a vários níveis ao longo deste Caminho.

Os meus agradecimentos também à Paciente L. cuja participação foi fundamental para a realização desta dissertação.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho, nomeadamente: Prof. Doutor Mário Simões, Dra. Leonor Neves Sousa e Dra. Graça Patrício.

A ti Fernando, por TUDO!

A todos bem Hajam!

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1. Psicanálise e Psicossomática – Compreensão e caracterização da angústia e do trauma.	8
2.1.1. A compreensão da angústia – da depressão à doença	8
2.1.2. Angústia e Afecto Depressivo	11
2.1.3. Angústia e Stress	13
2.1.4. Diversos Tipos de angústia – Angústia patológica; Angústia sinal (angústia como sinal de perigo); Angústia automática; Angústia (ante um perigo) real.	13
2.1.5. Desenvolvimento da angústia – Neurose de Angústia; Neurose Fóbica; Histeria e Histeria de Conversão; Neurose Traumática.	17
2.1.6. Fantasia ou Fantasma	34
2.1.7. Classificação e caracterização da ansiedade – Ansiedade Generalizada e Diagnóstico Diferencial.	37
2.1.8. Significações ansiogénicas em processo de saúde e doença	42
2.2. Factores Psico-Biológicos da ansiedade e do stress	43
2.2.1. O Cérebro	44
2.2.2. Os neurotransmissores	45
2.2.3. Hormonas	46
2.2.4. Psicologia da Emoção	50
2.2.5. Subsistemas adaptativos do organismo	53
2.2.6. Stress – Respostas fisiológicas e fisiopatológicas	54
2.3. Estados Alterados de Consciência (EAC)	67
2.3.1. Caracterização emocional e endócrina dos EAC	70
2.4. Terapias Regressivas	71
2.5. Visão Psicossomática	73
2.6. Caracterização da Personalidade através de Técnicas Psicológicas	80
2.6.1. Entrevista	80
2.6.2. Prova projectiva Rorschach	81
2.6.2.1. Modo de Aplicação	82
3. METODOLOGIA	83
3.1. Protocolo e Instrumentos	83
3.2. O Caso	84
4. PROBLEMA	86
5. HIPÓTESES	86

6. ESTUDO DO CASO E RESULTADOS	86
6.1. A Entrevista	86
6.2. Análise dos dados da Entrevista	95
6.3. Indução do Estado Alterado de Consciência – Descrição sumária das sessões e comentários.	102
6.4. Resultados da aplicação da Prova Psicológica Rorschach	117
6.4.1. Rorschach de L.	117
6.4.2. Psicograma	125
6.4.3. Análise dos resultados da aplicação da prova psicológica Rorschach	127
6.4.3.1. Análise de cada cartão	127
6.4.3.2. Análise do Psicograma	131
6.4.3.3. Conclusão Geral do Caso	134
7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	140
8. BIBLIOGRAFIA	148
9. ANEXOS	158
9.1. Registos gráficos das sessões de EMC de L.	158
9.2. Registo da prova Rorschah	158



'Laço Amoroso'
Karin Rosenthal

O Caso

1. INTRODUÇÃO

Como as pessoas se sentem estando ansiosas? Com raiva? Com medo? Felizes ou tristes? O que caracteriza as emoções humanas?

O termo emoção é considerado por vezes sinónimo de afecto, de sentimento, ou ainda como um tipo de motivação, desencadeando do exterior um conjunto de reacções orgânicas observáveis no animal e no homem. Neste último, é acompanhada por uma força particular da existência ou de intencionalidade.

As emoções ou afectos podem ser definidas como estados internos caracterizados por cognições, sensações, reacções fisiológicas e comportamentos expressivos específicos e tendem a aparecer subitamente e ser de difícil controlo. Podemos considerar como os quatro estados emocionais: a ansiedade, a raiva, a agressão e o prazer.

Define-se ansiedade como uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição e pela vigilância do sistema nervoso simpático. A ansiedade e o medo são distinguidos entre si por duas dimensões: o objecto do medo é fácil de especificar enquanto que o objecto da ansiedade por vezes não é claro; a intensidade do medo é proporcional à magnitude do perigo enquanto que a intensidade da ansiedade tem a probabilidade de ser maior do que o medo objectivo. Na vida prática, a utilização dos conceitos de angústia, ansiedade e medo não são fáceis de distinguir, sendo muitas vezes utilizados como sinónimos.

Foram também descritos numerosos detonadores da ansiedade. Freud referenciou dois, a saber: perigo do mundo real (a ansiedade é causada por situações reais que levam ao sofrimento físico) e previsão de punição por expressar impulsos sexuais, agressivos ou outras formas proibidas ou engajar-se em comportamentos imorais (ansiedade desencadeada por cognições). Segundo Glettman (2002), tanto os conflitos cognitivos como as situações potencialmente perigosas parecem capazes de excitar ansiedade. Os

psicólogos cognitivos realçam conflitos entre expectativas, crenças, atitudes, percepções, informação, concepções que conduzem à dissonância cognitiva. Os psicólogos humanistas enfocam também conflitos mentais, principalmente os que surgem enquanto se escolhe um estilo de vida satisfatório e significativo. Os psicólogos behavioristas acreditam que a ansiedade é estabelecida por condicionamento, como um “objecto” de algum tipo que é acidentalmente associado a uma experiência despertadora de ansiedade, muitas vezes um objecto que pode ser perigoso. No entanto, a pesquisa recente sugere que os dois tipos de ansiedade têm os seu padrões fisiológicos distintos.

As respostas físicas à mesma ameaça podem ser brandas ou intensas. Estudos de gémeos e investigações de diferenças em bebés, sugerem que os genes influenciam as reacções humanas ao stress. As experiências de vida moldam também o nível de ansiedade do indivíduo. As experiências despertadoras de medo na infância estão associadas a um nível de ansiedade mais alto, do que a média de ansiedade numa fase de vida mais tardia. O stress elevado na infância e durante o ciclo de vida é definitivamente nocivo ao ser humano. Por exemplo, depois de exposição contínua ao perigo durante o combate na Segunda Grande Guerra, os soldados chegavam a um ponto de não retorno apresentando respostas exageradas ao stress quando voltavam à vida civil. A ansiedade pode afectar a aprendizagem em diferentes estágios e influenciar a codificação, armazenamento e/ou recuperação da memória; curiosamente, pode facilitar o sucesso em tarefas simples e embaraçar as realizações complexas. É também relevante o facto dos animais responderem de forma semelhante a muitos tipos de stress, inclusive frio intenso, conflitos, ferimentos, agentes bacterianos e cirurgia. Uma dada causa de stress não influencia todos os sistemas corporais da mesma maneira, podendo, certos sistemas ficar seriamente sobrecarregados, ao passo que outros dificilmente são afectados, podendo até ser beneficiados. A experiência e a genética influenciam as respostas precisas.

A síndrome de adaptação geral é necessária para a vida, pois oferece às pessoas e aos outros animais a energia necessária para combater ou fugir. Se houver necessidade de acção, os organismos tendem a desempenhar-se e sentir-se melhor quando o nível de adrenalina se eleva. Mas as pressões modernas, como por exemplo estradas

congestionadas com trânsito ou obras, orçamentos apertados, conflitos sociais e competição, demandam mais frequentemente pensamento claro durante um longo período do que acção rápida.

A psicanálise classifica o sofrimento humano nos síndromas neurótico, borderline e psicóticos, como distúrbios do desenvolvimento que levam a um ego desadaptado à sociedade.

De acordo com os teóricos das relações de objecto, o mais importante sofrimento (psicótico, borderline) refere-se a distúrbios no desenvolvimento no estágio pré-edipiano, durante o processo de separação. E individuação que tem lugar nos três primeiros anos de vida, antes da estruturação do superego. O sofrimento menos grave (neurose) indica um conflito numa estrutura tripartida (Id, Ego, Superego). Refere-se a um distúrbio no estágio pós-edipiano, quando o processo de separação e individuação está completado e o superego, como fonte de regras e valores éticos, está estruturado, assim como a auto-estima pode ser regulada.

O superego é um elemento fundamental na diferenciação de uma mais séria patologia. Um superego estruturado implica a existência de uma estrutura dominante e moral capaz de produzir o sentimento de culpa e de remover para o inconsciente os elementos indesejáveis. A deficiência do superego associado à falha primária e à falência dos mecanismos de defesa, caracteriza a mais séria patologia.

O sofrimento psicodinâmico é caracterizado por estados emocionais de angústia, ansiedade, medo, raiva e por conflitos centrados na dependência e na autoridade e em complexos de abandono, culpa e inferioridade. Estes distúrbios dos afectos, instintos e pensamentos, perturbam a adaptação à realidade e ainda impedem a personalidade da criança de crescer e tornar-se integrada na sociedade e os seus papéis.

Um elemento comum ao quadro psicopatológico é a Angústia, que pode funcionar como factor adaptativo -angústia face a um perigo real- ou como sintoma clínico- angústia

como sinal da aproximação da consciência da recordação de uma situação traumática, pelo insucesso do mecanismo de defesa do recalçamento.

A angústia é um dos estados emocionais mais frequentes na clínica - nas suas distintas definições e manifestações-, actualmente associada ao conceito de ansiedade ou do seu extremo: o Stress.

A resposta clássica ao "stress", consiste na activação do sistema simpático-adrenomedular e do eixo hipotálamo-hipófise-supra renal (HPA). Há que ter em conta que as alterações hormonais do stress foram inicialmente descritas em modelos de agressões físicas grosseiras - injeção de tóxicos, fracturas, hemorragias, etc. Porque se observavam alterações hormonais semelhantes às do stress físico em agressões apenas psicológicas - imobilização forçada de ratinhos ou exposição destes a choques eléctricos - o conceito de stress passou a incluir as respostas a agressões psicológicas.

Segundo Roozendaal (2000), (citado por Sobrinho, L.,1991), o valor adaptativo dos níveis aumentados de corticosteróides durante o stress psicológico depende provavelmente das suas acções ao nível de estruturas neurais, incluindo o hipocampo, que afectam o processo de aprendizagem. A prolactina, por seu lado, vai activar o comportamento maternal e a produção de leite – ambos adaptativos ao comportamento maternal. Valores elevados de prolactina ou galactorreia têm sido associados a stress psicológico, à pseudo-gravidez, à amamentação de crianças adoptadas e, em animais, a situações em que, fêmeas ou machos, são chamados a desempenhar uma função parental.

A literatura científica que se refere a aplicações clínicas dos Estados Modificados de Consciência (EMC) tem vindo a expandir-se nos últimos anos (Simões, M., Barbosa L., 2003). Aquela tem-se ocupado sobretudo das diferentes aplicações da hipnose e estados hipnoidais não só nos domínios clássicos, como também no tratamento das doenças cancerígenas. Por outro lado, tem havido um interesse crescente no estudo do efeito placebo sobretudo na área da analgesia.

Com este interesse, foi pensado um estudo a desenvolver em equipa multidisciplinar, para testar e desenvolver a hipótese de que diferentes emoções podem ser desencadeadas por uma percepção diversa de necessidades e desencadear respostas neuroendócrinas diferentes.

O objectivo do trabalho realizado foi avaliar as respostas emocionais e neuroendócrinas a acontecimentos vivenciados durante EMC, fossem estes comprovadamente reais, imaginários ou considerados reais apenas pelo paciente na perspectiva do seu “mito pessoal” (Krippner, 1987). Como utilizamos estados modificados de consciência para fins terapêuticos e dado o nosso interesse na participação deste projecto com vista à realização da tese de mestrado, fomos convidados a participar no estudo. Foi decidido investigar o comportamento de algumas variáveis psicológicas e neurovegetativas, bem como o comportamento das hormonas cortisol, prolactina e hormona do crescimento durante sessões terapêuticas envolvendo voluntárias. Averiguar-se-ia também se seria possível provocar uma estimulação na secreção de prolactina através da indução de uma vivência de gravidez e de aleitamento. Foi também estudado um grupo de controlo em que se fizeram três tipos diferentes de sessões com indução do estado modificado de consciência – branca, “amamentação” e sessões de indução de regressão de memória.

Participamos neste estudo de equipa mais activamente, no contacto inicial com voluntárias para avaliação dos critérios de inclusão, na realização de entrevistas, na indução dos estados alterados de consciência e na aplicação de algumas provas de Rorschach.

Para a dissertação de mestrado em Psicossomática, escolhemos um dos casos ilustrativos do nosso trabalho, para um estudo mais profundo, com objectivos diversos: Estudo da personalidade pela entrevista e aplicação da prova projectiva Rorschach; estudo e descrição das respostas emocionais em estado modificado de consciência; relacionar os dados da entrevista, da prova projectiva e das respostas emocionais e a sua associação de uma forma geral com as respostas endócrinas; estudar a ocorrência de alguma odificação da patologia ou de comportamentos negativos apresentados na entrevista inicial e indução

do estado alterado de consciência, assim como a avaliação geral do caso. Não se pretendeu fazer uma avaliação psicoterapêutica do estado modificado de consciência induzido.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Psicanálise e Psicossomática – Compreensão e caracterização da angústia e do trauma

2.1.1. A compreensão da angústia – da depressão à doença

Para clarificar a noção de Angústia em Psicanálise iremos distinguir e apontar algumas definições e referir vários níveis: a sua estrutura, a sua origem, as suas funções, o lugar onde se exerce, as circunstâncias de aparecimento, os processos defensivos.

A angústia é um estado composto por um afecto que tem um carácter de desprazer específico (diferente nesse aspecto do luto, da dor e da tensão) e que é acompanhada por sensações corporais referentes a determinados órgãos (coração, aparelho respiratório, intestino, etc.) e que se diferenciam do luto ou da dor. Localiza-se no Ego, que avalia a situação (de perigo), provoca o sinal de perigo, suspende o afecto de angústia pela inibição, e liga-a representações e acções.

O sofrimento humano inicia-se no bebé por um estado indiferenciado de aflição, a partir do qual se distinguirão mais tarde afectos (emoções), como a angústia (apreensão, receio, medo, medo intenso, terror) e o afecto depressivo (tristeza, tédio, desencorajamento, decepção). A angústia e a depressão têm raízes psicobiológicas, e embora não estejam ainda esclarecidos os mecanismos neurofisiológicos e bioquímicos, existem medicamentos que actuam selectivamente sobre uma ou outra (Haynal et al., 1998).

A. Braconnier, 2000, refere que o nascimento é a primeira experiência de angústia de vida e de morte no sentido de separação da mãe. Essa primeira experiência de angústia confere os traços característicos desse afecto: aumento da excitação, descarga e desprazer ao longo de determinadas vias, tensão excessiva de necessidades. Refere ainda que toda a irrupção de angústia não equivale à situação do nascimento.

Freud ao longo de toda a sua obra atribui à angústia duas funções: a descarga da excitação inibida, retida ou desviada; a de reacção ao perigo de nascimento: acréscimo das quantidades de excitação (situação económica), a perda do objecto (situação determinante podendo representar-se pela obscuridade, a solidão, o rosto do estranho, na verdade qualquer separação), a castração, as representações orais, a genitalidade.

Dois circunstâncias de aparecimento são geralmente apontadas na concepção psicanalítica da angústia (Braconnier, A., 2000 ; Braconnier, A., 2005):

- Ou a tensão de necessidade é excessiva, suscitando então uma reacção de angústia automática, como podemos encontrar no automatismo do nascimento ou na neurose traumática;
- Ou a angústia está ligada a uma situação produzindo no Id uma representação (por exemplo, a separação) um fantasma (a castração) que activa no Ego uma situação de perigo correspondendo ao sinal de angústia.

A depressão pode manifestar-se na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. Está frequentemente ligada a uma perda material ou afectiva, a uma decepção ligada aos outros ou a si próprio (“perda da imagem ideal”).

Os estados depressivos manifestam-se em situações como as mudanças de idade, que provocam a perda do equilíbrio anterior e exigem uma readaptação – assim como no início da escolaridade, na adolescência, no momento do casamento e do nascimento do primeiro filho (“síndrome de couvade”), na meia idade e no momento da reforma (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998). Note-se que a evolução do indivíduo comporta, com

efeito, diversas fases (ERIKSON): durante os dois primeiros anos constrói-se uma confiança interior de base; entre os 2 e os 5 anos, no decurso da individuação, constitui-se o sentimento de independência, tendo como contrapartida sentimentos de vergonha, de culpabilidade e de inferioridade; na adolescência, procura-se a identidade e o papel definitivos; na idade adulta, o ser capaz de intimidade com um parceiro e de ser produtivo (não isolado e em estagnação); a velhice é a idade da reforma, ao aproximar-se a morte, Haynal A., Pasini W., Archinard M., (1998).

Os processos defensivos associados à angústia podem ser de duas ordens:

1º) Perante um perigo real, surge a reacção de angústia automática, acarretando uma acção motora de protecção, sob a forma de fuga, de luta ou ainda de imobilização. Esse conjunto requer uma acção apropriada que, caso seja encontrada, apazigua o indivíduo, caso não o seja se desenvolve sob forma de acção sintomática, neurótica ou psicótica, ou acarreta uma repetição compulsiva, como vemos na neurose traumática na origem da noção de compulsão de repetição;

2º) Perante uma produção do Id perigosa, o indivíduo manifesta igualmente uma reacção de angústia que acarreta por sua vez uma acção para se proteger sob a forma de mecanismo de defesa ou de sintomas. Freud falou à partida de processos de defesa quando desenvolveu a sua tese acerca das psiconeuroses de defesa, após o que substituiu rapidamente o termo defesa pelo de recalçamento, sem precisar, durante certo tempo, qual a relação entre esses dois conceitos. Foi somente em 1926, no seu texto Inibição, Sintomas e Angústia, que esclareceu a relação entre a defesa e o recalçamento, fazendo deste último uma das estratégias entre outras do conjunto do sistema defensivo do Ego.

Freud, 1926 (citado por Laplanche J., Pontalis J. B, 1985), refere que os mecanismos de defesa, de um ponto de vista psicanalítico, “designam todas as técnicas a que o Ego recorre nos seus conflitos”. A defesa e portanto essas técnicas podem conduzir a uma reacção normal, a uma neurose ou a uma psicose. O conceito de defesa designa portanto

todas as técnicas a que o Ego recorre para se proteger contra as exigências pulsionais, quando apreende uma situação de perigo.

Anna Freud, 1946 (citada por Laplanche J., Pontalis J. B, 1985), no seu livro “O Ego e os Mecanismos de Defesa” retomou os diversos trabalhos do seu pai sobre este assunto e chegou à ideia de que existem dez técnicas de defesa “bem conhecida na prática como na teoria psicanalítica”: o recalçamento, a regressão, a formação reactiva, o isolamento, a anulação retroactiva, a projecção, a introjecção, o retorno sobre si mesmo, a transformação no contrário, e a sublimação. Esta perspectiva relativa ao mecanismo de defesa permite especificar, sob um ponto de vista psicanalítico, a psicopatologia e as suas diferentes organizações.

2.1.2. Angústia e afecto depressivo

A reacção de angústia está ligada a um perigo: fala-se de medo se o perigo é imediato, evidente ou concreto (evitar um veículo no trânsito, encontrar-se frente a um inimigo ou a um animal perigoso, etc.); fala-se de ansiedade quando o perigo tem um carácter menos definido (não se sabendo muitas vezes qual a sua causa, por exemplo, na ansiedade flutuante). A ansiedade tem relações neurofisiológicas com as reacções de alerta e de alarme, no caso de um ataque surpresa.

O afecto depressivo está associado a um sentimento de perda; o seu protótipo físico é a reacção de luto. Bowlby descreve o desenrolar da reacção de perda: primeiro um estado de alarme, de angústia (tomada de consciência do perigo) seguindo-se uma escalada de sentimentos depressivos, logo que o indivíduo se confronta com a inevitabilidade da perda (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998). A angústia surge, por volta dos 8 meses, ligada ao estranho.

A reacção de ansiedade tem cariz biológico. No ambiente normal do homem o aparecimento de um objecto ou animal perigoso ou estranho, de um ruído inesperado, da obscuridade, de um precipício, etc. representa perigo, assim como o afastamento da

pessoa protectora, representam para a criança perigos iminentes (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998).

Pressupõe-se a existência de uma patologia da afectividade quando os sentimentos desagradáveis persistem, quando o sujeito se mostra incapaz de os dominar ou quando a ansiedade e o sentimento depressivo não estão em relação com um perigo ou uma perda real, estabelecendo-se “falsas ligações”. Estas perturbações afectivas podem evoluir formando uma patologia neurótica (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998).

Denomina-se “afecto” a um estado elementar “penoso ou agradável, vago ou qualificado” que exprime simultaneamente um estado subjectivo e as modificações físicas que o acompanham (Laplanche J., Pontalis J. B., 1985). Geralmente, considera-se que os termos “sentimento”, “emoção” e “paixão” traduzem nuances de duração e graus diferentes. Pode ser preferível usar o termo “afecto” que subentende a existência de uma correlação consciente ou inconsciente entre o estado subjectivo e os sistemas de activação interior (pulsões) ou exterior (estímulos vindos do ambiente), que modificam o sentimento de si e provocam fenómenos corporais. O afecto é assim um fenómeno psicossomático; a persistência das modificações que suscita caracterizam o sintoma funcional (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998).

Um grande número de sintomas somáticos, simpaticotónicos, fazem parte da reacção de alarme de CANNON : Anorexia, Tensão muscular, sensação de vazio no estômago, dor ou tensão torácica, diarreia, vertigens, xerostomia, dispneia, desmaio, rubor facial, cefaleia, hiperventilação, sensação de ter a cabeça vazia, náuseas, palidez, palpitações, parestesias, perturbações gástricas, epigastralgia, taquicardia, tremores, polaquiúria, vômitos.

Os sentimentos depressivos são acompanhados por reacções opostas parassimpaticotónicas: bradicardia, bradipneia, secura da pele, obstipação, bulimia, hipotensão e hipoglicemia.

2.1.3. Angústia e stress

As reacções de angústia acima descritas estão profundamente radicadas no nosso aparelho biológico e podemos encontrá-las nos animais. A resposta hormonal ao stress consiste, nomeadamente, num aumento da secreção da adrenalina, da noradrenalina e do cortisol e por uma diminuição da GH (hormona do crescimento) e da LH (hormona luteinizante), sujeitas a variações individuais, associando-se frequentemente algumas endorfinas.

Os mecanismos dos sistemas fisiológicos que entram em acção na resposta ao stress continuam ainda difíceis de descrever.

Evidenciam-se factores de variação tais como o sexo, a idade, a percepção do stress e os mecanismos de adaptação (coping) a que se recorre. Os mecanismos de habituação ao stress de longa duração (stress crónico) compreendem uma inibição da secreção de cortisol, em caso de exposição repetida ao factor stressante.

2.1.4. Diversos tipos de Angústia - Angústia Patológica; Angústia – Sinal (angústia como sinal de perigo); Angústia Automática; Angústia (ante um perigo) Real;

Trata-se de um estado emocional em que o indivíduo se sente tenso, atemorizado e alarmado de uma forma desagradável e com sintomatologia somática. Se é desencadeado por alguma situação ou estímulo, estes não aparentam objectivamente ser de suficiente magnitude para desencadear o quadro. Actualmente qualifica-se de fobia a ansiedade centrada num estímulo específico – por exemplo a fobia social.

Pode ser distinguida em termos conceptuais Angústia e Ansiedade. Ansiedade (etimologicamente incómodo) relaciona-se com o componente psíquico desta emoção, temor indefinido a algo presente, aceleração vital e actividade inquieta. Angústia (etimologicamente stress,...) relaciona-se com o componente orgânica - visceral da

emoção, temor indefinido a algo futuro, paralisação vital e actividade inibida. Actualmente os dois termos são utilizados quase sempre de modo indistinto (Ruiloba, J. V., 1993).

A angústia é uma emoção normal cuja função é activadora, de forma que ante um perigo ou ameaça se mobiliza uma actividade ou tensão que tem como função estimular a capacidade de resposta do indivíduo. A patologia da angústia refere-se a anomalias na proporção, intensidade e duração na sua índole psicológica ou biológica (Ruiloba J. V., 1993). Certos autores distinguem entre a ansiedade-estado (sintomas, doença, estado patológico) e a ansiedade-traço (personalidade).

*** Do alemão e do francês, *Sinal de Angústia* equivalente a *Sinal de Ansiedade* ou *Ansiedade como Sinal* em inglês, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).**

Segundo estes autores, o termo Angústia – sinal (angústia como sinal de perigo) trata de uma expressão introduzida por Freud na remodelação da sua teoria de angústia (1926), para designar um dispositivo que o ego põe em acção perante uma situação de perigo, de forma a evitar ser submergido pelo afluxo das excitações. O sinal de angústia reproduz de forma atenuada a angústia vivida primitivamente numa situação traumática, o que permite desencadear os mecanismos de defesa.

Este conceito - Angst-sinal- é introduzido por Freud, na sua obra “Inibição, Sintoma e Angústia” e constitui a ideia chave do que geralmente se chama a segunda Teoria da Angústia. A saber:

- Na explicação económica que Freud apresentou inicialmente da angústia, esta é considerada como um resultado; como a manifestação subjectiva do facto de uma quantidade de energia não ser dominada. A expressão sinal de angústia põe em evidência uma nova função da angústia - motivo de defesa do ego.
- O desencadeamento do sinal de angústia não está necessariamente subordinado a factores económicos; o sinal de angústia pode efectivamente funcionar como

símbolo mnésico ou símbolo afectivo de uma situação que não está ainda presente e que interessa evitar.

- A angústia como sinal é ligada por Freud ao ego. Esta função agora descoberta da angústia é assimilável aquilo que constantemente descreveu no quadro do processo secundário ao mostrar como afectos desagradáveis repetidos de forma atenuada podem mobilizar a angústia, que simboliza perigo. É uma angústia antecipatória, por intuição de um perigo possível.

*** Do alemão e do francês, Angústia Automática equivalente a *Ansiedade Automática* em inglês, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).**

A expressão angústia automática é introduzida na reformulação feita por Freud da sua teoria da angústia em Inibição, Sintoma e Angústia (Hemmung, Symptom und Angst, 1926) e compreende-se por comparação com a noção de sinal de angústia.

A angústia automática pode ser definida como a reacção do indivíduo sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar e opõe-se ao sinal de angústia. Para Freud, a angústia deve ser considerada como um produto do estado de desamparo psíquico do lactente, que é a contrapartida do seu estado de desamparo biológico. A angústia automática é uma resposta espontânea do organismo a esta situação traumática ou à sua reprodução.

Por “situação traumática” deve entender-se um afluxo incontrolável de excitações demasiadamente múltiplas e intensas; é uma ideia muito antiga em Freud; encontramos-na nos seus primeiros escritos sobre a angústia, onde esta é definida como resultante de uma tensão libidinal acumulada e não descarregada.

A expressão “angústia automática” indica um tipo de reacção; nada diz da origem interna ou externa das excitações traumatizantes.

* Do alemão e do francês, *Angústia ante um Perigo Real* equivalente a *Ansiedade Real* em inglês, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).

Angústia (ante um perigo) real trata de um termo (Realangst) utilizado por Freud no quadro da sua segunda teoria da angústia; angústia perante um perigo exterior que constitui para o indivíduo uma ameaça real. Freud introduz o termo alemão Realangst no quadro da segunda teoria da angústia - “Inibição, Sintoma e Angústia” (Hemmung, Symptom und Angst, 1926).

No entanto, deve atender-se a que:

- Em Realangst, Real é substantivo; não qualifica a própria angústia mas aquilo que a motiva. A Angústia perante um perigo real opõe-se á angústia perante a pulsão. Para determinados autores, nomeadamente Anna Freud a pulsão não seria anxiógena, senão na medida em que ameaça suscitar um perigo real; a maior parte dos psicanalistas mantém a existência de uma ameaça pulsional geradora de angústia. – psicanálise clássica.
- A tradução por “angústia perante o real “ teria o inconveniente de dar a entender que é a realidade como tal o motivo de angústia, ao passo que se trata de certas situações. Eis porque propomos o equivalente de “angústia ante um perigo real”.
- Sem entrar na teoria freudiana da angústia, note-se que o âmbito do termo Angst, em alemão e no seu emprego freudiano, não é exactamente o mesmo do termo “angústia”. Expressões correntes como *ich habe Angst vor* são traduzidas por “tenho medo de...”. A oposição frequentemente admitida entre o medo, que teria um objecto determinado e a angústia, que se definiria pela objecto, não se ajusta com exactidão às distinções freudianas.

Há ainda a angústia por reactivação de uma situação de perigo passada ou angústia recrutada ou mobilizada pela reactivação de memórias de situações traumáticas.

2.1.5. – Desenvolvimento da angústia - Neurose de Angústia; Neurose Fóbica; Histeria de Angústia e Histeria de Conversão; Neurose Traumática

*** Do alemão e do francês, *Desenvolvimento da Angústia* equivalente ao *Desenvolvimento da Ansiedade* em inglês, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).**

Expressão criada por Freud e refere-se à angústia enquanto considerada no seu desenrolar temporal, no seu acréscimo no indivíduo. Fazemos aqui figurar esta expressão, que se encontra por diversas vezes nos escritos de Freud, nomeadamente nas Lições de “Introdução à Psicanálise” (Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse, 1915-17) e em “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), porque merece ser traduzido por uma equivalente único, o que não acontece nas traduções francesas.

Esta expressão descritiva distingue uma situação traumática em que a angústia não pode ser dominada (angústia automática) e um sinal de angústia destinado a evitar o aparecimento desta; o “desenvolvimento de angústia” exprime o processo que faz passar desta para aquela, se o sinal de angústia não tiver sido eficaz.

*** Do alemão e do francês, *Neurose de Angústia* equivalente a *Ansiedade Neurótica* em inglês segundo Laplanche J., Pontalis J.B, (1985).**

Freud caracterizou e diferenciou a Neurose de Angústia:

- Do ponto de vista sintomático, da neurastenia, pela predominância da angústia (espera ansiosa crónica, acessos de angústia ou equivalentes somáticos desta);
- Do ponto de vista etiológico, da histeria: a neurose de angústia é uma neurose actual, mais especificamente caracterizada pela acumulação de uma excitação sexual que se transformaria directamente em sintoma, sem mediação psíquica.

Como o atesta a sua correspondência com Fliess, Freud a partir de 1893, preocupou-se com a origem da angústia e das suas relações com a excitação sexual e a libido. É no seu

artigo Da *justificação de separar a Neurastenia de um certo complexo de Sintomas sob o nome de “Neurose de Angústia”* (Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als “Angstneurose” abzutrennen, 1895) que Freud trata dela sistematicamente.

Do ponto de vista nosográfico, isola ele do síndrome classicamente descrito como neurastenia uma afecção centrada em torno do sintoma principal de angústia. Sobre um fundo de “excitabilidade geral” destacam-se diversas formas de angústia: angústia crónica ou espera ansiosa susceptível de se ligar a qualquer conteúdo representativo que lhe possa oferecer um suporte; acesso de angústia pura (por exemplo, *pavor nocturnus*) acompanhada ou substituída por diversos equivalentes somáticos (vertigem, dispneia, perturbações cardíacas, exsudação, etc.); sintomas fóbicos em que o afecto de angústia se acha ligado a uma representação, mas sem que se possa reconhecer nesta um substituto simbólico de uma representação recalçada.

Freud refere a neurose de angústia a etiologias bem específicas, cujos factores comuns são os seguintes:

- A acumulação da tensão sexual – Que tem a ver com o desejo inibido na sua finalidade (Matos, A., 2001¹).
- A ausência de ou insuficiência de “elaboração psíquica” da excitação sexual somática, pelo que esta não pode transformar-se em “libido psíquica”, a não ser entrando em conexão com grupos pré-estabelecidos de representações sexuais. Quando a excitação sexual não é assim dominada é directamente derivada no plano somático sob a forma de angústia.

Freud vê as condições desta insuficiência de elaboração psíquica, quer “...num desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica, quer numa tentativa de repressão desta, quer ainda na sua degradação, quer por fim, na instauração de um alheamento tornado habitual entre a sexualidade física e a sexualidade psíquica.” Um desejo inibido

¹ Comunicação Pessoal

na sua finalidade, dando acesso ao pensamento (“que fazer?”) e à fantasia/imaginação (“talvez isto ou aquilo). É isto a origem (e desenvolvimento) da mente – qualquer coisa entre o estímulo e o acto, ultrapassando o arco reflexo.

Freud procurou mostrar como estes mecanismos funcionam nas diversas formas etiológicas por ele inventariadas: angústia das viagens, angústia da abstinência sexual, angústia provocada pelo coitus interruptus, etc.

Acentuou o que aparentava as sintomatologias e, em certa medida, os mecanismos da neurose de angústia e da histeria: nos dois casos “...dá-se uma espécie de conversão.....”. Contudo, na histeria é uma excitação psíquica que toma um caminho errado numa direcção exclusivamente somática, ao passo que aqui (na neurose de angústia) é uma tensão física que não pode passar para o psíquico e se conserva pois num caminho físico. Os dois processos combinam-se com frequência.”

Embora Freud tenha indicado o que pode haver de psíquico nas condições para o aparecimento da neurose de angústia e sublinhado o parentesco desta com a histeria e a combinação possível das duas em “neurose mista”, não deixou, porém, de sustentar sempre a especificidade da neurose de angústia como neurose actual.

Hoje em dia, os psicanalistas não aceitam sem reservas a noção de neurose actual, mas o quadro clínico da neurose de angústia conserva o seu valor nosográfico em clínica: neurose em que predomina uma angústia, sem objecto nitidamente privilegiado, e em que o papel dos factores actuais é manifesto. Neste sentido, distingue-se nitidamente da histeria de angústia ou neurose fóbica, na qual a angústia está fixada num objecto substitutivo.

*** Do alemão e do francês, Neurose *Fóbica* equivalente a Neurose Fóbica em inglês. Designação introduzida por Freud para isolar uma neurose cujo sintoma central é a fobia e para sublinhar a sua semelhança estrutural com a histeria de conversão.**

Encontram-se sintomas fóbicos em diversas afecções neuróticas e psicóticas. Segundo Freud, observam-se na neurose obsessiva, na esquizofrenia e mesmo na neurose de angústia. Por isso, em “ O Pequeno Hans”, Freud pensa que não se pode considerar a fobia um processo patológico independente.

Existe no entanto uma neurose em que a fobia constitui o sintoma central. Freud não a isolou imediatamente: nas suas primeiras concepções, as fobias ou eram ligadas à neurose obsessiva compulsiva ou à neurose de angústia como neurose actual. É a análise do Pequeno Hans que lhe proporciona ocasião de especificar a neurose fóbica e de acentuar a sua semelhança estrutural com a histeria de conversão. Com efeito, num e noutro caso, a acção do recalçamento tende essencialmente a separar o afecto da representação. Todavia, Freud sublinha uma diferença essencial: na histeria de angústia “...a libido que o recalçamento desligou do material patogénico não é convertida..., mas libertada sob a forma de angústia”. A formação dos sintomas fóbicos tem a sua origem “..num trabalho psíquico que se exerce desde logo para ligar de novo psiquicamente a angústia tornada livre”. “A histeria de Angústia desenvolve-se cada vez mais no sentido da “fobia”.”

Este texto testemunha que não se pode, em rigor, considerar histeria de angústia e neurose fóbica como expressões puramente sinónimas. A expressão “histeria de angústia” menos descritiva, orienta a atenção para o mecanismo constitutivo da neurose em causa e acentua o facto de que o deslocamento para um objecto fóbico é secundário ao aparecimento de uma angústia livre, não ligada a um objecto.

*** Segundo Laplanche J., Pontalis J.B., (1985): al. Phobie; esp. fobia; fr. phobie; ing. Phobia. Termo derivado do grego phobos e utilizado como sufixo, para designar o pavor de um sujeito em relação a um objecto, um ser vivo ou uma situação.**

Tal como utilizado em psiquiatria por volta de 1870, como substantivo, o termo designa uma neurose cujo sintoma central é o pavor contínuo e infundado que afecta o sujeito, frente a um ser vivo, um objecto ou uma situação que, em si mesmos, não apresentam nenhum perigo real.

Em psicanálise, a fobia é um sintoma, e não uma neurose, donde a utilização da expressão histeria de angústia, em lugar da palavra fobia. Introduzida por Wilhelm Stekel em 1908 e retomada por Sigmund Freud, a histeria de angústia é uma neurose de tipo histérico, que converte uma angústia num terror infundado frente a um objecto, um ser vivo ou uma situação que não apresentam em si nenhum perigo real. Entre os sucessores de Freud, a palavra tende a sobrepor-se à ideia de histeria de angústia.

Conhecida desde sempre a repulsa que atinge certos indivíduos em algumas situações particulares tem suscitado numerosos comentários. Para conjurar o medo no combate, os gregos divinizaram Fobos e os guerreiros honravam-no antes de partir para a guerra. Se esse pavor remetia para um perigo bastante real, que o século XX reencontraria com as neuroses de guerra, as doenças do medo foram tratadas, no Ocidente, pelos remédios tradicionais: ervas e poções mágicas, colares de alho, crimes rituais, confecção de amuletos, etc. Algumas doenças não identificadas, como a hepatite, por exemplo, conhecida por icterícia, entraram durante muito tempo na categoria das afecções causadas pelo pavor. Supunha-se, de facto, que o doente mudava de cor por efeito de um medo interior ou exterior, em geral ligado a uma manifestação diabólica ou divina. Continuam a ser numerosas as superstições que exprimem a angústia, como o medo do número 13, por exemplo.

Assim, identificaram-se dezenas de doenças do medo, entre as quais algumas se tornaram célebres; a hidrofobia (medo da água), a agorafobia (medo de lugares públicos), a claustrofobia (medo de lugares fechados), etc. No cerne deste universo do medo, são as representações da animalidade, na maioria das vezes, que revelam a essência da fobia. Desde os frescos infernais de Hieronymus Bosch (1450-1516) até à Metamorfose de Franz Kafka (1883-1924), passando pelo Drácula do escritor irlandês Abraham Stocker (1847-1912), exprime-se o pavor da transição do humano para o animal, do anjo para o demónio, da alma para o corpo. O evolucionismo darwiniano daria uma consistência científica e esta fantasia, como sublinhou Freud em Totem e Tabu, apoiando-se no caso do pequeno Arpad, o menino analisado por Sandor Ferenczi devido à fobia dos galos.

Foi a diminuição do terror do universo do pensamento religioso que permitiu ao saber psiquiátrico do fim do século XIX fazer da fobia uma verdadeira entidade nosográfica. Transformando-se numa neurose, a fobia ascendeu a um estatuto estrutural, enquanto o bestiário, sintoma dos antigos pânicos sagrados se transformou subrepticamente num mal inelutável, que destrói a alma por dentro. Nesta configuração, o sujeito pode ser designado como fóbico, sem que o objecto da fobia seja identificado. Daí a confusão entre a angústia no sentido estrutural e a fobia.

É compreensível que Freud tenha preferido a expressão de histeria de angústia, inventada por Stekel: esta permitiu-lhe situar a sexualidade no centro do sintoma fóbico. Numa primeira fase, em 1894-1895, Freud constatou que os sintomas fóbicos estavam presentes em toda a espécie de distúrbios neuróticos ou psicóticos, mas, mais particularmente, na neurose obsessiva e na neurose de angústia (ou neurose actual). Eram a expressão de uma conversão da angústia em terror, em pacientes que praticavam a continência e se mostravam fanáticos com a limpeza, porque tinham horror às coisas da sexualidade.

Depois, na análise do Pequeno Hans (Herbert Graf), em 1909, Freud constatou que pelo menos existia uma neurose em que o sintoma fóbico era central. Designou-a pelo nome de histeria de angústia. Note-se que a fobia é um dos sintomas que o tratamento psicanalítico permite dominar com mais facilidade, substituindo-o pela angústia.

Os sucessores de Freud interessaram-se muito pelas fobias infantis e, portanto, essencialmente, pelos terrores inspirados pelos animais. Como na arte e na literatura, eles são quase sempre o vector principal do sintoma fóbico e, portanto, da angústia. Aliás encontramos vestígios seus em outros dois grandes freudianos: O Homem dos Lobos (Serguei Constantinovitch Pankejeff) e o Homem dos Ratos (Ernst Lanzer).

Depois de Freud, entretanto, a terminologia modificou-se e a fobia acabou por ser aceite menos como um sintoma do que como uma verdadeira entidade clínica. Daí o desaparecimento progressivo da expressão histeria de angústia. Se Melanie Klein dissolveu a fobia na angústia, apresentando-a como um mecanismo arcaico, integrado na

posição esquizo-paranóide, Anna Freud, pelo contrário, encarou-a como uma neurose de transferência, na qual o objecto da fobia se torna símbolo de todos os perigos ligados à sexualidade, os quais é preciso repelir através de mecanismos de defesa. Daí o aparecimento de uma defesa maníaca, ou a adopção, em alguns indivíduos, de uma atitude chamada contrafóbica. Do ponto de vista da teoria clássica (freudiana e annafreudiana), a claustrofobia deveria ser interpretada como o desejo e o medo da masturbação, e a agorafobia, como a expressão de uma fantasia de prostituição, etc. segundo a óptica kleiniana, a claustrofobia seria um desejo de escapar à protecção sufocante do bom objecto, enquanto a agorafobia corresponderia ao desejo de fugir de um mundo povoado de maus objectos.

Grande clínico dos estados de terror ligados ao aparecimento do real, Jacques Lacan foi o único autor a desenvolver uma concepção francamente estrutural da fobia em geral. Daí a ideia, no seu seminário A Relação de Objecto, de que o objecto da fobia seria um significante, isto é, um elemento significativo da história do sujeito, que viria mascarar a sua angústia fundamental: “Para preencher algo que não pode resolver-se no nível da angústia intolerável do sujeito, este não tem outro recurso senão criar para si mesmo um tigre de papel”. Lacan comparou este significante a letras de fogo ou “brasões da fobia”, verdadeiras paredes de papel que se tornam, para o sujeito, tão intrasponíveis quanto a muralha da China. Nesta perspectiva, portanto, cabe distinguir o objecto significante (ou significante fóbico) do objecto fetiche, para mostrar que o primeiro decorre de uma sintomatologia neurótica (histeria, neurose obsessiva) e o segundo, de uma clínica da perversão. Se o fetiche garante a condição absoluta de um gozo, o significante fóbico protege contra o desaparecimento do desejo.

Nas Fobias Sociais e nas Fobias Específicas pode aparecer um intenso estado de ansiedade frente ao estímulo fóbico e algumas crises de angústia, sem bem que ao princípio são espontâneas, podem ser facilitadas por determinadas situações (condução, metro, aglomerações, etc.). No entanto, a diferenciação não é difícil, já que nas fobias a ansiedade, que raras vezes alcança a explosão crítica das crises de angústia, apresenta-se frente a estímulos bem delimitados, de forma progressiva à medida que se aproxima o

estímulo e cede com os comportamentos de evitamento. Pelo contrário, as crises de angústia apresentam-se de forma espontânea e determinadas circunstâncias apenas as facilitam a crise (Klein e Klein, 1989).

Determinadas fobias, como a tanatofobia e a cancerofobia, são frequentes entre os pacientes angustiados, mas nestes casos o fenómeno fóbico aparece como marco de um quadro de angústia rico em outros sintomas psíquicos e somáticos. Mesmo que não se possa estabelecer uma linha divisória precisa, estes fenómenos só aparecem em sujeitos sensíveis e apreensivos.

Segundo Vallejo (1991), a Personalidade Histérica caracteriza-se por Egocentrismo, Histrionismo, Labilidade Emocional, Sugestionabilidade, Dependência, Erotização das relações e Temor da sexualidade. Desde um enfoque fundamentalmente clínico, tem-se distinguido na histeria uns fenómenos somáticos (histeria de conversão) – e umas manifestações psíquicas (histeria dissociativa). Classifica a patologia histérica em transtornos de conversão (Neurose Histérica, tipo conversão); transtorno por somatização (Síndrome de Briquet) e transtornos dissociativos (Neurose Histérica, tipo dissociativo).

Na DSMIV, a Perturbação Histrionica da Personalidade caracteriza-se por um padrão persistente de excessiva emocionalidade e procura de atenção começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco ou mais dos seguintes critérios de diagnóstico:

- 1) Desconforto em situações em que não são o centro das atenções;
- 2) Interação com os outros caracterizada por sedução sexual inapropriada ou comportamento provocador;
- 3) Rápidas alterações e superficialidade na expressão emocional
- 4) Uso da aparência física para chamar a atenção;
- 5) Discurso excessivamente impressionístico e com pouco pormenor;

- 6) Autodramatização, teatralidade e exagero na expressão emocional;
- 7) Sugestionabilidade, influenciáveis facilmente pelos outros ou pelas circunstâncias;
- 8) Considerar como muito íntimas relações que não o são.

Segundo a DSMIV pode-se classificar segundo a sintomatologia e quadro clínico associado: Perturbações Somatoformes (Perturbação de Conversão: Com sintoma Motor ou Défice / Com Ataques ou Convulsões / Com Sintoma Sensorial ou Défice / Com Apresentação Mista); Perturbações Dissociativas (Amnésia Dissociativa / Fuga Dissociativa / Perturbação Dissociativa da Identidade / Perturbação de Despersonalização / Perturbação Dissociativa SOE);

A histeria de conversão é uma forma de histeria que se caracteriza pela predominância de sintomas de conversão. Nos primeiros trabalhos de Freud, a expressão “histeria de conversão” não é utilizada, pois o mecanismo da conversão caracterizava então a histeria em geral. Quando, com a análise do *Pequeno Hans*, Freud liga à histeria, sob o nome de histeria de angústia, um síndrome fóbico, surge a expressão “histeria de conversão” para designar uma das formas de histeria: “Existe uma pura histeria de conversão sem qualquer angústia, tal como há uma histeria de angústia simples que se manifesta por sensações de angústia e fobias, sem que se lhe junte conversão”, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).

*** Do alemão e do inglês, *Trauma* equivalente a *Trauma e Traumatismo* em inglês, segundo Laplanche J., Pontalis J. B., (1985).**

Acontecimento de vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogénicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos económicos, caracteriza-se ainda por um afluxo de excitações que é

relativamente excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações.

A psicanálise retomou os termos de Trauma e Traumatismo da medicina (em Freud apenas encontramos Trauma), transpondo para o lado psíquico os três significados que estavam implicados: a de um choque violento, a de uma efracção e a de consequências sobre o conjunto da organização.

Na sua obra “Para além do Princípio do Prazer” (1920), a noção de traumatismo remete primeiramente para uma concepção económica: “Chamamos assim a uma vivência que, no espaço de pouco tempo, traz um tal aumento de excitação à vida psíquica, que a sua liquidação ou a sua elaboração pelos meios normais e habituais fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético”. O afluxo de excitações é excessivo relativamente à tolerância do aparelho psíquico, quer se trate de um só acontecimento muito violento (emoção forte) ou de uma acumulação de excitações cada uma das quais tomada isoladamente seria tolerável; o princípio da constância começa por ser posto em cheque, pois o aparelho não é capaz de descarregar a excitação.

É clássico caracterizar assim o início da psicanálise (entre 1890 e 1897); no plano teórico, a etiologia da neurose é referida a experiências traumáticas passadas, sendo a data destas experiências recuada, num ritmo cada vez mais regressivo, à medida que as investigações analíticas se aprofundam, da idade adulta para a infância; no plano técnico, a eficácia do tratamento é procurada numa ab-reacção e numa elaboração psíquica das experiências traumáticas. É também clássico indicar que esta concepção passou progressivamente para segundo plano.

Não se pode falar de acontecimentos traumáticos de maneira absoluta, sem considerar a “susceptibilidade” própria do indivíduo. Para que exista traumatismo em sentido restrito, isto é, não ab-reacção da experiência que permanece no psiquismo, como um “corpo estranho” devem estar presentes condições objectivas. É evidente que o acontecimento pode, pela sua própria natureza, excluir uma ab-reacção completa (“perda de um ser

amado que parece insubstituível”, por exemplo); mas, para além deste caso limite, são circunstâncias específicas que garantem ao acontecimento o seu valor traumático: condições psicológicas especiais em que se encontra o indivíduo no momento do trauma (“estado hipnóide” de Breuer), situação de facto - circunstâncias sociais, exigências de missão que se está desempenhando - que não permite ou entrava (“retenção”) uma reacção adequada e, por fim e sobretudo, segundo Freud, o conflito psíquico que impede o indivíduo de integrar na sua personalidade consciente a experiência que lhe advém (defesa). Breuer e Freud notam ainda que toda uma série de acontecimentos, cada um dos quais por si só não agiria como traumatismo, podem somar os seus efeitos (“adição”).

Sob a diversidade das condições salientadas nos Estudos sobre a Histeria (1895), apercebemo-nos de que o denominador comum é o factor económico, pois as consequências do traumatismo são a incapacidade do aparelho psíquico para liquidar com as excitações segundo o principio da constância. Concebe-se igualmente que se possa estabelecer toda uma série que vá do acontecimento que encontra a sua eficácia patogénica na sua violência e no carácter inopinado do seu aparecimento (acidente, por exemplo) até ao que a encontra na sua inserção numa organização psíquica que compreende já os seus pontos de ruptura.

A valorização por Freud do conflito defensivo na génese da histeria e, em geral, das “psiconeuroses de defesa” não vem infirmar a função do traumatismo, mas torna a sua teoria mais complexa. Note-se que a tese segundo a qual o traumatismo é essencialmente sexual se afirma no decorrer dos anos de 1895-97 e que, no mesmo período, o traumatismo original é descoberto na vida pré-purbetária.

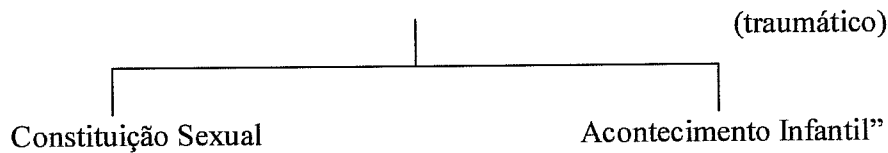
No entanto, vários textos deste período expõem ou supõem uma tese muito definida que tende a explicar como o acontecimento traumático desencadeia por parte do ego, em lugar das defesas normais habitualmente usadas contra um acontecimento penoso (desvio da atenção, por exemplo), uma “defesa patológica” – cujo modelo é então para Freud o recalçamento – que opera segundo o processo primário.

O traumatismo vê a sua acção decomposta em vários elementos e supõe sempre a existência de, pelo menos, dois acontecimentos: numa primeira cena, chamada de sedução, a criança sofre em uma tentativa sexual por parte do adulto; uma segunda cena, muitas vezes aparentemente inócua, e passada depois da puberdade, vem evocar a primeira por qualquer traço associativo. É a recordação da primeira que desencadeia um afluxo de excitações sexuais que excede as defesas do ego. Embora Freud chame traumática à primeira cena, vemos que do ponto de vista económico, só posteriormente esse valor lhe é conferido; ou ainda: só como recordação a primeira cena se torna posteriormente patogénica, na medida em que provoca um afluxo de excitação interna. Tal teoria confere o seu pleno sentido à famosa fórmula dos Estudos sobre a Histeria: “...os histéricos sofrem sobretudo de reminiscências”.

Simultaneamente, vemos como ganha tonalidades a apreciação do papel desempenhado pelo acontecimento exterior. A ideia do traumatismo psíquico decalcado sobre o traumatismo físico esfuma-se, pois a segunda cena não age pela sua própria energia, mas na medida em que desperta uma excitação de origem endógena. Neste sentido, a concepção de Freud que aqui resumimos abre já caminho à ideia segundo a qual os acontecimentos exteriores vão buscar a sua eficácia às fantasias que activam e ao afluxo de excitação pulsional que desencadeiam. Mas, por outro lado, vemos que Freud não se contenta, nessa época, com descrever o traumatismo como despertar de uma excitação interna por um acontecimento exterior que é apenas a causa desencadeadora dele; sente a necessidade de referir por sua vez este acontecimento a um acontecimento anterior que situa no princípio de todo o processo.

Nos anos que se seguem, o significado etiológico do traumatismo esfuma-se em benefício da vida fantasmática e das fixações nas diversas fases libidinais. O ponto de vista traumático, embora não seja abandonado, como o próprio Freud sublinha, integra-se numa concepção que apela para outros factores, como a constituição e a história infantil. O traumatismo que desencadeia a neurose no adulto constitui com a predisposição uma série complementar, endógeno e exógeno:

“Etiologia da neurose = Disposição por fixação da libido + Acontecimento accidental



Note-se que neste quadro, apresentado por Freud nas suas “Lições de Introdução à Psicanálise” (1915-17), o termo “traumatismo” designa um acontecimento que surge num segundo tempo, e não as experiências infantis que encontramos na origem das fixações. É simultaneamente reduzido o alcance e diminuída a originalidade do traumatismo: tende efectivamente a ser assimilado, no desencadeamento da neurose, ao que Freud, noutras formulações, chamou frustração.

Mas, enquanto a teoria traumática da neurose é desta forma relativizada, a existência das neuroses de acidente e, mais especialmente, das neuroses de guerra volta a colocar em primeiro plano das preocupações de Freud o problema do traumatismo sob a forma clínica das neuroses traumáticas.

Do ponto de vista teórico, “Para além do Princípio de prazer” atesta este interesse. É retomada a definição económica do traumatismo como efracção e até leva Freud a aventar a hipótese de que um afluxo excessivo de excitação ponha logo fora de jogo o princípio do prazer, constringendo o aparelho psíquico a realizar uma tarefa mais urgente “para além do princípio do prazer”, tarefa que consiste em ligar as excitações de forma a permitir ulteriormente a sua descarga (Laplanche J., Pontalis J.B, 1985). A repetição de sonhos em que o indivíduo revive intensamente o acidente e se recoloca na situação traumática como que para a dominar é referida a uma compulsão à repetição. De modo mais geral, o conjunto dos fenómenos clínicos em que Freud vê actuar esta compulsão põe em evidência que o princípio do prazer, para poder funcionar, exige a realização de determinadas condições, condições que o traumatismo vem abolir, na medida em que não é uma simples perturbação da economia libidinal, antes vem mais radicalmente ameaçar a integridade do indivíduo.

A noção de traumatismo vem assumir maior valor na teoria da angústia, tal como Inibição, Sintoma e Angústia (1926) a renova, e mais geralmente na segunda tópica, para além de qualquer referência à neurose traumática propriamente dita. O ego ao desencadear *o sinal de angústia* (A angústia-sinal previne e prepara para uma reacção mais adequada perante o eventual perigo – é como o sinal de perigo numa estrada-; é um pré-anúncio ou primeiro aviso.) procura evitar ser submergido pelo aparecimento da angústia automática que define a situação traumática em que o ego se vê sem recursos. Esta concepção resulta no estabelecimento de uma série de simetria entre o perigo externo e o perigo interno: o ego é atacado de dentro, quer dizer, pelas excitações pulsionais, como é atacado de fora. O modelo, simplificado da vesícula, tal como Freud o apresentava em Para Além do Princípio do Prazer, deixa de ser válido. Note-se por fim que, ao procurar o núcleo do perigo, Freud o encontra num aumento, para além do limite tolerável, da tensão resultante de um afluxo de excitações internas que exigem ser liquidadas. Eis o que, segundo Freud, explica afinal o “traumatismo do nascimento”.

*** Do alemão e do francês, Neurose Traumática equivalente a Neurose Traumática, segundo Laplanche J. Pontalis J. B., (1985)**

Tipo de neurose em que o aparecimento dos sintomas é consecutivo a um choque emotivo geralmente ligado a uma situação em que o indivíduo sentiu a sua vida ameaçada. Manifesta-se, no momento do choque, por uma crise ansiosa paroxística que pode provocar estados de agitação, de entorpecimento ou de confusão mental. A sua evolução ulterior, surgindo a maior parte das vezes após um intervalo livre, permitiria que se distinguissem esquematicamente dois casos:

- O traumatismo age como elemento desencadeante, revelador de uma estrutura neurótica pré-existente.
- O traumatismo toma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (ruminação do acontecimento traumatizante, pesadelo repetitivo, perturbações do sono, etc.) que aparece como uma tentativa repetida para “ligar” e ab-reagir o trauma; tal “fixação no trauma” é acompanhada de uma inibição mais ou menos generalizada da actividade do indivíduo.

- É a este último quadro que Freud e os psicanalistas reservam habitualmente a denominação de neurose traumática.

A expressão neurose traumática é anterior à Psicanálise e continua a ser utilizada em psiquiatria de forma variável, dependente das ambiguidades da noção de traumatismo e da diversidade das opções teóricas que estas ambiguidades autorizam.

A noção de traumatismo é antes de mais nada somática; designa então “..as lesões produzidas acidentalmente, de uma maneira instantânea, por agentes mecânicos cuja acção é superior à resistência dos tecidos ou órgãos que encontram; subdividem-se os traumatismos em feridas e contusões (ou traumatismos fechados) consoante existe ou não efracção do revestimento cutâneo.

Em neuro- psiquiatria, fala-se de traumatismo em duas acepções muito diferentes:

- Aplica-se ao caso particular do Sistema Nervoso Central a noção cirúrgica de traumatismo, pois que as consequências deste podem ir desde lesões evidentes de substância nervosa até lesões microscópicas supostas (noção de “comoção”, por exemplo);
- Transpõe-se de forma metafórica para o plano psíquico a noção de traumatismo, que qualifica então qualquer acontecimento que ocasione uma brusca efracção na organização psíquica do indivíduo. A maior parte das situações geradoras de neuroses traumáticas (acidentes, lutas, explosões, etc.) põem aos psiquiatras, no plano prático, um problema de diagnóstico (há ou não lesão neurológica?) e, no plano teórico, deixam larga liberdade para apreciar, consoante as opções teóricas de cada um, a causalidade última da perturbação. Em último caso, certos autores irão incluir o quadro clínico das neuroses traumáticas no quadro dos traumatismos craneo-cerebrais”.

Se nos limitarmos ao campo do traumatismo, tal como é considerado em psicanálise, a expressão “neurose traumática” pode ser tomada em duas perspectivas muito diferentes:

I – Em referência aquilo a que Freud chama uma “série complementar” no desencadeamento da neurose, devemos tomar em consideração factores que variam em

razão inversa um do outro; predisposição e traumatismo. Encontraremos pois, toda uma escala entre os casos em que devido a um fraco grau de tolerância do indivíduo a qualquer excitação especial e o caso em que um acontecimento de uma intensidade objectivamente excepcional vem perturbar bruscamente o equilíbrio do indivíduo.

Devem fazer-se a este propósito diversas observações:

- A noção de traumatismo torna-se aqui puramente relativa;
- O problema traumatismo-predisposição tende a confundir-se com o papel que cabe respectivamente aos factores actuais e ao conflito pré-existente;
- Nos casos em que se encontra com evidência um traumatismo importante na origem do aparecimento dos sintomas, os psicanalistas dedicar-se-ão a procurar na história do indivíduo, conflitos neuróticos que o acontecimento só teriam vindo precipitar. Convém notar em apoio deste ponto de vista que frequentemente as perturbações desencadeadas por um traumatismo (guerra, acidente, perdas, etc.) se aparentam com as que encontramos nas neuroses de transferência clássicas;
- Especialmente interessantes nesta perspectiva são os casos em que um acontecimento exterior vem realizar um desejo recalcado do indivíduo, pôr em cena um fantasma inconsciente. Em tais casos, a neurose que se desencadeia é marcada por traços que a aparentam com as neuroses traumáticas: a ruminação, o sonho repetitivo, etc.
- Na mesma linha de pensamento, houve quem procurasse relacionar o próprio aparecimento do acontecimento traumatizante a uma predisposição neurótica especial. Certos indivíduos parecem procurar inconscientemente a situação traumatizante, embora temendo-a; segundo Fenichel, repetiriam assim um traumatismo infantil com o fim de o ab-reagir: "...o Ego deseja a repetição para resolver uma tensão penosa, mas a repetição é em si mesma penosa....O doente entrou em círculo viciosos. Nunca conseguiu dominar o traumatismo pelas suas repetições, porque cada tentativa introduzirá uma nova experiência traumática." Em certos indivíduos descritos como "traumatófilos", Fenichel vê um caso típico de "Combinação de neuroses traumáticas e de psiconeuroses".

II- Vemos com a investigação psicanalítica leva a por em causa a noção de neurose traumática: contesta a função determinante do acontecimento traumático, por um lado sublinhando a sua relatividade quanto á tolerância do indivíduo e, por outro, inserindo a experiência traumática na história e na organização próprias do indivíduo. A noção de

neurose traumática não seria, nesta perspectiva, mais do que uma primeira aproximação, puramente descritiva, que não resistiria à análise mais aprofundada dos factores em causa.

Não se deverá, no entanto, conservar um lugar à parte, do ponto de vista nosográfico e etiológico, a neurose em que um traumatismo, pela sua própria natureza e intensidade, seria o factor de longe predominante no desencadeamento, e em que os mecanismos em jogo e a sintomatologia seriam relativamente específicos em comparação com os das psiconeuroses (Laplanche J., Pontalis J.B., 1985)?

Parece ser essa a posição de Freud, tal como ela se deduz principalmente de “Para Além do Princípio do Prazer” (1920): “O quadro sintomático da neurose traumática aproxima-se do da histeria pela sua riqueza em sintomas motores similares; mas, regra geral, ultrapassa-o pelos seus sinais muito pronunciados de sofrimento subjectivo – evocando assim a hipocondria ou a melancolia – e pelas características de um enfraquecimento e de uma perturbação bem mais generalizadas das funções psíquicas”. Quando Freud fala de neurose traumática insiste no carácter simultaneamente somático (“abalo” do organismo que provoca um afluxo de excitação) e psíquico do traumatismo. É neste pavor, “...estado que sobrevém quando se cai numa situação perigosa sem para ela se estar preparado”, que Freud vê o factor determinante da neurose traumática.

Ao afluxo de excitação que irrompe e ameaça a sua integridade, o indivíduo não pode responder nem por uma descarga adequada nem por uma elaboração psíquica. Ultrapassado nas suas funções de ligação, irá repetir de forma compulsiva, nomeadamente sob a forma de sonhos, a situação traumatizante, para a tentar resolver.

Todavia, Freud não deixou de apontar que podiam existir pontos de passagem entre neuroses traumáticas e neuroses de transferência. Deixará em aberto a questão da especificidade das neuroses traumáticas, como o atestam estas linhas do Resumo da Psicanálise (1938): “É possível que aquilo a que se chama neuroses traumáticas desencadeadas por um pavor demasiadamente intenso ou por choques somáticos graves

como colisões de comboio, desmoronamentos, etc.) constitua uma excepção; todavia, as suas relações com o factor infantil subtraíram-se até ao presente às nossas investigações”.

2.1.6. Fantasia ou Fantasma

*** Do alemão e do inglês Fantasia equivalente ao francês Fantasma e ao italiano Fantasia ou Fantasma, segundo Laplanche J. Pontalis J. B., (1985)**

I – O termo alemão *Phantasie* designa a imaginação. Não tanto a faculdade de imaginar no sentido filosófico do termo (*Einbildungskraft*), como o mundo imaginário, os seus conteúdos, a actividade criadora que o anima (das *Phantasieren*). Freud retomou estas diferentes acepções da língua alemã.

Em francês, o termo *Fantasme* (Fantasma) voltou a ser posto em uso pela Psicanálise, e, como tal, está mais carregado de ressonâncias psicanalíticas do que o seu homólogo. Por outro lado, não corresponde exactamente ao termo alemão, visto que a sua extensão é menor. Designa determinada formação imaginária e não o mundo das fantasias, a actividade imaginativa em geral.

Daniel Lagache propôs retomar no seu sentido antigo o termo *Fantaisie* (*Fantasia*), que tem a vantagem de designar ao mesmo tempo uma actividade criadora e as produções, para deixar de sugerir as matizes de capricho, originalidade, ausência de seriedade, etc.

II- Os termos Fantasmas, Fantasmático, não podem deixar de evocar a oposição entre imaginação e realidade (percepção). Se fizermos desta oposição uma referência principal da Psicanálise, somos levados a definir o Fantasma (Fantasia), como uma produção ilusória que não resistiria a uma apreensão correcta do real. Além disso, certos textos de Freud parecem justificar essa orientação. Nas Formulações sobre os Dois Princípios do Funcionamento Psíquico (1911), Freud opõe ao mundo interior, que tende para a satisfação pela ilusão, o mundo exterior que impõe agressivamente ao indivíduo, por intermédio do sistema perceptivo, o Princípio da Realidade. (carta a Fliese de 1897).

O modo com Freud descobriu a importância dos fantasmas (fantasias) na etiologia das neuroses é também muitas vezes invocado no mesmo sentido: Freud, que tinha começado por admitir a realidade das cenas infantis patogénicas encontradas no decorrer da análise, teria abandonado definitivamente esta convicção inicial. A realidade aparentemente material dessas cenas não passava de “Realidade Psíquica”. A “realidade psíquica” não é sinónimo de mundo interior, mas constitui em certa medida, o mundo das crenças – conscientes e/ou inconscientes, individuais ou colectivas.

O esforço de Freud e de toda a reflexão psicanalítica consiste precisamente em procurar explicar a estabilidade, a eficácia, o carácter relativamente organizado da vida fantasmática do indivíduo. Nesta perspectiva, quando se interessou pelas fantasias, ressaltou modalidades típicas do “romance familiar”. Recusa-se a deixar-se encerrar na oposição entre uma concepção que faria do fantasma (fantasia) uma derivação deformada da recordação de acontecimentos reais fortuitos e outra concepção que não concederia qualquer realidade própria ao fantasma e não veria nele mais do que uma expressão imaginária destinada a mascarar a realidade da dinâmica pulsional. Os fantasmas (fantasias) típicos encontrados pela Psicanálise levam Freud a supor a existência de esquemas inconscientes que transcendem a vivência individual e que seriam hereditariamente transmitidos: as “protofantasias”- que se fala hoje as fantasias originárias: cena primária, castração, sedução.

III – O termo “Fantasma” ou “Fantasia” tem em Psicanálise um emprego muito extenso. Segundo certos autores, esse emprego teria o inconveniente de deixar imprecisa a situação *Tópica* – Consciente, Pré-Consciente ou Inconsciente – da formação considerada.

Para se compreender a noção freudiana de *Phantasie*, convém distinguir diversos níveis: O que Freud designa sob o nome de *Phantasien* são em primeiro lugar os sonhos diurnos, cenas, episódios, romances, ficções que o indivíduo forja e a si mesmo conta no estado de vigília - Devaneios. Nos Estudos sobre a Histeria (1895), Breuer e Freud mostram a frequência e a importância dessa actividade fantasmática na pessoa histérica e

descreveram-na como sendo muitas vezes “inconsciente”, quer dizer, produzindo-se, no decorrer de estados de ausência ou estados hipnóides.

Em *A Interpretação dos Sonhos (1900)*, é ainda a partir dos modelos diurnos que Freud descreve as fantasias. Analisa-as como formações de compromisso (entre o desejo e a possibilidade) e mostra que a sua estrutura é comparável à do sonho. Estes fantasmas (fantasias) ou sonhos diurnos são utilizados pela elaboração secundária, factor de actividade do sonho que mais se aproxima da actividade vigil.

Freud usa frequentemente a expressão “fantasia inconsciente” sem que ela implique sempre uma posição metapsicológica bem determinada. Para às vezes designar um devaneio subliminar, pré-consciente, a que o indivíduo se entrega e do qual irá ou não tomar consciência. No artigo *Fantasmas Históricos e sua Relação com a Bissexualidade (1908)*, as fantasias “inconscientes”, consideradas precursoras dos sintomas históricos, são descritas como estando em conexão estreita com os sonhos diurnos.

Segundo uma linha de pensamento diversa, a fantasia aparece numa relação muito mais íntima com o Inconsciente. No capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos* é na verdade a um nível inconsciente, no sentido tópico do termo, que Freud situa certos fantasmas (fantasias), os ligados aos desejos inconsciente e que estão no ponto de partida do processo metapsicológico de formação do sonho: a primeira parte do “trajecto” que leva ao sonho “...vai progredindo das cenas ou fantasmas (fantasias) inconscientes até ao pré-consciente”.

Portanto, embora Freud não o faça explicitamente, poderiam distinguir-se na sua obra diversos níveis da fantasia: consciente, subliminar, inconsciente.

Parece, pois, que a problemática mais freudiana do fantasma não autoriza uma distinção de natureza entre fantasma (fantasia) inconsciente e fantasma (fantasia) consciente, como muito principalmente visa assinalar as analogias, as relações estreitas, as passagens entre eles: Freud escreve (citado por Laplanche J., Pontalis J. B., 1985), “As fantasias claramente conscientes dos perversos - que, em circunstâncias favoráveis, podem

transformar-se em comportamentos estruturados; os temores delirantes dos paranóicos-que são projectados sobre outros com um sentido hostil; as fantasias inconscientes dos histéricos – que se descobrem pela Psicanálise por detrás dos seus sintomas - , todas essas formações coincidem no seu conteúdo até aos mínimos pormenores”. Em formações imaginárias e estruturas psicopatológicas tão diversas como as que são por Freud aqui designadas, pode encontrar-se um mesmo conteúdo e uma mesma estrutura, conscientes ou inconscientes, agidos ou representados, assumidos pelo indivíduo ou projectados sobre outrem.

O fantasma ou fantasia está na mais estreita relação com o desejo; um termo vem atestá-lo, *Wunschphantasie*, ou fantasia, fantasma de desejo.

Sabe-se que para Freud o desejo tem a sua origem e o seu modelo na vivência de satisfação enquanto a relação entre a fantasia e o desejo parece ser mais complexa. Mesmo nas suas formas menos elaboradas, a fantasia surge como irredutível a um objecto intencional do indivíduo que deseja.

2.1.7. Classificação e caracterização da ansiedade – Ansiedade Generalizada e Diagnóstico Diferencial

Segundo Scharfetter Ch. (1997), a chamada ansiedade neurótica é hoje diferenciada em:

- Ansiedade determinada pelo conteúdo de situações definidas, na presença de objectos definidos (que raramente ou nunca são perigosos, de acordo com a experiência geral). Nestas incluem-se as agorafobias (receio do local), as fobias sociais (medo perante grupos, público, publicidade) e fobias isoladas.
- Ansiedade que surge livremente, sob a forma de ataques de pânico (ataques de medo, sem causa aparente, não reactivos, de curta duração, violentos, com receio de aniquilação e com agitação vegetativa mais forte).
- Ansiedade Generalizada (neurose ansiosa, Freud, 1894).

*A ansiedade das chamadas psicoses endógenas reconhece uma raiz muito mais profunda: trata-se da necessidade de conservação da vida (desvitalização), da actividade do Eu, da consistência do Eu, da demarcação do Eu, da identidade do Eu.

*Ansiedade em perturbações psíquicas relacionadas com doenças somáticas, agudas (por exemplo: delírios tóxicos ou infecciosos, alucinose alcoólica) ou crónica (demência). Muitas vezes, também em doenças metabólicas e endócrinas: hipoglicemias, hipertitoidismo, etc.

A DSMIV (1996), não fala de Perturbações da Angústia mas sim de Perturbações da Ansiedade, a saber: Perturbação de Pânico com Agorafobia; Perturbação de Pânico sem Agorafobia; Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico; Fobia Específica; Fobia Social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Pós-Stress Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada (inclui a Perturbação da Ansiedade Excessiva Infantil); Perturbação da Ansiedade Secundária; Perturbação da Ansiedade Induzida por Substância; Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação.

Note-se que a Perturbação por Ansiedade de Separação (caracterizada por ansiedade relacionada com a separação das figuras parentais) habitualmente desenvolvem-se na infância, é incluída na secção das (Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira ou Segunda Infâncias ou Adolescência”. O evitamento fóbico que é apenas limitado ao contacto sexual genital com um parceiro sexual é classificado como Perturbação de Aversão Sexual e está incluída na secção das “Perturbações Sexuais e da Identidade do Género”.

Designa-se por Ataque de Pânico um período discreto no qual se inicia de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente. Durante estes ataques, sintomas como falta de ar, palpitações, desconforto ou dor no peito, sensações de sufoco e medo de “enlouquecer” ou de perder o controlo estão presentes. A Agorafobia é a ansiedade ou o evitamento de lugares ou

situações nos quais a fuga pode ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ter ajuda no caso de ter um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico.

Nota-se que a Agorafobia ou o Ataque de Pânico não são por si perturbações codificáveis.

Segundo a DSMIV (1996), a ansiedade generalizada constitui um diagnóstico residual caracterizado por um estado persistente de ansiedade, ainda que o seu curso seja flutuante. Os sintomas são os seguintes Tensão motora, Hiperactividade autonómica, Expectativa apreensiva, Vigilância e alerta.

Tal como se pode observar, os sintomas são muito similares aos presentes nas crises de angústia. A ansiedade generalizada não se manifesta de forma crítica e os sintomas de tipo autonómico, especialmente cardiovasculares e respiratórios, são menos frequente e severos. Por outro lado, a prevalência familiar e a associação com a depressão e as fobias são mais reduzidas que nas crises de angústia. Não apresentam crises por indução do lactato e não respondem aos anti-depressivos, só aos ansiolíticos.

Com frequência trata-se de personalidades neuróticas em que a ansiedade é um padrão constante da sua vida. Com o tempo, os sintomas diminuem ou, no mínimo o sujeito aprende a viver com os mesmos (*Período de estado*). Subsiste uma ansiedade flutuante, constante, que não abandona o paciente e o condena a uma vida limitada existencialmente em todos os planos (laboral, social, sentimental, etc.). o que contrasta com o depressivo endógeno que pode passar períodos de tempo compensado, em que a ansiedade representa um acontecer *morboso* estranho na vida do paciente. Progressivamente, o sujeito estabelece um entendimento cordial com a sua angústia extraindo certos benefícios secundários (atenção, cuidados, dispensas laborais, etc.), que, por suposto carecem de finalidade e preponderância que têm na histeria ou na *neurose de renda* (Ruiloba J. V., 1993).

Se o quadro se prolonga (o tempo é variável para cada sujeito) e se alcança a fase crônica, toda a sintomatologia anterior persiste embora de uma forma atenuada, mas evidenciam-se outros elementos, como a tristeza, a apatia, a astenia intensa, o desinteresse, a perda do impulso vital, etc., que atingem a vida do sujeito. Como se pode verificar, estes aspectos estão mais próximos da depressão que da própria neurose de angústia, pelo que a confusão entre os dois síndromes é frequente, já que ambos se movem na esfera da hipovitalidade (Ruiloba, J. V., 1993).

Compara-se estas fases (aguda, de estado e crônica) com as descritas por Selye no Síndrome Geral de Adaptação ou de Stress, que como se sabe finaliza-se num estado de esgotamento similar ao da angústia, coisa, por outra parte lógica se considerarmos esta como uma forma de stress (Ruiloba, J. V., 1993).

A angústia pode constituir o epicentro a partir do qual gira toda a clínica, com exclusão de qualquer outro transtorno psicopatológico importante (transtornos de angústia) ou apresentar-se junto a outros transtornos mais específicos que podem derivar desta (agorafobia) ou talvez a provocarem (depressões, enfermidades orgânicas, ETC.). Com estes dois últimos casos impõe-se o diagnóstico diferencial (Ruiloba J. V, 1993):

- diagnóstico diferencial com transtornos orgânicos (Hipertiroidismo; Taquicardia Paroxística Supraventricular; Feocromocitoma, etc.)
- diagnóstico diferencial com Transtornos Psíquicos (Estados depressivos; Fobias; Histeria de conversão);

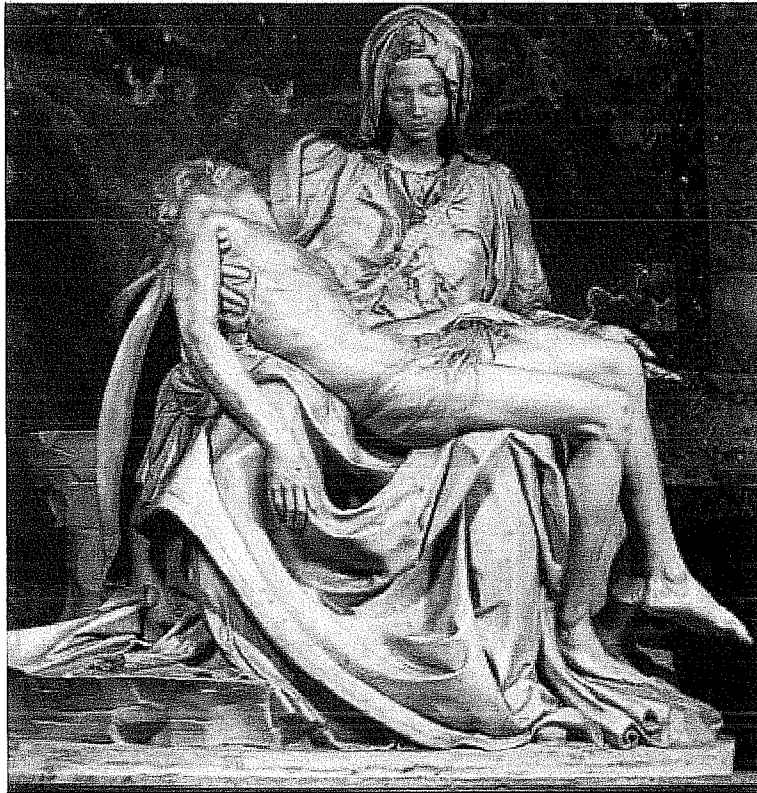
Normalmente existe uma tendência à cronicidade nos transtornos de angústia, especialmente quando não são receptivos a circunstâncias desencadeantes específicas. Dentro deste curso prolongado o quadro experimenta flutuações entre períodos de algum bem-estar e outro em que a sintomatologia se agudiza.

A revisão de Noyes, 1980 (citado por Ruiloba J. V., 1993), revela que em 6 anos, 70% dos pacientes haviam piorado, tanto a nível de sintomas como nas suas relações interpessoais e apareciam com frequência estados depressivos. Desconhece-se o curso

pormenorizado e individualizado das crises de angústia e da ansiedade generalizada, descrevendo-se com o mesmo *contexto das neuroses de angústia*. As crises podem apresentar-se de forma episódica e crónica, ainda que alguns pacientes mantêm remissões de anos. Com tratamento adequado, a recuperação é rápida, mas as recaídas são frequentes quando se abandona o tratamento. Uns 15% a 20% têm remissões espontâneas (Sheehan, 1982) e ao redor de 50% se recuperam em alguma medida (Lader y Marks, 1971). Para Noyes, 1980, não se detecta uma incidência significativa de complicações físicas ou psíquicas, em contradição com os trabalhos de Sims (1979), Wheeler et al. (1950) e Green (1969), sobre alta mortalidade em neuroses graves. O estudo de Cryell et al., 1982, (citado por Ruiloba, J. V., 1993) centrado no controle de 113 pacientes diagnosticados de crises de angústia 35 anos antes, demonstrou uma alta mortalidade devida ao suicídio, à depressão, ao alcoolismo e às doenças cardio-circulatórias. É provável que a junção de crises de angústia e estados de ansiedade permanente na mesma amostra originem as discrepâncias nos trabalhos citados.

Numa recente revisão de Coryell, 1988 (citado por Ruiloba, J. V., 1993), confirma-se o excesso de mortalidade nas crises de angústia por suicídio e transtornos cardiovasculares em homens. Sem embargo precisa-se que entre o momento do diagnóstico e o acto do suicídio medeia tempo suficiente como para que se interfiram complicações, como estados depressivos ou abuso de tóxicos. Tanto este ponto como o excesso de mortalidade nos homens precisa de futuras investigações.

O prognóstico varia em função da personalidade prévia, o conflito actual e a atitude terapêutica. Segundo Ruiloba, J. V., (1993), alguns trabalhos da escola de Newcastle (Kerr y col., 1972; Schapira y cols., 1972) confirmam o prognóstico mais grave que têm em geral os estados de angústia frente aos depressivos.



'Pietà'
Miguel Ângelo

A dor pode ser exasperante e apoderar-se inteiramente do ser, ao ponto de fazer perder o sentido da vida e de se abandonar sem forças ao sofrimento. Deixa de ser apenas fisiológica para se converter num factor existencial.

2.1.8. Significações ansiogénicas em processo de saúde e doença

Um episódio de doença pode ser concebido como uma crise de vida (Moos, 1982) ou uma situação de stress (Cohen & Lazarus, 1979). Esta crise pode resultar da avaliação de uma ameaça à vida ou ao bem-estar pessoal. Avaliações de incerteza e de ambiguidade face ao seu futuro poderão provocar reacções de ansiedade. Segundo os autores parecem ocorrer três conteúdos significativos em pessoas doentes: de injúria/perda; de ameaça; de desafio. Estas significações podem levar a reacções emocionais ansiogénicas e/ou depressogéneas.

Viney L. L., Westbrook, M.T., 1982 (citados por Reis, 1993) e Cohen & Lazarus, 1979, sintetizaram os conteúdos das significações ansiogénicas das pessoas face a alterações percebidas do estado de saúde e a processos de tratamento: (a) ameaças à vida e medo de morrer; (b) ameaças à integridade física e à qualidade de vida; (c) ameaças à auto-estima e à auto-estima e ao futuro; (d) ameaças ao equilíbrio emocional; (e) ameaças à capacidade de fazer a vida do dia a dia; (f) ameaças envolvendo a necessidade de adaptação a novos ambientes físicos e sociais; (g) preocupações vagas ou sentimentos de culpa. Assim, significações de medo ou de ameaça parecem estar subjacentes às reacções de ansiedade face a alterações percebidas do estado de saúde.

Segundo o modelo cognitivo de Beck (Beck A.T., & Emery, G., 1985), na base das reacções ansiogénicas estão significações de perigo e de ameaça. As preocupações e as respostas do sujeito em relação ao perigo constituem mais importante dos distúrbios são considerados respostas inapropriadas, baseadas em dois tipos de avaliações: a) a pessoa faz uma estimativa excessiva da ameaça ou da probabilidade do dano; (b) a pessoa subestima a sua competência para confrontar a situação com eficácia.

Em síntese, as representações de processos de saúde e doença podem levar a reacções ansiogénicas. E, na base das mesmas, estão significações de perigo e de ameaça (Reis, J., 1993).

2.2. Factores Psico-Biológicos da ansiedade e do stress

2.2.1. O cérebro

J. LeDoux, 2000, refere que para o processamento da informação emocional são essencialmente necessárias três estruturas: o tálamo sensorial, o córtex sensorial e a amígdala. O tálamo sensorial recebe o estímulo emocional e considerando uma via inferior de resposta de alerta que constitui o que se designa por circuito límbico, a amígdala desenvolve uma resposta emocional. A. Damásio, 1994, designa este tipo de emoções por emoções primárias. Na via superior de resposta de alerta, o tálamo comunica com o córtex sensorial, estabelecendo o chamado circuito cortical e neste, gera-se imagens mentais, emoções secundárias (Damásio, 1994) que se relacionam com o pensar antes de agir. Depois da mensagem passar pelo córtex será enviada à amígdala, que desenvolverá a resposta emocional. A diferença dá-se no pensar ou não a resposta, mas em qualquer dos casos, a resposta final é elaborada na amígdala. A resposta emocional da amígdala é constituída por respostas internas da amígdala; conduz a respostas musculares; envia sinais autónomos que correspondem a respostas viscerais; leva sinais aos núcleos neurotransmissores e ao hipotálamo. Este desencadeia respostas endócrinas e outras de origem química, as quais se repercutem na via sanguínea.

A amígdala e o córtex frontal estão em íntima associação, dependência e interacção contínua. A amígdala precisa do córtex frontal para activar a leitura das emoções e o córtex frontal precisa da amígdala para se expressar. Os inputs, as relações sociais e as respostas adequadas ao real tornam-se impossíveis sem os sinais da amígdala. As lesões nesta levam à indiferença, à cegueira psíquica, afectiva e emocional. A amígdala parece ainda desempenhar um papel regulador quanto à agressividade (Habib, 1989).

A emoção e a razão interagem no córtex pré-frontal. Nos humanos, o córtex pré-frontal está directamente relacionado com a produção de ideias, a percepção e a interpretação; as lesões conduzem a reacções impulsivas sem interpretações e nestas condições, os sujeitos

tornam-se completamente dependentes do meio sem que tenham a capacidade de o pensar.

2.2.2. Os neurotransmissores

Os factores determinantes do estado do cérebro são: o tipo de neurónios em funcionamento, a actividade eléctrica dos neurónios e os sinais químicos libertados.

Os neurotransmissores são sinais químicos que correspondem a uma molécula a qual permite o contacto entre os neurónios quando atinge a sinapse. O funcionamento sináptico resulta essencialmente da transformação de uma mensagem eléctrica numa mensagem química. Na altura em que a molécula, transmissor, chega ao neurónio adjacente, liga-se ao respectivo receptor que se encontram na superfície do outro neurónio. Habib, 1989, estabelece quatro critérios para a definição de uma substância química como neurotransmissor: 1) presença no interior da célula nervosa; 2) presença de enzimas que inactivam esta substância na sinapse; 3) possibilidade de produção de efeitos iguais quando a substância é substituída por uma outra com características semelhantes; 4) presença da substância na sinapse quando há actividade espontânea da célula ou quando esta é estimulada electricamente. Cada tipo de neurotransmissor tem especificidade quanto à rede de neurónios, formando um sistema, como seja o sistema uma função determinada. A estimulação ou inibição do neurónio adjacente depende do serotonina, ou os peptídeos opiáceos (como as encefalinas e a endorfina), ou ainda os aminoácidos excitadores (como seja o ácido glutâmico). Os mais relevantes na resposta agressiva são: as catecolaminas, a serotonina e os peptídeos opiáceos.

As catecolaminas são simultaneamente hormonas e neurotransmissores e constituem uma classe de moléculas sinalizadoras. Inclui-se a norodrenalina, a adrenalina, a dopamina e a dopa. As catecolaminas derivam de um aminoácido, a fenilalanina, segundo a seguinte cadeia de transformações (Habib, 1989): fenilalanina- tirosina-dopa-dopamina-norodrenalina-adrenalina. A dopa, a dopamina, a norodrenalina e a adrenalina são

neurotransmissores. A actividade da ATPase (Skov, 1960, citado por Gaillard, J.M et al., 1976), depende das concentrações de Na^+ e k^+ e regula o transporte das catecolaminas.

A dopa actua como substância estimulante (Lello & Lello, 1977).

A dopamina é importante no controlo dos movimentos e da postura. Aumenta perante uma situação hostil. As variações de dopamina conduzem à desregulação da bioquímica do cérebro e levam a uma sintomatologia de depressão, ansiedade, hostilidade e agressão intensa.

A norodrenalina encontra-se no sistema nervoso vegetativo também designado por sistema nervoso autónomo (Lello & Lello, 1977), subdividindo-se em sistema nervoso simpático e parassimpático (Macey, 1977) e no sistema límbico (parte subcortical e cortical, evolutivamente mais antiga, situada na face interna dos hemisférios (Damásio, 1994; Habib, 1989)). Ao nível do cérebro desempenha um importante papel na regulação da vigília e do sono. A norodrenalina relaciona-se com a coordenação de respostas de luta e fuga.

A adrenalina não age directamente sobre o sistema nervoso central, mas funciona como uma hormona do stress, actuando na periferia e nas vísceras. Perante uma situação de emergência, a adrenalina segregada pela glândula adrenal, aumenta o ritmo cardíaco, aumenta a respiração e aumenta o metabolismo.

A serotonina (5-hidroxitriptamina (5-HT)) é produzida por células que se encontram na amígdala, hipotálamo e algumas áreas do córtex. Está em todo o organismo, embora a sua concentração seja maior nos vasos sanguíneos, vísceras e cérebro. As alterações de serotonina correspondem a alterações no sono, na aprendizagem, no movimento, na alimentação e na actividade sexual. A concentração desta substância depende: da quantidade de triptofano ingerido com a comida; de enzimas, como a monoamina-oxidase que decompõem a serotonina; e da actividade das células nervosas. Nos neurónios, ainda existe um outro tipo de mecanismos designados por autoreceptores de serotonina, que actuam como termostatos, regulando a síntese da serotonina. Nos sujeitos impulsivos, que

não premeditam o acto de agressão, parece haver correlação entre a diminuição da serotonina e da agressão (Niehoff, 1999).

A serotonina, a dopamina e a norodrenalina influenciam marcadamente a coordenação da lógica, da emoção e do inputs necessários à resposta comportamental na interacção social.

Os peptídeos opiáceos como sejam as encefalinas e a endorfina têm uma fórmula química semelhante á morfina e localizam-se no cérebro. Desempenham um importante papel sobre a dor e estão também ligados a comportamentos relacionados com a agressividade, a sexualidade, o controlo dos impulsos, o prazer e a habituação entre outros.

2.2.3. Hormonas

A palavra hormona deriva do grego e significa excitar ou estimular. As hormonas são secreções internas geradas por diversas glândulas e tecidos endócrinos. Encontra-se na circulação sanguínea e exercem a sua acção: em tecidos distantes ou vizinhos (Exemplo: insulina); nas próprias células ou tecidos produtores (caso das células neoplásicas); sobre as glândulas exócrinas (caso da somatostatina); ou ainda sobre outros organismos (Exemplo: fero-hormonas) (Albarrán, 2001b). Quando a secreção hormonal se dá no sistema nervoso central fala-se de neuroendocrinia.

Quanto à natureza química, as hormonas podem apresentar diferentes estruturas. Uma estrutura proteica, constituída por polipeptídeos, como seja a insulina, o ACTH, o FSH, o LH e TSH entre outras; uma estrutura esteróide que deriva do colestano, característica das glândulas supra-renais e gónadas; uma estrutura constituída por aminas, sendo o caso das hormonas da tiróide, das catecolaminas, da serotonina e da melatonina entre outras; ou ainda uma estrutura de ácidos gordos cíclicos como sejam as próstaglândulas (Andia Melero & Paraíso Cuevas, 2001), inicialmente descobertas na próstata encontram-se no entanto em muitos órgãos, ao nível do sistema nervoso podem inibir a libertação de norodrenalina.

As funções do sistema endócrino relacionam-se com a integração, regulação e coordenação do organismo, em conjunto com o sistema nervoso central e o sistema imunitário.

Consideram-se três grandes sistemas de controlo (Albarrán, 2001b):

- 1) Sistema Nervoso Central e Sistema Endócrino: estabelecem-se relações principalmente entre o SNC e o hipotálamo, entre as regulações nervosas da pressão arterial e a condução do sangue às glândulas endócrinas e ainda mediante a enervação directa às diversas glândulas endócrinas. As terminações nervosas libertam neurotransmissores que influenciam a modulação, estimulando ou inibindo as secreções endócrinas;
- 2) Hormonas Tróficas e Servomecanismos: controlam o crescimento e a função das glândulas endócrinas, como acontece com o sistema hipotálamo-hipófise, com o sistema hipófise-supra-renais entre outros.
Os sistemas de retromecanismo, retrocontrolo, retroalimentação ou de feed-back, correspondem ao controlo da secreção das hormonas tróficas por elas próprias. O controlo pode ser de cinco tipos: directo, entre a tiróide e a hipófise; indirecto ou longo, entre a tiróide e o hipotálamo (caso do cortisol); curto, entre as hormonas hipofisárias e hipotalâmicas; ultra-curto, entre as hormonas hipotalâmicas e o próprio hipotálamo; e o controlo específico entre o hipotálamo e o SNC;
- 3) Metabolitos e Regulação Hormonal: trata-se de uma regulação de síntese hormonal específica, diferente da anteriormente mencionada. É o caso das hormonas que intervêm no metabolismo do cálcio, como sejam a PTH (hormona paratiroideia), a calcitonina e a hormona D (Díaz Curiel & Rodríguez Santana, 2001). É ainda o caso da insulina e do glucagón no metabolismo do açúcar.

As conexões hormonais mais importantes dão-se entre o eixo SNC-hipotálamo-hipófise e a tiróide e as glândulas supra-renais e as gónadas.

Como resposta, o eixo hipotálamo-hipófise regula as actividades da tiróide, das supra-renais, das gónadas e influencia as funções de crescimento, de produção de leite e de equilíbrio hídrico.

Quanto ao eixo hipotálamo-hipófise, o hipotálamo influencia a hipófise principalmente através das seguintes hormonas (Hidalgo, 2001):

- Hormonas hipotálamicas estimuladoras da adenohipófise ((a adenohipófise é o lobo anterior da hipófise (Albarrán, 2001a)): hormona libertadora de corticotrofina (CRH), que activa a secreção hipofisária de ACTH (adrenocorticotrofina); hormona libertadora da hormona de crescimento (GHRH); hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH, como sejam a FSH (hormona foliculoestimulante) e a LH (hormona luteinizante)); hormona libertadora de tirotrófina (TSHRH); e os factores libertadores de prolactina (PRL) onde se inclui o neurotransmissor (a serotonina e acetilcolina), as substâncias opiáceas e os estrogéneos;
- Hormonas hipotálamicas inibidoras da adenohipófise: somatostatina (GHRH) que inibe a secreção de GH (hormona de crescimento); e factores inibidores da secreção de prolactina (PRL) onde se inclui o neurotransmissor dopamina.

Os processos hipotálamicos podem provocar disfunções da adenohipófise e da neurohipófise (lobo posterior da hipófise (Albarrán, 2001 a)), ou ainda disfunções não hipofisárias como sejam: alterações do sono; alterações da conduta e das emoções; alterações da regulação do sistema nervoso autónomo; alterações do apetite e do controle da sede; alterações do controle metabólico e das transformações calóricas.

A hipófise é constituída por um lobo anterior – a adenohipófise, um lobo posterior – a neurohipófise e um lobo intermédio. A actuação do hipotálamo é mais marcante sobre o lobo anterior e vice-versa. A neurohipófise liberta duas hormonas: a vasopressina, hormona antidiurética (ADH); e a oxitocina que se relaciona principalmente com o momento do parto e a produção do leite.

Na hipófise encontram-se: as células corticotróficas (produzem a hormona corticotrófica (ACTH), a qual estimula o córtex cerebral e é regulada pelo eixo SNC-CRH-ACTH-cortisol); as células gonadotróficas (sintetizam e segregam as gonadotrofinas (FSH e LH); as células lactotróficas (sintetizam e segregam a prolactina (PRL)); as células somatotróficas (como sejam as hormonas da hormona do crescimento (GH) e a somatotrofina (STH)); as células tirotrólicas (como sejam a tirotrófina (TSH); e ainda outras células que não sintetizam hormonas.

A hormona tiroideia desempenha um papel importante no desenvolvimento, nomeadamente na maturação do SNC, na maturação dos diversos tecidos, no crescimento dos ossos e no desenvolvimento dos intestinos (Bernal, 2001). No adulto esta hormona proporciona a manutenção dos tecidos, principalmente ao nível do fígado, do sistema nervos e do coração.

Quanto às glândulas supra-renais e às hormonas aí sintetizadas, podem –se distinguir três importantes áreas (Albarrán & Giron, 2001): glomerulosa que corresponde à zona mais externa da glândula e é onde se produzem os mineralocorticoides que regulam o metabolismo do sódio, do potássio e da água; fasciculada, é a zona média onde se formam os glucocorticoides (cortisol e corticosterona) os quais afectam praticamente todas as funções dos órgãos e sistemas; reticular é a parte mais interna cuja função mais importante é a secreção de andróginos (derivam do colestano) adrenais que têm importante acção anabolica no feto e na mulher principalmente, nesta zona reticular há ainda uma fraca produção de estrogénios. A produção de ACTH por parte da hipófise regula a actividade das supra-renais.

A testosterona, produzida no testículo, é essencialmente responsável pela diferenciação genital e masculinização. A relação entre testosterona e a agressividade masculina parece funcionar mais no sentido da competição (agressividade construtiva) e não no sentido da violência.

2.2.4. Psicologia da Emoção

Num recente resumo da sua posição teórica, Izard (1993) afirma que se apoia em cinco pressupostos: (1) os sistemas da emoção são motivacionais; (2) cada emoção discreta organiza a percepção, a cognição e o comportamento para a adaptação, *coping* e criatividade; (3) as relações entre a emoção e o comportamento desenvolvem-se cedo e mantêm-se estáveis, mesmo que se desenvolvam conjuntos de respostas específicas; (4) o desenvolvimento emocional contribui para o desenvolvimento da personalidade; (5) os traços e dimensões individuais estão nos limiares da activação da emoção e na experiência de certas emoções.

Em geral, Izard considera que existem emoções isoladas e dimensões básicas complementares da emoção. Existe uma considerável sobreposição nas abordagens assumidas pelos que adoptam estes pontos de vista aparentemente opostos e Izard afirma que se devem tratar dois assuntos referentes às emoções específicas.

Refere ainda que a ansiedade e o medo são emoções básicas. A ansiedade só pode ser compreendida se forem tidos em consideração alguns dos seus aspectos cognitivos, particularmente porque um dos aspectos da ansiedade é a incerteza e a indefinição da sua origem. Pode-se ainda concluir que a ansiedade se pode distinguir do medo porque o objecto do medo é “real” ou “externo” ou “conhecido” ou “objectivo”.

Segundo Doron R. e Parot F.(2001), a ansiedade é uma emoção gerada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo e que se transforma em medo face a um perigo bem identificado. A ansiedade faz-se acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de activação elevada e, muitas vezes, está associada ao comportamento de conservação – retirada ou a condutas de evitamento.

A reacção de angústia está ligada a um perigo: fala-se de medo se o perigo é imediato, evidente ou concreto (evitar um veículo no trânsito, encontrar-se frente a um inimigo ou a um animal perigoso, etc.) e de ansiedade quando o perigo tem um carácter menos definido (não se sabendo muitas vezes qual a sua causa, por exemplo, na ansiedade

O afecto depressivo está associado a um sentimento de perda; o seu protótipo físico é a reacção de luto. Bowlby descreve o desenrolar da reacção de perda: primeiro um estado de alarme, de angústia (tomada de consciência do perigo) seguindo-se uma escalada de sentimentos depressivos, logo que, o indivíduo se confronta com a inevitabilidade da perda (Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., 1998). A angústia surge, por volta dos 8 meses, ligada ao estranho.

A reacção de ansiedade tem cariz biológico. No ambiente normal do homem o aparecimento de um objecto ou animal perigoso ou estranho, de um ruído inesperado, da obscuridade, de um precipício, etc. representa perigo, assim como o afastamento da pessoa protectora, representam para a criança perigos iminentes (Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., 1998).

Pressupõe-se a existência de uma patologia da afectividade quando os sentimentos desagradáveis persistem, quando o sujeito se mostra incapaz de os dominar ou quando a ansiedade e o sentimento depressivo não estão em relação com um perigo ou uma perda real, estabelecendo-se “falsas ligações”. Estas perturbações afectivas podem evoluir formando uma patologia neurótica (Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., 1998).

Um grande número de sintomas somáticos, simpaticotónicos, fazem parte da reacção de alarme de CANNON (Serra V. A., 1999): Anorexia, Tensão muscular, sensação de vazio no estômago, dor ou tensão torácica, diarreia, vertigens, xerostomia, dispneia, desmaio, rubor facial, cefaleia, hiperventilação, sensação de ter a cabeça vazia, náuseas, palidez, palpitações, parestesias, perturbações gástricas, epigastralgia, taquicardia, tremores, polaquíúria, vómitos.

Os sentimentos depressivos são acompanhados por reacções opostas parassimpaticotónicas: bradicardia, bradipneia, secura da pele, obstipação, bulimia, hipotensão, hipoglicemia, cefaleias, zumbidos nos ouvidos, dificuldades respiratórias, cardialgias, vertigens, dores vertebrais, cenestesias abdominais, náuseas, vómitos, perturbações viscerais, perturbações do apetite que podem chegar a anorexia, da potência

sexual e da libido, do sono, da fadiga e do emagrecimento (Ruiloba, V.J. 1993). Estas reacções estão profundamente radicadas no nosso aparelho biológico e podemos encontrá-las nos animais.

A depressão pode manifestar-se na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. Está frequentemente ligada a uma perda material ou afectiva, a uma decepção ligada aos outros ou a si próprio (“perda da imagem ideal”). Os estados depressivos manifestam-se em situações como as mudanças de idade, que provocam a perda do equilíbrio anterior e exigem uma readaptação – assim como no início da escolaridade, na adolescência, no momento do casamento e do nascimento do primeiro filho (“síndrome de *couvade*”), na meia idade e no momento da reforma (Haynal A., Pasini W., Archinard M., 1998).

2.2.5. Subsistemas adaptativos do organismo

Os subsistemas adaptativos do organismo são basicamente quatro (Valdés M., y De Flores, 1990 e Valdés M., 1997, citados por Valdés, M., 2000), os subsistemas adaptativos do organismo são basicamente quatro:

- O subsistema autónomo (ou simpático-supra-renal), que é responsável pela activação inicial e opera fundamentalmente com informação bioeléctrica;
- O subsistema neuroendócrino, que propaga a activação a todo o organismo através da informação molecular (hormonas);
- O subsistema imunitário, que também utiliza informação molecular (antígenos e anticorpos) e é responsável pela adaptação a longo prazo;
- O subsistema comportamento ou conduta, que utiliza informação simbólica e opera sobre o meio através da acção.

Em termos psicobiológicos o stress poderia ser definido, como um estado de activação autónoma e neuroendócrina e de inibição imunitária e do comportamento. O subsistema em que não é possível a reactividade e portanto a adaptação (Valdés M., 2000).

Como já foi dito, de uma forma geral este estado biológico expressa-se clinicamente com estados emocionais de desprazer (irritabilidade, ansiedade, depressão), alterações da vida instintiva (anergia, anafrodisia, transtornos da alimentação e do sono), elevação crónica dos níveis do cortisol (considerado como “marcador biológico do stress””, diminuição da imunovigilância (com a possível reactivação de vírus como o herpes), deterioração dos rendimentos psicofisiológicos (dificuldades de atenção e concentração, torpeza mental) e condutas de inibição e de desespero. Trata-se de alterações inespecíficas que podem apresentar-se em muitas doenças sistémicas e que não têm facilitado a identificação do stress como síndrome clínico.

2.2.6. Stress – Respostas fisiológicas e fisiopatológicas

Termo emprestado da física, que designa a contracção excessiva sofrida por um material. Na Biologia esta noção designa ao mesmo tempo as agressões que se exercem sobre o organismo (os agentes stressadores) e a reacção do organismo às agressões.

Valdés, M., 2000, considera que o stress é um estado de activação biológica permanente, que resulta do fracasso do organismo para reduzir essa activação com os seus recursos. Todo o organismo tende a activar-se (energizar-se) quando tem de enfrentar uma nova situação e como resultado das suas interacções com o meio, pode adaptar-se (habituar-se) e fazer com que os seus parâmetros biológicos voltem a níveis homeostáticos basais, ou pode manter-se em estado de activação e desorganizar alguns dos seus sistemas adaptativos.

Os fisiologistas interessam-se sobretudo pelos sistemas hormonais implicados na reacção de stress, quer se trate do sistema simpático e medulo-supra-renal, que intervém na reacção de alarme descrita por W.B. Cannon, em 1935, ou do sistema hipófiso-córtico-supra-renal, responsável pela síndrome geral de adaptação descrita por H. Selye, em 1950. Todavia o stress não consiste unicamente numa libertação de catecolaminas e de glicocorticosteróides. Outras hormonas são igualmente afectadas, como as hormonas

sexuais e a hormona do crescimento, cuja secreção é diminuída, e as endorfinas (ou morfina endógenas), cuja libertação é acrescida. A reacção de stress é acompanhada de uma atenuação da sensibilidade à dor (analgesia induzida pela tensão), que permite ao organismo focar os seus recursos sobre os meios de fazer face à agressão (Doron R., Parot F., 2001).

Em Psicologia, o termo stress é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face (os acontecimentos stressantes da vida, também chamados acontecimentos vitais) e os meios (as estratégias de ajustamento) de que dispõe para gerir esta perturbação (Doron R., Parot F., 2001).

Fala-se por vezes de eustress para designar o estado em que se encontra o indivíduo que controla perfeitamente a situação (Doron R., Parot F., 2001). Opõe-se o eustress à aflição, que faz referência às reacções negativas que aparecem quando a situação é dificilmente controlável. Estes termos muito descritivos caíram entretanto em desuso, em proveito da noção de controlo, mais fácil de definir operacionalmente.

Não há descontinuidade entre os aspectos fisiológicos e psicológicos do stress. As reacções hormonais às agressões dependem de factores psíquicos, tais como a novidade e a incerteza contidas na situação provocadora e a capacidade de agir para a modificar. A percepção da situação e os meios de lhe fazer face são eles próprios influenciados pela actividade hormonal. A principal consequência destas interacções estreitas entre hormonas e comportamento na reacção de stress é que não há uma maneira única de reagir à agressão mas diversas modalidades reaccionais, segundo as possibilidades de iniciativa do sujeito e a gravidade das perturbações com que é confrontado. Podem distinguir-se dois modos elementares de reacção, um modo activo associado a uma activação simpática e um modo passivo (conservação-retirada), associado a uma activação do sistema hipófiso-córtico-supra-renal. As investigações actuais têm por objecto a caracterização destes padrões reaccionais, a sua dependência face à experiência anterior ou a factores genéticos e os riscos patológicos que lhe estão associados (Doron R., Parot F., 2001).

Os chamados stresses ambientais referem-se a um conjunto de condições, geralmente atribuídas à vida urbana, e às quais o sujeito deve fazer face: ruído, poluição atmosférica, densidade populacional, etc. (Doron R., Parot F., 2001). A presença desta grande quantidade de estimulações, resumida com frequência no conceito de sobrecarga ambiental, exige do indivíduo uma energia psicológica acrescida, devido a um esforço, cujo custo tanto pode ser imediato como a longo prazo. Os stresses têm uma influência sobre o comportamento social do sujeito (agressão, altruísmo, relações sociais em geral). A tomada em conta das respostas psicológicas põe a tónica nos processos cognitivos mediadores entre o estímulo stressante e as estratégias adaptativas do sujeito. Entre os stresses ambientais, o ruído ocupa um lugar preponderante, afectando tanto o desempenho imediato nas tarefas complexas como a fadiga física consecutiva ao esforço consentido pelo sujeito para manter o seu desempenho.

Hoje reconhece-se em Cannon o primeiro grande fisiologista que apontou os sistemas neuroendócrino e nervoso como importantes intervenientes em reacções emocionais como o medo, a ansiedade ou a cólera, baseado na relação que estabeleceu entre estes estados e as alterações orgânicas que concomitantemente eram observadas.

Mais tarde, com o conhecimento das catecolaminas e das conexões entre o sistema endócrino com sede reguladora sediada no hipotálamo e o sistema límbico, “locus” visceral profundamente ligado às emoções, foi possível chegar a um conceito moderno, abrangente, de stress.

Selye em 1956 define stress como um síndrome adaptativo, ou seja, a resposta orgânica que surge face a um estímulo físico ou psíquico (Serra, V. A., 1999). Esta reacção, com um componente imediato e uma variação temporal desenrolar-se-ia em três grandes fases: 1- Reacção de alarme agudo; 2 – Fase de resistência; - Fase de esgotamento, que corresponde a um desequilíbrio entre os mecanismo de resistência e a persistência do estímulo.

Deste conceito de stress, a sua relação com processos patológicos, do equilíbrio ou não entre agressor e agredido surgiria então a situação de adaptação ou de lesão, que tem sido utilizado por algumas teorias para explicar a fisiopatologia de variadas doenças crónicas e até o envelhecimento (Selye, 1978, citado por Serra, V. A., 1999).

De facto, a reacção basal, primária a estímulos, é a activação do sistema simpático ou adrenérgico. Os estudos pioneiros de Cannon no início do século XX basearam-se nas funções emergentes da medula supra-renal e do sistema simpático na manutenção da homeostasia interna (Cannon & De la Paz, 1911 / 1914, citados por Serra, V. A., 1999). Para qualquer tipo de agressão, em segundos é activado o simpático e o seu prolongamento funcional, a medula supra-renal, com produção de catecolaminas até valores três a quatro vezes superiores aos normalmente encontrados em circulação.

A adrenalina, entre estes, desempenha aqui um papel fundamental, porque se comporta como uma verdadeira hormona e portanto com órgãos-alvo definidos, juntamente com a noradrenalina cujo papel de neurotransmissor, libertado nas terminações simpáticas é mais relevante nestas situações.

Os valores plasmáticos de noradrenalina quantificam predominantemente a actividade nervosa simpática, muito embora esta possa também ser segregada pela medula supra-renal. Pelo contrário, a adrenalina deriva quase exclusivamente da produção na medula supra-renal.

É importante referir que a antecipação do stress, como seja a pressuposição real ou imaginária de determinado perigo (ansiedade) – Por exemplo: a dor, a exposição a temperaturas extremas, a hipoglicemia, a anóxia ou a hipotensão – é por si só um factor que desencadeia a secreção de adrenalina. Desta forma, por intermédio de impulsos nervosos com aferências provenientes quer de receptores visuais, auditivos, térmicos ou de pressão, fazem com que neurónios terminais bem diferenciados segreguem neurotransmissores, visto ser a medula supra-renal uma amálgama de células cromafins com as características de uma glândula endócrina, extremamente eficaz.

As acções das catecolaminas mais importantes prende-se com o suporte básico da vida. Seria impossível sobreviver sem catecolaminas, uma vez que estas se opõem a um estado hipoglicémio (aumentando a glicose plasmática e diminuindo a sua utilização periférica), a disponibilização de energia a partir de reservas (através de processos bioquímicos como a glicogenólise, a gluconeogénese e a lipólise), a elevação da pressão arterial, o aumento da contractibilidade e do débito cardíaco, preparando desta forma o organismo em termos de adaptação metabólica, endócrina, cardiovascular e respiratória, para uma reacção de luta ou fuga imediata.

As alterações cardiovasculares e metabólicas que se fazem sentir após estimulação intensa, resultam da articulação entre o sistema simpático e o eixo hipotálamo hipófiso-supra-renal, tanto a nível central como a nível periférico. De facto, a transformação de noradrenalina em adrenalina a nível medular está fortemente condicionada pelo cortisol, o que se confirma pela sua redução significativa após hipofisectomia e pelo seu incremento com a administração de hormona libertadora de corticotrofina (CRH) ou de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) (Mc Carthy, 1994, citado por Serra, V. A., 1999). Do mesmo modo, a hiperactividade simpática observada após adrenalectomia pode ser diminuída pela administração de corticóides exógenos, o que aponta os esteróides supra-renais como protectores dos efeitos tóxicos adrenérgicos nos tecidos e como agentes permissivos das acções das catecolaminas (Mc Carthy & Gold, 1996, citados por Serra, V. A., 1999).

A vasoconstrição simpática arterial que ocorre em resposta ao stress abrange apenas os leitos vasculares que não intervêm na reacção de “fuga ou luta”, como é o caso da pele, dos territórios esplâncnicos e renais, mas não se verifica em órgãos essenciais, como sejam os músculos, o coração, o cérebro ou os órgãos dos sentidos. Há também uma produção elevada de calor, sendo a regulação térmica essencial na adaptação.

A acção inicial do sistema simpático, como já foi referido, através da libertação de adrenalina no sangue, leva a outras consequências também relacionadas com a resistência

às agressões ambientais. Uma destas consequências é a retenção hídrica que se reflecte por um lado por um aumento da secreção de ADH, mas também por outro pela estimulação B-adrenérgica, que desencadeia nas células renais um aumento de produção de renina. Esta, além de aumentar a produção de aldosterona (provocando retenção salina), acentua a formação de Angiotensina II (AII).

No seu conjunto, vasopressina e angiotensina reforçam os efeitos cardiovasculares das catecolaminas e justificam a subida tensional que se verifica geralmente em situações de stress. Em situações de stress simpático-adrenérgico intenso, a libertação local e sistémica de catecolaminas pode desencadear epifenómenos hemostáticos e cardiovasculares que podem conduzir a acidentes agudos e até mesmo à morte, como o verificado em situações clínicas e experimentais (Soares-Fortunato, 1990, citado por Serra, V. A., 1999).

Outro aspecto importante é a adaptação supra-renal ao stress crónico. Numa situação aguda de stress, existe uma relação directa entre a intensidade do estímulo e a libertação de catecolaminas, o que faz com que as concentrações plasmáticas destas permitam inferir a intensidade do estímulo, como já foi comprovado em animais do laboratório. Uma situação de stress crónico, produz alterações morfo-funcionais na glândula supra-renal, o que parece aumentar os depósitos de catecolaminas nas células cromafins e nos terminais nervosos, bem como elevar a concentração de cálcio intracelular. A libertação de catecolaminas. De facto, se por um lado, a resposta a um estímulo crónico se manifesta por uma menor libertação de catecolaminas (comparativamente ao efeito do mesmo estímulo em situações “de novo”), a resposta a um estímulo diferente num animal previamente submetido a stress crónico parece ser exagerada, em relação ao grau de biossíntese aumentada existente nesse sistema biológico (MC Carthy, 1994, citado por Serra, V. A., 1999).

A adaptação quer comportamental, quer fisiológica ao stress, é função de uma história de stress prévio que fornece uma plasticidade individual na forma de resposta a um novo agente agressor: 1- Habituação- decréscimo de reactividade após estimulação crónica

com um mesmo estímulo. Manifesta-se por uma redução das catecolaminas plasmáticas após estimulação crónica comparativamente à primeira reacção, o que pode acontecer em poucos dias; 2-Sensibilização – facilitação da resposta a um estímulo intenso, o que pressupõe um aumento crónico de catecolaminas para estímulos intensos, o que pode ser “não-adaptativo”; 3-Desabituação- hiperactividade simpática a um novo estímulo “de novo” num contexto de estimulação crónica comparativamente a uma resposta face a esse estímulo de forma aguda.

Desta forma, uma situação de stress, consoante as suas variantes, pode traduzir-se num estado adaptativo ou num desequilíbrio homeostático.

A relação do sistema simpático com efectores hormonais ou nervos de outra índole não está ainda bem esclarecida. A glândula tiróide foi, até ao conhecimento do eixo hipotálamo-hipófiso-tiroideu, considerada como um efector lento, pouco representativo face ao stress agudo. A sua acção depende da concentração sérica de TSH hipofisária (tirotropina), a qual é modulada pela TRH (factor de libertação hipofisário). A TSH leva à produção de tiroxina (T4) e de uma pequena fracção de triiodotrina (T3).

A produção tecidual de T3 significativamente aumentada pela estimulação de receptores B-adrenérgicos, podendo no entanto em situações de carência nutricional, febre ou situações oncológicas, estar diminuída. Quando se impõe uma economia de precursores iodados, pode verificar-se a sua síntese de forma preferencial na glândula tiróide (Soares Fortunato, 1973), em relação à tiroxina. Habitualmente a sua produção depende da velocidade de síntese glandular (sendo esta um factor limitante), modulada por estimulação central do hipotálamo, através da TRH.

O sistema imunitário é afectado pelo stress, correspondendo a uma redução das defesas (Coelho, 2000; Habib, 2000). O sistema imunitário encontra-se por todo o organismo e é constituído por estruturas linfóides, isto é relacionadas com a linfa e na qual se encontra o plasma e os glóbulos brancos (Habib, 2000). As estruturas que formam o sistema imunitário são responsáveis pela elaboração de elementos celulares e humorais com

capacidade para combater os agentes infecciosos. O Sistema Nervoso pode afectar o sistema imunitário directamente, por meio das conexões nervosas que unem o cérebro aos órgãos linfóides, e indirectamente através da libertação de hormonas, nomeadamente a hormona do stress (Habib, 1989).

Segundo Habib, M., (2000), as diversas hormonas libertadas devido ao stress actuam todas no desenvolvimento do sistema imunitário e têm papel modulador da resposta imunitária. O que se conhece há mais tempo é o papel das hormonas supra-renais e da corticotropina hipofisária (ACTH), sendo a sua acção no conjunto uma depressão da resposta imunitária. A hormona do crescimento e a tiroestimulina (TSH) têm uma actividade estimulante do sistema imunitário. Também as endorfinas teriam um papel imunomodulador.

As influências directas do sistema imunitário são múltiplas. Na cobaia, as lesões do hipotálamo anterior deprimem a actividade imunitária, ao passo que as lesões do sistema límbico (hipocampo, amígdala, etc.) têm o efeito inverso. Também, vários trabalhos recentes mostraram que a ablação do córtex cerebral no rato modifica certas respostas imunitárias. Curiosamente, parece haver, neste animal, uma espécie de dominância cerebral da imunorregulação, tendo as lesões corticais esquerdas um efeito supressor e as lesões direitas um efeito facilitador (Habib, M.2000).

Entre as reacções dum organismo face a um estímulo que ameaça a sua integridade, o medo e a ansiedade dependem de mecanismos semelhantes e implicam provavelmente estruturas comuns (Habib, M., 2000). Estas estruturas foram estudadas graças à utilização experimental de substâncias químicas cujo efeito específico sobre a ansiedade é conhecido, os ansiolíticos ou tranquilizantes (em particular as benzodiazepinas).

O medo é uma das manifestações mais frequentes da epilepsia temporal e registam-se muitas vezes reacções de medo quando se estimulam estruturas límbicas e do hipotálamo anterior (Habib, M., 2000).

J.A. Gray, (citado por Habib, M., 2000), atribui uma importância especial ao hipocampo na sua abordagem da ansiedade. De acordo com as suas experiências no animal, concluiu que o sistema septo-hipocámpico desempenha um papel de “preditor” e de “comparador” do que se espera com o que acontece. Quando o se trata de um acontecimento de natureza aversiva ou não correspondente à expectativa, este sistema produz um efeito estereotipado de inibição comportamental associado à acentuação da vigilância, efeito abolido pelos ansiolíticos e portanto assimilável à ansiedade. A ansiedade aparece aqui como a consequência de estímulos quer naturalmente aversivos quer significativos, por condicionamento, de punição ou de não recompensa, quer, ainda, em certos casos de estímulos simplesmente novos (Habib, M., 2000).

Resumindo, considera-se o “stress” como uma resposta sistémica relacionada como o corpo e a mente (Coelho, 2000). Esta resposta é dada a qualquer exigência excessiva física ou psicológica, o que vai desde o medo a acontecimentos de vida (Wolpert, 1999). A resposta ao stress engloba o sistema nervoso simpático e o sistema endócrino. A interacção entre o hipotálamo, pituitária e supra-renais constitui o sistema HPA, com a seguinte configuração: o “stress” age sobre o hipotálamo que segrega corticotrofina (CRH) no sistema circulatório da pituitária; o CRH, em segundos força a pituitária a libertar a hormona adrenocorticotrófica (ACTH), a qual desencadeia a libertação de adrenalina e cortisol pelas supra-renais.

A resposta hormonal ao stress consiste, resumindo, num aumento da secreção da adrenalina, da noradrenalina e do cortisol e por uma diminuição da GH (hormona do crescimento) e da LH (hormona luteinizante), sujeitas a variações individuais, associando-se frequentemente algumas endorfinas (Haynal A., Pasini, W., Archinard, M., 1998).

Os glucocorticoides – hormonas do stress, como a hidrocortisona e o cortisol são hormonas com grande influência na síntese da serotonina. Em particular, a alteração da concentração do cortisol (cujos níveis são normalmente elevados de manhã e baixos à noite), tem como efeitos ao nível do cérebro, a destruição de neurónios do hipocampo, o que conduzirá a défices de memória.

Ainda que as informações clínicas citadas informem da presença de disfunções orgânicas que podem merecer a atenção médica, na realidade o stress tem sido considerado habitualmente como um estado de risco biológico e com frequência tem sido invocado como factor precipitante de algumas doenças.

São exemplo de disfunções e doenças relacionados com a activação autónoma, avaliadas a partir dos níveis sanguíneos da adrenalina noroadrenalina, da frequência cardíaca e da tensão arterial: a asma brônquica, a tosse psicogénea, enfarte do miocárdio, síncope vasovagal, cefaleia tensional, disfunções da motilidade esofágica, dispepsia não ulcerosa, cólon irritável, as disfunções sexuais, a obstipação idiopática, a proctalgia e a fibromialgia. No entanto para ser considerado estado de stress, a activação autónoma tem que estar associado à activação neuroendócrina e a inibição imunológica e comportamental. Em qualquer caso, trata-se de relações entre a activação simpáticosuprarenal e a aparição ou exacerbação de sintomas e disfunções de gravidade variável, salvo no caso do enfarte do miocárdio em que a activação autónoma pode determinar a sobrevivência (Valdés, M., 2000).

As relações entre stress e enfarte do miocárdio são inequívocas a julgar pelas relações directas entre acontecimentos stressantes (por exemplo: bombardeamentos ou terremotos) e o aumento da prevalência dos acidentes coronários (Meisel et al., 1991; Kloner et al., 1997, citados por Valdés, M. 2000).

O stress mental quotidiano-manifestado por sensações de tensão, frustração e tristeza – duplica o risco de isquémia miocárdia na hora a seguinte à avaliação (Gullette et al.,

1997, citados por Valdés, M., 2000). Os resultados informam que a isquémia miocárdia é mais durável em períodos de tensão, de irritabilidade e de cólera.

Porém, ainda que os pacientes coronários tendam a responder cardiovascularmente, não se pode afirmar que uma maior reactividade cardiovascular implique um maior risco coronário (Valdés, M., 2000).

Podem também observar-se os efeitos da actividade autónoma na asma brônquica, cuja fisiopatologia é muito dependente da actividade vegetativa e, portanto, dos estímulos emocionais (Sriram y Silverman, 1998, citados por (Valdés, M., 2000). No entanto, outros autores referem que estas crises asmáticas não se associam a modificações nos parâmetros fisiológicos objectivos (resistência aérea, volume respiratório máximo, capacidade vital forçada e fluxo respiratório médio) apresentando unicamente manifestações subjectivas de aflição, medo e apreensão.

A activação neuroendócrina (prolactina, glucose, cortisol) está relacionada com a aparição ou a exacerbação da hiperglicémia, da diabetes, das alterações menstruais (dismenorreia e amenorreia) e com alterações tiroideias como o hipertiroidismo (Armario et al., 1996, Felker, Hubbard, 1998, citados por Valdés, M., 2000). Outros autores (Valdés M., De Flores, 1990, e La Via, Workman 1998, citados por Valdés, M., 2000) referem que também existem provas das relações entre a inibição imunitária (depressão da imunovigilância) e as infecções respiratórias agudas, reacções alérgicas e recorrência do vírus do herpes (considerado como marcador biológico do stress"). Na população de pacientes submetidos a stress prolongado, existe ainda uma mortalidade muito maior que na população em geral e um risco mais alto de padecer de enfermidades neoplásicas.

As investigações sobre a relação entre stress e cancro são pouco fecundas por razões de conceito e método. Para muitos investigadores, stress, ansiedade e depressão são sinónimos de "stress emocional", de forma que é difícil saber se se referem a estados biológicos específicos ou de síndromes psiquiátricas classificadas de acordo com as nosologias vigentes (Valdés M., 2000).

Em geral, a linha de investigação mais aceitável é a que estuda as relações entre estilos expressivos e comportamentos – indicadores de subsistemas biológicos que regem a adaptação do sujeito – e a probabilidade de apresentar neoplasias. O estilo atitudinal e de conduta melhor estudado neste sentido é o padrão C de comportamento (Temoshok, Fox, 1984; Temoshok, 1990, citados por Valdés, M, 2000), que descrevem um estilo de interacção paciente e apazível, extremamente cooperador, conformista, passivo e não assertivo, com controle das emoções negativas, em particular, das indicadoras de agressividade. Este padrão de comportamento é avaliado mediante a observação com uma entrevista estruturada e considera-se indicativo da regência funcional do sistema inibidor da acção (SIA), que é o subsistema que inibe o comportamento e regula a psicobiologia do medo, da ansiedade e do stress.

Valdés, M., 2000, refere a partir dos estudos de Temoshok et al. (1985), que os sujeitos com padrão C de comportamento têm melanomas de pior prognóstico apresentando mais complicações evolutivas e que, têm cinco vezes mais probabilidades de sofrer de cancro do pulmão que os sujeitos não C. (Eysenck, 1991).

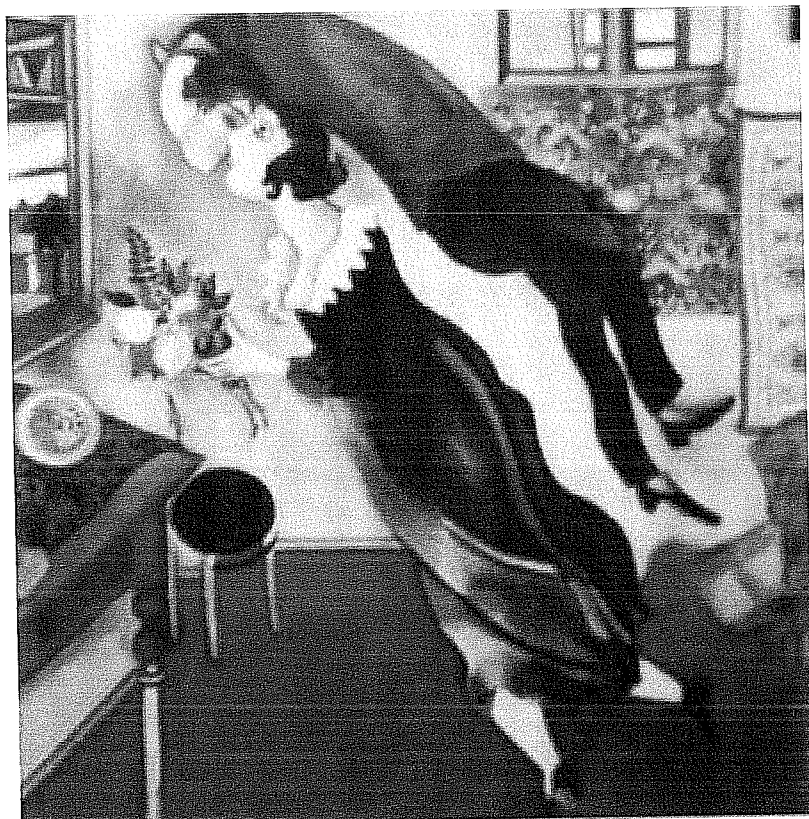
Johnson e Gentry, 1992, (citados por Valdés, M., 2000), estudaram a contenção da expressão emocional – em particular da cólera (raiva amordaçada) -, a partir das suas possíveis relações com a hipertensão como estado antihomeostático, tendo em atenção a descrição do hipertenso como possuindo um padrão C de funcionamento – sensível, sociável e submisso. Concluíram que existem relações inequívocas entre a hipertensão arterial moderada e a supressão das expressões emocionais indicativas de hostilidade, cólera e agressividade.

Roger Pitman, 1996 (citado por Niehoff, 1999) verificou que nos veteranos da guerra do Vietname havia défices de memória e diminuição do volume do hipocampo.

Nos sujeitos com diagnóstico de Perturbação de stress pós traumático (PTSD- Post Traumatic Stress Disorder), verifica-se uma aumento de norodrenalina na urina, uma diminuição dos receptores de norodrenalina, uma diminuição da actividade da enzima

monoamina oxidases e no geral o sistema de alarme ao nível do cérebro sofre uma disfunção múltipla (Niehoff, 1999).

É também importante referir os estudos de Sobrinho e al. (1999), sobre respostas hormonais e neurovegetativas durante os estados modificados de consciência: o cortisol responde de forma intensa e prolongada à revivenciação de situações traumáticas reais. As vivências em registo onírico (fantasias), mesmo quando o conteúdo manifesto é descrito como traumático (com presença de fortes emoções como choro, riso, raiva, excitação sexual) não provocam resposta do cortisol; muitas das vezes, a hormona de crescimento parece obedecer a um ritmo biológico intrínseco, provavelmente relacionado com as suas funções anabólicas, existindo supressão desse ritmo em situação de stress prolongado; observou-se também uma resposta intensa na secreção da prolactina a conteúdos relacionados com medo, sensualidade e maternidade.



'O Aniversário'
Marc Chagall

Estados Alterados de Consciência

2.3. Estados Alterados de Consciência (EAC)

Considera-se que existe um estado alterados de consciência sempre que exista uma modificação na experiência subjectiva ou funcionamento psicológico, reconhecido pelo próprio ou um observador, em relação a certas normas gerais para um determinado indivíduo (Kokoszka, 1987). Os estados de consciência são pessoais e por isso subjectivos, sendo os conhecimentos obtidos nesse estado específicos desse mesmo estado. Apresentam características compreensíveis e verbalizáveis, que ocorrem raramente durante o estado de vigília normal (Simões et al, 1986). Nestes estados modificados de consciência (EMC), nos quais, nem sempre existe obnubilação da consciência, não são respeitados os paradigmas da lógica formal, nomeadamente da continuidade espaço-tempo e da contradição, nem os da causalidade linear ou da psicologia da consciência do Eu (Sobrinho et al, 1999). Também existem alterações na concentração, na atenção, na memória e no juízo crítico – as alterações no funcionamento da memória são parcialmente responsáveis pela perda da vigilância crítica (Spiegel, 1994/2000). Os EMC também podem produzir erros, ilusões, “falsas” memórias, etc.

Os estados modificados de consciência parecem romper também com o pressuposto da consciência como produto exclusivo do cérebro. Alguns dados da observação clínica fazem pensar que não existe uma sobreposição entre consciência e cérebro e que estas estruturas são relativamente independentes, pois certas doenças orgânicas cerebrais não são susceptíveis de alterar sempre o pensamento, como tumores cerebrais. Por exemplo, as pessoas apesar do tumor cerebral, podem ainda falar e raciocinar correctamente. Segundo Osswald (1986), a consciência sem patologia (funcional), não é susceptível de vir a ser modificada nos seus conteúdos (pensamentos) por psicofármacos não psicodislépticos.

Um suporte desta hipótese encontra-se em Penrose (1989) – "o cérebro não seria suficientemente complexo para explicar a consciência" – e em LeDoux (1994), de modo experimental, para a memória afectiva.

Os Estados Modificados de Consciência apresentam características próprias dos estados oníricos ou crepusculares – “twilight states” (Budzynski, 1986). Geralmente têm uma duração de minutos ou horas, o que os diferencia de doenças psiquiátricas. Em estado modificado de consciência predomina o pensamento emocional, com uma lógica própria – lógica simétrica.

Outras características ou leis dessa lógica afectiva das vivências (sentimentos cognitivo-emotivos) ou pensamento emocional podem ser enunciados (Walsh, R., 1981, citado por Simões, M., & Peres, J., 2003):

- 1) Intermitível (por exemplo, se alguém não gosta do meu clube é semelhante a não gostar de mim);
- 2) Está em contínuo fluxo, é impermanente e efêmero (as configurações);
- 3) Complexo (em oposição à lógica do pensamento racional) – lógica assimétrica;
- 4) A causal, mas não anti-causal, isto é, transcendendo causa e efeito e ultrapassando uma compreensibilidade dentro dos modelos tradicionais de causalidade;
- 5) Global e autoconsistente, isto é, nenhum dos seus componentes ou processos é mais importante que outro e por isso inexplicável em termos de processos fundamentais;
- 6) Estatístico e probabilístico, isto é, não é exacto (mensurável) nem predizível;
- 7) Paradoxal, mais que total e intelectualmente compreensível, codificável e até comunicável (inefabilidade das experiências místicas);
- 8) Função da consciência, não se separando dela como seu conteúdo.

No pensamento emocional incluem-se, o pensamento mágico, o pensamento mítico e o pensamento místico, surgindo naturalmente, dentro ou fora de um estado modificado de consciência.

Uma ampla introdução aos conhecimentos actuais sobre a história, teorização e utilização dos estados modificados de consciência em psicoterapias, encontra-se em Simões, M., (1996) e também em Simões, M. et al. (1999/2003).

A utilização dos estados modificados de consciência em psicoterapia tem nos seus pressupostos uma mudança do paradigma científico habitual (Kuhn, 1962). Não se nega a necessidade do método científico para o avanço da ciência e confirmação de hipóteses, mas como conforme propõe Popper (1962) para esse mesmo avanço da ciência não é necessário provar que algo ocorra de acordo com a hipótese, mas provar que a hipótese é falsa. Enquanto não se refutar experimentalmente ou objectivamente a hipótese anterior existe o direito de a usar em ciência se disso houver benefícios para a humanidade. Tal se passa assim com muitas terapias médicas actualmente. Assim se pode entender o que se passa com os estados alterados de consciência e sua aplicação em psicoterapia. A sua utilização, tendo em conta os resultados já existentes, deve ser considerada e apreciada. É ainda um meio de investigação para a compreensão do indivíduo e do estar no mundo (Simões, M., & Peres, J., 2003).

Reconhecem-se hoje vários estados de consciência, fisiológicos e induzidos. Entre os primeiros refiram-se os estádios do sono, REM incluído e o estado de vigília e, entre os últimos, os induzidos por meios psicológicos, químicos e físicos. Todos têm sido objecto de um estudo experimental e fenomenológico (Simões, M., et al, 1986), permanecendo, no entanto, muitos aspectos por esclarecer.

Os sonhos são o primeiro acontecer espontâneo imaginário. Através de uma fantasia activa, o paciente pode utilizar os mesmos elementos do sonho – impulsos, afectos, ausência de coordenadas de tempo, novas combinações de elementos da realidade – como estratégia para modificar a realidade e conciliá-la consigo próprio, permitindo, assim, abalar a cronicidade.

Se o sono e sonho se encontram relativamente bem caracterizados de um ponto de vista neurofisiológico, já o mesmo não se passa com os estados modificados de consciência induzidos pela palavra. Estes, como por exemplo o Treino Autógeno de Schultz (Schultz & Luthe, 1959), Sonho Acordado de Desoille (1955) ou o Vivenciar Catafímico de Imagens de Leuner (1970), de um modo ou de outro fazem apelo às técnicas de indução e relaxação usadas em hipnose. Esta, até hoje, tem escapado a uma caracterização

neurofisiológica específica (Spiegel & Vermuten, 1994), que permita "identificar um sinal traduzindo com certeza a entrada em hipnose" (Stengers, 1993).

2.3.1. Caracterização emocional e endocrinológica nos EAC

As reacções neuroendócrinas ao stress psicológico nos seres humanos têm sido muito estudadas. Foi publicada recentemente uma revisão muito completa (Biondi & Picardi, 1999) que resume as investigações efectuadas nesta área nas últimas duas décadas. Nestes estudos, os níveis hormonais foram medidos em indivíduos expostos a estímulos normalizados, supostamente causadores de stress, ou durante situações de vida tipificadas. Outras variáveis como a intensidade do stress, personalidade e estilos de coping ou apoio social foram, ou não, consideradas. Concluiu-se que vários estímulos activam a secreção de catecolaminas. O aumento de cortisol é menos constante. A activação das secreções de prolactina ou de HC são ainda menos consistentes (Sobrinho, L., et al. 2000).

A resposta clássica ao "stress", consiste na activação do sistema simpático-adrenomedular e do eixo hipotálamo-hipófise-supra renal (HPA). Com a excepção da supressão gonadal, também parte das descrições clássicas do stress (Selye, 1952, citado por Sobrinho, L., et al. 2003), outras alterações endócrinas, mesmo quando observadas, não têm lugar na teoria do stress e não lhes tem sido atribuído valor adaptativo (Fisher & Brown, 1991 citado por Sobrinho, L., et al. 2003). Há que ter em atenção que as alterações hormonais do stress foram inicialmente descritas em modelos de agressões físicas grosseiras – injeção de tóxicos, fracturas, hemorragias, etc. Porque se observavam alterações hormonais semelhantes às do stress físico em agressões apenas psicológicas – imobilização forçada de ratinhos ou exposição destes a choques eléctricos – o conceito de stress passou a incluir as respostas a agressões psicológicas. No entanto, o paralelismo entre o stress físico e psicológico deve ser observado com prudência. A activação do HPA no stress físico é desencadeada pelo processo inflamatório ou por perturbações metabólicas graves (hipovolémia, hipoglicémia, etc.). O valor adaptativo da

activação do HPA, para além da reposição do volume sanguíneo e da glicémia, consiste no retro-controlo negativo da resposta inflamatória (Munck, et al, 1984, citado por Sobrinho, L., et al. 2003).

O valor adaptativo dos níveis aumentados de corticosteróides durante o stress psicológico depende provavelmente das suas acções ao nível de estruturas neurais, incluindo o hipocampo, que afectam o processo de aprendizagem (Roozendaal, 2000, citado por Sobrinho, L., et al. 2003).

A prolactina, por seu lado, vai activar o comportamento maternal e a produção de leite – ambos adaptativos ao comportamento maternal. Valores elevados de prolactina ou galactorreia têm sido associados a stress psicológico, à pseudo-gravidez, à amamentação de crianças adoptadas e, em animais, a situações em que, fêmeas ou machos, são chamados a desempenhar uma função parental (Sobrinho, L., 1991). Foi recentemente publicado um artigo que re-analisa o papel da prolactina como parte de uma subrotina neuroendócrina adaptada à função parental. Esta subrotina parece ser activada em algumas alterações psicológicas com componente somático (Sobrinho, L., 2001).

2.4. Terapias Regressivas

Neste estudo, a abordagem do imaginário ligado às sessões denominadas de “associações livres” foi executada segundo os princípios retirados das inicialmente chamadas “Terapias Regressivas” e dentro destas, mas especificamente a Técnica Peres. Nesta designação postulava-se que um eventual “trauma” inicial, situado num passado remoto, seria a causa de problemas actuais. Retoma-se no geral, a formulação clássica da Psicanálise. A designação posterior de “Terapia Regressiva a Vidas Passadas” traduzia uma formulação para eventos que surgiam durante as regressões de memória, cujo conteúdo não tinha explicação racional e localizados pelo paciente em supostas vidas passadas. Na realidade surgiam conteúdos vivenciais, que nada tinham em comum com a

história de vida do paciente e frequentemente remetidos para um outro tempo distanciado do século actual e localizados em outros espaços geográficos (Simões, M., & Peres, J., 2003).

O conceito de terapia de orientação regressiva nasce dentro da Psicologia Transpessoal. Segundo Lajoie, D., Shapiro, S., (1992): “*Transpersonal psychology is concerned with the study of humanity’s highest potential, and with the recognition, understanding, realization of unitive, spiritual, and transcendent states of consciousness*”.

Para Simões, 1996, a Psicoterapia Regressiva pode ser definida, por exemplo, como “(...) *the treatment, diagnosis, testing, assessment, or counselling in a professional relationship to assist individuals or groups to emotional, relationship or attitudinal conflicts, or modify behaviours which interfere with emotional, social or intellectual functioning*”. Ou ainda como uma psicoterapia que, com ou sem indução, procura que o sujeito vivencie sob Estado Modificado de Consciência, a experiência que, real ou simbolicamente, esteve na origem – total ou parcial – da Perturbação Mental, Psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual *catarse*, que liberte tensões disfuncionais. A *catarse* associada à real ou simbólica descoberta do problema permite uma reestruturação imediata do sujeito – orientada ou espontânea – em termos cognitivos e emocionais e, *a posteriori*, comportamentais. Em resumo, trata-se de uma reestruturação cognitiva e emocional do conteúdo vivenciado – real, imaginário, ou simbólico – realizado de modo personalizado e com intenção terapêutica.

As regressões, em Estado Modificado de Consciência, levam o indivíduo a vivências que o próprio identifica como pertencendo à sua infância, vida perinatal e, algumas vezes a supostas “vidas passadas”. Trata-se de atribuições do próprio indivíduo em EMC, isto é, de uma verdade subjectiva. O próprio indivíduo ou alguém interessado poderá verificar a veracidade destes conteúdos, se tal for possível (Simões, M., & Peres, J., 2003).

Sabe-se hoje, que memórias de um passado remoto ou recente são reconstruções de recordações, o que não invalida a veracidade daquelas memórias (Rosenfield, I., 1994, citado por Simões, M., Peres, J., 2003),

No entanto, se se tiverem em conta alguns conhecimentos da estrutura espaço-tempo, pode também admitir-se que uma “reencarnação do passado ou futuro somos também “nós” falando connosco”, (Toben, Wolf, 1986, citados por Simões, M., Peres, J., 2003),

Refira-se, ainda, que algumas regressões se situam em tempos pré-históricos, do domínio da lenda ou de conotação com a ficção científica (Tendam, 1993).

2.5. Visão Psicossomática

Frantz Alexander (1989) defende a especificidade do conflito, em relação com a doença orgânica; F Dunbar (1943) que enfatiza personalidade pré-mórbida que condiciona o aparecimento da doença e o seu maior ou menor impacto no organismo; Alexander utiliza o conceito de “neurose de órgão” e usa dados da psicofisiologia e conclui que para que surgisse uma doença psicossomática exigiria-se a presença de um conflito intra-psíquico específico; uma vulnerabilidade orgânica e uma situação de vida que coloca em jogo o conflito essencial da pessoa.

Para Pierre Marty (1990) e a escola psicossomática de Paris, o homem é psicossomático por definição e delinea o conceito da unidade mente/corpo. O que está em causa é a ausência da vida fantasmática do sujeito. Não haveria, por conseguinte, uma personalidade pré-disponente para cada doença, mas antes um funcionamento mental psicossomático comum, ou seja: pensamento operatório, ausência da plasticidade fantasmática e onírica, uma pseudo adaptação social, identificação ao objecto e um estabelecimento de uma relação branca (discurso cingido à realidade e distanciamento afectivo) com o terapeuta.

Segundo Marty existe um estado que predispõe à somatização que designou por “depressão essencial”, que seria o resultado de uma reacção a sentimentos de desespero ou abandono vividos devidos a uma experiência traumática ocorrida na infância muito precoce. Distingue-se de outras depressões pela diminuição da dinâmica mental - deslocamento, condensação, introjecção, projecção, identificações, vida fantasmática e

onírica. Funcionar pelo pensamento operatório será a solução encontrada pela criança para se reequilibrar psicicamente. Se na vida adulta ocorrerem acontecimentos da mesma natureza, existirão então grandes possibilidades de o traumatismo se repetir e impossibilitar a sua elaboração por parte do sujeito. Trata-se de um grave risco para o adoecer físico.

Esta posição teórica não assenta pois no modelo freudiano da conversão histérica. Tudo se passa como se o corpo fosse directamente o ponto de impacto dos fenómenos pulsionais desencadeados, como se as pulsões, privadas de um trabalho de elaboração mental, vão atingir directamente os órgãos. Este tipo de funcionamento, caracterizado pela pobreza do imaginário, impede a elaboração mental dos conflitos e o próprio sofrimento psíquico, pelo que o sujeito adoecer fisicamente.

Para Sami-Ali (1987) a Psicossomática é uma maneira de pensar a totalidade do ser humano enquanto unidade. Pretende compreender a unidade do funcionamento através da multiplicidade dos sintomas. Tem sempre em conta a necessidade de encontrar um elo entre as diferentes expressões sintomáticas, opondo-se assim à abordagem de encontrar perfis de personalidade de Dunbar. A sua teoria psicossomática (1987), apresenta-se sob a forma de doze pares de conceitos antitéticos e foi concebida a partir do imaginário, sendo este uma função cuja constituição é mediatizada pela relação precoce entre a mãe e o bebé, determinando o imaginário positivamente e negativamente todo o funcionamento psicossomático. Estes doze pares de conceitos antitéticos, esboçam pela sua oposição, as dimensões fundamentais do fenómeno da somatização. A saber:

1. Corpo real / corpo imaginário;
2. Sentido primário / sentido secundário do sintoma orgânico;
3. Imaginário (projectão) / banal (ausência de projectão);
4. Função psicossomática constituída / função psicossomática em vias de constituição;
5. Regressão / impossibilidade de regressão;
6. Sistema neurótico ou psicótico (formação simbólica) / equivalente orgânico de um sintoma neurótico ou psicótico;

7. Recalcamento conseguido / recalçamento falhado;
8. Recalcamento de um conteúdo imaginário / recalçamento da função do imaginário;
9. Impasse ultrapassado (psicose) / impasse inultrapassável (solarização)
10. Causalidade linear / causalidade circular;
11. Solarização reversível / solarização irreversível;
12. Passagem do psíquico ao somático / passagem do somático ao psíquico;

Sami –Ali ao questionar-se das condições em que se dará a repressão da função do imaginário indutora de um adoecer no corpo real, elabora um modelo de adoecer Psicossomático – a Teoria do Impasse. Esta teoria está fundamentalmente ligada à impossibilidade de resolver os conflitos relacionais, internos e externos. A experiência de Sami-Ali mostrou-lhe haver sempre uma situação de impasse, quando se trata de uma doença orgânica grave. Caracteriza a situação do impasse como uma situação conflitual em que se faça o que fizer, não existe solução, seja porque todas as soluções se agrupam e encaixam repondo o mesmo problema – círculo vicioso, ou porque estas se anulam mutuamente (paradoxo). Concebe ainda a somatização não histórica em função de uma situação de impasse (conflito sem saída possível) cuja estrutura lógica é a de uma contradição que fecha todas as saídas e que é simultaneamente não elaborável, um conflito próximo do impensável psicótico.

Milheiro (1999), afirma que “...criamos progressivamente uma imagem do corpo, uma representação mental do corpo que instalamos dentro de nós, a qual desempenha papel preponderante com múltiplas situações (...), essa construção sustenta um alicerce fundamental da estrutura básica, física e mental, de cada personalidade”.

Segundo Fain, 1971 (citado por Sá, E. et al. 2005), as perturbações psicossomáticas encontram-se em indivíduos cujas potencialidades psíquicas não estão a ser usadas no seu potencial máximo, o que inviabiliza o desenvolvimento de defesas mentais, levando ao aparecimento de sintomas. Os sujeitos com maior predisposição para a somatização compensam temporariamente esta falha através de padrões de comportamento centrados

na percepção dessa mesma falha. Essa postura permite que mantenham um desempenho adequado, apesar da perturbação da sua estrutura psíquica.

Coimbra de Matos, 1981 (citado por Sá, E., et al. 2005), refere-nos: “a chamada doença psicossomática” – que tendo a sua origem profunda na psiché, se exprime principalmente pelo disfuncionamento ou mesmo lesão do soma – apresenta-se numa biografia e num estar no mundo relativamente silentes de sofrimento psíquico e sem ruídos adventícios no desenrolar social. O conflito interno-mental – ou externo-social – deriva sobre o corpo, escoá-se nas suas alterações e “fala” pela sua linguagem.

Para Coimbra de Matos (2000), a chave do sofrimento psíquico está na relação com maus objectos interiorizados; isto é, com objectos aceites simplesmente porque eram aqueles de que a criança dispunha e dependia; quer dizer ainda, maus objectos a que o indivíduo ficou fixado e de que não conseguiu libertar-se, por deles necessitar. Estes objectos malignos perturbariam toda a harmonia interna possível através da experiência relacional com melhores objectos, porque a libido disponível é escassa, retida que está em grande parte nesses objectos infantis, e porque a abertura para o mundo objectal, dada a experiência negativa do passado está coarctada. E o indivíduo, ou se retira narcisicamente (para os restos de bons objectos que guarda) – é a evolução depressiva, aquela em que predomina a desistência-, ou tem uma relação de desconfiança, tímida (quando prepondera a projecção dos maus objectos) – é a evolução fóbica, aquela em que predomina o medo.

Na primeira linha de defesa relacional – a linha depressiva – encontra-se, para além da depressão, a organização histérica e obsessiva. Na segunda linha – a da ansiedade – observa-se, para além da esquizoidia, a fobia e a paranóia (Coimbra de Matos (2000)). A sua observação psicanalítica tem demonstrado que existem dois parâmetros fundamentais: o da depressão – ou fixação aos maus objectos da infância – e o da ansiedade – ou projecção desses maus objectos. A melancolia e a esquizofrenia seriam os pontos extremos dos dois processos psicopatológicos.

A articulação ou passagem de uma linha evolutiva para outra é sempre possível e, em regra, em termos evolutivos próximos.

O seguinte quadro pode assim ser organizado:

Linha depressiva:	Melancolia	–	Neurose obsessiva	–	Histeria
	↓		↓		↓
Linha ansiosa:	Esquizofrenia	–	Paranóia	-	Fobia

Segundo Matos, A.C., (2003), os factores afectivos e relacionais implicados na etiologia e patogenia do adoecer psicossomático são idênticos aos de toda a patologia mental de natureza relacional. Estes factores causais derivam, emergem de uma relação intersubjectiva (que se estrutura ou não como intra – subjectiva) que pode ser sadia ou patológica. Estes factores mórbidos resultam mais – consoante os contextos e circunstâncias – da necessidade, desejo ou apelo do sujeito; ou da atracção, estímulo ou resposta do objecto.

Existe, porém, variáveis mais ou menos específicas para certos quadros clínicos ou nosológicos dependentes da época desenvolvimental (períodos sensíveis), do estado mental de base (*psico-estática*), da conflitualidade dominante (psicodinâmica), das funções mentais em vigência, da conjuntura situacional, etc., (Matos, A. C., 2003).

Segundo Matos, A.C., (1999), “a personalidade psicossomática define-se como uma estrutura pré-depressiva dependente de uma falha empática precoce. O bebé, por falência do continente materno (aparelho psíquico da mãe), não desenvolve a capacidade de intropatia (leitura dos próprios afectos e interacções) abortando o seu desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico. A capacidade de reconhecimento do outro, o

diferente e estranho fica, ela também embotada. Não se desenvolve, então, uma relação de intimidade fina e discriminante (diacrítica), mas grosseira e indiferenciada (protopática), monótona e desinteressante, feita à custa de um esforço adaptativo”.

O sujeito quando em perda, desiludido, não tem acesso à verdadeira depressão psíquica, que lhe permitiria o reconhecimento da falta e a sua respectiva elaboração (trabalho depressivo). É uma depressão falhada, acontece apenas a depressão biológica, “*a retirada conservadora*”, com fraca capacidade de resposta aos estímulos “*agressígenos*”; falha a adaptação biológica, instala-se a doença (Matos, A.C., 2001).

Como em toda a depressão, o desencadeante recente ou remoto da doença psicossomática manifesta é uma perda afectiva que não é reconhecida, desenvolvendo-se apenas a reacção biológica da luta pela sobrevivência (Matos, A.C., 2003).

A estruturação do narcisismo primordial situa-se mais ou menos entre os três e os oito meses. Inicia-se com a resposta ao sorriso da figura de vinculação; esbate-se com o aparecimento das primeiras reacções de vergonha – “*a dobra narcísea*”, a partir da qual se começa a esboçar a consciência “*narcísea*”, o medo de ser risível, objecto de troça, só atingindo o pleno desenvolvimento na fase genital precoce, que ocorre entre os dezoito e os trinta e seis meses (Matos, A.C., 1999). O estado mental seria o de espanto, que precede o conhecimento; o conflito psíquico predominante é entre o desejo e o medo do objecto. A conjuntura é a relação binária, pois não chegou ainda à triangulação, com apreensão da relação entre os outros. O sujeito está numa relação angular ou bifocal, que se segue à relação linear com a mãe.

Um segundo aspecto importante da patologia psicossomática diz respeito mais à patogenia do que à etiologia propriamente dita – seria a resposta, patológica e patogénica, à carência/insuficiência do investimento primário no sujeito (Matos, A.C., 2003). À lacuna ou falha narcísica básica ou primária vai o indivíduo responder por um duplo comportamento:

a) Submissão e conformismo – o seguidor do objecto-lei/norma/modelo, abdicando de qualquer autonomia (norma própria)

b) O certo e o correcto, objectivo, preciso, conciso e adequado – prisão à realidade.

É todo um “*desenvolvimento alternativo*”, que constitui um “desvio desenvolvimental”: conformismo-adaptação, sujeição à lei do objecto (*heteronomia*), à razão lógica e experimental (Matos, A.C., 2003); fica pouco ou nenhum espaço para o desejo próprio, assim como para a fantasia e a lógica dos afectos. Donde, o pensamento neutro (sem desejo) e literal (nunca figurado ou simbólico). A dimensão relacional e afectiva perdeu-se.

O carácter narcisomaníaco é o suporte, que protege a fragilidade destes pacientes.

A depressão não vivida, em que o indivíduo não sente a dor, a mágoa, o abatimento e a tristeza, a culpa e a desvalorização, é também uma depressão não elaborada. Não existiu um trabalho depressivo de acesso e compreensão da relação “depressígena” em que o sujeito se sentiu maltratado pelo objecto e também não se pressentiu a relação de economia passiva e depressivante, na qual o sujeito sempre deu mais do que aquilo que recebeu do objecto, relação de “hemorragia e esgotamento narcíseos”, (Matos, A. C., 2003).

O Dr. Coimbra de Matos defende, que se trata sobretudo de uma relação que falhou como sinal e sintoma de alerta para uma situação relacional externa e interna de mortificação e morte, uma vivência insustentável – e só sustentada pela inconsciência primária ou secundária – defensiva de grande parte do seu conteúdo, ameaçador e demolidor. Depressão que falha no seu propósito de provocar mudança, já que não foi vivida enquanto acontecimento psíquico – depressão falhada.

O ponto culminante de tentativa de resolução da patogenia mental que suporta a patologia psicossomática envolve a “deflexão dos instintos / pulsões” – agressividade e líbido – com circulação pela mente e que deriva para a relação (Matos, A. C., 2003). O psicossomático viveria assim um impasse afectivo e relacional: não ama, nem odeia; apenas está (na verdade sem estar) na relação.

2.6. Caracterização da Personalidade através de Técnicas Psicológicas

2.6.1. A Entrevista

A entrevista psicanalítica de avaliação é importante não só por representar um momento crítico de escolha do paciente e do analista...mas também porque se encontra em microcosmo muito do que irá surgir durante o tratamento, (Bateman & Holmes, 1998).

Existem duas vertentes na entrevista de avaliação: uma tentativa empática por parte do analista de perceber a natureza do estado do paciente e um esforço mais distanciado de estimar os seus pontos fortes e fracos, (Bateman & Holmes, 1998).

Segundo Tyson & Sandler, (1971), citados por Bateman & Holmes (1998), o termo analisável pode querer dizer “compreensível” ou “tratável”, que são termos diferentes. Para muitos pacientes uma entrevista de avaliação pode ajudar a clarificar e esclarecer as suas dificuldades, ainda que a decisão final seja contra a psicanálise ou outra psicoterapia como forma de tratamento. O objectivo da entrevista é fornecer informação relevante suficiente e introduzir tanto paciente como analista na experiência de trabalhar terapêuticamente com vista a permitir-lhes decidir como proceder, (Bateman & Holmes, 1998).

A entrevista tem dois objectivos, a saber, recolher informação factual relevante e ao mesmo tempo criar uma atmosfera na qual o material inconsciente possa emergir. Ao evitar toda e qualquer questão poderá perder-se informação importante; se houver um predomínio das questões directas, as respostas serão pouco elaboradas.

Na abertura da entrevista, o terapeuta (ou o analista) irá proceder de um modo relativamente padronizado com cada paciente; o jogo intermédio irá abranger as tentativas de interpretação e a observação do seu impacto afectivo; e a finalização do jogo irá implicar o juntar dos fios para chegar a uma decisão referente ao tratamento, (Bateman & Holmes, 1998).

Segundo Thoma e Kachele (1987), citados por Bateman & Holmes (1998), a entrevista começa no momento, ou mesmo antes, em que o analista e paciente se conhecem. Cada entrevistador irá ter o seu estilo particular que tem de ser ajustado da forma necessária para ajudar cada paciente.

No final da entrevista, devemos ter percorrido todos os aspectos centrais das circunstâncias actuais do paciente, passado familiar, história do seu desenvolvimento incluindo a vida sexual, memórias precoces, história das perdas principais e dos traumas (incluindo questões específicas acerca de abuso sexual), história dos sonhos, áreas principais de interesse e aptidões e fontes de apoio e de stress. Os aspectos psiquiátricos, incluindo histórias internamentos, tentativas de suicídio, consumo abusivo de substâncias e fenómenos depressivos, obsessivos, e psicóticos terão também de ser abordados, (Bateman & Holmes, 1998). Pode não ser possível percorrer uma lista tão exaustiva no decorrer de uma primeira entrevista que flui livremente e ser necessário mais entrevistas.

2.6.2. Prova projectiva Rorschach

O Rorschach é uma prova projectiva de personalidade. O seu princípio básico é a projecção, na medida em que o sujeito ao deparar-se com uma figura simétrica desestruturada, lhe dá um nome, um sentido um significado, projectando-se corporalmente nas imagens. A percepção das imagens dá-se por um ser biológico com sentimentos, emoções e fantasias e dotado de temporalidade, espacialidade, e ritmicidade corporal, que na relação com o outro ser está inevitavelmente implícito todas estas características (Mendes Pedro, A.; Soubigou, D.; Balanda, A.B.; 2001), e serão transpostas para a prova projectiva de personalidade Rorschach, e nos dará conta do mundo interno biológico-relacional do sujeito.

A prova é composta por 10 pranchas. Cada uma das pranchas apresenta um conteúdo manifesto, a mancha que se observa, e um conteúdo latente. Segundo Didier Anzieu, 1965 (citado por Chabert, 1983):

A Prancha I põe em contacto o sujeito com o examinador e a prova. Trata-se de um primeiro contacto onde podem emergir elementos correspondentes ao registo da relação pré-genital com a mãe;

A Prancha II desencadeia a sensibilidade afectiva e emotiva do sujeito, devido à presença do vermelho. A imagem no alto e baixo, atribui à prancha um carácter bissexual;

A Prancha III reenvia à representação do casal parental. É uma prancha onde sobressai a relação;

A Prancha IV é a prancha da autoridade;

A Prancha V é considerada como a prancha de adaptação à realidade. Aqui pode-se encontrar a representação que o sujeito faz de si mesmo;

A Prancha VI faz apelo a referências sexuais viris;

A Prancha VII desencadeia evocações femininas e maternais. Ambas as pranchas VI e VII reenviam a uma problemática sexual. Coloca-se a questão de como o sujeito se comporta face ao seu sexo e ao do outro;

A Prancha VIII faz apelo ao mundo exterior e social;

A Prancha IX solicita a posição do sujeito sozinho face a ele e ao mundo;

A Prancha X determina a ruptura da relação com o examinador. O seu aspecto fragmentado testa a capacidade de unificação do sujeito.

2.6.2.1. Modo de Aplicação

Pede-se ao sujeito que responda à questão: *O que é que poderia estar aqui?* ao mesmo tempo que se lhe entrega a prancha, referindo que esta pode ser manipulada. Conta-se o tempo de latência – até dar a resposta, e o tempo por resposta. Anota-se a posição em que

o sujeito vê determinado conteúdo. No fim das dez pranchas, pede-se duas que mais goste e duas que menos goste e que justifique. No final faz-se um *inquérito*, em que se pergunta onde viu determinado conteúdo, o que nos permite localizar a resposta dada. Estes dados são posteriormente trabalhados, e permitem uma avaliação da personalidade do sujeito, quer pelo seu conteúdo fantasmático-relcional, e pelas defesas utilizadas.

3. METODOLOGIA

3.1. Protocolo e Instrumentos

Pelas 9.30 da manhã, L foi instalada confortavelmente numa sala com luz natural, em semi-obscuridade. Foi canalizada uma veia para obtenção de sangue e estabelecidas as ligações para aquisição de dados das variáveis neurovegetativas. Nos primeiros 75 minutos, a paciente estava em repouso embora falando livremente com um dos membros da equipa. Depois deste período, era induzido um estado alterado de consciência segundo a técnica Kroger (1960). Sob este estado era induzida uma experiência subjectiva específica (gravidez ou amamentação) ou indução de um estado de regressão de memória segundo a técnica Peres (Peres, 1995), modificada por Simões M., Barbosa L., et al. (1998). O aprofundamento deste estado era obtido através da visualização de uma paisagem calma para que, deste modo, a paciente se mantivesse num EAC, correspondente a um estado de hipnose superficial (Kroger, 1977). Nas sessões regressivas era tentada uma redefinição cognitiva dos problemas levantados, de acordo com a metodologia standardizada por Peres J., (1995). Todo o processo demorava cerca de três horas.

Uma voluntária a quem chamaremos L. foi escolhida para ser o centro deste trabalho académico. É no estudo do seu caso que se baseará o centro do nosso estudo para a dissertação de mestrado. Por motivos alheios à nossa vontade, começamos o trabalho com L pelas sessões de regressão de memória (sujeitas a um tema previamente escolhido), seguindo-se uma sessão de relaxamento simples e outra de imaginação activa

(indução de um estado imaginário de gravidez, parto e amamentação estando a paciente num estado receptivo-passivo). Depois da indução dos Estados Alterado de Consciência (sessões de relaxamento, “amamentação” e regressão de memória pela técnica Peres (1995)), foram realizadas duas entrevistas e aplicada a prova de Rorschach.

No caso específico da indução dos estados modificados de consciência, os terapeutas presentes alternavam entre si, por razões de protocolo, organização, logística ou de preferência, estando no caso de L. devidamente anotado.

3.2. O Caso

Como já foi referido, foi escolhida para ilustrar este estudo uma voluntária a quem chamaremos L., para proteger a sua privacidade. No total foram realizadas quatro sessões de “regressão de memória”, uma sessão de simples relaxamento e outra sessão de Imaginação Activa. Duas entrevistas

Contacto inicial com o propósito de conhecer L., de estabelecer um vínculo empático de trabalho e de escolher o tema para a sessão de EMC.

L. era uma senhora de 60 anos de idade, casada, que veio com o diagnóstico de doença de stress post-traumático. Trinta anos antes tinha sofrido um grave acidente de viação, que lhe vinha recorrendo à memória, conjuntamente com sentimentos de ressentimento para com o marido. Propõe-se trabalhar o trauma do acidente. Relata que o marido ia com excesso de velocidade e, conseqüentemente, não pode evitar a colisão com um camião que inesperadamente virou para a esquerda. Nem ela nem o marido sofreram ferimentos graves mas ela esteve encarcerada no interior do carro e debaixo do camião durante duas horas até que os bombeiros a pudessem libertar. Em resumo, é este o caso que L pretende resolver se possível, e está muito motivada.

Como já foi anteriormente dito, as sessões de indução de um estado regressivo foram aplicadas segundo a metodologia standardizada por Peres (1995) e modificada por Simões M. et al. (1998).

De seguida, apresenta-se de forma resumida o conteúdo das “sessões de regressão” e faz-se referência ao tipo de relaxamento e de sessão de Imaginação Activa utilizado.

Imediatamente após o relaxamento L. começou a ficar bastante agitada e começou a reviver o acidente de viação. “É horrível. Não há nada que eu possa fazer para o evitar”. Chorava descontroladamente. “Limitei-me a ver o acidente a acontecer “. “Odeio o meu marido! “ Ele fez de propósito para me aterrorizar. Eu sabia que teria de acontecer alguma coisa!”. Depois disse que tinha sido dependente durante toda a sua vida e que os pais lhe tinham frustrado as tentativas de se tornar artista, conforme sempre tinha sonhado. O marido também a desconsiderava e nunca a levava a sério. Estava furiosa com os pais, com o marido e com a sua própria complacência em todos estes processos. Acrescenta ainda que, antes do acidente, estava a fazer psicoterapia e o marido levava-a às sessões por ela não ter carta. Ele não concordava com o tratamento e, de forma deliberada, conduzia a alta velocidade para a assustar. A segunda sessão foi praticamente igual à anterior, com a mesma intensidade emocional, o reviver do acidente e o ressentimento de ser dependente.

Ao contrário do que aconteceu com outras duas voluntárias anteriores, tanto esta senhora como nós, contávamos com o revivenciar do acidente durante a sessão. Durante 30 anos ela tinha contado a mesma história a vários psiquiatras. É interessante que, embora o acidente possa ter sido uma experiência aterrorizadora, os sentimentos evocados durante a sessão foram de raiva e ressentimento, não de medo.

Na 5ª sessão foi induzido um estado de relaxamento (sessão branca) segundo a técnica Kroger (1960). O aprofundamento deste estado era obtido através da visualização de uma paisagem calma para que, deste modo, L. se mantivesse num EMC, correspondente a um estado de hipnose superficial (Kroger, 1977). Na 6ª sessão foi induzido para além do relaxamento uma situação imaginária (sessão de imaginação activa) de aleitamento.

Bem mais tarde, por necessidades de conciliar o decurso do projecto da equipa e do nosso próprio trabalho académico, foram realizadas as entrevistas e posteriormente aplicada a prova projectiva de Rorschach.

4. PROBLEMA

Que tipo de respostas emocionais (psicológicas e hormonais) podem surgir durante a indução de um Estado Alterado de Consciência?

5. HIPÓTESES

Podem existir variados tipos de respostas emocionais (psicológicas e hormonais) dependendo do tipo de indução do estado alterado de consciência, da existência ou não de traumas e da sua natureza. Em suma, do stress da situação.

Existe variabilidade das hormonas, nomeadamente do cortisol, hormona do crescimento e da prolactina em resposta à variabilidade emocional.

A variabilidade hormonal está relacionada com os momentos particulares da vivência do conflito essencial trazidos pelo sujeito.

6. ESTUDO DO CASO E RESULTADOS

6.1. Entrevista Clínica

L. tem 64 anos e é casada em 2ª núpcias com dois filhos adultos do 1º Casamento. Não tem filhos do 2º casamento. O actual marido tem 70 anos e foi designer de publicidade,

estando presentemente reformado. Tem dois filhos de um casamento anterior, de quem L. não faz mais nenhuma referência.

Conheço L. do projecto de investigação sobre “Respostas hormonais em Estados Modificados de Consciência”. Participou como voluntária para trabalhar principalmente o medo de “andar de carro”. Depois de contactada por mim predispõe-se novamente a continuar a sua participação. “Estou sempre disponível para o que for preciso”.

É uma senhora de 64 anos, bastante bonita, loura de grandes olhos azuis com laivos de verde, um pouco *cheínha*, arranjada de forma descontraída (calças de ganga largas e camisa de ganga a condizer e camisola com colar, tudo em tons de azul), muito asseada. Muito bem maquilhada e perfumada. Parece-me que deveria ter sido uma *beldade* na sua juventude. Tem um sotaque marcadamente brasileiro, expressando-se de uma forma *cantante*. É de contacto afável e simpático. Entra facilmente em relação de uma forma que me parece sedutora, pois afirma: “Lembro-me perfeitamente da Dra. Lourdes, tão simpática...”, sorri e faz uma inclinação de cabeça.

O seu olhar é extremamente observador. Parece possuir um apurado sentido crítico ligado à estética e ao corpo (observa-me de alto a abaixo bem como ao gabinete), o que se vai confirmar ao longo da entrevista e nas respostas à prova projectiva.

Senta-se com alguma dificuldade (anda com uma muleta para se sentir mais equilibrada), e refere que anda com muitos “achques”, porque tem diagnóstico de fibromialgia e que não faz nada do que gosta, pois afirma: “Só faço obrigações e sem tempo para fazer o que gosto”.

De seguida, começa a falar de si com naturalidade.

Natural de Recife. Os pais estavam casados há quatro ou cinco anos sem terem filhos. Afirma que a mãe “não era maternal e queria ter filho porque era bonito”. Para L. a mãe não tinha jeito para cuidar de bebés e daí existir uma empregada branca que cuidava dela. A avó paterna vivia com a família e a ela se refere como: “é quem me criou porque a

minha mãe nem leite tinha”. Pensa que a mãe teve uma depressão pós-parto mas não tem a certeza. A mãe voltou a trabalhar no banco depois do parto.

Segundo L., a avó tinha uma loucura pela neta mas morreu, tinha 14 meses. A mãe teve que cuidar da bebé e largar o banco. “Deve ter sido um grande sacrifício. Ela diz que perdeu 17kg só para cuidar de mim. Eu chorava muito. Fui criança chata e trabalhosa. Acho que tinha saudades da minha avó. Sinto-me rejeitada pela minha mãe. Tinha atitudes maternas mas sinto-me rejeitada por ela”. Este parágrafo revela a Depressão Anaclítica do bebé. (Curiosamente fala do passado com a mãe, (“Tinha atitudes maternas...”), mas que se prolonga no tempo presente, (“...sinto-me rejeitada por ela”; **Onde estaria pai?**).

Refere que a irmã nasceu dois anos depois e a mãe “é louca por ela”. (Ciúme fraterno. Para L. a mãe ainda é “...louca...” pela irmã).

L. é a mais velha de uma fratria de 4 irmãos com os quais parece não ter grande contacto, sobretudo os dois rapazes que são os mais novos.

“Como eu era muito mais bonita, muito mais inteligente, aprendi a ler sozinha. A minha irmã era muito estupidazinha. Até hoje a acho burra. Foi a única que necessitou de explicações. A minha mãe protegia-a muito. Ela não chorava”. (O tom de voz parece revelar azedume e algum desdém ao falar da irmã).

Acrescenta que a irmã “é extremamente sonsa, mau caracterzinho. Esta irmã era mesmo sacana e eu é que era castigada”. Tem mais dois irmãos que eram tratados de “forma normal”. “Com os meus irmãos era diferente porque rapaz pode e menina não”. (Parece dizer em tom de voz conformado e resignado)

Descreve o pai como um homem justo e bom para todos os irmãos. (E para ela também é justo e bom?)

Com 9 anos queria ir para um colégio interno para não “aturar os desmandos (desvarios) da mãe com a minha irmã”. (Mais uma vez o ciúme sempre presente)

Esteve no colégio interno até aos seus 17 anos, altura em que quis ir para São Paulo. Segundo L., adoeceu com uma doença rara (Síndrome de *Cushing*) e engordou 24kg em três meses. Em consequência ficou com hipertiroidismo e toma Letter. “Fiquei um monstro. Eu que era bonita fiquei muito feia. Acho que me quis castigar, não sei”. Não refere o porquê do querer se castigar.

Teve que fazer tratamentos de rádio. Irradiaram-lhe o timo. “Foi um sacrifício emagrecer e só consegui emagrecer 18 kg. Quis ser hospedeira e foi um escândalo (menina poderia ser professora ou doutora de farmácia)!”. “São muito caretas!”.

“Casei com 20 anos para fugir disso e caí numa armadilha muito pior. Era uma pessoa boníssima mas extraordinariamente ciumento e trancou-me nos subúrbios do Rio de Janeiro. Socialmente num nível muito baixo. Senti-me muito diminuída”. Não casa por afecto. A saída de casa só era possível para L pelo casamento.

L. sempre foi dona de casa e mãe, dependente emocional e financeiramente, nunca tendo realizado um trabalho remunerado dentro ou fora da sua casa.

Os filhos nasceram e não suportava aquele ambiente. “Não podia sair e eu no Recife morava ao pé da praia. Fiquei muito desesperada mas tinha dois filhos”.

Refere que viveu nesse local durante 7 anos “sem razão porque o meu marido era comandante de uma companhia aérea”. O marido ganhava bem e segundo L., poderia suportar um nível de vida melhor.

A companhia aérea em que o marido trabalhava faliu e a TAP convidou-o para vir trabalhar para Portugal. Apesar de tudo, L acompanha-o. Vieram viver para Portugal em Lisboa. Tinha 27 ou 28 anos. Exigiu escolher o lugar onde iria morar e conseguiu. “Foi uma libertação enorme. Se não tivesse vindo eu tinha morrido ou me tinha matado”. No Brasil não tinha habilitações ou condições e “era muito difícil com duas crianças e eu me acovardei. Ficava no desespero e sem tomar uma atitude drástica”.

“Eu fui esmigalhada a vida toda por homem e também mulher, a minha mãe”. É notório o tom de voz pungente com que diz “esmigalhada”. (Parece continuar a sentir-se oprimida, mesmo sendo uma adulta.)

“Também achei que o meu pai tinha culpa no cartório por eu ser como era”. Acrescenta que o pai gostava muito da mãe e não se metia nas discussões. (Fala pela primeira vez do pai de uma forma crítica, apresentando-o como cúmplice da mãe)

“Se fosse com a minha irmã seria diferente. Ela casou bem e ficou bem. Nunca me sujeitei a casar com esses meninos bem. Mas se eu tivesse o dinheirinho que ela tem, aí gostava mais”.

O marido tinha 45 anos quando faleceu. Uniu-se ao actual companheiro aos 53 anos de idade. O companheiro tinha 59 anos e era designer gráfico. Estava casado quando o conheceu e depois separou-se para poder ficar com L. “O meu actual marido não me dá um chavo. Tenho que pagar as despesas todas. Ele é boa pessoa mas é tão forreta. O outro era até bem generoso”.

Fez histerectomia há 15 anos por hemorragias. (Não parece evidenciar nenhuma mágoa devido a esta cirurgia).

Atribui a ter posto os adesivos de estroderm o ter engordado 30 kg mais ou menos há 7 anos e que tem sido difícil não engordar.

Refere que mesmo agora tendo passagem para o Brasil, não lhe apetece viajar. A mãe tem actualmente 91 anos. “É uma velhinha tão boa mas me faz muito mal. Me chateia de morte”. (Apesar de ser boa pessoa, continua a fazer-lhe mal.) Regressou do Brasil mais cedo, aquando da última estadia, por ter dores horríveis o que atribui aos problemas com a mãe. “Foi culpa dela”.

Está também a fazer dieta por causa da diabetes tipo II de que sofre. “É menos uma coisa boa que a agente tem. Comer é bom.”

Refere dificuldades no sono com insónia inicial, o que se relaciona com ansiedade e depressão: “Tenho depressões e não durmo. Fiz tratamentos para dormir com a Dra. Teresa Paiva. Tenho horror a tomar remédio para dormir”. Diz que fica quase uma semana sem dormir e que não lhe foi dado nenhum diagnóstico. Lembra-se que era um sacrifício de manhã para se levantar. “Acordava com reguada da freira porque dormia na aula”. “Eu só durmo de manhã, a partir das 3 / 4 da matina. Só acordo quando o despertador toca.” Acrescenta que o problema é não dormir. Acusa movimentos de pernas, bruxismo e usa aparelho nos dentes para dormir. Tem pena de não fazer as coisas que gostaria de fazer porque tem pouco tempo. De manhã é que dorme. ” Sou muito vagarosa”.

Questão: Como se caracteriza como mulher?

“Acho que tenho coisas boas que eu gosto. Eu cozinho super bem. Mesmo que num restaurante se coma bem, não é melhor. Tenho muito jeito para tintas. Não tenho tempo para fazer!”.

“Sinto-me muito esmigalhada desde que nasci. Seria outra se me deixassem viver”.
(Mais uma vez faz pensar em sentimentos de opressão)

“Tenho facilidade de fazer e de manter as amizades. Acho que não estou utilizando as minhas capacidades. Tenho limitações físicas que vem do psíquico. Eu própria me boicoto muito”.

“A feiúra me incomoda!”. Fala no sentido estético. Não suporta “pessoas e coisas feias”.

Acrescenta que “não tem sexo porque já acabou há muito tempo. Às vezes eu gosto da companhia dele!”. (Diz em tom de voz despreocupado).

“A minha mãe tem muito mais afinidade com a minha irmã. É muito suave, doce, velhinha, sonsíssima!”. (Assinala com crítica mais uma vez a maneira de ser da mãe e a aparente afinidade dela com a irmã).

“Nunca me senti só! Nunca tive solidão na minha vida.” (Contradição pelo menos em relação ao que contou sobre o primeiro casamento). “Povo a minha vida de tantas coisas. Se ele (actual marido) se fosse embora eu me dava muito bem comigo própria!

“O meu filho foi para a América 5 anos. A minha filha foi 1 ano para os Açores. Toda a gente pensa que me juntei por estar só, mas não, foi por paixão! (Diz em tom de voz firme) Sou muito independente hoje em dia. O meu tempo, a minha independência é sagrado”. (No entanto, queixa-se por várias vezes do actual marido)

Acrescenta que o marido é muito egoísta e egocêntrico. “Ele está na minha casa. Não tem onde cair morto! Dá-lhe jeito! Por conveniência! No princípio estávamos apaixonados. Ele largou a mulher e os filhos para viver comigo!”.

“Não sinto falta de sexo, dele nem de ninguém! Não sinto falta de companhia!”. (É a segunda vez que nega o sentir a falta do sexo e contradiz-se quanto ao gostar de companhia. – traços histéricos).

Refere que agradece a Deus todos os dias a vida que tem.

Em resposta à minha questão sobre o resultado das regressões, refere que resolveram o pânico de andar de carro, que a sintomatologia diminuiu e ficou a raiva!”. (A raiva é um sintoma do conflito que não parece resolvido)

***ENTREVISTA REALIZADA A 3 DE JUNHO DE 2003**

Tem-se sentido muito mal das fibromialgias. Tem dormido melhor mas toma a medicação.

Refere em resposta à minha questão de que a alivia falar do acidente. “Não tem importância”.

“O contexto foi que eu estava a morar num lugar que eu detestava. O meu marido fez finca-pé. Pareço muito independente mas os homens fazem de mim o que querem! Morava num lugar horrível mas o meu marido não queria que eu sáísse dali. Corria o

risco de eu o passar para trás (enganar, trair)! Ele era aviador e havia muitas histórias de marido passado para trás. Oh, meu Deus! Nunca tal me passou pela cabeça! Ele me pôs muito abaixo do meu nível social (médio alto) e me pôs num subúrbio, lugar horrível! Eu arranjei uma psicoterapia de grupo que foi muito bom. E comecei a ficar mais forte. Nessa altura fui fazer a terapia e fiquei mais forte. Não gritava, mas impunha. Ele odiava que eu fizesse psicoterapia. Odiava solenemente porque deixei de ser submissa. Até hoje é moda, né? (Não explica em que deixou de ser submissa).

Ele começou a não gostar muito de eu deixar de ser ovelhinha, a dizer mée! Ficou super desiludido de eu perder essa capa de ovelhice!

“Saí debaixo das garras de meu pai e fiquei debaixo das garras de um aviador”. (Ao contrário do que parecia, “as garras” do pai mantinham-na submissa, passando depois para as “garras” do marido que também a oprimem). “Comecei a ficar com muita raiva. Eu era de tal forma submissa que não guiava. Toda a gente me enfiava na cabeça que eu era despistada. (Que sou!) e desnorteada (Que sou!), e nunca me meteram um carro na mão. O marido mais ainda. Ora já guio carro há quarenta anos e nunca bati! (Não são só os outros que lhe “metem” ideias na cabeça. L também pensa mal de si própria).

Eu ia de autocarro fazer a psicoterapia e ia para o outro lado (dentro da cidade), para um mundo civilizado, normal! Onde eu morava ninguém sabia o que era. Levava duas horas e quando ele vinha mais tarde, ele ia me buscar. Quando era mais tarde ele ia me buscar. Acho que ele queria me matar e se matar! Não era possível um aviador fazer uma coisa daquelas!” (Não explica donde vem esses pensamentos de que o marido a queria matar. Discurso fluído com ritmo algo rápido, aparentando estar totalmente envolvida no que estava a contar).

De seguida, começa a descrever o acidente utilizando um estojo para o efeito: “Vinha um autocarro e íamos a ultrapassar. Três faixas com curvas no centro da cidade; estava sinal verde lá no infinito e tinha-se que pegar o sinal, e íamos a correr também. O autocarro foi o responsável (cortar a curva) e o carro meteu-se debaixo. Eu fiquei completamente debaixo do autocarro e teve que vir uma grua para me tirar. Ele saiu pela janela. Apanhei

um susto tão grande que perdi a fala e só falei no hospital. Ninguém se machucava. Foi o seguro do autocarro que pagou tudo. O meu pânico foi horrroso! Toda a gente gritava que vinha a grua. Eu perdi a fala! De noite às escuras debaixo de um autocarro. Tiraram o meu marido. Todo o mundo dizia para tirar o autocarro porque podia esmagar. Era um horror! Receei que o autocarro me esmagasse completamente. E toda a gente a dizer para tirar. (Utilização do mesmo verbo esmagar; como já era esmagada em vida). “Veio a grua e eu saí direitinha pelo meu pé. Levaram-me para o hospital. Tiraram radiografia da cabeça aos pés. Mas eu não falei, pensaram que eu tinha um traumatismo craniano”.

“Aí eu fiquei com pavor de velocidade de automóvel. E tenho mais com homem do que com mulher. O meu filho dizia isto. Tenho horror de andar com o meu filho! E com este marido detesto também andar com ele porque corre muito. Ele agora corre menos porque eu não entrava (no carro) e às vezes era inconveniente (com o marido ou filho, estivesse quem estivesse). Mas ele agora está com um cancro na próstata e vai se operado. Não ando com minha futura nora porque dizem que corre muito. E eu fiquei com horror a andar com velocidade e do trânsito! Actualmente eu conduzo, mas não gosto muito de conduzir na estrada porque me dá sono.”

“O não andar no carro guiado pelo outro e não gostar da estrada limita-me muito a vida. E eu já me limito muito com a fibromialgia. Hoje eu espevitei. Acho que era por vir cá!

Em resposta à minha questão, responde que o trabalho no hospital melhorou com o medo da velocidade, mas depois voltou.”Tudo voltou. Não confio nas pessoas. Também tem a ver com condução. Conduzir em cima, velocidade, curva! Fico tensa, não converso, vou de olho no velocímetro. Eu perco a voz e fico morta de vergonha.”

“Fiquei com muita RAIVA, ÓDIO DO MEU MARIDO PORQUE EU VÍ QUE ELE ÍA BATER! Se viesse um pouco mais moderado não batia. Agora fico com muita raiva do filho, marido e amigos.” (Mais uma vez fala da grande raiva que ainda sente, sintoma do conflito não resolvido).

“A vida inteira não mais eu corri o risco com o meu marido. Com este marido, na fase do namoro não andava mais, porque achava que eu iria explodir de tanta raiva e ódio. No

carro dele, voltei a andar com ele há um mês atrás. Ficou mais moderado e amoleceu muito e muitas coisas com a notícia do cancro e já andei com ele.” (Curiosamente volta a correr risco quando se envolve com um homem casado e com filhos).

Refere ainda, que tem muitas crises de fibromialgias que lhe limitam muito a qualidade de vida. “ E eu não perco pitada. Só não vou a tudo porque é muito caro.” (Deseja viver e muito. Está sempre disponível para sair).

Acrescenta que estão mais chegados agora. “Acho que apanhei crises horríveis de fibromialgias porque apanhei um choque (com a notícia do cancro do marido). Eu vivia dizendo para ele ir embora. Tinha a vida mais livre. Não tinha obrigações. Quando recebi a notícia (de que o marido tinha cancro), fiquei arrasada e insegura! E tive crises horrorosas umas atrás das outras. E fiquei com muita mais paciência para ele e ele com muita mais paciência para mim!”

6.2. Análise dos dados da Entrevista

L. evidencia um tipo de funcionamento que nos parece enquadrar-se no registo histórico.

Como já foi dito trata-se de uma senhora brasileira bastante bonita, loura, muito asseada, observadora, de contacto afável e simpático. Causa muito boa impressão logo no primeiro contacto. Parece querer agradar e sobretudo “que goste dela”.

Os primeiros parágrafos parecem ser de histórias que lhe contaram. A mãe má, mãe real; a mãe boa – a avó, mãe idealizada, mãe desejada não real, que já morreu e que não teve tempo de elaborar. Como já foi dito, embora a criança de um ano e 2 meses não tenha memórias explícitas dessa idade, tem memórias sensoriais.

Curiosamente nos perguntamos onde estará o pai no lar. Figura afectiva, que se pretende presente, protectora e coadjuvante da mãe. O sentimento de rejeição pela mãe apesar das “...atitudes maternas”, prolonga-se no tempo presente, (“...sinto-me

rejeitada por ela”). O pai parece cúmplice da mãe já que não tem um papel mais positivo com L.

É a mais velha da fratria, rapidamente substituída, ao que parece, no amor materno e eventualmente paterno, ficando na periferia desta família. O lugar privilegiado na família que deveria ocupar, por ser a primogénita, tornou-se secundário, perdendo-se as suas características únicas, pelas quais deveria ter sido investidas. Perdendo-se a sua importância e o seu significado. Valeu-lhe de algum modo, o amor da avó paterna.

Descreve a irmã como “mau caracterzinho” e que “os irmãos eram tratados de forma normal” o que revela o ciúme de quem veio ocupar o espaço de amor e atenção no lar. Um ciúme que ainda se mantém dado que a mãe ainda é “...louca...” pela “...irmã linda...”, “...boazinha...”, que “...casou bem...”.

A imagem paterna é ambivalente (“..homem justo e bom..”; “...meu pai tinha culpa no cartório por eu ser como era.”) em contraste com a má relação que sempre teve com a mãe. “É uma velhinha tão boa mas me faz muito mal. Me chateia de morte”. (Se era tão bom pai, porque não a protegia e compensava? O pai parece ser cúmplice da mãe. Parece tratar-se inicialmente de uma figura idealizada por L. **Por outro lado, não tolera os desvarios da mãe, daí a necessidade de fugir para uma família boa, idealizada e representada pelo colégio).**

Evidencia problemática com o corpo. “Fiquei um monstro. Eu que era bonita fiquei muito feia. Acho que me quis castigar, não sei”. **(Castigar porquê? Por maus pensamentos?; por não ser digna do amor da mãe? L. também pensa mal de si própria) .**

Ao longo da sua história revela também traços masoquistas, não tendo feito nada para ser autónoma, esperando sempre que a salvem, por ser uma pessoa dependente dos outros. **(Sai da casa dos pais não por querer trabalhar ou por fortes sentimentos afectivos, mas para mudar de vida e isso para L. só era possível pelo casamento. O seu 1º marido poderia suportar um nível de vida melhor. No entanto, L também poderia ter feito algo para mudar a sua vida, se não fosse aparentemente tão dependente.)**

“Comecei a ficar com muita raiva. Eu era de tal forma submissa que não guiava. Toda a gente me enfiava na cabeça que eu era despistada. (Que sou!) e desnorçada (Que sou!), e nunca me meteram um carro na mão. O marido mais ainda. Ora já guio carro há quarenta anos e nunca bati! **(Não são só os outros que lhe “metem” ideias na cabeça. L também pensa mal de si própria e simultaneamente ter alguma consciência do seu valor)**

O primeiro marido era a boa mãe (“...era até bem generoso!”) porque já morreu e o segundo a mãe má porque não lhe dá coisas. Papel de filha que o pai/mãe toma conta. **É a histórica que procura no homem a mãe.**

“Eu fui esmigalhada a vida toda por homem e também mulher, a minha mãe”. **(Nesta afirmação identificamos a continuidade do sentimento de opressão já sentido em criança. Mãe que “apesar de ser boa pessoa....”, continua a fazer-lhe “....mal”, a provocar-lhe “...dores horríveis...”)**.

Sofre de diabetes tipo II. A diabetes como desequilíbrio no açúcar, pode-se associar ao desequilíbrio nos afectos, do dar e receber.

Evidencia medo de morrer, ou seja, angústia de morte. “Tenho depressões e não durmo. Tenho horror a tomar remédio para dormir”. A insónia inicial é um dos sintomas da ansiedade e depressão. A alteração do ritmo da vigília-sono tem a ver com a depressividade – depressão não elaborada. Poder-se-ia falar de Depressão Anaclítica : síndrome depressiva que afecta a criança privada da mãe depois de ter tido uma relação normal com ela durante os primeiros meses de vida (Roudinesco & Plon, 1997), nomeadamente os seis primeiros meses (Laplanche & Pontalis, 1985). O objecto anaclítico é eleito a partir do modelo das figuras parentais enquanto estas asseguram à criança alimento, cuidados e protecção. Fundamenta-se no facto de as pulsões sexuais se apoiarem originalmente sobre as pulsões de autoconservação (Laplanche & Pontalis, 1985). L procura ao longo da sua vida o objecto (primeiro a mãe que lhe falta e seguidamente nos dois maridos) que a preencha nas suas necessidades afectivas e de sobrevivência.

L. parece sentir que porque existe, o marido deveria dar. Porque existe, devia receber. Não é porque dá afecto e faz trocas. Só exige. – Falha narcísica; não há hemorragia narcísica.

Acusa movimentos de pernas, bruxismo e usa aparelho nos dentes – apresenta traços neuróticos. A depressão também está associada a fibromialgias e faz dormir de manhã.

Parece ser uma boa fornecedora, mas não dá, espera que lhe dêem. “Acho que tenho coisas boas que eu gosto. Eu cozinho super bem.....Não tenho tempo para fazer.” “Tenho facilidade de fazer e de manter as amizades”.

“Sinto-me muito esmigalhada desde que nasci” – **angústia de separação. L parece ter-se sentido sempre oprimida, primeiro pelos pais e depois pelos homens que escolheu para partilhar a sua vida.**

Coloca nos outros a autonomia, porque é dependente. “ Seria outra se me deixassem viver”. “Tenho limitações físicas que vem do psíquico. Eu própria me boicoto muito”.

Parece não aceitar o diferente: “A feiúra me incomoda!”. Apesar de falar no sentido estético, **até que ponto estará a falar também do seu sentimento de fealdade interna que projecta nos outros.**

Parece buscar autonomia mas depois procura maridos para estar dependente, o que é uma contradição. “Nunca me senti só! Nunca tive solidão na minha vida. Povoo a minha vida de tantas coisas. Se ele se fosse embora eu me dava muito bem comigo própria!”. A negação veemente do seu sentimento de opressão, do desejo de amar e ser amada e da sua dependência dá conta de traços históricos.

Ao falar das viagens dos filhos com tom de voz orgulhoso, parece que quer impressionar, pelo tipo e qualidade de vida que estes parecem ter, tão diferente do que foi a sua própria vida. O filho mais velho (médico a fazer o doutoramento no Hospital de Sta Cruz) é o depósito dos sonhos e anseios maternos e a filha tem a sua própria vida independente da

mãe e de homens, o que L nunca conseguiu. Ambos os filhos foram viver para fora do continente.

“Sou muito independente hoje em dia. O meu tempo, a minha independência é sagrado!” Refere como é tão independente e consegue se apaixonar. Socialmente tem marido. No entanto, desvaloriza o companheiro, falando dele como se fosse uma coisa. “Ele está na minha casa. Não tem onde cair morto! Dá-lhe jeito!”.

“No princípio estávamos apaixonados. Ele largou a mulher e os filhos para viver comigo!”. Parece ter a ver com a rivalidade fraterna; conquistar o marido da irmã, da outra, daquela que no passado lhe roubou o objecto amado – a mãe.

“Não sinto falta de sexo, dele nem de ninguém! Não sinto falta de companhia!”. Esta afirmação dá conta dos seus traços histéricos.

No entanto, tem consciência de que as dores provocadas pela fibromialgia pioraram muito com a notícia da doença do marido. “Acho que apanhei crises horríveis de fibromialgias porque apanhei um choque....fiquei arrasada e insegura! E fiquei com muito mais paciência para ele e ele para mim”. **Estas afirmações parecem dar conta da existência de algum afecto (ao contrário do que tinha afirmado), senão de amor, pelo menos da amizade por alguém que está presente e que de alguma forma lhe vai suprimindo as necessidades.**

Agradece a Deus, colocando fora de si os acontecimentos e as responsabilidades; as coisas não são feitas por iniciativa própria.

Em resposta à minha questão sobre o resultado das regressões, refere que resolveram o pânico de andar de carro, que a sintomatologia diminuiu e ficou a raiva!”. Ora L parece se referir ao seu desejo de cura da raiva, dos medos, da infelicidade, do desamor e da opressão. Não poderá estar a falar no sentido literal, porque anteriormente já tinha verbalizado que “...o medo da velocidade voltou. Tudo voltou! Não confio nas pessoas”.

Segundo Coimbra de Matos (2001), a personalidade histérica teve um passado relacional frustrante. Uma relação precoce de funcionalidade, com uma suficiente ou mesmo excessiva satisfação da pulsão, sem no entanto ter tido um clima propício ao desenvolvimento da criação de laços, da relação de vinculação. Uma necessidade forte de amor primário, de uma reação quase funcional, para preencher o vazio, instaura, modela e modula o verdadeiro desejo do histérico. A incredulidade na possibilidade de realizar esse desejo e a recusa agressiva do objecto que é vivenciado como simples portador da satisfação, impedem a realização daquilo que no fundo o indivíduo mais deseja. Preso neste conflito, o histérico procura permanentemente o amor do outro ao mesmo tempo que o rejeita.

A espera de um amor que não chega, um amor que tarda em chegar, cria no histérico a expectativa ansiosa que, por sua vez, alimenta a insónia, a anorexia e a enxaqueca, a inquietação, as ocupações diversas os múltiplos investimentos, ou então a indiferença, aparente ou real, que revela o sofrimento silencioso ou ignorado (Matos,A.C., 2001). Segundo o autor “A profunda frustração persiste, no entanto, e o curto-circuito da passagem ao acto sexual ou outro funciona como tubo de escape. A ausência de objecto no sentido forte do termo e, portanto, a falta de relação amorosa mantêm-no indefinidamente à beira da depressão”. A depressão histérica autêntica (depressão latente e crónica), quase nunca manifesta, por vezes disfarçada de doença psicossomática ou protegida por um comportamento hipomaniaco, vai revelar-se no decurso do processo analítico (Matos, 2001).

A fibromialgia (FM) é definida por dor musculoesquelética disseminada, fadiga fácil e rigidez, associada a pontos dolorosos distribuídos bilateralmente, acima e abaixo da cintura e, também, na região do esqueleto axial (Leitão, 2002; Cronan e Bigatti, 2003; Gilliland, 1998; National Fibromyalgia Association, citados por Sá E., et al. 2005). Muitas vezes, faz parte de um síndrome mais vasto que inclui cefaleias, síndrome do cólon irritável, dismenorrea, padrões atípicos de parestesias, bexiga irritável, não reparador, aumento da sensibilidade ao frio, fenómeno de Raynaud, síndrome das pernas inquietas e dor na articulação têmporo-mandibular (Gilliland, 1998; Quartilho, 1999, citados por Sá, E., et al. 2005). Existem potenciais desencadeadores do distúrbio, como o

stress emocional, doença clínica, cirurgia, hipotiroidismo e traumatismo, ainda que nas circunstâncias de início, nenhum factor particular seja especificado.

Kuetze e Svebak, 2001 (citados por Sá, E., et al. 2005), assumem algumas dificuldades em distinguir a fibromialgia de outras síndromes funcionais somáticas e desordens psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade. Esta dificuldade é facilitada pelos níveis de stress e ansiedade quotidianos nesta doença, já que o sofrimento emocional, associado à dor física incapacitante, à incerteza diagnóstica e às terapêuticas falhadas, contribui para a manutenção e agravamento do quadro patológico.

O afecto negativo está intimamente ligado à redução da função imunitária e, conseqüentemente, ao estado geral da saúde (Salovey, Detweiler, Steward e Rothman, 2000, citados por Sá, E., et al. 2005). Considera-se ainda, que os estados de humor dos indivíduos afectam a possibilidade de estes incorrerem em comportamentos promotores da saúde, ao influenciarem a sua auto-eficácia.

A relação entre FM e depressão é um factor de reflexão para se compreender a realidade do doente com FM: A fragilidade ou ausência de objectos internos (ou de bons objectos internos) gera um estado de desespero pela constante preocupação em não destruir a fragilidade que revestem e que gerou o sofrimento depressivo (Sá, E., et al. 2005). A raiva, o medo e a culpa, viram-se, contra o próprio ego. Aderem de forma rígida (corporal ou mentalmente) a um esboço de vida falso, que não conseguem abandonar. A denegação de qualquer tipo de ataque ou desejo de destruição face aos outros gera uma disposição eufórica, contrária à sua realidade, que se traduz na idealização primária, muitas vezes sob o aspecto de vítimas ou mártires (Sá, E., et al. 2005).

As queixas fibromiálgicas são manifestações somáticas de personalidades claramente obsessivas, onde a contenção *major* da violência contida se associa a contrapartidas narcísicas (muito mais que ganhos secundários de natureza histriónica) que, em vez de apresentarem episódios de angústia (como nos quadros de pânico, onde a defesa obsessiva sustém a passagem ao acto agressivo, e se organiza em redor da angústia, como uma fobia de impulsão), concretizam a rigidez defensiva na rigidez muscular quase para

catatónica (Sá, E., et al. 2005). A bondade e o desapego que estes doentes manifestam será, assim, muito mais um falso self do que um gesto espontâneo de autenticidade, servindo para retirar ganhos, que compõem a imolação pelo sofrimento, tiranizando os seus objectos de relação.

6.3. Indução do Estado Modificado de Consciência (EMC) – Descrição sumária das sessões e comentários

Entrevista inicial, antes da indução do EAC, com o propósito de conhecer L., de estabelecer um vínculo empático de trabalho e de escolher o tema para a sessão de EMC.

L. tem nesta altura 60 anos e vem com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

Há trinta e tal anos teve um acidente de viação. L. ia com o primeiro marido que era aviador e conduzia muito depressa o que a desesperava porque tem medo das velocidades. L. andava em psicoterapia porque se sentia infeliz nos subúrbios do rio de Janeiro onde vivia na época, tinha medos e não conduzia carro. Nesse dia, o marido foi buscá-la à sessão. Como não concordava com o facto da esposa fazer psicoterapia e porque era seu hábito (segundo L), conduzia muito depressa. Um autocarro passou-os pela direita e depois atravessou-se para a esquerda e eles entraram debaixo do autocarro. L. viu o que ia acontecer e avisou-o repetidas vezes, mas ele não abrandou e disse que “ele (o motorista da camioneta) não pode fazer isso”. Era de noite e estava tudo escuro. Não lhes aconteceu fisicamente nada. O marido conseguiu sair logo do carro. L ficou bloqueada no interior do carro cerca de duas horas até que veio a grua e a libertou, e sempre na incerteza se a grua não iria acabar por a magoar e esmagar. “Foi um medo horrroso!” Nunca teve sonhos nem pesadelos com o acidente, mas vem-lhe à memória inúmeras vezes. O sentimento dominante é a raiva contra o marido que lhe provocou o acidente, porque podia ter diminuído a velocidade e evitado, embora na altura também sentisse muita raiva pelo motorista do autocarro. Enviuvou há 15 anos e voltou a casar há 8 anos com outro homem que aparentemente conduz tão depressa como o primeiro. Acrescenta que voltou a casar porque foi “...burra...!”.

Refere ainda, que aos 17 anos engordou 27 kg em 3 meses. Diagnosticaram-lhe d. Cushing e por isso irradiaram-lhe o timo! Em consequência ficou com hipertiroidismo e toma Letter.

Depois, há mais ou menos 7 anos para cá, voltou a engordar muito – 30kg. Atribui a ter posto os adesivos de estroderm.

Histerectomia há 15 anos por hemorragias.

Toma letter 1/dia + Estroderm * ginkoben.

O tema de trabalho inicial é a raiva que sente para com as pessoas que a levam de carro e conduzem depressa. Refere que só de contar esta história já está com raiva.

A) Relato da Primeira Sessão

Estado alterado de Consciência induzido pelo Prof. Mário Simões (MS) e assistido pela nossa equipa. O tema trabalhado é o medo de ser conduzida.

10:55 - Tempo 0

11:10 - Tempo 15 – Chegou MS.

11:25 - Inicia relaxamento

11:40 - Tempo 45

MS começou a falar da raiva às pessoas que conduzem com velocidade. A partir daí a frequência do pulso aumentou em planalto.

11:47 - Terminou a indução do relaxamento. MS manda-a recordar-se do acidente. L. Grita e chora. “Eu estou impotente. Ele corre – eu grito!”. Chora muito alto, aos gritos. Grita que “...não pode fazer nada”.

11:50 - É horrível. É horrível eu ter de depender de outra pessoa para me levar. É horrível ser guia. É horrível não poder sair dali. Sinto muita raiva. Odeio-o. Eu devia ter voltado de autocarro. Porque é que eu me submeti?”.

11:52 - Ainda não parou de chorar e de gritar. “Porquê?”. “Estupidez, ignorância, machismo!”. “Eu tive a impressão que ele (o marido) me queria matar. Ele sabia que eu ficava desesperada e fazia de propósito”.

MS quer que ela revivencie a cena e L. Grita.”Não quero! Eu não quero andar desta maneira!”.

11:55 - Tempo 60. “Quero morrer!”. O marido obrigou-a a viver num sítio horrível e quando mudou para um sítio melhor obrigou-a a mudar para lá. Agora não sabe porque tem tanto medo porque já mora onde gosta. “Eu só vejo o desastre na minha frente. Não consigo ver mais nada! Ocupa todo o meu pensamento!”.

Parou de chorar convulsivamente pelas 11:57.

“Odeio não ter autonomia. Eu nunca pude fazer o que quis na vida. Tive sempre muita gente para me frustrar. “O pai, o marido me obrigaram a fazer tudo o que eles queriam. Queria ser livre!”.

12:02 - Desde pequena tem vocação muito marcada para as artes, estilista de modas, mas sempre foi coartada porque isso era “uma coisa maluca”. Depois quis ser hospedeira de bordo mas “isso era coisa de meninas mal comportadas”. Sempre fez coisas que os outros achavam que ela devia fazer mas não o que quis. Prefere morrer a ter que se submeter. “Quer mudar algo?” – pergunta o MS. “Quem me dera...Não sei se tenho capacidade!”.

12:07 - MS dirige a sessão de novo para a cena do acidente. Sente raiva, mas a emoção já não é tão intensa. “Eu quero morrer! Se é para viver assim quero morrer!”. “Não tenho tempo para fazer o que gosto. Só há tempo para fazer obrigação!”.

12:10 - Tempo 75. “É horrível ser doméstica!”. Engordava todos os dias porque a única coisa que lhe apetece é comer.

12:12 – MS pergunta se quer mudar algo. “Quero fugir de tudo, de todos – desaparecer!”:

MS insiste “Quer mudar?”. “Quero mudar! Mas será que ainda tenho tempo? Era a coisa melhor da minha vida. Eu não me considero nem gente”. MS pergunta “O que a fez sofrer mais?”. L. responde: “A impotência!”. MS pergunta novamente “Desde quando?”. L. responde: “A vida toda! Desde menina que fui altamente reprimida.” MS: “Quando se sentiu reprimida pela primeira vez? Respondeu com emoção – “Quando a mãe disse que eu era a a coisa mais fútil do mundo. L: não queria estudar, só desenhar. Trata-se de um acontecimento real revivido com alguma emoção. “Eu fiquei esmagada (Tinha 15 anos.)”. A mãe chamava-lhe fútil e estúpida. MS: Quando sente essa impotência perante a mãe o que lhe apetece? – “Morrer!”.

12:25 – Tempo 90. Foi urinar.

12:30 – Voltou de urinar.

12:37 – Ms começou a prepará-la para arranjar uma frase em que decida que quer mudar. “Eu desejo que a partir de hoje eu mude, mas não sei como”. MS tenta que L. seja mais concreta.

12:40 – Tempo 105. “Quero ser livre!”. Mas não é capaz de concretizar. MS sugere: “Eu organizo a minha vida livremente” – “Está lindíssima”, diz L. MS – “Eu organizo a minha vida livremente e com coragem para tudo!” – MS: “Gosta?”. L.: “Adoro!”.

12:45 – Inicia relaxamento de regresso.

12:55 – Tempo 120.

12:58 – Acordou.

13:10 – Tempo 135

*** Comentários à Primeira Sessão**

L. já tinha contado este acontecimento inúmeras vezes, quer a técnicos de saúde, quer a amigos e familiares com um grande ressentimento. Parece que já estava preparada para o fazer, pois inclusive verbalizou a raiva que sentia por pensar no assunto no início da sessão. L. utilizou deliberadamente a sessão para desabafar em relação a um conflito que conhecia bem. O acidente foi apenas um acontecimento num contexto mais vasto que parece ser o da frustração por ser dependente, não se sentir respeitada e amada e o ressentimento por se sentir abusada. Parece existir da parte de L. e em relação à sessão, uma intencionalidade de gritar do fundo do seu coração, para que as coisas mudem embora não exprima nenhum cometimento no sentido de se pôr em causa e de um projecto acerca de como fazer a vida mudar, procurando outras alternativas. Os gritos e o choro convulsivo são frequentes, revelando para além da raiva, a angústia perante o seu próprio sentimento de impotência. Houve a revivenciação prevista de um enredo dominante e ancestral que vive com muito ressentimento e raiva, mas no qual está fixa.

B) Relato da Segunda Sessão – 23/ 2/ 99

Estado alterado de Consciência induzido pelo Prof. Mário Simões (MS) e assistido pela nossa equipa.

Refere que tomou café da manhã e que se sente motivada para a sessão. Manifesta vontade de urinar para não interromper a sessão. Associa com uma resistência, o facto de ter interrompido a 1ª sessão para ir urinar. No entanto, também teve que interromper a sessão pelo mesmo motivo.

Tema a ser tratado – Medo de ser conduzida

11:10 – Tempo 0

11:21 – Inicia relaxamento

11:25 – Tempo 15

11:40 – Tempo 30

11:42 – Fim do relaxamento. MS pergunta “Sente o quê?” – “Medo! Raiva! Horror! Revive a cena do carro e diz que o marido está com raiva de a levar. MS induz a dizer que quer ir sozinha. L não quer submeter-se nunca mais. “Eu sei que guio mal! Não vou aprender. Mas eu vou aprender! Refere que lhe dói a cabeça. L diz ao marido –“Pára! “ Vem o autocarro e chora porque se sente esmagada.

Sente raiva. - “ Nunca me deixaram aprender a guiar. Disseram-me que era muito desajeitada. Eu sou melhor que os outros! Eu guio melhor do que toda a gente! Porquê? Porquê? Porque tenho de ser guiada pelos outros?! Puseram na minha cabeça que eu nunca conseguiria guiar um carro!”. Ensinaam a irmã mais nova a guiar mas não L porque esta era considerada burra. MS “Quem achou?” – “o chofer (da casa paterna), a mãe e o pai.” O motorista gostava muito da irmã e não dela. Tem raiva ao motorista e à irmã. O pai dizia que a irmã era ótima.

11:55 – Tempo 45

Aos oito anos a mãe ralhava com ela porque era desarrumada. Foi para um colégio interno (ao que disse depois por decisão da mãe, com a anuência de L que não gostava de estar em casa, mas contra a vontade do pai). Continua a gritar. “Vão para o inferno! Odeio toda a gente que me trata mal!”.

MS tenta fazer com que L regrida ainda para trás dos 8 anos.

12:00 – Está a apanhar uma tarefa da mãe. Por uma coisa que foi a irmã que fez e não ela. A irmã é mentirosa. Parece que foi um vaso que a irmã partiu e a mãe chegou e disse – “Só podes ter sido tu!”.

MS tenta fazer com que regrida ainda mais. Fala na bábá e na mãe. Tem 3 a 4 anos. L adora a bábá, mas esta casou e foi embora. Era a única pessoa que a protegia. “Era a única pessoa que gostava de mim!”. MS: “Como se chama a bábá? – “Nanda. Eu quero ir para a favela com ela!”.

12:10 – Tempo 60

MS indu-la a reviver a relação com a bábá. Quando a mãe lhe batia a bábá protegia-a. Chora com grande emoção – “Ela foi embora! Eu fiquei sozinha! A minha mãe não gostava de mim, só da minha irmã e do meu outro irmão. Ela ia visitar a Nanda a casa e esta tratava-a muito bem – “Mas era só um bocadinho! Quando voltava para minha casa era tão chato, não tinha graça nenhuma!”. A Nanda dava-lhe gelados às escondidas porque a mãe tinha medo que ela se constipasse se os comesse.

MS tenta trazê-la ainda mais para trás, antes dos três anos. “A minha avó morreu! Era ela quem tratava de mim. Eu tinha 4 meses! Eu morri junto com ela!

MS pergunta – “O que sente a bebé?” – “Muito mal!”. A mãe reclamava que nunca mais tinha dormido desde a morte da avó porque L chorava a noite inteira. “Eu nunca chorei enquanto a minha avó era viva.” A mãe perdeu muito peso por causa dela porque era uma criança “manhosa” e “trabalhosa”.

12:23 – Tempo 75. Foi urinar.

12:28 – Regressou.

12:30 – Reinicia relaxamento.

Diz que a última palavra que a avó disse antes de morrer foi o nome dela. A avó não deixava ninguém fazer barulho para não acordar o bebé.

12:49 – Pelos 4 anos de idade a mãe despejou, sem querer, água quente sobre L, e ela ficou toda queimada. A mãe levava a água para tomar banho e a miúda saiu a correr e deu-lhe um encontrão. Ficou queimada e com a culpa de ser má. “Eu sou má! Só faço asneiras!”.

12:40 – Tempo 90

Por causa da queimadura ficou uns tempos sem se poder mexer, toda enfaixada. Associa ao que sente agora – fica toda amarrada e não pode fazer nada. Alguém terá dito – “A única maneira de estar quieta é ficar amarrada”. – “Se eu estiver amarrada assim já presto e já não sou má.”

12:50 – MS começa a preparar-lhe uma frase para finalizar a sessão. Se eu tivesse tempo, se eu acordasse cedo, se eu ficasse mais solta não precisava de ficar amarrada e faria coisas belas. Eu quero acordar cedo para ter mais tempo para fazer tudo o que gosto e soltar-me completamente. Isto era o sonho máximo!”.

12:55 – Tempo 105

12:57 – Reinicia relaxamento

13:10 – Tempo 120. Fim do relaxamento. Glicémia na altura 96.

Refere que nunca foi amamentada ao peito. Acha que a mãe não estava preparada para ser mãe. Não tinha leite. Por isso é que foi cuidada pela avó. E, no entanto, agora a mãe é uma pessoa boníssima...

13:25 – Tempo 135.

*** Comentários à Segunda Sessão**

L nesta sessão também apresenta uma elevada resposta emocional e neurovegetativa. L revive a cena com o marido mas o importante na cena não é tanto o desastre como o ressentimento e a raiva contra o mesmo.

L parece já antecipar e desejar esta catarse e não foi apanhada de surpresa na sessão por nenhuma evocação traumática.

Nesta sessão evoca várias memórias de rejeição por parte da mãe e sentimentos ambivalentes em relação ao pai. Evoca ainda, memórias de se sentir oprimida e esmagada, sentimentos esses que se estendem posteriormente aos seus maridos.

C) Relato da Terceira Sessão -11/ 3 /1999

Foi feita por LB uma sessão de relaxamento e não se fizeram doseamentos hormonais porque não se conseguiu tirar o sangue.

D) Quarta Sessão – 23/3/1999

Estado alterado de Consciência induzido por Lourdes Barbosa (LB) e assistido pela nossa equipa. Sessão escrita pelo Prof. Luís Sobrinho.

Tema a ser tratado – Medo de ser conduzida

10:55 – Tempo 0

11:10 – Tempo 15

11:20 – Inicia relaxamento

11:25 – Tempo 30

11:38 – Fim do relaxamento. LB sugere apenas que volte ao passado. – O que sente?
Nada!

11:40 – Tempo 45

“É um buraco. Ela está dentro do buraco. Os pés estão muito frios, gelados. (Manifesta isto sem emoção aparente). Ela quer sair do buraco mas não consegue.

11:45 – Não quer sair do buraco. Está bem lá dentro. Eu acho que sou um sapo e estou dentro de uma poça de água. Dói a cabeça e os pés estão gelados. LB pergunta: Isto tem algo a ver com ser conduzida? Sim. Ela não quer sair porque não sabe como é lá fora.

LB Insiste –Avance no tempo!

L. – Eu quero andar. Eu tento mas o meu pai e minha mãe têm medo que eu caia! L. vai andando tropeçadamente).

LB – Ainda é sapo?

L.-Não! Já saí! Já sou gente!

LB – Como se sente ao andar?

L.- Eu sinto-me bem mas eles seguram-me muito.

LB – Vai recuar na cena até ao momento da sua concepção! Sente algo?

L.- Nada.

LB – No primeiro trimestre da gravidez?

L.- Eu estou mal disposta.

LB – Está mal disposta?

L. –Eu não! A minha mãe. Estou com medo de não ser aceite! A mãe queria que eu nascesse. Ela quer mas eu acho que ela não quer. Penso que depois que engravidou se arrependeu.

LB – Porquê?

L.- Porque lhe ia dar muito trabalho. Ela (mãe) finge que está contente mas é mentira. Eu queria nascer.

L. sente-se infeliz.

11:50 – (Começa a chorar). Eu quero nascer! Eu não quero estar no buraco!

LB – É o útero da sua mãe? Sim ou não?

L.- Sim! (Chora sentidamente mas suavemente). Não tenho jeito para nada.

Sente-se muito infeliz.

12:55 – Tempo 60

LB –Sinta-se no útero da sua mãe no segundo trimestre! Como se sente?

L.- Sinto-me desligada. As pessoas estão soltas do corpo. É esquisito. Eu queria estar inteira! A mãe sente-se mal. Ela não queria estar grávida. Ela passa mal. É por minha causa! Eu é que provooco o mal-estar na minha mãe. A mãe não está feliz, não gosta do bebé.

LB –O que desperta em si?

L.- Muita raiva da mãe não gostar de mim. (Diz com pouca emoção).

LB –Você é saudável?

L – Mais ou menos.

LB – Como assim?

L.- Tenho uma porção de achaques. Eu não me sentia segura.

LB – Acha que vai morrer? Sim ou não? Você quer morrer?

L. – Eu acho que sim. Porque a vida é uma droga, não tem interesse.

LB – Esses sentimentos são seus ou da sua mãe?

L.- São meus.

LB – Isto significa que um dia que conduza pode ter um desastre?

L.- Sim!

LB- Vá para o terceiro trimestre! Como se sente a sua mãe?

L.- Sinto-a estranha, esquisita. Já estou um bebé. Um bebé bonito. Estou pronta para sair mas não quero. Tenho medo do que vai ser lá fora.

LB – Qual o tipo de medo? Tem medo de que a mãe não goste de si o é outro o motivo?

L.- Tenho!

LB- Como se sente?

L.- Mal! Muito infeliz porque a mãe não gosta de mim! (Está regredida aparentemente mas mostra muito poucas emoções excepto tristeza.)

12:05 – Está a nascer! Como se sente?

L.- Estou bem assim! A minha mãe não sei. Acho que do ponto de vista da mãe, afinal não era tão mau assim. Ela era uma menina. Era muito feiinha.

LB- Quem diz (que é feiinha)?

L.- Ninguém. É o que as pessoas pensam. A minha mãe também está contente de eu ter nascido, apesar de ser feiinha. Ela acha que depois vou ser bonitinha.

12:08- LB- Avance para os quatro anos de idade!

L.- Ia a correr nua para ir tomar banho e o jardineiro viu-a. Fiquei cheia de vergonha. O jardineiro não ligou nenhuma.

12: 10 – Tempo 75

LB – Outra cena.

L.- Estou amarrada.

LB – Onde está?

L.- Aqui!

LB – No hospital?

L.- Sim

LB – Qual o motivo porque está amarrada? Isto tem a ver com as suas emoções?

L.- Sim!

LB- Quem a amarrou?

L.- Não sei (mímica de sofrimento). Toda a gente. Meu pai, minha mãe, meus maridos.

LB- Está amarrada agora?

L. - Sim.

LB – Com o quê?

L.- Com cordas, fios. Totalmente, como se fosse um novelo de lã.

LB – Conte uma história relacionada com o estar amarrada!

L.- Não me ocorre nada.

LB – E se ocorresse o que seria?

L.- Eu fiz qualquer asneira e por isso me amarraram. Fui amarrada e posta numa fogueira. Mas não lhe pegaram fogo.

12:20 – Vai ser queimada por bruxaria pela Inquisição (chora). Ela insiste em que não fez nada. Pegaram-lhe fogo. Sente calor.

L.- É horrível; Não precisavam de fazer isto comigo! Morrer não foi mau, até foi bom. O terrível foi a mentira e a vergonha (de ter sido condenada por algo que não fez)!

Chora muito.

12:25 – Tempo 90. Só agora parou de chorar.

L. – Eles me mataram! A alma saiu do corpo.

LB – Como se sente?

L.- Confusa!

LB – De tudo o que aqui se passou o que foi mais marcante?

L.- Foi a fogueira e pior do que isso, estar amarrada.

LB – Qual a sua decisão?

L.- Eu quero me soltar! Quero me soltar! Quero ter uma vida de alegria!

12:30 – Redecisão

L.- Eu organizo a minha vida com harmonia e fazendo tudo o que eu gosto.

12:35 – Inicia fim do relaxamento.

12:40 – Tempo 105

12:47 – Fim do relaxamento

12:40 – Tempo 120

12:55 – Tempo 135

13:25 – Tempo 150

*** Comentário à Quarta Sessão**

Após a sessão O Prof. Luís Sobrinho chamou a atenção de L. para a alegoria de estar amarrada na fogueira com uma história que nos tinha contado na sessão anterior da

queimadura e das ligaduras na ocorrência na sua infância. L. achou espantoso. “Claro que é a mesma coisa! Como foi que eu não me lembrei na altura?!”

É de salientar também o facto de L. mais uma vez evocar memórias de opressão e rejeição por parte das figuras afectivas significativas da sua vida.

D) Sessão de relaxamento

Sessão de grande prazer para L.

E) Sessão de indução de uma situação imaginária de amamentação.

6.4. Resultados da aplicação da Prova Psicológica Rorschach

6.4.1. Rorschach de L.

RESPOSTA	INQUÉRITO	COTAÇÃO
<p>I) 2" ^</p> <p>Vejo várias hipóteses!</p> <p>Uma borboleta!</p> <p>Dois morcegos agarrados um ao outro.</p> <p>Pode de repente ser uma borboleta!</p> <p>Duas figuras de homem aranha, batman. É uma máscara!</p> <p>13"</p>	<p><i>Mancha toda. No todo.</i></p> <p><i>Porque eles se grudam!</i></p> <p><i>No todo e nos olhinhos aqui!</i></p>	<p>Crítica Subjectiva</p> <p>G F+ A Ban</p> <p>G Kan A</p> <p>Perseveração</p> <p>G/bl F+ Obj.</p>
<p>II) 4" ^</p> <p>Esta como tem vermelho, qualquer coisa com sangue!</p> <p>Parecem dois elefantes com tromba, um virado para o outro!</p> <p>Tem a ver com sangue e ferimentos!</p> <p>Vejo também uma parte branca, é como a guerra, um míssil, não sei bem o nome.</p> <p>Mas basicamente me lembra dois elefantes com</p>	<p><i>Dá-me a impressão de sangue. Acho-a um pouco trágica!</i></p> <p>Dois elefantes aqui! (D)</p> <p>Sangue e ferimentos (D/G);</p> <p><i>O branco é um míssil de guerra! (Dbl)</i></p>	<p>Comentário Cor</p> <p>D/G C Sg</p> <p>D F+ A Ban</p> <p>D/G CF Anat.</p> <p>Dbl F+ Obj.</p> <p>Perseveração</p>

<p>tromba. Qualquer coisa a ver com ferimentos.</p> <p>Também vejo borboleta vermelha. Vermelha aqui em baixo, é bem parecido.</p> <p>Aqui dá para várias interpretações!</p> <p>Também dá dois ursos, um encostado ao outro. Um a encostar mais que o outro.</p> <p>Tão depressa dá assim uma coisa inocente como ursinhos, borboletas, como qualquer coisa sangrenta!</p> <p>Um avião. Também tem a ver com guerra. Um avião militar!</p> <p>50”</p>	<p>Borboleta vermelha (D);</p> <p>Dois ursos (D);</p> <p>Avião (D);</p>	<p>D F+C A</p> <p>Crítica Subjectiva</p> <p>D Kan A</p> <p>Crítica Subjectiva</p> <p>Crítica Objectiva</p> <p>D F+ Obj.</p>
<p>III) 3” ^</p> <p>Dá-me mais idéia de dois macaquinhos, dois bichinhos, um virado para o outro.</p> <p>A parte branca me dá idéia de duas águias.</p> <p><i>Uma libélula na parte branca.</i></p>	<p>Dois macaquinhos (D1);</p> <p>Duas águias (Dbl 123);</p> <p>Libélula (Dd);</p>	<p>D Kan A</p> <p>Dbl F+ A</p> <p><i>Dd</i> F+ A</p>

<p>Uma borboleta na parte vermelha.</p> <p>Apesar de não ser uma foto muito trágica, também há qualquer coisa de sangue aqui na parte de cima.</p> <p>Mas aquele outro (prancha II) era mais impressionante!</p> <p>25”</p>	<p>Borboleta (D3);</p> <p><i>Agora estou vendo como se fosse dois pássaros pendurados de cabeça para baixo!</i></p>	<p>D F+C A Ban</p> <p>D C Sg</p> <p>Crítica Objectiva</p>
<p>IV) 2” ^</p> <p>Dá-me a impressão de pele de animal, de urso talvez. Dessas que parecem uma pele no chão.</p> <p>Não vejo mais nada de muito especial!</p> <p>8”</p>	<p>Pele de animal (tudo em G)</p>	<p>G F+E A Ban</p> <p>Comentário Subjectiva</p>
<p>V) 2” ^</p> <p>Essa é um morcego!</p> <p>Só vejo um morcego aqui em vôo!</p> <p>Um morcego a voar.</p> <p>Não consigo ver mais nada do que um morcego!</p> <p>Esta é das que me dá mais repulsa! Odeio morcegos!</p> <p>10”</p>	<p>Morcego (Tudo em G);</p> <p>Morcego (Tudo em G);</p>	<p>G F+ A Ban</p> <p>G Kan A</p> <p>Perseveração</p> <p>Perseveração</p> <p>Crítica Objectiva</p> <p>Crítica Subjectiva</p>

<p>VI) 2" V>V</p> <p>Essa é assim ou assim? Também me dá a idéia da parte de baixo, de umas peles de animais. A parte de cima me parece a cabeça de uma cobra! Essa parte daqui antes da cabecinha me parece uma borboleta! Essa parte cinzentina parece de uma pele de crocodilo. Essa parte cinzenta mais clarinha!</p> <p>21"</p>	<p>Peles de animais (D1);</p> <p>Cabeça de cobra (Dd7);</p> <p>Borboleta (D6);</p> <p>Pele de crocodilo (D12);</p>	<p>Crítica Subjectiva</p> <p>D F+E A Ban</p> <p>Dd F+ Ad</p> <p>D F+ A</p> <p>D F± C'A</p>
<p>VII) 8" ^</p> <p>Essa me parece mais de um mapa de qualquer terra! Pois, de um continente de contornos com outro. Essas coisas pequeninas. Tenho que pôr os óculos. Não sei se quer que diga tudo!?</p> <p>Essa parte debaixo aqui também não me diz nada.</p>	<p>Mapa, continente (Tudo em G);</p> <p><i>As coisas pequeninas não vejo!</i></p>	<p>G F+ Géó</p> <p>Crítica Subjectiva</p> <p>Crítica Objectiva</p>

<p>É! Só me ocorre mesmo isto! Água no meio e aqui dos lados. A parte escura parece-me mais a terra e a branca a água!</p> <p>Acho que todo o mundo vê o contrário, mas é assim que eu vejo. Sei que é um jogo!</p> <p>24”</p>		<p>Crítica Subjectiva</p>
<p>VIII) 2” ^ > ^</p> <p>Essa eu acho muito bonita! O colorido é muito bonito! Essas duas manchas de lado aqui, me parecem dois ursos, dois lobos!</p> <p>A parte de baixo me parece uma flor, uma orquídea.</p> <p>Sabe o que é a raia?</p> <p>Esta parte do meio me parece mais dois tapetinhos felpudos, peludos, altos! Mas gosto muito das cores! Esse meiozinho mais escurinho, acho parecido com um peixe. Não bem! Peixe é mais gordinho!</p>	<p>Dois ursos, dois lobos (D1);</p> <p>Orquídea (D2);</p> <p><i>A parte de cima, a cabeça de uma raia. Só a cabeça. Não o corpo.</i></p> <p>Tapetinhos (D5);</p> <p>Peixe (D3/Dbl);</p>	<p>Comentário Cor</p> <p>D F+ A Ban</p> <p>D F+ Bot</p> <p>Desafio</p> <p>D F+E Obj</p> <p>Comentário Cor</p> <p>D/Db1 F- A</p>

<p>Essa parte aqui não me diz nada.</p> <p>Essa é a mais bonita de todas!</p> <p>23”</p>		<p>Crítica Subjectiva</p> <p>Comentário Cor</p>
<p>IX) 4” ^>^</p> <p>Essa parte debaixo me parece uns pulmões, uns brônquios.</p> <p>Um sexo feminino!</p> <p>Qualquer coisa de órgão.</p> <p>Essa é toda muito sexual!</p> <p>A parte do meio, de cima é um pênis em erecção.</p> <p>Essa parte verde me parece muito as cabecinhas dos crocodilos, uns jacarés, como se tivessem saído de um lago!</p> <p>Uns focinhos de jacarés.</p> <p>^Essa parte de cima de tudo talvez me faça lembrar uns órgãos humanos. Talvez uns pulmões.</p> <p>V Aqui! Essa partezinha aqui me faz lembrar uns corais de mar.</p>	<p>Pulmões,brônquicos (D6);</p> <p><i>Sexo feminino (D10)</i></p> <p>Pênis em erecção (D5);</p> <p>Jacarés (D11);</p> <p>Corais do mar (Dd 7+26);</p>	<p>D F- Anat</p> <p>D F+ Sex</p> <p>Perseveração</p> <p>Crítica Subjectiva</p> <p><i>D5 F- Sex</i></p> <p>D F± Ad</p> <p>Perseveração</p> <p>Perseveração</p> <p>Dd F+ A</p>

<p>Esta tem muita interpretação!</p> <p>>Esta parte aqui, seria uma lagoa ou um pantano. Seria uns animais em perfil. Talvez uns gorilas.</p> <p>As cores, também gosto muito das cores.</p> <p>40"</p>	<p>Lagoa ou pântano (Db1 8);</p> <p><i>Esta parte daqui verde me parece dois gorilas pendurados pela nuca.</i></p> <p>Gorilas (D11);</p>	<p>Crítica Subjectiva</p> <p>Db1 F+ Paisagem</p> <p>D F+ A</p> <p>Comentário cor.</p>
<p>X) 2" ^</p> <p>Essa é muito bonita!</p> <p>Esses parecem uns caranguejos, esses azuis, esses pretos. Tudo me faz lembrar um caranguejo!</p> <p>O cor de rosa, os cavalos marinhos, aqueles bichinhos do mar!</p> <p>Aqui embaixo, me parece muito dois lagartos, esses bichos assim!</p> <p>Esse bem pequeno me parece um pênis descaído, em repouso!</p> <p>Esses amarelinhos me parecem dois bichinhos. Me parecem muito caranguejos!</p>	<p>Azuis e pretos para o todo(D/G);</p> <p>Cavalos marinhos (D9);</p> <p>Dois lagartos (D4);</p> <p>Pênis em repouso (D5);</p> <p>Caranguejos (D2+15);</p>	<p>Crítica Subjectiva</p> <p>D/G F+ A</p> <p>D F+C A</p> <p>D F+ A</p> <p>D F- Sex</p> <p>D F+ A</p>

<p>Esses aqui (azuis), no esqueleto me parece um bocado o osso íliaco, não sei bem o nome científico disso!</p> <p>Esse vermelho pequenino me faz lembrar um míssil, um avião de combate. Aí esse bem pequeno também um avião, um aviãozinho a ir para a pista.</p>	<p>Osso íliaco (D6);</p> <p>Míssil (D3);</p> <p>Aviãozinho (Dd14)</p>	<p>D F+ Anat</p> <p>D F+ Obj</p> <p>Dd14 Kob Cena</p>
<p>Esses amarelos não me dizem nada especificamente!</p> <p>Acho que falta dizer esses! Parecem uns carneirinhos. Pronto, já disse tudo!</p>	<p>Carneirinhos (D13);</p>	<p>Crítica Subjectiva</p> <p>Crítica Objectiva</p> <p>D F+ A</p> <p>Crítica Subjectiva</p>

Escolhas:

Escolha positiva:

“Sempre as coloridas.”

IX) Acho a mais bonita de todas. Porque adoro, adoro, o belo, o bonito! Curto o que é bonito, uma música, arquitectura, escultura!

VIII) / X) Gosto igualmente das duas. Porque acho bonitas!

Escolha negativa:

V) É essa do morcego porque tenho muita repulsa por morcegos, repteis, esses bichos!

Não gosto.

II) Porque essa dos elefantes me dá ideia de sangue, sei lá dessas coisas!

6.4.2. Psicograma

Respostas: 44

Tempo total: 258"

Tempo / Resposta: $258'' \div 44 = 5,9''$

Tempo de latência médio: $31 \div 10 = 3,1$

Modos de apreensão

G = 6

$G \% = (6 \div 44) * 100 = 14\%$

$1 G/bl = (7 \div 44) * 100 = 16\%$

D = 26

$D \% = (26 \div 44) * 100 = 59\%$

$D/G = 3 ; D/Db1 = 1$

$3 D/G + 1 D/Db1 = (30 \div 44) * 100 = 68 \%$

Dd = 4

$Dd \% = (4 \div 44) * 100 = 9\%$

Db1 = 3

$Db1\% = (3 \div 44) * 100 = 7\%$

Determinantes

F = 29

$F\% = (29 \div 44) * 100 = 66\%$

$$F+ = 23$$

$$F+\% = ((23+1/2) \div 29) * 100 = 81\%$$

$$F\pm = 1$$

$$F- = 5$$

$$\text{Kan} = 4$$

$$\text{Kob} = 1$$

$$\text{FC} = 4$$

$$\text{CF} = 1$$

$$F+ E = 3$$

$$\text{Fclob} =$$

Conteúdos

$$A = 24$$

$$A\% = (26 \div 44) * 100 = 59\%$$

$$\text{Ad} = 3$$

$$H = 0$$

$$H\% = 0\%$$

$$(H) = 0$$

$$(Hd) = 0$$

$$\text{Botânica} = 1$$

$$\text{Geografia} = 1$$

$$\text{Paisagem} = 1$$

$$\text{Anatomia} = 3$$

$$\text{Sexo} = 3$$

$$\text{Objecto} = 5$$

$$\text{Cena} = 1$$

$$\text{Sangue} = 2$$

Banalidades

$$\text{Ban} = 7$$

Originalidade

Cartão III

Elementos Qualitativos

Choque - 0

Perseveração - 7

Comentários Cor - 5

Crítica ao cartão - 5

Crítica Positiva - 2

Comentários Subjectivos – 15

Desafio = 1

Tipo de Ressonância Íntima: 0k / 6C

Fórmula Complementar: 5k / 1,5E

Reacção Cor: $(20:44) * 100 = 45\%$

Índice de Angústia: $((3+2+3): 44) * 100 = 18\%$

6.4.3. Análise dos resultados da aplicação da prova psicológica Rorschach

6.4.3.1. Análise de cada cartão

I) Inicia a prova muito bem disposta, referindo a sua disponibilidade total para trabalhar connosco. Começa a responder quase imediatamente. Dá boas respostas, inclusive com o movimento – “Dois morcegos agarrados um ao outro”. Acaba por conseguir englobar quase totalmente a mancha – “..é uma máscara”.

Mostra muito boa vontade em colaborar, agradar e entrar na relação.

No entanto, parece não querer se mostrar logo, ou então, pensa que os outros (a terapeuta) também podem usar uma máscara e enganá-la.

II) Demonstra a sua sensibilidade afectiva e emotiva pela reacção à cor vermelha (“..sangue e ferimentos” ; “borboleta vermelha”) e a sua fragilidade narcísica pela associação da “..parte branca...” à .. “guerra, um míssil”. O vermelho reactiva nele a agressividade e destrutividade.

Refere duas vezes a palavra ferimentos, evidenciando assim a sua reatividade e persevera com vários comentários (“..dá para várias interpretações.”; “..tão depressa uma coisa inocente...como qualquer coisa sangrenta”) sobre o cartão, sem conseguir abstrair-se do sangue, com elementos mais agressivos do que sexuais. Mas a relação ainda é possível apesar de “sangrenta”, os elementos do cartão “..estão virados um para o outro!”.

Parece, contudo, não ter a certeza em relação à proximidade na relação e aos potenciais perigos que esta pode apresentar. Teme a relação, sente-a como destruidora.

III) Continua disponível para se relacionar comigo embora a incerteza do que se espera dela numa relação seja manifesta. Mais uma vez os elementos do cartão estão próximos “um virado para o outro.”mas não se relacionam. A intimidade na relação pode trazer perigos, problemas. O desconhecido é temido.

Há reactividade à cor branca mostrando a sua fragilidade e vulnerabilidade interna – “libélula na parte branca” –, apesar dos elementos agressivos suscitados pela cor vermelha – “..borboleta na parte vermelha”. Como se não fosse correcto ser agressivo, embora seja necessário por vezes.

No inquérito está mais organizada e dá uma forma a algo que a inquieta, reconhecendo que “Apesar de não ser uma foto muito trágica...” “..Aquele outro (cartão 2) era mais impressionante”:

IV) Mais uma vez inicia com precaução verbal, distanciando-se do que está a impresioná-la.- “Dá-me a impressão...”

Só dá uma resposta dado a angústia que o cartão lhe suscita –“...pele de animal..”. Desvitaliza a figuras paterna, matando-a. No inquérito fala de um – “troféu de caça de alguém”. O troféu funciona como carácter agressivo e ao mesmo tempo parece uma

tentativa de negação dessa mesma agressividade. Explica como morreu o urso, dando um carácter mais positivo à sua explicação – racionaliza.

“Não vejo mais nada de muito especial.” –Esconde a angústia de fragmentação. A pele de animal está no chão desvitalizada, ligada a coisas mortas.

V) Mantém sempre a resposta do morcego, perseverando e dando um movimento – “Morcego a voar..”.

Parece que lhe dá repulsa as figuras inteiras. Não está interessada ou tem dificuldade em aceitar o seu Eu como inteiro. Parece que lhe é mais fácil ver o seu Eu fragmentado.

O cartão causa-lhe mobiliza os afectos negativos fóbicos–“...repulsa...”- e positivos – “..odeio morcegos”.

No entanto dá uma resposta banal, que parece ter tido uma função organizadora, na sequência da resposta anterior, a qual suscitou emoções agressivas. Revela adaptação à realidade.

VI) Desvitaliza a prancha que faz apelo a referências sexuais viris. Parece hesitar –“Essa é assim ou assim?” – e ao mesmo tempo ganhar algum tempo para se adaptar aos estímulos do cartão. Inicia com precaução verbal, distanciando-se do que está a impressioná-la.

Defende-se com grandes e pequenos detalhes não englobando o estímulo na sua totalidade. Utiliza expressões diminutivas como “..cabecinhas..”, “...partes cinzentinhas..”, ..”parte cinzenta mais clarinha.”

Parece defender-se e não se envolver com a simbologia marcadamente sexual deste cartão, o que dá conta da sua fase actual pré-genital.

VII) Aumento do tempo de latência. Consegue organizar-se, dá uma boa resposta mas parece estar a ver algo que lhe suscita angústia mas não quer colocar – “Essas coisas pequeninas...Não sei se quer que diga tudo?”; “É só me ocorre mesmo isto”. Apresenta dificuldade ao nível da relação que é testada por este cartão. Comenta de forma depreciativa revelando a defesa perante estímulo angustiante – “Esta parte debaixo aqui também não me diz nada.”

Trata-se de uma prancha que faz apelo à relação, e nega-a. – “A parte escura parece-me a Terra e a branca a água”. Interpreta. Desvitaliza a socialização e a relação. Dá uma resposta intelectual de raciocínio operativo e não apresenta nada de emotivo.

Com os seus comentários, mais particularmente com o último - “...Acho que todo o mundo vê o contrário mas é assim que eu vejo. Sei que é um jogo!” – revela que se sente diferente das outras pessoas e tem dificuldades de relacionamento. Parece ter consciência de que há algo de errado ou insuficiente nela mesma – (consciência patológica).

Consegue dar apesar de tudo uma boa resposta e apresenta implicação feminina porque fala de “continente”.

VIII) Apresenta uma boa reacção à cor. As respostas estão cheias de comentários espontâneos à beleza da cor. Parece sentir-se aliviada, pois finalmente sai da intimidade da relação para o exterior e a socialização. No entanto, não coloca nenhum elemento em relação.

Simultaneamente parece manter uma postura defensiva que se manifesta por um desafio – “Sabe o que é a raia?”

Segundo Biedermann (1989), o peixe habita o mundo da água, que na psicologia profunda é interpretado como símbolo do inconsciente, e são portanto personificações de conteúdos da camada profunda da personalidade, que tem a ver com a fertilidade e as energias vitais dos denominados mundos maternos interiores. Em muitas religiões antigas os peixes estão associados às deusas do amor e à fertilidade natural. Ao mesmo tempo, o peixe é também um animal de sangue frio, que não é dominado pelas paixões, e por esse motivo torna-se objecto de rituais, refeições e sacrifícios sagrados.

O peixe/ peixe pénis revela o carácter histérico de L.

IX) Cartão que suscita várias respostas e comentários sexuais, o que não deixa de ser estranho tratando-se de uma prancha que reenvia o sujeito para si mesmo e para o mundo. Parece só ver o afecto como sexuado.

Respostas plenas de simbolismo fálico – “A parte do meio, de cima é um pénis em erecção”; “...parte verde me parece muito as cabecinhas dos crocodilos, uns jacarés, como se tivessem saído de um lago”. – Os jacarés vão comer o pénis em erecção.

Regride no tempo talvez a um estado de inconsciência mais feliz “corais do mar” (fundo do mar).

Apresenta forte reactividade à cor, manifesta nas suas respostas – “As cores, também gosto muito das cores”.

Prancha que suscita angústia de morte e vai dar respostas sexuais (sexo). Levanta-se a questão da relação sexo-morte.

X) Parece defender-se do carácter fragmentado da prancha, dando várias boas respostas. Muitos elementos marinhos, mantendo-se a regressão da outra prancha.

Vários comentários à cor.

Elementos agressivos – “..vermelho pequenino....um míssil , uma avião de combate” – e elementos sexuais marcados –“..pénis descaído, em repouso”; “..aviãozinho a ir para a pista” (recolher do pénis).

Com a sua resposta “Pronto. Já disse tudo!” mostra o alívio pelo término de uma relação (avaliativa) cuja proximidade e intimidade estavam a despertar-lhe muitas angústias. Há dificuldades em manter uma relação.

6.4.3.2. Análise do Psicograma

Trata-se de um protocolo com 44 respostas, acima da média, todas cotáveis e rico em comentários e críticas ao material. A verbalização é abundante e fluida.

Participação emocional e fantasmática. Evidencia uma expansão a nível das respostas e está demasiado à vontade, o que eventualmente poderá ter a ver com os traços histéricos. Manuseia todas as pranchas, sobretudo as mais coloridas, comentando a beleza das cores.

O tempo total é normativo, proporcionalmente ao número de respostas, dando conta da facilidade que tem em associar e expressar o que sente. O tempo de latência médio é de

cerca de 3”, o que é normativo. O tempo por resposta é de cerca de 6”, o que também é normativo. Realça-se no entanto, o tempo longo por resposta nos cartões II (50”), IX (40”) e X (50”). No primeiro caso, o impacto com a cor vermelha levou a uma série de respostas e algumas críticas, demonstrativo da sua sensibilidade afectiva e emotiva à presença desta cor, que parece assim reactivar a agressividade e destrutividade-Angústia diante da cena primitiva. Com as suas respostas a este cartão, evidencia o gosto pela relação, mas em simultâneo, teme-a como passível de ser destruidora. No cartão IX e X, a reacção cor foi bastante positiva, várias respostas e com comentários em relação à beleza das cores e com uma profusão de respostas. Respostas estas plenas de simbolismo fálico perante estímulos activadores da angústia de morte (cartão IX) e angústia de despedaçamento (cartão X). Parece equiparar sexo com afecto e fazer a relação sexo-morte. Neste último cartão dá várias boas respostas, defendendo-se bem do carácter fragmentado.

Os modos de apreensão são: em G (resposta global), abaixo da média, parecendo centrar-se muito em si, o que a afasta um pouco do real; em D (grande detalhe), normativo; em Dd (pequeno detalhe), normativo; em Dbl (pequeno detalhe branco), acima da média, evidenciando “buracos” depressivos. Todas as respostas em G e Dd e a maior parte das respostas em D e Dbl associam-se a boas formas, cinestésias e a vários conteúdos, o que dá conta da sua capacidade adaptativa e potencial afectivo. No cartão VIII o D/Dbl associa-se a um F-, assim como no cartão IX o D também está associado a F-. Curiosamente são respostas com conteúdos sexuais. O Dbl no cartão II (engloba a parte branca) evidencia angústia de separação.

O elevado número de respostas de conteúdo animal revela estereotipia.

É estranho a total ausência de respostas de conteúdo humano (H), com figuras inteiras ou partes desta. As respostas são sempre como por exemplo órgãos, cotados como anatomia e partes do homem como pénis, cotadas como sexo. Não dá respostas com seres humanos inteiros, ou referindo-se ao possuidor destes órgãos. Evidencia assim não só dificuldades de relação com o corpo do outro mas principalmente, com o próprio corpo.

No cartão V (que desperta a angústia perante a imagem da mãe fálica) parece que se angustia perante figuras inteiras – “Esta é a que me dá mais repulsa”. Parece ter dificuldade em aceitar o seu Eu como inteiro.

L. desvitaliza a socialização (poucos traços afectivos, exigindo afecto, mas parecendo pouco disponível para trocas afectivas). No cartão VIII não coloca nenhum elemento em relação.

No cartão IX evidencia angústia de separação.

No cartão X (apela à angústia de morte) apresenta concentração de respostas tipo sexo, apesar da sua idade, e ao mesmo tempo aparentando indiferença.

Embora haja integridade e unidade do eu, a problemática de L. passa essencialmente pela vivência dos afectos, na relação consigo e com os outros e também na vivência da própria relação sem a sentir como agressivo/destrutiva ou sexual. O orgasmo genital passa pela masturbação. Parece não aceitar o diferente. Como se quisesse que os outros fossem igual a ela mesma.

Os mecanismos de defesa dominantes de L são a repressão e a negação.

O resultado do TRI ou Tipo de Ressonância Íntima (0k / 6C) designa o conteúdo manifesto da prova e revela um sujeito extrovertido, demasiado afectivo que domina a impulsividade. A Fórmula Complementar (5k/1,5E) ou conteúdo latente da prova não varia no mesmo sentido que o TRI, logo há conflito entre o conteúdo manifesto e o conteúdo latente. O que L. sente entra em conflito com o que age no real.

O Índice de Angústia (18%) evidencia uma angústia ligada ao corpo.

Os resultados revelam uma estrutura histórico-borderline.

6.4.3.3. Conclusão Geral do Caso

Pela entrevista parece-nos tratar de um funcionamento histérico que se vem a confirmar na análise do Rorschach. A prova projectiva inclusive dá um diagnóstico mais afinado, parecendo tratar-se de uma organização histérico-borderline.

Verbalização verborreica na entrevista, apesar de já ter relatado o acidente por várias vezes. Protocolo de Rorschach com um total de respostas acima da média, muito rico e fluído. Todas as respostas em G e Dd e a maior parte das respostas em D e Dbl associam-se a boas formas, cinestésias e a vários conteúdos, o que dá conta da sua capacidade adaptativa e potencial afectivo.

L. participa activamente nas sessões de “regressão de memória” com grande entrega emotiva e riqueza de pormenores.

Na entrevista fala dos seus sentimentos de rejeição e opressão por parte da família de origem, sobretudo da mãe (“Sinto-me rejeitada pela minha mãe”), mas também do pai (“...meu pai também tinha culpa...por eu ser como era.”), e dos dois maridos. Esta dificuldade de relacionamento com a mãe e o sentimento de se sentir preterida no amor materno em favor da irmã (“Se fosse como a minha irmã, seria diferente.”; “A minha mãe tem muito mais afinidade com a minha irmã.”), mantém-se até ao dia de hoje. O sentimento de se sentir oprimida (“Sinto-me esmigalhada desde que nasci. Seria outra se me deixassem viver.”), não respeitada pelos dois maridos (“...extraordinariamente ciumento e trancou-me nos subúrbios...”; (“...meu actual marido não me dá um chavo. Tenho que pagar as despesas todas.”), também é muito evidente. A raiva que toda esta situação lhe provoca ainda hoje também. Quando revivencia o acidente nas sessões de regressão de memória, para além do medo de andar de carro que ficou como consequência desse desastre, é notória a raiva contra o marido que não respeitou o seu pedido de conduzir com mais prudência (“Ele sabia que eu ficava desesperada e fazia de propósito”), e que foi, na sua opinião o responsável por todo acontecimento.

Por ter uma personalidade dependente, também são evidentes (na entrevista, no Rorschach e nas sessões de regressão) as dificuldades que sente para lidar com os companheiros escolhidos e com a vida, saindo do sentimento de impotência “colocando” a raiva aos seu serviço na busca de alterações, punições e soluções para alcançar uma relação ou uma vida mais satisfatória. – “Saí debaixo das garras do meu pai e fiquei debaixo das garras de um aviador”.

Verificamos estes mesmos sentimentos de rejeição, de opressão e de não se sentir autónoma na entrevista (“Eu fui esmigalhada a vida toda por homem (homens) e também por mulher, a minha mãe”), nas sessões de regressão de memória (“Odeio não ter autonomia. Eu nunca pude fazer o que quis na vida. Tive sempre muita gente para me frustrar. O pai, o marido me obrigaram a fazer tudo o que eles queriam”) e nas respostas à prova projectiva. No Rorschach, a sensibilidade afectiva e emotiva à cor vermelha revelou-se numa série de respostas e algumas críticas, que parece assim reactivar a agressividade e destrutividade, elucidativos da angústia diante da cena primitiva. O pai e a mãe não estavam disponíveis para L, sendo o pai muito ligado à mãe e seu cúmplice na construção e gestão do lar. Com as suas respostas ao cartão II, evidencia o gosto pela relação, mas simultaneamente, teme-a como passível de ser destruidora. Estranha-se as respostas plenas de simbolismo fálico perante estímulos activadores da angústia de morte (cartão IX) e angústia de despedaçamento (cartão X). Parece equiparar sexo com afecto e fazer a relação sexo-morte. Negação da importância do sexo na sua vida expressa na entrevista (“Não sinto a falta de sexo, dele e de ninguém”), o que nos dá conta dos seus traços histéricos.

O Dbl no cartão IX (grande detalhe que engloba a parte branca do cartão) evidencia angústia de separação, presente também na entrevista (“Sinto-me muito esmigalhada desde que nasci”) e nas sessões de regressão (“A minha avó morreu!...Eu morri junto com ela!”; “O que sente a bebé? - Muito mal!”) e um sentimento de grande desamor na infância (“A minha mãe não gostava de mim, só da minha irmã e do meu outro irmão). No cartão V da prova projectiva (que desperta a angústia perante a mãe fálica) parece que

se angustia perante figuras inteiras. Parece ter dificuldades em aceitar o Eu como inteiro e em relacionar-se com o próprio corpo.

Apresenta dados na entrevista compatíveis com diagnóstico de depressão anaclítica (“Eu chorava muito. Acho que tinha saudades da minha avó” ; “Sinto-me rejeitada pela minha mãe” ; Tenho depressões e não durmo.”). A alteração do ritmo da vigília-sono está relacionada com a depressividade, depressão não elaborada. O total de respostas acima da média em Dbl (pequeno detalhe branco), evidencia “buracos depressivos”. A depressão também está relacionada com a fibromialgia que L. refere – depressão não elaborada.

Tem medo de morrer (angústia de morte) verbalizado e explícito no medo de andar de carro (sintoma da perturbação de stress pós-traumático) e no entanto no cartão X apresenta concentração de respostas tipo sexo, ao mesmo tempo aparentando indiferença. O medo evocado e revivenciado é extremamente forte assim como o ressentimento.

O elevado número de respostas de conteúdo animal revela estereotipia e infantilidade. Mulher idosa ainda adolescente que se situa ainda numa posição de dependência e que busca nos outros a fonte de satisfação para as suas necessidades. L. como dona de casa e mãe, sempre foi dependente financeiramente, nunca tendo realizado um trabalho remunerado dentro ou fora da sua casa. L. nunca fez por ser autónoma e poderia ter feito algo para mudar a sua vida. Ainda parece colocar-se no papel de filha de quem o pai/mãe e mais tarde o 1^a e o 2^o marido tomam conta.

Na prova Rorschach não dá nenhuma resposta com seres humanos inteiros, ou referindo-se ao possuidor de órgãos. Evidencia assim não só dificuldades da relação com o corpo do outro, mas principalmente com o próprio corpo, o que confirma os dados da entrevista (“Fiquei um monstro. Eu que era bonita fiquei muito feia”; “A feiura me incomoda”). O Índice de angústia dá conta desta angústia ligada ao corpo.

Os modos de apreensão em G (resposta global), abaixo da média, dão conta de que L parece centrar-se muito em si. Apresenta dificuldades de vivenciar trauma, desilusões, frustrações na relação. Fala com raiva do marido e da mãe na entrevista, nas sessões de

regressão, sem propor ajustes, punições ou alterações, o que se verifica também no Rorschach.

Parece procurar autonomia mas vai arranjando maridos para estar dependente, o que é uma contradição. (“Nunca me senti só! Nunca tive solidão na minha vida”). A imagem desvalorizada do marido actual (“forreta”, “egoísta”, “não tem onde cair morto” e que não lhe faz sexo) só é reabilitada face o diagnóstico de uma doença perigosa (cancro na próstata), pelo afecto (“...apanhei um choque...”; “...fiquei com muito mais paciência para ele.”) e pela ameaça à sua segurança e dependência (“...fiquei arrasada e insegura!”).

Algumas das suas respostas dão também conta de traços borderline. A sua fragilidade narcísica fica bem patente nas respostas a alguns dos cartões (cartão II – associação da “...parte branca...” “à guerra, um míssil”; cartão III – “libélula na parte branca). A sua vulnerabilidade é revelada nas várias respostas sangrentas e outras de carácter fragmentado. Mesmo na entrevista clínica, funciona como se o mundo a devesse aceitar como é, recebê-la e fornecê-la, sem que para ela tenha de fazer o mínimo esforço.

Na primeira sessão de regressão houve a revivência de um enredo dominante e consciente no qual L. se instalou toda a vida que é o de se sentir dependente e ficar frustrada porque as “coisas” não acontecem como quer, mas também porque não se sente amada e respeitada. Como já foi dito, parece ter semelhanças com crianças muito pequenas que choram quando frustradas mas cujo bem-estar depende exclusivamente da boa vontade das figuras parentais ou cuidadoras, porque não têm estrutura para tal ou não sabem fazer melhor. L parece “regredida” num estado infantil muito precoce em que se exige a presença de um “boa mãe” sem ter que negociar nada.

Na primeira sessão de regressão houve o revivenciar esperado de um enredo dominante e ancestral que vive com muito ressentimento, raiva e mágoa, mas no qual está instalada. Na prova projectiva, embora haja integridade e unidade do eu, a problemática de L. passa essencialmente pela vivência dos afectos, na relação consigo e com os outros e também

na vivência da própria relação sem a sentir como agressiva/destrutiva ou sexual e em que o orgasmo genital passa pela masturbação.

Na segunda sessão de regressão evoca várias memórias de rejeição por parte da mãe e sentimentos ambivalentes em relação ao pai. Evoca ainda, memórias de se sentir oprimida e esmagada, sentimentos esses que se estendem posteriormente aos seus maridos.

Em ambas as sessões houve evocação de emoções muito fortes ligadas a sentimentos de raiva por impotência perante o abuso das pessoas de quem depende e de abandono pela mãe e figuras parentais em geral.

Quando L era criança, a sua mãe queimou-a involuntariamente com água quente e acusou-a do acidente. Em lugar de assumir apenas o papel protector de mãe, assume ainda explícita e intensamente um papel acusador e culpabilizante. Esta história, evocada na 2ª sessão, parece associada simbolicamente à alegoria de estar “amarrada na fogueira” e “amarrada na vida”. “Claro que é a mesma coisa! Como foi que eu não me lembrei na altura?!”.

É de salientar também o facto de L. mais uma vez evocar memórias de opressão e rejeição por parte das figuras afectivas significativas da sua vida.

Na quinta sessão foi feito um relaxamento segundo a técnica Kroger (1960). O aprofundamento deste estado era obtido através da visualização de uma paisagem calma para que, deste modo, L. se mantivesse num EMC, correspondente a um estado de hipnose superficial (Kroger, 1977). Na 6ª sessão foi induzido para além do relaxamento uma situação imaginária (sessão de imaginação activa) de aleitamento.

Estas duas últimas sessões foram extremamente aprazíveis para L. Sente-se cuidada, acolhida, mimada pela “boa mãe” representada pela terapeuta LB.

É notável o pico de prolactina na primeira sessão em que revivencia uma situação de grande impotência e de dependência em que a emoção é de raiva. É curioso que sendo o

cortisol a “hormona do stress”, neste caso concreto, tenha ocorrido uma descida ao longo de toda a manhã, apesar da intensidade da emoção.

Na segunda sessão, repete este padrão hormonal.

Em ambos os casos há grande resposta emocional e neurovegetativa. L revive a cena com o marido mas o importante na cena não é tanto o desastre como o ressentimento com o marido. L comporta-se na sessão de regressão como se antecipasse e desejasse esta catarse e não foi apanhada de surpresa na sessão por nenhuma evocação traumática.

A subida da prolactina aqui é continuada durante 30 a 45 minutos, o que dá a ideia que vários estímulos possam ter operado em sucessão, visto que a prolactina tem uma vida média de cerca de 40 minutos.

Qual o significado da prolactina? A prolactina não é uma hormona habitualmente ligada ao stress psicológico em humanos, embora o seja em animais. É uma hormona ligada à função maternal/parental. No entanto, deve-se dizer-se, nas sessões em que foi induzido uma série de imagens de gravidez e parto, a prolactina não sobe.

No conjunto de estudos em mais doentes em que colaboramos e que foi publicado (Sobrinho et al., 2003) verificou-se que a prolactina subiu predominantemente em situações de stress emocional em que predominaram o sentimento de impotência, humilhação (como foi o caso de L) – enquanto que o cortisol responde a emoções de surpresa e desbloqueamento de memórias reprimidas – o que não foi certamente o caso de L, que revivia uma cena que já tinha repetidamente recordado e descrito a psicólogos, psiquiatras, amigos e familiares.

Na sessão de amamentação não foi possível induzir um estado subjectivo de maternidade sentido como real, incluindo a sensação de ingurgitamento mamário. Nesta sessão as respostas hormonais foram comparáveis às da sessão branca.

7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nesta dissertação estivemos, pode dizer-se em termos gerais, de volta das emoções e do stress. Como angústia, medo, raiva etc. A reacção de angústia está ligada a um perigo. Fala-se de medo se o perigo é real, imediato, evidente ou concreto e de ansiedade quando o perigo tem um carácter incerto, menos definido, não se sabendo muitas vezes qual a sua causa. A ansiedade tem relações neurofisiológicas com as reacções de alerta e de alarme, no caso de um ataque surpresa (Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., 1998). Izard (1993) refere que a ansiedade e o medo são emoções básicas.

O termo stress é um conceito bem definido, que descreve um estado biológico antihomeostático de activação permanente, que predispõe o organismo à doença.

Evidenciam-se factores de variação tais como o sexo, a idade, a percepção do stress e os mecanismos de adaptação (*coping*) a que se recorre. Quando um sujeito entra em stress ocorre um processo de activação que envolve todo o organismo. O stress induz emoções, altera o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos. Estas mudanças são tanto mais acentuadas quanto mais intenso e prolongado o stress for.

O sistema nervoso, a bioquímica, as hormonas e o tipo de resposta ao stress, são os quatro principais elementos que interagem e condicionam a resposta emotiva.

No nosso estudo do Caso L foi possível confirmar as hipóteses iniciais:

- Existem variados tipos de respostas emocionais (psicológicas e hormonais) dependendo do tipo de indução do estado alterado de consciência, da existência ou não de traumas e da sua natureza.
- Existe variabilidade das hormonas, nomeadamente do cortisol, hormona do crescimento e da prolactina em resposta à variabilidade emocional.

- A variabilidade hormonal está relacionada com os momentos particulares da vivência do conflito essencial trazidos pelo sujeito.

Já tinha sido referido que a nossa dissertação de mestrado teve como “grande plano” o estudo de Sobrinho LG, Simões M, Raposo JF, Barbosa L, Raposo JF, Pratas S, Fernandes PL, Santos MA, (2003), em que colaboramos. Procurou-se avaliar os acontecimentos hormonais e neurovegetativos associados no tempo a emoções e sentimentos espontâneos induzidos sob um EAC. Esta abordagem experimental foi seleccionada por duas razões: 1 – Porque possibilita testar a hipótese de que um estado "maternal" pode desencadear a secreção de prolactina, conforme tem sido observado em humanos e primatas (Auerbach, 1981; Dixon & George, 1982; Sobrinho & Almeida – Costa, 1992; Ziegler et al., 1996, citados por Sobrinho, L., et al. 2003); 2 – Porque as diferentes emoções despertadas nas sessões de regressão de memória sobre temas seleccionados pelos próprios pacientes, são fáceis de provocar, são frequentemente intensas, e podem ser interpretadas num contexto biográfico.

O EAC permitiu, de uma forma activa, a indução de "eventos" imaginados, como a fantasia da amamentação e também a evocação de memórias, ambas utilizadas no presente estudo. Apesar do seu estado onírico, as pacientes mantinham sempre algum contacto com a realidade exterior e tinham memória das suas vivências subjectivas durante a sessão, conforme se constatou nos *debriefings*, no final das sessões. Verificaram-se esses factos com as sessões de L.

Nas sessões do estudo de Sobrinho, L., et al.(2003), foram monitorizados a condutância da pele (CP), a frequência cardíaca e o tónus vagal (VT). A CP comportou-se como um indicador muito sensível mas pouco específico do estado de alerta. Durante a indução do EAC, a CP caiu exponencialmente na maioria das sessões indicando que a actividade simpática, no que respeita ao nível das glândulas sudoríparas, foi drasticamente reduzida se a compararmos com os níveis basais. Este fenómeno é próprio do estado de relaxamento. As outras variáveis neurofisiológicas sofreram muito menos alterações. As

emoções intensas (e.g. choro e riso) foram acompanhadas de activação sincronizada da CP, frequência cardíaca e pressão sistólica. A “pressão sistólica” variou, em geral, em paralelo com os outros indicadores de actividade simpática mas o seu comportamento foi inconstante. A CP foi reduzida significativamente para cerca de metade do seu valor inicial durante as sessões brancas e de “ amamentação”, confirmando um estado de profundo relaxamento. Aconteceu o mesmo fenómeno com L. Por outro lado, durante as sessões de associações livres, a CP foi mais alta do que o seu valor inicial, (caso de L), confirmando o estado de activação simpática. A frequência cardíaca teve um comportamento semelhante ao da CP, mas muito mais atenuado. O VT e a pressão sistólica não revelaram diferenças significativas entre fases e tipos de sessões.

Segundo Sobrinho et al., (2003), verifica-se picos hormonais espontâneos em pessoas normais, ambulatorias, com uma frequência de cerca de 19/24 horas para o cortisol (Veldhuis et al, 1989), 20/24 horas para a prolactina (Veldhuis et al, 1994) e 11/24 horas para a HC (Veldhuis et al, 1994), este facto foi tido em atenção. O estudo foi concebido para definir o número normal de picos hormonais esperados numa pessoa não estimulada. Por isso a sessão inicial foi "branca", com a indução de um estado apazível e relaxante. Nestas sessões foram observadas um reduzido número de picos hormonais durante o ASC (2 de cortisol, 2 de prolactina e 2 de HC num total de 11 sessões).

Foi possível induzir um estado subjectivo de maternidade sentido como real, incluindo a sensação de ingurgitamento mamário, nas sessões de “amamentação. Nestas, as respostas hormonais foram comparáveis às das sessões brancas, com poucos picos hormonais observados (1 de cortisol, 1 de prolactina, 2 de HC). Assim, com a ressalva de que nem as condições experimentais nem o tempo de experiência reproduzem o estado patológico de pseudogravidez, as nossas observações não corroboram a hipótese de que factores psicogénicos actuam na secreção da prolactina através da indução de uma alucinação de maternidade (Sobrinho & Almeida-Costa, 1992), citados por Sobrinho et al., (2000). No caso de L, o relaxamento foi sentido como muito agradável, mas sem resposta hormonal.

As sessões de regressão de memória diferiram das sessões brancas e de "amamentação" na medida em que tiveram um número significativamente maior de picos hormonais. Isto foi verdade para o cortisol, prolactina e HC. No caso de L, é particularmente notável a subida da prolactina associada a situações sentidas como rejeição ou abandono.

É reconhecido que as reacções ao stress psicológico dependem de vários factores como seja o tipo de estímulo, sua intensidade, personalidade, estratégias de "coping" e suporte social. No entanto, é entendido que estes factores podem determinar a presença ou intensidade da resposta hormonal, não a sua natureza. Fisher & Brown, (1991), citados por Sobrinho et al., (2000) referem que a secreção do factor libertador de corticotrofina (CRH) é o *primum movens* da reacção ao stress, responsável pela activação, tanto do sistema nervoso simpático como do eixo hipófise-cortico-suprarrenal

A descoberta de que as emoções podem estimular o cortisol, a prolactina ou a HC, independentemente, implica que outras subrotinas, além das obtidas através do CRH, podem ser activadas em alguns stresses psicológicos.

Vários autores, citados por Sobrinho et al., (2000), têm observado aumento de concentrações de prolactina, ou lactação não puerperal, em associação com a adaptação a funções parentais e pseudogravidez (Sobrinho, 1991), perdas (Sobrinho, 1984), crianças com problemas afectivos (Losoff et al., 1995) e adultos que utilizam estratégias passivas de "coping" (Theorell, 1992). Foi recentemente publicada uma revisão do papel da prolactina como hormona de adaptação a funções parentais (Sobrinho 2001).

Os resultados negativos durante as sessões de "amamentação", demonstraram que uma regressão apazível e curta a um estado maternal não é estímulo adequado para a secreção de prolactina, (Exemplo de L). No entanto, as observações durante as sessões de regressão de memória demonstraram a associação de picos secretórios de prolactina com emoções negativas intensas como a raiva (Exemplo de L).

As observações de que a HC também responde ao stress psicológico estão de acordo com dados de outros grupos (Biondi e Picardi, 1999).

Utilizando a experiência obtida nas sessões de “regressão de memória”, tentou-se revelar a existência de eventuais relações entre emoções e respostas hormonais (Sobrinho et al., 2000). Esta é uma tarefa difícil por várias razões: 1 – a definição das formas de expressão e dos tipos de emoções, mesmo quando interpretados num contexto biográfico, contém uma grande margem de subjectividade; 2 – Os tempos das vivências que podem variar muito rapidamente numa só sessão, são diferentes dos períodos de variação das concentrações hormonais, com colheitas realizadas em intervalos fixos e condicionados pela distribuição e depuração das respectivas hormonas.

Apesar destas dificuldades, algumas observações têm algum significado psicobiológico. A maior parte dos picos hormonais foi precedida por emoções visíveis ou, pelo menos, por activação simpática. No estudo da equipa, apenas 2 vezes em 41 sessões houve emoções visíveis que não foram seguidas de picos hormonais. Estas observações corroboram, e explicam, a maior frequência de picos hormonais nas sessões de regressões de memória, intensamente emocionais na maior parte das vezes, por comparação com as tranquilas sessões brancas ou de "amamentação".

Pela avaliação do caso de L. podemos concluir que a natureza da resposta emocional e hormonal ao stress psicológico está relacionada não só com a personalidade, mas também pode depender do tipo de emoção desencadeada.

As nossas observações sugerem que a natureza da resposta hormonal ao stress psicológico pode depender do tipo de emoção Sobrinho et al., (2003). O cortisol está associado positivamente com o "choque" e "intimidação" e negativamente com a raiva. Embora o "choque" só tenha sido observado duas vezes as suas características podem ser reveladoras e merecem ser comentadas: 1 - A emoção foi intensa e durou toda a sessão; 2

A interpretação dos eventos vivenciados foi óbvia e deixou pouca margem para subjectividade; 3 - os eventos evocados tiveram uma influência persistente na vida das pessoas; 4 - a resposta hormonal caracterizou-se por um pico de cortisol intenso e prolongado, sem secreção de prolactina nem de HC. Também a "intimidação" pode ser objectivamente observada pela subida mantida da CP após a chegada do terapeuta, e também foi acompanhada por uma subida prolongada do cortisol. Assim, as nossas observações estão de acordo com o conceito de que, em face de situações ameaçadoras, *o cortisol é a hormona de stress psicológico*. Também seria de esperar que o medo estivesse associado ao cortisol. No entanto, como o "choque" e a "intimidação" foram consideradas entidades separadas por poderem ser definidas objectivamente, o "medo" passou a ser uma entidade residual que ocorreu apenas 3 vezes, das quais apenas duas estiveram associadas a picos de cortisol. A prolactina, por outro lado, está negativamente associada ao "choque" e à "intimidação" e nunca ocorreu em associação com estas emoções.

As associações de algumas emoções com respostas hormonais específicas, em conjunto com a correlação negativa entre o cortisol e a prolactina, estão de acordo com a teoria de que diferentes emoções estão associadas a diferentes estados físicos registados como diferentes padrões de actividade endocrina e também neurológica (Damásio et al., 2000).

As relações entre modo de expressão das emoções e hormonas não foram significativas. O cortisol está negativamente associado com os modos onírico e defensivo mas, ao contrário do que se poderia esperar não tem relação significativa com a evocação de eventos reais. Nas sessões de L o comportamento do cortisol não é significativo, apesar de toda reacção emocional e dramática de L.

O cortisol responde de forma intensa e prolongada à revivenciação de situações traumáticas reais Sobrinho et al. (2000). As vivências em registo onírico, mesmo quando o conteúdo manifesto é descrito como traumático (com presença de fortes emoções como choro, riso, raiva, excitação sexual) não provocam resposta do cortisol muitas das vezes; a hormona de crescimento parece obedecer a um ritmo biológico intrínseco que é

suprimido em situação de stress prolongado; observou-se também uma resposta intensa na secreção da prolactina a conteúdos relacionados com medo, sensualidade e maternidade. Parece não chegar a evocação fantasiada de “algo” mesmo sob forte emoção. É necessário para haver resposta hormonal, a sua ocorrência na vida real.

Sobrinho et al. (2003), ainda concluíram: há mais picos hormonais de cortisol, prolactina e HC nas sessões de “regressão de memória” do que nas sessões brancas e de “amamentação”. O cortisol e a prolactina estão correlacionados negativamente e nenhum deles se correlaciona com a HC o que demonstra inequivocamente que as respostas destas hormonas não representam a expressão de uma resposta hormonal generalizada. Consequentemente, o paradigma actual do stress, implicando o CRH como o primeiro passo numa cascata de eventos, é claramente inadequado para explicar a diversidade das respostas hormonais observadas no stress psicológico. As respostas hormonais observadas podem ser específicas para alguns tipos de emoções, como ficou demonstrado para o cortisol em relação com o “choque” e a “intimidação”.

Freud refere os seguintes factores para o desenvolvimento da ansiedade primária (isto é, desde o nascimento): o trauma do nascimento, a possível perda ou afastamento da “mãe” (como é o caso de L.), impulsos incontroláveis ou ameaças que podem ocorrer nessa altura e medos de castração (presumivelmente só nos indivíduos do sexo masculino, embora seja controverso). O aparelho mental é invadido e submergido, a pessoa está desamparada e passiva e as experiências ansiosas seguem-se automaticamente. Considera ainda que o medo difere da ansiedade primária apenas nas causas que lhes dão origem.

Tendo em atenção as referências do Dr. Coimbra de Matos podemos acrescentar que L apresenta sobretudo uma ansiedade traumática ligada não em primeiro lugar ao relato do acidente, o que seria esperado, mas sim à sensação de dependência e impotência e à raiva expressa com grande emoção. Nesta situação é a prolactina que responde o que não deixa de ser curioso, uma vez que é o cortisol a hormona do stress. O sentimento de rejeição materna que vem desde a infância é expresso em várias sessões com profunda emoção e

desgosto. Apesar de já ter “recontado” a história inúmeras vezes, L reage como se fosse sempre a primeira vez que tal acontecesse.

Em síntese poderíamos dizer que a personalidade envolve factores como o significado psicológico que o indivíduo constrói sobre os acontecimentos, as experiências que o indivíduo atravessou no seu desenvolvimento e que o levam a pensar, sentir, actuar e reagir de determinada maneira, medos antigos, frutos de uma auto-estima pobre ou de circunstâncias a que foi sensibilizado negativamente e fortemente; hábitos característicos que levam o indivíduo a relacionar-se com o meio ambiente de forma adequada. De acordo com os resultados apresentados L parece apresentar uma organização histérico-borderline.

É difícil avaliar o impacto na saúde individual da interacção dinâmica – que constitui o estado de stress – entre as situações stressantes encontradas in vivo, os processos neuro-hormonais, as respostas comportamentais e os recursos ambientais. Muito resumidamente poderia se dizer, que as intervenções para reduzir o stress são ditadas pelo tipo de problema que afecta a pessoa. Para o médico ou o psicoterapeuta seria importante actuar: na relação que se estabelece entre o indivíduo e o meio ambiente, melhorando as suas aptidões e incentivando-o a utilizar os seus recursos pessoais e sociais, que o levem a aumentar a sua resistência perante o stress; sobre o indivíduo, ajudando-o a fortificar a sua auto-estima, a perspectivar os acontecimentos de outra forma ou a aprender técnicas de relaxamento.

Seria interessante relacionar personalidade, respostas emocionais e hormonais durante a indução de um estado alterado de consciência num estudo que envolvesse uma amostra maior. A extensão da metodologia utilizada no presente estudo a grupos específicos de doentes pode eventualmente contribuir para esclarecer melhor as relações entre personalidade, stress (respostas emocionais) e doença.



'os Druidas trazendo o azevinho'
Henry Horned

Eu não sou eu

*Eu sou aquele que anda do meu lado,
mas que eu não posso ver.*

E às vezes eu consigo visitar essa presença.

É aquele que muitas vezes eu esqueço.

É aquele que permanece quieto em silêncio, quando eu estou falando.

*É aquele que perdoa de forma gentil, toda a vez que eu expresso a
minha raiva e o meu medo.*

É aquele que pode ir em lugares que eu não posso penetrar.

É aquele que vai permanecer de pé no momento da minha morte.

8. BIBLIOGRAFIA

Achterberg, J. (1985). *Imagery in Healing - Shamanism and Modern Medicine*. Shambhala Publications. Boston

Albarrán, A. J. (2001a). Adenohipófisis. Exploración general. Patología. In Albarrán A. J., *Endocrinología* (pp.39-44). Madrid: Médica Panamétrica.

Albarrán, A. J. (2001b). Endocrinología. Hormonas. Conceptos generales. In Albarrán A. J., *Endocrinología* (pp.3-10). Madrid: Médica Panamétrica.

Albarrán, A. J. & Giron, GT. G. (2001). Fisiopatología de la corteza suprarrenal. In Albarrán A. J., *Endocrinología* (pp.235-242). Madrid: Médica Panamétrica.

Alexander, F., (1989). *Medicina Psicossomática*. Artes Médicas. São Paulo. Brasil.

Andía Melero, V.M. & Paraíso Cuevas, V. (2001). Tumor carcinoide. Mastocitosis. Prostaglandinas. Endotelinas. In Albarrán A. J., *Endocrinología* (pp.732). Madrid: Médica Panamétrica.

Assagioli, R. (1988). *Ser Transpessoal*. Gaia Ed. Madrid.

Atkinson, R L. et al. (1993). *Introduction to Psychology*. Harcourt Brace Jovanovich International Edition. Florida.

Beck, A.T. & Emery, G., (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books.

Bernal, J. (2001). Metabolismo y Mecanismo de acción de las hormonas tiroideas. In Albarrán A. J., *Endocrinología* (pp.117-124). Madrid: Médica Panamétrica.

Biedermann, H. (1993). *Dicionário Ilustrado dos Símbolos*. Ed. Melhoramentos. São Paulo

Budzynski, T., (1986). *Clinical applications of non-drug-induced states*. In Wolman B, Ullman M: *Handbook of States of Consciousness* (428-60). Van Nostrand reinhold Company, New York.

Braconnier, A. (2000): *Le sex des emotions*. Ed. Poches Odile Jacob.

Braconnier, A. (2005): *Psychology du développement et Psychanalyse*. Ed. Masson.

Carvalho, M. M. (1994). *Introdução à Psiconcologia*, Editorial Psy II. São Paulo

Cohen, F., & Lazarus, R., (1979). *Coping with the stress of illness*. In *Health psychology* (g.C. Stone, F. Cohen & N.E. Adler, Eds.). San Francisco: Jossey Bass.

Coelho (2000). *Stress e Tensão*. Comunicação apresentada no Seminário de Teoria Médica Psicossomática e Stress, relativo ao Mestrado de psicossomática, ISPA; Lisboa.

Chopra, D. (1991). *Cura Quântica. Novos Caminhos para a Saúde e Bem-estar*. Difusão Cultural. Lisboa.

Damásio (1994 / 2000). *O Erro de Descartes* (20ª edição). Lisboa: Publicações Europa-América.

Damásio, .R., Grabowsky, T.J., Bechara, A. Damásio, H., Ponto, L.L.B., Parvizi, J., Hichwa, R.D., 2000. Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neurosci.* 3, 1049-1056.

Diaz Curiel, M. & Rodriguez Santana, J. (2001). *Metabolismo mineral óseo. Parathormona, calcitonina, vitamina D, cálcio, fósforo & magnésio*. In Albarrán, A.J., *Endocrinologya* (pp.193). Madrid: Médica Panamérica.

Desoille, R., (1955). *Introduction a une psychothérapie rat ionnelle*. Ed Auteur. Paris

DSM-IV Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Edição. Climepsi Editores.

Doron R, Parot F, (2001): *Dicionário de Psicologia* (pp.720-721). Climepsi Editores

Durá, M. R. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.65-66). Manuais Universitários. Climepsi Editores.

Dunbar, F., (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. Hoeber Medical Division, Harper & Row. New York.

Eysenck, H. (1991). *A model for Personality*. Spinger-Verlag. New York.

Epstein, G. (1989). *Healing visualizations: creating health through imagery*. Bantam Books. Nova Iorque

Frank, J. (1989). Non-Specific Aspects of Treatment: The View of a Psychotherapist. In Shepherd, M. Sartorius, N., *Non-Specific Aspects of Treatment*. Hans Huber Publishers. Stuttgart.

Gaillard, J-M, Eisenring, J-J, & Andreolli, A. (1976). Physiopathologie des troubles tymiques. *Confrontations Psychiatriques. La Psychose Maniaco-Depressive* (14), 7-35.

Gimenes, M. G. G. Queirós, E. & Shayer, B.P.M. (1992). Reações emocionais diante do câncer-sugestões para intervenção. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 66, 353-356.

Guimarães, M.T. (1990). A TVP nas doenças mentais graves (psicoses). In Pincherle, L., Godoy, H., Barsottini, D., Guimarães, M.T., Santos, M.E., Mazzonetto, R., Maluf, M., Filho, T.: *Terapia de Vidas Passadas* (111-130). Summus Editorial. São Paulo

Habib M. (1989/2000) : *Bases neurológicas dos comportamentos*. Climepsi Fundamental.

Haynal A, Pasini W, Archinard M. (1998): *Medicina Psicossomática – Perspectivas Perspectivas*. Convergências 1. Climepsi Editores.

Hawkins, P.J., Lioffi, C., Ewart, B.W., et al., (1995): Hypnotherapy for control of anticipatory nausea and vomiting in children with cancer: Preliminary findings. *Psycho-Oncol*, vol 4, pp. 101-106.

Horowitz, S. A. & Breibart, W. (1993). Relaxation and imagery for symptom control in cancer patients. In Breibart, W. *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. American Psych. Press.

Izard, C. E. (1993). Four Systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, 68-90.

Krippner S, (1987): Cross-cultural approaches to multiple personality disorder: practices in Brazilian spiritism. *Ethos*, 15, 273-295.

Klerman, G. (1989). *Non-Specific Factors in Treatment: A Clinician's Perspective*.

Kokoszka, A. (1987). "An Integrated Model of the Main States of Consciousness". *Imagination, Cognition and Personality* 3, 285-294.

Kuhn, T. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press. Chicago.

Lajoie, D., Shapiro, S., (1992) "Definitions of Transpersonal Psychology: The First Twenty-three years". In *The Journal of Transpersonal Psychology*, Vol.24, nº1, págs. 79-91.

Laplanche J., & Pontalis, J-B, (1985): *Vocabulário da Psicanálise* (p.53). Moraes Editores.

Large, R. (1995). *Hypnosis for Chronic Pain: a Review*. In Graham D, Burrows A,

LeDoux, J. (1994). *Emotion, Memory and the Brain*. *Scientific American* 270, 50-57

Lekander, M., Furst, C., Rotstein, S., Hursti, S., Fredrikson, M. (1997). Immune effects of relaxation during chemotherapy for ovarian cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics* 66, 185-191

Lello, J., Lello, E., (1977). *Lello Universal*. Porto : Lello & Irmão.

Lemoine, P. (1996). *Le mystère du Placebo*. Editions Odile Jacob. Paris

LeShan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. Summus Editorial. São Paulo.

Leuner, H., (1970). *Katathymes Bilderleben – Kleine psychotherapie mit der Tagtraumtechnik*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Lucas, W. (1993). *Regression Therapy - a Handbook for Professionals*. Vol I: Past-Life Therapy. Vol II: Special Instances of Altered State Work. Deep Forest Press. Crest Park, CA

Macey (1977). *Fisiologia Humana* (2ª Reimpressão). S. paulo: Editora Edgard Blücher Ltda.

Marty, P., (1990). *A Psicossomática do Adulto*. Artes Médicas. S. Paulo. Brasil.

Matos, A. Coimbra (1999). *Psicanálise, Psicossomática e Imunidade*. Revista Portuguesa de Psicossomática 1,2 (9-16). Lisboa

Matos, A. Coimbra (2000, 21 e 22 de Janeiro). *Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da acção*. Conferência apresentada nas II Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Guimarães.

Matos, A. Coimbra (2001). A Depressão, (393-398). Climepsi Editores. Lisboa

Matos, C., (2003). Mais amor e menos doença – A psicossomática revisitada, (124-129). Climepsi Editores. Lisboa.

- McPeake, J., Kennedy, B., Gordon, S. (1991). Altered States of Consciousness Therapy - A Missing Component in Alcohol and Drug Rehabilitation Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 8, 75-82
- Milheiro J. (1999). Loucos são os outros. Laboratórios Bial (p.135)
- Millon T, Green C. J. & Meagher, R B (1982). *The MBHI Manual*. Third edition. Minneapolis. National Computer Systems
- Moos, R. H., (1982). *Coping with acute health crises*. In Handbook of Clinical Health Psychology (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.). New York: Plenum.
- Muskin, P., (2000). Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry. *Review of Psychiatry*, vol 19, n.1. American Psychiatric Press. Washington.
- Niehoff (1999). *The Biology of Violence*. New York: Free Press.
- Olivier, L., (1995). The use of hypnosis in determining the rehabilitation potential of patients suffering from partial paralysis due to neurological impairment. In Graham D, Burrows A, Stanley R: *Contemporary International Hypnosis* (203-211). John Wiley & Sons. Chichester (Eng)
- Osswald, W., (1986). "Fármacos e Emoções". In *Associação dos Médicos Católicos Portugueses: O Cérebro e o Espírito* (159-170). Coimbra.
- Penrose, R., (1989). *The Emperor's New Mind*. Penguin Books. London.
- Popper, K., (1962). *Conjectures and Refutations. The growth of scientific knowledge*. Basic Books. New York
- Reis, J., (1993): Construção e modificação de significações ansiogénicas em processo de saúde e de doença. *Revista Análise Psicológica* 4, (XII), 575-589.

Resende, R., (2003): “*Quatro etapas nas terapias de orientação regressiva: Indução, vivência, Ab-reacção e Reestruturação*”. Psicologia da Consciência – Pesquisa e Reflexão em Psicologia Transpessoal (217-232). Editora Lidel. Lisboa.

Roosendaal B (2000) *Glucocorticoids and the regulation of memory consolidation*. Psychoneuroendocrinology 225: 213-38.

Roudinesco, E., & Plon, M., (1997): *Dicionário de Psicanálise* (p.36). Editorial Inquérito. Lisboa

Ruiloba J. V, (1993): *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria*. Masson-Salvat Medicina

Sá, E., Veiga, C., Matela, S., Moraes R., Silva., Seixas A.R., Gonçalves, S., (2005): A dor e o sofrimento: Algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 7, 1 / 2 (101-113).

Saldanha, V., (1997). *A Psicoterapia Transpessoal*. Ed: Komedi. S. Paulo.

Saldanha, V., (1999). *A Psicoterapia Transpessoal*. Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro

Sami-Ali, (1987). *Pensar o somático. Imaginário e Patologia*. Instituto Superior Psicologia Aplicada Lisboa.

Sami-Ali (1993). *Corpo real Corpo imaginário – para uma epistemologia psicanalítica*. Artes Médicas. Porto Alegre

Sami-Ali (1999). *Sonhar Ainda*. Instituto Superior Psicologia Aplicada. Lisboa

Silva, D.S., (1985). Terapia das Vidas Passadas. In Pincherle, L., Lyra, A., Silva, D., Gonçalves, A.: *Psicoterapias e Estados de Trance* (187-216). Summus Editorial. São Paulo

Simões, M., Polónio, P., von Arx, S., Staub, E., Dittrich, A., (1986). *Estudo Internacional sobre Estados de Consciência Alterados (ISASC): Resultados em Portugal*. *Psicologia* (Lisboa) 5, 59-70

Simões, M., (1996). *Consciência e Estados Modificados de Consciência em Psicoterapias*. *Psicologia* 2/3, 15-50. Lisboa

Simões, M. (1998). Terapêuticas não Farmacológicas da Dor. *Avanços em Anestesiologia e Terapêutica da Dor*, Vol I, 2, 5-7 (Ed Cortex)

Simões M., Barbosa, L., Gonçalves S., Pimentel T., Fernandes F., Correia J., Peres J., Esperança P., (1999). Altered States of Consciousness: 1. Psychoneurophysiology of Personalized Regressive and Experiential Imaginary Therapy 2. Therapeutic Value of this Therapy in Two Sessions. In 2º Simpósio da Fundação Bial Aquém e Além do Cérebro (305-312). Fundação Bial. Porto.

Simões M., Barbosa, L., Gonçalves S., Pimentel T., Fernandes F., Correia J., Peres J., Esperança P., (1999). Terapia pela reestruturação Vivencial e Cognitiva (TRVC) e Cefaleia: Um estudo. *Psicologia da Consciência – Pesquisa e Reflexão em Psicologia Transpessoal* (103-116). Editora Lidel. Lisboa.

Simões, M., & Peres, J., (2003): *Estados Modificados de Consciência eTRVC (Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva)*. *Psicologia da Consciência – Pesquisa e Reflexão em Psicologia Transpessoal* (283-293). Editora Lidel. Lisboa.

Simonton, C. et al (1989). *Com a vida de novo*. Summus Editorial. São Paulo.

Sobrinho, L., (1991): Neuropsychiatry of prolactin: causes and effects. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 5; 119 – 142, 1991.

Sobrinho, L., Simões, M., Raposo, J., Barbosa, L., (1999): Respostas Hormonais e Neurovegetativas durante Estados Modificados de Consciência. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 1,1 (53-62).

Sobrinho LG, Simões M, Raposo JF, Barbosa L, Raposo JF, Pratas S, Fernandes PL, Santos MA, (2000): Alterações Hormonais e Neurofisiológicas durante vivências induzidas em Estado modificado de Consciência. 3º Simpósio da Fundação Bial. Fundação Bial. Porto.

Sobrinho LG, Simões M, Raposo JF, Barbosa L, Raposo JF, Pratas S, Fernandes PL, Santos MA, (2003): Cortisol, prolactin, growth hormone and neurovegetative responses to emotions elicited during an hypnoidal state. *Rev. Psychoneuroendocrinology* 28, 1-17.

Scharfetter, Ch., (1997): Introdução à Psicopatologia Geral. Climepsi Editores.

Schultz, H., Luthe, W., (1959): *Autogenic Training: A Psychophysiological Approach in Psychotherapy*. Grune & Stratton. New York

Stanley, R: *Contemporary International Hypnosis* (197-201). John Wiley & Sons. Chichester (Eng)

Steggles S, Damore-Petingola S, Maxwell J, Lightfoot N, (1997): Hypnosis for Children and Adolescents with Cancer: An Annotated Bibliography, 1985-1995. pp 27-32. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol 14, no1 (January).

Stengers, I., (1993): Questions troublantes sur l'hypnose. *Science & Vie* 908, 7

Spiegel D. et al., (1989) : *Psychological support for cancer patients*. LANCET, II, 1447.

Spiegel, D., Vermutten, E., (1994/2000): *Physiological Correlates of Hypnosis and Dissociation*. In Spiegel D: *Dissociation* (185-209). American Psychiatric Press. Washington
Temoshok L (1992): *The type C connection – The behavioral links to cancer and your health*. Ramdon House. Nova Iorque.

Temoshok L (1992): *The type C connection – The behavioral links to cancer and your health*. Ramdon House. Nova Iorque.

Tendam, H., (1993). Panorama sobre a Reencarnação – Uma investigação recente e sua relação com TVP. Vol. I. Summus Editorial. São Paulo.

Thines G., Lempereur A., (sem data). *Dicionário Geral das Ciências Humanas*. Edições 70. Lisboa

Valdés M (2000): *Psicobiología de los síntomas psicossomáticos*. Massom.Barcelona

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

Walsh, R., (1981). *Towards an Ecology of Brain*. Lancaster: MTP Press Limited.

Wolpert, L. (1999/2000). *A Psicologia da Depressão*. Lisboa: Editorial Presença.

9. ANEXOS

9.1. Registos gráficos das sessões de EMC de L.

Os gráficos que se seguem referem-se aos resultados das sessões de indução de estado modificado de consciência (EMC), a saber: 1ª sessão – Sessão de “regressão de memória”; 2ª sessão – Sessão de “regressão de memória”; 4ª sessão – Sessão de “regressão de memória”; 5ª sessão – Sessão “branca”; 6ª sessão – Sessão de “aleitamento”.

As abreviaturas correspondem:

HR – Ritmo cardíaco

SC – Condutância da pele

Pulse (syst) - Pulso

VT – Tónus vagal

Cort - Cortisol

PRL – Prolactina

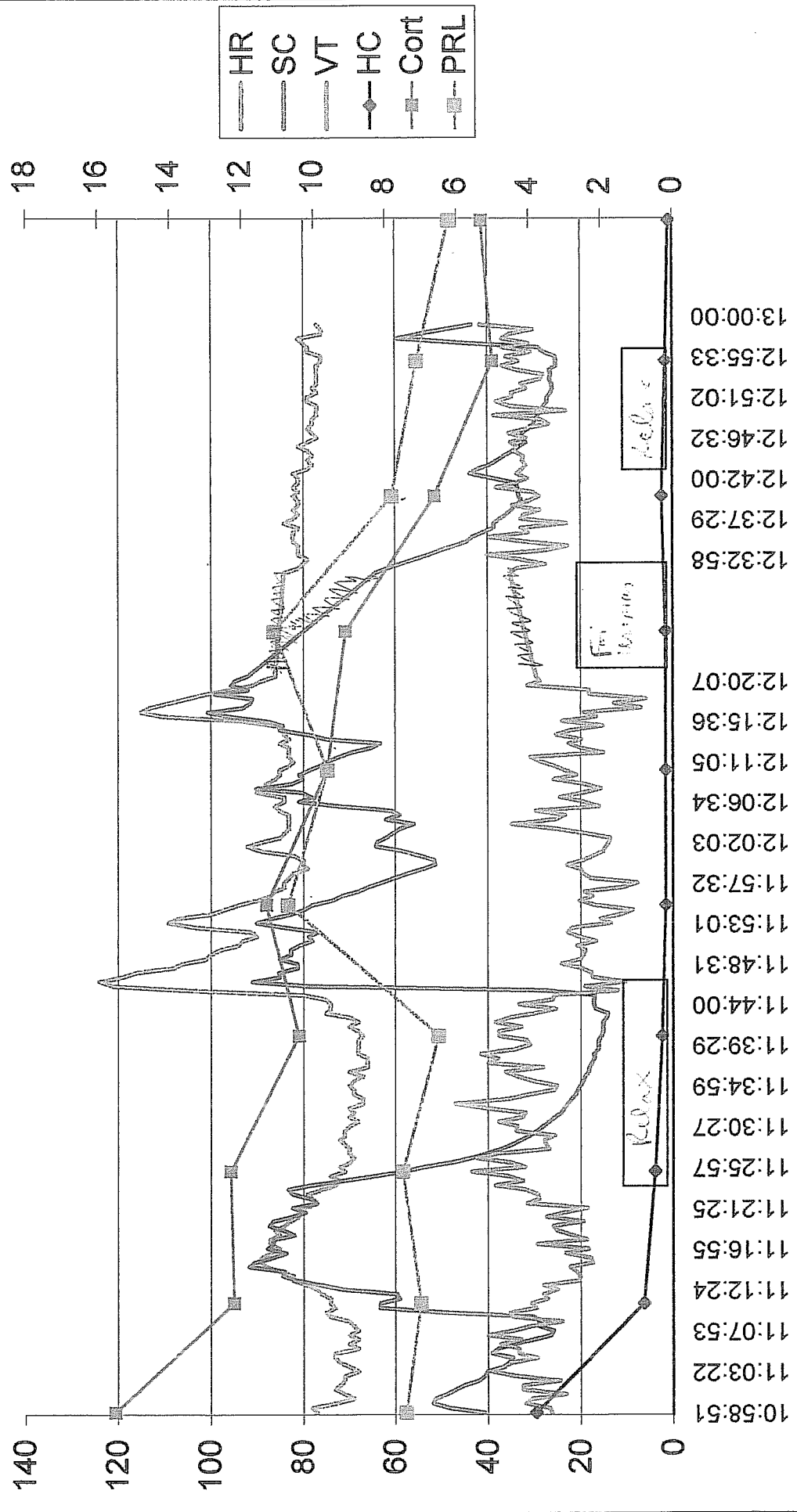
GH – Hormona do crescimento

9.2. Registo da prova Rorschach

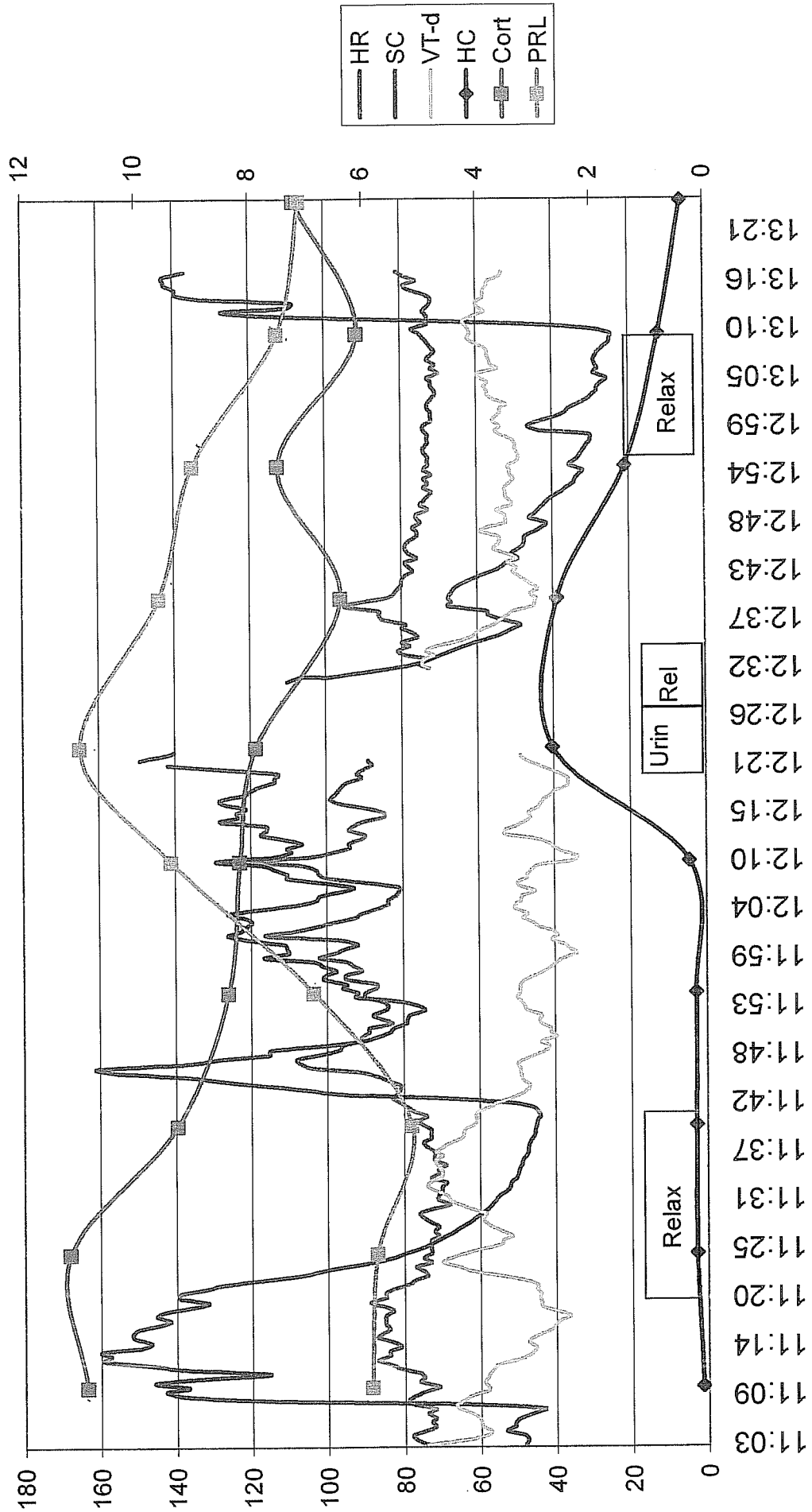
Registo na folha de imagens da prova Rorschach.

ANEXOS

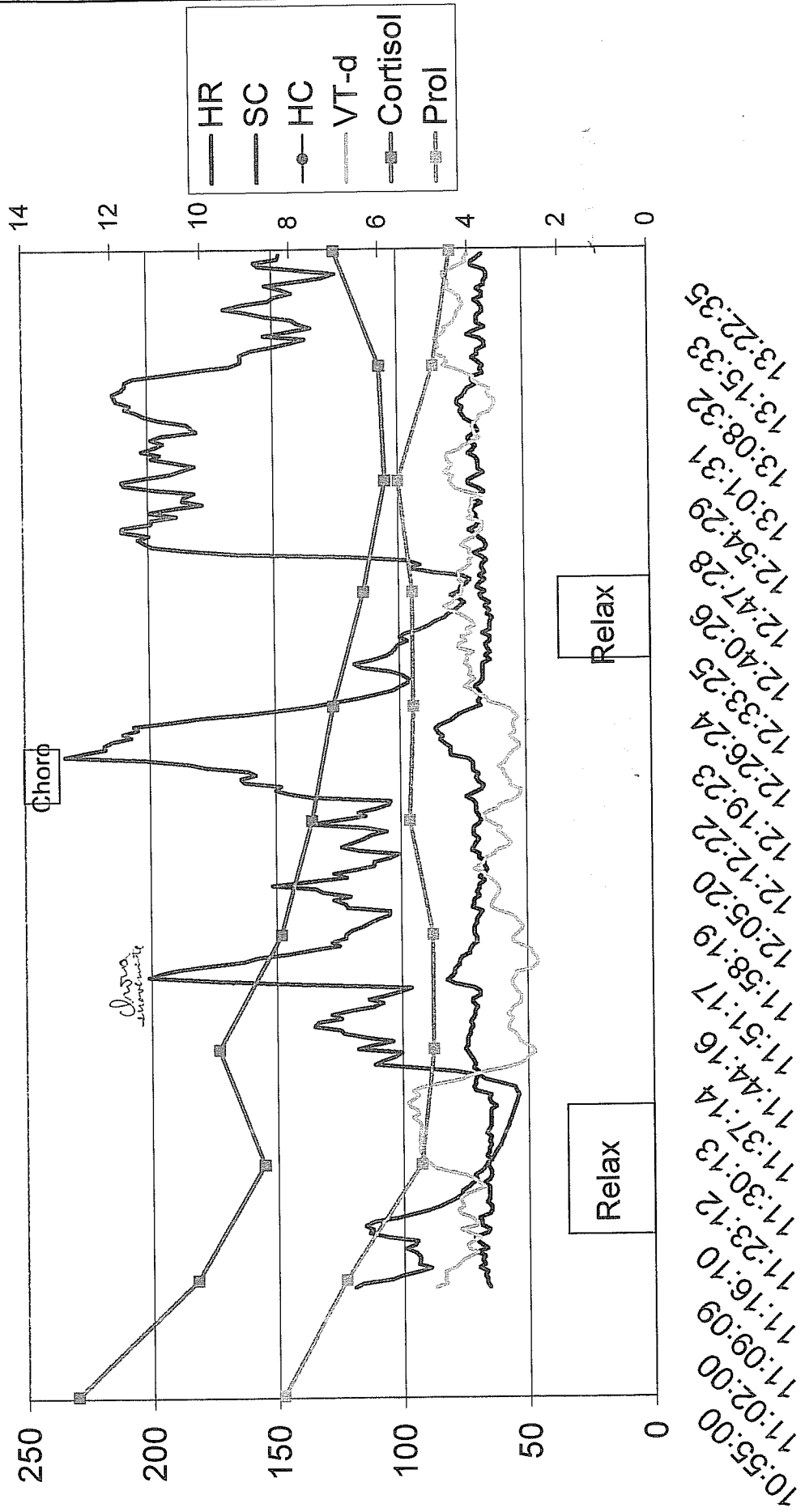
Lélia Weigert - 1ª Sessão - 26/1/99



Lélia Weigert - 2ª Sessão - 23/2/99

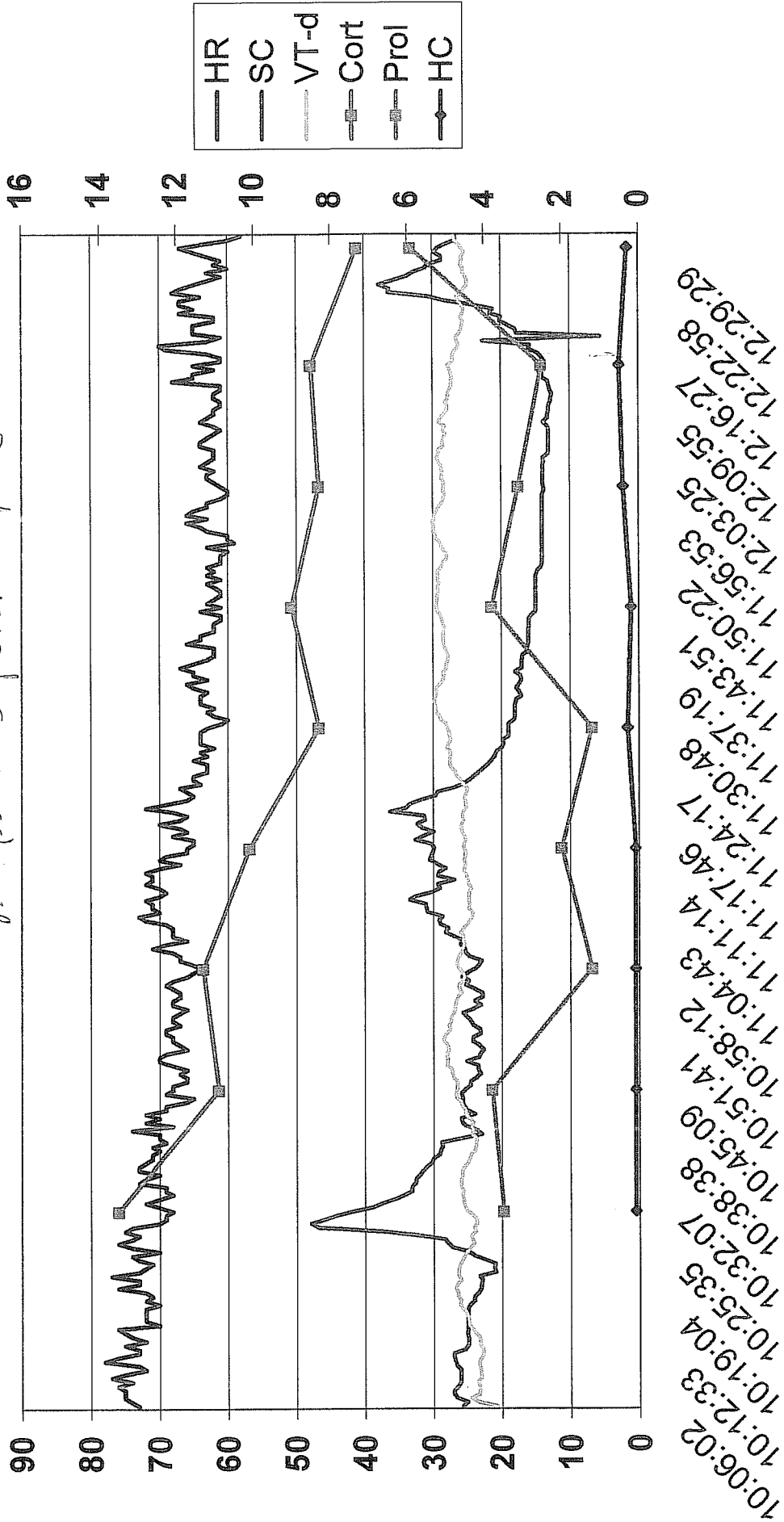


Lélia Weigert - 4ª sessão - 23/3/99



LW - 5ª Sessão (branca) - 28/4/99

já pulou fora 5



LW - 6ª Sessão - 3/11/99 - Aleitamento

To multibebê (at)

